



ILPES



MINISTERIO DE
SALUD - CHILE



OMS/OPS

Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social
Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud
Ministerio de Salud - Chile

EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE ANTE LA DESCENTRALIZACION POLITICA

S a n t i a g o d e C h i l e

EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE ANTE LA DESCENTRALIZACION POLITICA

LC/IP/L.108
Febrero 1995

Este documento no ha sido sometido a revisión editorial oficial. Las opiniones expresadas en este documento son de la exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de las Organizaciones reseñadas.

INDICE GENERAL DE MATERIAS

	<u>Página</u>
INTRODUCCION. Eduardo Palma	5
PARTE PRIMERA: Reinhard Friedmann	
Análisis institucional del sistema de salud chileno	11
I. El sistema de salud durante la fase preautoritaria	17
II. El sistema de salud durante el gobierno militar	38
III. El sistema público de salud durante el Gobierno de Transición	107
IV. Organización, administración y gestión del sistema público de salud	172
PARTE SEGUNDA: Beatriz Heyermann	
Percepción de actores del sector público acerca del sistema de salud chileno	279
I. Introducción	285
II. Sistema de salud y descentralización	287
III. El sistema de salud ante la descentralización política y administrativa	292
IV. Conclusiones	343
V. Anexos	357
PARTE TERCERA: Monografías	389
• Gobiernos regionales y salud	395
Patricio Vallespín	
• Proyecto de Ley Estatuto de Atención Primaria	419
Sergio Micco	
• Medio ambiente y salud	445
Beatriz Heyermann	

INTRODUCCION

El tema que se aborda en este documento es relativamente simple y delimitado: el sistema de salud ante la descentralización política. Sin embargo, el contexto global de la política de salud es complejo por lo desconocido.

Sucede a menudo que tales políticas públicas complejas, en todos los países del mundo, den motivo a las mayores demostraciones de simplismo, cuando no de reduccionismo, esto es asignar a una sola causa los problemas o la dificultad del problema de que se trate. Esta experiencia en el caso de la salud chilena se observa a diario: voceros distinguidos de sus diferentes áreas reducen la crisis a un solo factor, obviamente verdadero, pero sólo parte de un listado de problemas.

Este trabajo no presenta ninguna panacea ni pretende siquiera efectuar un examen global de la política de salud de Chile. Su objeto analítico es muy modesto; simplemente, aborda el tema del desafío que representa para la salud la nueva estructura política territorial del país.

Este tema ¿qué lugar ocupa en el listado de problemas de la salud chilena? Sin lugar a dudas es una cuestión importante, pero no constituye ni con mucho uno de sus principales problemas. Tal vez la potencialidad de este tema radique en que podría llegar a ser un principio ordenador de algunas de las tensiones que atraviesan el sistema de salud.

A través de este examen comprobamos empíricamente dos sesgos analíticos para enfrentar los problemas de la salud nacional. A falta de nombres mejores, llamémosles el enfoque de la gestión y el de la regulación. Para los partidarios de un sistema regulador, el énfasis es ubicado en la máxima cobertura del sistema y en el aumento de capacidad de su nivel central. Por su parte, para los defensores de la tesis de mejoras la capacidad de gestión, el énfasis se ubica en una mejor administración con grados mayores de flexibilidad. Probablemente, como se verá en las conclusiones de este trabajo, el espacio regional permitiría alcanzar niveles adecuados de regulación y gestión.

Con todo, no queremos caer en la tentación de presentar este trabajo como el portador del círculo vicioso. En verdad, el listado de problemas de salud es formidable. Las causas de ellos son endógenas y exógenas. Las crisis de salud afectan a todos los países, tanto industriales como subdesarrollados. Es inútil ocultar las dificultades intrínsecas de los sistemas de salud.

Antes de mencionar - aunque sea someramente - el listado de los grandes problemas, es indispensable plantear una cuestión previa. El comienzo de solución necesita urgentemente recorrer un itinerario que permita alcanzar un diagnóstico colectivo, un "*ethos*" mínimo con respecto a sus graves problemas y un consenso básico sobre las nuevas instituciones.

Sin diagnóstico, "*ethos*" y consenso colectivos, la salud puede generar debates caóticos. Asimismo, se compromete gravísimamente el futuro desarrollo social del país, en el pasado conducido por los grandes precursores de la salud pública nacional. Naturalmente, no se trata de lograr un acuerdo completo en todo y sobre todo, sino en las líneas fundamentales de una nueva estructura institucional que asuma las realidades y los problemas y que, muy especialmente, tenga en cuenta la gran experiencia exitosa nacional en materia de salud. No es inútil recordar para evitar un acento crítico que, aún hoy, los logros del sistema son de extrema importancia y que desestimar las metas alcanzadas es una irresponsabilidad colectiva.

El debate para construir el diagnóstico debe ser global; debe tener en cuenta todas y cada una de las dimensiones del problema. El sistema muestra tensiones que podrían llamarse aparentes, es decir, fácilmente visualizables.

Entre éstas destacan las referidas a los déficits de recursos materiales, especialmente en infraestructura y en equipamiento médico. Sin embargo, no se enfatiza con igual valor el fenómeno mundial del aumento de los costos médicos. Igualmente es muy ostensible la crisis de los recursos humanos, expresada, al menos, en la débil motivación, como también en las dificultades de reciclaje del personal técnico y la alta rotación de funcionarios. Finalmente, los recursos financieros para el funcionamiento del sistema experimentan algunas limitaciones.

En el área de la gestión, el déficit es endémico. Sólo muy recientemente se identifica la gestión como un conjunto de disciplinas independientes que naturalmente requieren formación universitaria y especialización adecuada. La gestión no se improvisa y es muy largo el camino a recorrer para mejorar la gestión de los establecimientos hospitalarios. Sólo muy recientemente las universidades nacionales han comenzado a preparar a los especialistas en este terreno.

Otro campo de tensiones es el relativo a la delimitación de los llamados sector público y sector privado. Otros le llaman a esto mercado y estado. Sea como fuere, es un tema cargado de resonancias ideológicas, en el peor sentido de la expresión. Los dos sectores se necesitan y su adecuada coordinación puede multiplicar la eficacia y eficiencia del sistema. Hay que evitar las coordinaciones solapadas en que se entregan responsabilidades sin financiamiento o se entregan acreditaciones sin adecuado control.

Este trabajo, a quien lo lea por completo y de buena fe, le probará que nuestro sistema de salud ha llegado a carecer de lógica sistémica. Está marcado por la inorganicidad en razón de sus reformas en la segunda mitad de los años setenta, probablemente animadas de la mejor voluntad, aunque con mayor claridad en el rechazo del antiguo Servicio Nacional de Salud que en una opción de reemplazo provisto de coherencia.

Las tensiones anteriores son visibles y aparentes; sin embargo, hay otras que podríamos llamar latentes y ocultas y que juegan un papel muy decisivo en la construcción de los problemas.

En el caso chileno, sorprende el modo en que se presenta la tensión entre los conceptos de medicina y salud. Probablemente, ante la tradición de una gran medicina tradicional, forjadora de grandes discípulos médicos, la población no distingue con claridad la diferencia entre medicina y salud. De este modo, ha sido muy difícil generar comportamientos de autocuidado de salud y de estilos de participación social.

Otra consecuencia de tan notable desarrollo en medicina es su constante especialización. Es bien evidente que, en nuestro actual nivel de desarrollo, el país debe y puede alcanzar una medicina muy sofisticada en su especialización y de alta excelencia en el ejercicio profesional.

El desarrollo nacional exige una medicina de alta especialización. Sin embargo, en los hospitales públicos la especialización debe compatibilizarse con los recursos profesionales y materiales para entender las enfermedades prevalecientes y, por tanto prioritarios.

Sin embargo, en los hospitales públicos la especialización no debe distraer los recursos profesionales y materiales para atender las enfermedades prevalentes.

Con todo, hay que distinguir entre medicina y salud. El carácter de la salud como relativamente autónoma de la medicina ha emergido de manera impensada y casi dramática. Durante las décadas de los años 50, 60 y 70 el saneamiento ambiental (agua potable y alcantarillado) provocó una disminución de la mortalidad y diversas morbilidades. Pero tal proceso no fue tan visible como lo es hoy el flagelo de los accidentes de tránsito que impacta abrumadoramente, desde fuera de la medicina, a la salud. Además, las correcciones para disminuir el número de accidentes son casi por completo ajenas a la salud y con mucho mayor razón a la medicina.

En breve, la intersectorialidad ha entrado en escena y su adecuado conocimiento y su ejercicio pueden provocar progresos importantes en el desarrollo de la salud pública.

Finalmente, se abren de nuevo perspectivas para una participación de la población en los temas de salud. A veces se llama con otros nombres al viejo tema de la higiene pública. Hoy se le llama medio ambiente y concita un gran interés en la población, especialmente en los jóvenes, lo que permitiría promover formas nuevas de participación de la comunidad en la salud.

La organización de la salud en el ámbito comunal permitiría ordenar un nuevo sistema que potenciara las capacidades y disminuyera las tensiones endógenas que lo atraviesan. Así, ante la descentralización política, la regionalización de la salud conformando un sistema que incluya las municipalidades parece ser, hoy, una estrategia razonable.

Esta estrategia supone una serie de condicionamientos:

1. Existencia de un poderoso sector central capaz de supervigilar, compensar y orientar.
2. La regionalización debe tener una doble flexibilidad. De una parte, no todas las regiones constitucionales están hoy día aptas para ser regiones de salud; algunas de ellas o parte de ellas podrían depender del centro por un tiempo prudencial. De otra, ciertas competencias y recursos otorgados a las regiones podrían en caso de graves emergencias volver a ser ejercitadas desde el centro.
3. La región debe incluir a las comunas que, para efecto de la política de salud, deberían ser incentivadas para alcanzar mancomunidades comunales.
4. Si la región es un sistema, debe procurar obtener una logística común. Se debe intentar una vía de reciclaje y perfeccionamiento del personal. Lo mismo debería intentarse, aunque fuese paulatinamente, en el régimen de remuneraciones; y
5. Obviamente, para que la región de salud sea tal, se requiere una autoridad dotada de medios para el ejercicio de su potestad administrativa.

Si bien el tema abordado es completamente específico, es bien evidente que no puede separarse de dos ámbitos decisivos: instituciones y percepciones. En efecto, se eligió al Dr. Friedmann, cientista político con distancia social sobre el tema, para que revisara la institucionalidad de salud. En realidad, su conclusión es bastante obvia y alarmante; el sistema ha llegado a carecer de coherencia a través de sus sucesivas reformas posteriores al S.N.S.

Las percepciones, a su vez, nos muestran que los principales actores del sistema ubican los problemas y comienzan a articular imágenes complejas sobre el mismo.

Las proposiciones específicas de trabajo son muy simples ante la carencia de opciones plurales de cursos de acción a seguir. Es muy inviable volver a centralizar, como asimismo es muy difícil acelerar la descentralización.

En suma, hay que adaptar la salud al nuevo sistema político del país. Esto es, a las regiones y comunas existentes.

Aunque excede el marco de referencia del trabajo, se impone como conclusión la necesidad imperiosa de mejorar la gestión. El Dr. Friedmann dedica importantes reflexiones y aportes a este tema. Sin un progreso en la gestión, la descentralización puede fracasar.

El hecho de asumir de manera realista la estructura del país no implica rigidez institucional. Por el contrario, es absolutamente conveniente que exista flexibilidad en materia de regiones y de competencias. En breve, hay regiones políticas que no alcanzan todavía a ser regiones de salud y ante ciertas emergencias del sistema se podrían centralizar algunas competencias y recursos.

Aunque resulta casi supérfluo, es indispensable entender que el Ministerio de Salud (nivel central) debe asumir un papel fundamental en la regionalización y, que a su vez, en las regiones debe gestarse un sistema completo y coherente con autoridad nítida, logística, reciclaje, superintendencia de los municipios, etc.

Por cierto que hay detalles o puntos menos decisivos sobre los cuales nos parece prematuro pronunciarnos, por las restricciones antes mencionadas. Además, el informe no pretende ser el antecedente de una ley de reestructuración de la salud.

No podríamos dejar de mencionar un hecho, que se nos fue haciendo nítido a medida que avanzábamos en este estudio. Se usa cada vez más la expresión de «crisis de la salud», sin precisar su contenido y naturaleza. Nosotros hemos llegado a convencernos de que la primera y principal crisis de la salud radica en el desconocimiento de los factores que influyen en la formulación y ejecución de esta política pública. En verdad, el país necesita un gran debate público sobre la salud, capaz de ser difundido a la opinión pública, para que ésta tome conciencia de las tensiones, problemas y dilemas que enfrenta la salud.

El documento que aquí se entrega está organizado en tres partes. La Primera Parte, «Análisis Institucional del Sistema de Salud Chileno», entrega un detallado análisis histórico y administrativo del sistema de salud chileno y propone un modelo de gestión para este sistema de administración pública. Esta parte fue elaborada por el Sr. Reinhard Friedmann, Master y Doctor en Ciencias Políticas (Universidad de

Heidelberg), que se desempeña como experto del Centro de Migración Internacional y Desarrollo (CIM) y como asesor del Centro de Estudios del Desarrollo (CED).

La Segunda Parte, corresponde al análisis de los resultados de una encuesta realizada a nivel de Directores de Servicios de Salud y Seremis, sobre organización y funcionamiento del sistema de salud chileno. Además incorpora la percepción de otros actores del sistema de salud, a través del análisis de bibliografía y entrevistas. Esta parte fue elaborada por la Sra. Beatriz Heyermann, Médico, Master (C) en Salud Pública (Universidad de Chile).

Finalmente, en la Tercera Parte se abordan una serie de temas que en el momento de la elaboración e, incluso, publicación de este documento se encuentran pendientes, debido a que el proceso de descentralización está aún inconcluso:

1. El Proyecto Estatuto de la Atención Primaria, que se encuentra pendiente en el Congreso, es analizado desde el punto de vista de la opinión de los diferentes actores involucrados en su aprobación.
2. La experiencia de los Gobiernos Regionales en la salud. Este tema está hoy demasiado incipiente.
3. Por último, se analiza un tema, Salud y Medio Ambiente, que se encuentra en una situación especial, al ser una materia de incumbencias múltiples.

Un documento como el que ahora se entrega no debe verse tentado por cierto optimismo fácil ante problemas graves, antiguos y complejos.

Eduardo Palma C.
Enero, 1994

Parte Primera

ANALISIS INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

REINHARD FRIEDMANN

INDICE PRIMER CAPÍTULO

CAPITULO I.

EL SISTEMA DE SALUD DURANTE LA FASE PREAUTORITARIA (1938-1973): LA ERA DEL ESTADO BENEFactor Y DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD	17
--	-----------

1. EL SISTEMA DE SALUD DURANTE LOS GOBIERNOS RADICALES, Y DE LOS PRESIDENTES IBAÑEZ Y ALESSANDRI (1958-1963)	18
---	-----------

A. <i>Algunos antecedentes sobre el desarrollo político y socio-económico del país</i>	18
--	----

B. <i>Evolución del Sector Salud: Origen y auge del Servicio Nacional de Salud</i>	19
--	----

C. <i>Creación del SNS</i>	19
----------------------------	----

2. EL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DURANTE LOS GOBIERNOS DE FREI Y ALLENDE (1964-1973)	22
---	-----------

A. <i>Algunos antecedentes sobre el desarrollo político y socioeconómico del país</i>	22
---	----

B. <i>El Gobierno de Frei (1964-1970)</i>	24
---	----

C. <i>El Gobierno de Allende (1970-1973)</i>	26
--	----

3. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO A COMIENZOS DE LOS AÑOS SETENTA	28
---	-----------

A. <i>Características del Sistema Nacional de Salud</i>	28
---	----

B. <i>Sector Público de Salud</i>	30
-----------------------------------	----

C. <i>Sector Privado de Salud</i>	31
-----------------------------------	----

D. <i>Logros y deficiencias del Sistema de Salud</i>	32
--	----

CAPITULO II.

EL SISTEMA DE SALUD DURANTE EL GOBIERNO MILITAR (1973-1989): EL ESTADO SUBSIDIARIO Y LA «MODERNIZACION» DEL SISTEMA DE SALUD

39

1. EVOLUCION POLITICO-IDEOLOGICA DEL REGIMEN MILITAR Y POLITICA DE SALUD

39

A. Evolución político-ideológica del sistema militar

39

B. La política de salud del régimen militar

42

C. Postulados y principios básicos del sistema de salud en el régimen militar

50

2. LA «REESTRUCTURACION» DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD

54

A. «Reestructuración» del nivel central y regional del Sistema Público de Salud

56

B. Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)

62

C. La Municipalización de la salud primaria

67

3. RENDIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD DEL GOBIERNO MILITAR

83

A. Rendimiento del Sistema de Salud

83

B. El Sistema de Salud a comienzos de los años noventa

93

4. NOTAS

98

CAPITULO III.

EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD DURANTE EL GOBIERNO DE TRANSICION CON ESPECIAL CONSIDERACION DE SU INSERCIÓN INSTITUCIONAL EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL PAÍS

109

1. ANTECEDENTES SOBRE EL DESARROLLO POLITICO Y SOCIOECONOMICO DURANTE EL GOBIERNO DE TRANSICION

109

A. Profundización de la democracia y descentralización

109

B. Política Económica y Social

110

2.	POLITICA DE SALUD Y EL SISTEMA DE SALUD DURANTE EL GOBIERNO DE AYLWIN	113
A.	<i>Diagnóstico de la Situación en el Sector Salud</i>	114
B.-	<i>Política de Salud del Gobierno de Aylwin</i>	115
3.	POLITICA DE «READECUACION» DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD: MEDIDAS Y ACCIONES DEL GOBIERNO DE AYLWIN PARA MEJORAR LA ORGANIZACION Y ESTRUCTURA Y GESTION DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD Y SU INSERCIÓN EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL PAÍS	120
A.	<i>Nivel Central (Ministerio de Salud)</i>	121
B.	<i>Nivel Regional del Sistema de Salud Público (Seremis y Servicios de Salud)</i>	128
C.	<i>Nivel Local</i>	141
4.	EVALUACION DE LA POLITICA DE SALUD DEL GOBIERNO AYLWIN	156
A.	<i>Logros del gobierno de Aylwin</i>	156
B.	<i>Tareas pendientes</i>	160
5.	NOTAS	

CAPITULO IV.

	ORGANIZACION, ADMINISTRACION Y GESTION DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD. OPCIONES PARA SU REFORMA	175
1.	OPCIONES PARA REFORMAR LA ORGANIZACION Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD Y SU INSERCIÓN INSTITUCIONAL EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN	175
A.	<i>Nivel Central del Sistema Público de Salud</i>	175
B.	<i>Subsistema Regional de Salud (Seremis y Servicios de Salud)</i>	181
C.	<i>Servicio de Salud</i>	187
D.	<i>Subsistema de Atención Primaria Municipal</i>	192

2.	MODERNIZACION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD. LA GRAN TAREA PENDIENTE	198
A.	<i>Aspectos Teórico-Analíticos de los Sistemas de Gestión para la Administración Pública</i>	199
B.	<i>Diagnóstico/Evaluación del actual sistema de gestión en la Administración Pública de Salud</i>	202
C.	<i>Management by Systems (MBS): Una concepción dinámica y cibernética de gestión</i>	216
3.	NOTAS:	252
IV.	BIBLIOGRAFIA	261
I.	LIBROS	261
II	DOCUMENTOS NO PUBLICADOS Y MANUSCRITOS	263
III	DOCUMENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD	266
IV.	DOCUMENTOS DE TRABAJO	269
V.	ARTICULOS EN LIBROS, REVISTAS Y DIARIOS	270
VI.	ENTREVISTAS	280

CAPITULO I.

EL SISTEMA DE SALUD DURANTE LA FASE PREAUTORITARIA (1938-1973): LA ERA DEL ESTADO BENEFactor Y DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

En el caso chileno, resulta conveniente destacar que las primeras expresiones de medicina organizada son considerablemente antiguas en la historia del país (1). El comienzo de las actividades sanitarias y asistenciales se remonta a las épocas de la Colonia y del siglo XIX (2). Durante el siglo XIX, la estructura social de Chile era bastante simple. Tres cuartas partes de la población habitaba en el sector rural. La sociedad era dominada por una oligarquía que controlaba el poder sin contrapeso. El motor del desarrollo nacional estaba constituido por las actividades exportadoras mineras (salitre) y agrícolas (3). A comienzos del siglo XX se observan en Chile importantes cambios, tanto en lo político como en lo socioeconómico. La explotación del salitre introdujo cambios importantes (movimiento obrero organizado como actor social importante). La urbanización y los primeros esfuerzos de industrialización favorecieron la expansión de los servicios. Con estos últimos, se empezó a desarrollar una clase media compuesta de empleados y profesionales que adquiriría gran significación en el futuro. En fin, todos estos cambios iban diversificando la economía y la estructura social (4).

En este contexto se desarrolló la llamada «cuestión social», es decir, el conjunto de las consecuencias sociales que tuvo la diversificación de la estructura económica. La «cuestión social» se ocupó principalmente de aspectos relacionados con las condiciones de trabajo y las organizaciones laborales e incluía también los temas relativos a la vivienda, la salud y la previsión de los trabajadores (5).

La «cuestión social» fue uno de los principales temas de debate en la campaña presidencial de 1920. Con el triunfo de Alessandri comienza la integración de la clase media en el sistema político. Asimismo, se abre paso a una amplia legislación social. Los problemas sociales dejan de ser vistos como asuntos de caridad y pasan a ser considerados problemas de justicia (6). «La transición de una política tradicional a la participación activa del Estado en problemas sociales», afirma Federico Gil, «se remonta a la primera administración de Alessandri (1920-1925), que fijó el esquema de la seguridad social» (7)

En el sector salud, el Estado inicia su participación más activa en la década de los 20; es decir, a comienzos del siglo XX se fue progresando «en el enfoque de integralidad de las prestaciones que, hasta entonces, seguían una vertiente «asistencialista» (atención médica) y otra «sanitaria» (salud pública)» (8).

En el año 1924 nace la previsión social en Chile. Con la promulgación de la Ley 4.054 se creó

la Caja de Seguro Obligatorio. Esta iniciativa establece el concepto bismarckiano de seguridad social, la cual incluye especialmente beneficios de salud, además de pensiones y otras prestaciones. Ese mismo año se funda el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social -el que luego se transformaría en el Ministerio de Salubridad- que dio unidad a todos los servicios asistenciales y sanitarios del país (9).

1. EL SISTEMA DE SALUD DURANTE LOS GOBIERNOS RADICALES, Y DE LOS PRESIDENTES IBAÑEZ Y ALESSANDRI (1958-1963)

A. ALGUNOS ANTECEDENTES SOBRE EL DESARROLLO POLITICO Y SOCIOECONOMICO DEL PAIS

La confluencia de dos factores - la crisis del salitre y la Gran Depresión (1931) - significó el fin del modelo agro-minero-exportador y provocó una gran inestabilidad política, la que se superaría con la vuelta al poder de Alessandri en 1932. A éste le sucederán tres gobiernos radicales, que llegaron a la presidencia tras la constitución del Frente Popular (10).

La crisis del 30 lesionó gravemente la economía del país, a consecuencia de su fuerte dependencia del exterior. En respuesta a ella, se acentúa el proceso de sustitución de importaciones con fuerte apoyo estatal. Así surge, durante los años treinta, un nuevo modelo de desarrollo que se ha denominado «desarrollo hacia adentro» (Anibal Pinto). En el nuevo proyecto de desarrollo participaron los grupos medios y la emergente clase empresarial. Los primeros controlaron el poder político; los últimos -que disponían de una cuota de poder político no despreciable- articularon una alianza con el Estado para abordar conjuntamente la tarea de modernización del país. El Estado jugó en esta alianza un papel fundamental. A través de su participación en la esfera productiva, impulsó el desarrollo industrial. El establecimiento de un extendido sistema de servicios sociales, actuó como agente incorporador del proletariado al proyecto industrializador. Este es el llamado «Estado de compromiso», en torno al cual se articuló el desarrollo chileno hasta los años cincuenta (11).

Los gobiernos del Frente Popular afianzaron y expandieron la estructura del sistema social, construyendo un sistema sólo igualado en América Latina por Uruguay. La expansión de gastos sociales reflejó tanto una mayor cobertura como un mejoramiento de los beneficios. Se observa también un drástico aumento de los gastos fiscales en programas sociales, los que más que se triplicaron entre 1930 y 1955 (Tabla nº 1). La expansión de los beneficios sociales dio origen a una legislación sumamente compleja y a una estructura de beneficios y contribuciones muy desigual (12).

Tabla nº 1
Gasto Fiscal Social 1905 - 1960

	Gasto Fiscal Social		
	Miles mill. \$1981	% del PGB	% Del Gasto Fiscal
1905	1,1	1,5	9,7
1910	1,5	1,7	8,9
1915	1,3	1,6	8,9
1920	1,3	1,4	6,6
1925	3,1	2,5	12,1
1930	5,9	4,4	18,1
1935	7,0	3,1	23,5
1940	-	-	-
1945	12,7	4,4	28,1
1950	-	-	-
1955	22,2	6,0	31,7
1960	40,4	8,6	39,6

Fuente: José Pablo Arellano: Las políticas sociales en Chile: Breve revisión histórica, Apuntes Cieplan Nº 40, junio 1983, 10

B. EVOLUCION DEL SECTOR DE SALUD: ORIGEN Y AUGE DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

A partir de los gobiernos radicales, se organizaron servicios para ofrecer atención preventiva a los trabajadores. La postura y la idea del «Estado benefactor» será la predominante durante la mayor parte de las décadas siguientes (13).

En 1936, la Primera Convención Médica ya había prestado su aprobación a una serie de principios que, en opinión del gremio, deberían regir en adelante la organización de la medicina en el país. Ellos fueron: a) Integralidad, b) Planeamiento periódico, c) Concentración de esfuerzos, d) Comando técnico único con autoridad legal, y e) Estatización, en el sentido que el Estado cumpla con su función primordial de defensa de la vida de las personas, proveyendo el máximo de recursos y dictando leyes que permitan el suministro de una medicina integral (14).

C. CREACION DEL SNS

El desarrollo del sistema nacional de salud culminó con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) (15). En el año 1952, bajo el gobierno de Gabriel González Videla, se dicta la Ley 10.383 que da origen el Servicio Nacional de Salud (SNS).

Esta nueva institución -pionera en su género en el continente- vino a reemplazar a una serie de instituciones públicas, a saber: Dirección General de Sanidad; servicios hospitalarios de la Junta Central de la Beneficiencia y Asistencia Social; Departamento Médico de la Caja del Seguro Obrero; Dirección de Protección a la Maternidad, Infancia y Adolescencia (PROTINFA); Servicio Técnico de Higiene y Seguridad Industrial del Ministerio del Trabajo; Instituto Bacteriológico, y algunos servicios médicos municipales. Hasta ese momento, estas instituciones habían abarcado diferentes aspectos relacionados con la promoción de la salud y con la prevención y cuidado de las enfermedades de una buena parte de la población chilena, particularmente de los obreros, de los indigentes y de sus grupos familiares (16).

La motivación para fusionar a los organismos fue intentar superar las imperfecciones inherentes a un conglomerado multiinstitucional, heterogéneo e inconexo (completa desvinculación de las actividades de fomento, prevención y recuperación, duplicación de acciones y no realización de otras) y su ineficiencia económica.

Con la creación del SNS, prácticamente el 90 por ciento de los recursos médicos del sector público quedó integrado en una sola entidad. Fuera de ella permanecieron - sin que se hubieran señalado razones justificadas - algunos servicios médicos especiales, como el Servicio Médico Nacional de Empleados, los dependientes de las instituciones de la Defensa Nacional y universidades, y los de ciertos grupos de trabajadores (ferrocarriles, por ejemplo) (17).

El Servicio Nacional de Salud (SNS) pasó a constituir así el pilar básico del sector público de salud, tanto en lo que se refiere a recursos como en lo que respecta a las acciones que debía realizar. Su creación fue un hito en la historia de la salud chilena -«Fue un baluarte de la medicina social chilena durante 25 años» (18)- y significó «legalmente una revolución en salud, ya que hubo un verdadero vuelco con cambio de estructuras, organización, programas y metas, todo lo cual colocó a Chile en una posición de avanzada en este campo» (19).

Dotado de personalidad jurídica de administración autónoma, el SNS era formalmente dependiente del Ministerio de Salud. Su estructura interna prevaleciente hacia 1970, fue el resultado de las disposiciones del DFL nº 9 del 20 de Agosto de 1959. Según el DFL Nº 9, el Servicio se basó en un criterio de operación de «unidad en lo normativo y descentralización en lo ejecutivo» (20).

El Director General tenía que ser un médico funcionario, designado en el cargo por el Presidente de la República, con acuerdo del Senado. El espíritu que llevó a establecer esta disposición fue asegurar que en esta designación predominaran las consideraciones de orden técnico, y no las de carácter político. Pero en la práctica no fue así. Este hecho se transformó en una fuente permanente de conflictos entre la jefatura del SNS y el Ministerio de Salud, en pugna

por determinar quién ejercía mayor influencia en el diseño e implementación concreta de las políticas.

La Dirección General fue adquiriendo cada vez mayor ingerencia en la definición de políticas, en desmedro de las facultades del Ministerio de Salud. Así -aunque en teoría el Ministerio de Salud tenía a su cargo el dictado de doctrinas y políticas de los Servicios de Salud y de él dependía formalmente el SNS, debiendo coordinar además las instituciones de salud públicas y privada- su rol era más bien débil (21).

El jefe máximo del Servicio era asesorado por un Consejo Nacional de Salud integrado por representantes del Ejecutivo, universidades, Colegio Médico, Servicio de Seguro Social, sindicatos y organizaciones patronales. Sus funciones principales eran las de aprobar el presupuesto, aprobar y modificar la planta del personal, supervigilar el manejo de fondos y ratificar la suscripción de convenios con instituciones fiscales, de administración autónoma o particulares.

La organización del Servicio Nacional de Salud estaba basada en una Dirección General, dos Subdirecciones -una Técnica y otra Administrativa- y un gran campo de planificación. El Departamento Administrativo cumplía funciones usuales en todo servicio de este tipo. El Departamento Técnico desarrollaba funciones de asesoría, inspección técnica y control, planificación y evaluación. Estaba dividido en subdepartamentos (Protección de la salud, Fomento de la salud, Recuperación de la salud, Arquitectura, y Estadística).

Para llevar a cabo sus tareas el SNS se dividió en trece zonas geográficas, cada una de las cuales comprendía una o más provincias. Los criterios usados para definir estas unidades fueron: a) las características biodemográficas y los problemas de salud; b) los organismos médicos asistenciales existentes; c) las características económicas de las áreas comprendidas y su interdependencia; d) las vías de comunicación existentes, y e) el desplazamiento natural de las personas, como consecuencia de los factores ya mencionados (Decreto 449, de enero de 1961).

Su operación estructuró las bases de una atención de salud organizada y de cobertura universal. Simultáneamente, incorporó las actividades de promoción, y prevención de la salud a través de programas nacionales. Todo ello determinó un fuerte desarrollo de la Salud Pública (22).

La organización simultánea de una estructura funcional, sobre la base de instrumentos y equipos de trabajo, logró entregar una respuesta satisfactoria a las necesidades de la población. Es así como Chile pudo alcanzar niveles de salud que no guardaban relación directa con el simple desarrollo económico.

El SNS desarrollaba su principal quehacer en cinco programas de importancia nacional:

Programa Infantil y del Adolescente, Programa Maternal, Programa Adulto Senescente, Programa de Salud Social y Programa del Ambiente.

Constituyó una gran obra de salud pública y fue un ejemplo para muchos países latinoamericanos. Sus 27 años de vida marcaron una etapa fructífera en materia de salud para los chilenos.

2. EL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DURANTE LOS GOBIERNOS DE FREI Y ALLENDE (1964-1973)

A. ALGUNOS ANTECEDENTES SOBRE EL DESARROLLO POLITICO Y SOCIOECONOMICO DEL PAIS

La evolución social chilena, a partir los años sesenta, estuvo marcada por una difícil integración de diversos procesos:

- * por la tendencia declinante del ritmo de crecimiento económico y la dificultad creciente de la economía para ofrecer una ampliación suficiente del empleo productivo (agotamiento del modelo de sustitución de importaciones);
- * por la incorporación sucesiva de nuevos grupos sociales, campesinos y poblacionales, hasta entonces situados en la periferia del sistema a la vida colectiva de la Nación; y,
- * por la creciente rigidez demostrada por el sistema político para dar representación nacional efectiva a los grupos sociales emergentes y formar amplios consensos integradores.

Este conjunto de procesos contribuyó a caracterizar el período como uno de movilización, debilitamiento del consenso entre los grupos sociales y creciente politización (23).

Para superar la «crisis integral» de Chile, como lo llamó Jorge Ahumada, se experimentaron entre 1964 y 1973 dos distintos modelos de desarrollo, a saber: a) el modelo de la «Revolución en Libertad» (1964-1970), y b) el modelo de la «Vía Chilena hacia el Socialismo» (1970-1973) (Tabla 2).

Tabla nº 2
Modelos de Desarrollo (1964 - 1973)

Elementos	Modelos de Desarrollo	
	Gobierno Frei (1964 - 70)	Gobierno Allende (1970- 1973)
Patrón de asignación de recursos	Mercado intervenido por el Estado	Mercado regulado estatalmente (planificación)
Desarrollo social	Política social complementaria	Fijación de metas sociales directa
Apertura frente al capital extranjero y mercado internacional	Apertura regulada	Apertura limitada

Fuente: Dieter Nohlen: Chile - El fracaso de los modelos de desarrollo, Paper, mimeo, Heidelberg, 1985, p. 6

«Contemplando los ciclos medianos o largos de la historia de Chile», afirma Dieter Nohlen, «los gobiernos de Frei y Allende representan un solo proceso de transformación socioeconómica. Por otra parte también forman alternativas de transformación socioeconómica diferentes (...)» (24).

Durante los gobiernos de Frei y Allende se llevaron a cabo programas que contemplaban, entre sus objetivos prioritarios, la redistribución del ingreso. Las políticas sociales constituyeron un instrumento de primera importancia con ese propósito. Se expandieron los beneficios y se incorporó a los campesinos y a los sectores marginales urbanos.

El gasto público social, en % del PGB, subió de 16,3% en 1963 a 25,8% en 1972. El gasto público en salud aumentó su participación en el PGB subiendo de 3,1% (1963) a 4% (1972) (25).

Tabla nº 3
Gasto Público Social, 1963 -1973

	Gasto Público Social		Gasto Público Salud
	Mil Mill. \$ 1981	% del PGB	% del PGB
1963	90,4	16,3	3,1
1965	124,2	20,0	3,1
1967	159,5	20,0	3,3
1969	180,8	18,7	3,3
1970	206,9	19,9	3,3
1971	274,4	25,2	3,9
1972	226,2	25,8	4,0
1974	182,6	17,6	2,5

Fuente: José Pablo Arellano, op. cit., p. 13; Ernesto Miranda, op.cit., p.32

B. EL GOBIERNO DE FREI (1964-1970)

El gobierno de Frei pretendía superar la «crisis integral» del sistema vigente a través de reformas de la economía y del sistema político.

Se inició así una política de reformas paulatinas y coordinadas entre sí: nacionalización parcial del cobre, reforma agraria, reforma constitucional, fomento de la comunidad («promoción popular»). Las reformas estructurales económicas debían ir aparejadas con programas de inversiones y aumento de producción (27).

El gobierno de la DC llevó adelante un programa de redistribución del ingreso en el cual las políticas sociales constituyeran un instrumento de primera importancia(28).

La administración del presidente Frei concordó con la definición de salud elaborada por la Organización Mundial de Salud (OMS). Se reconoció como un derecho básico al que debían tener acceso todos los habitantes del país, cualquiera fuese su condición socioeconómica. El Estado debería asegurar el suministro de salud a quienes no estuvieran en condiciones de procurárselo por sus propios medios. La salud fue concebida como un proceso que va desde el nacimiento hasta la muerte de cada individuo y que abarca el bienestar tanto físico como mental de la población. La atención debía ser integral, es decir suficiente, oportuna y continua, con un sentido de respeto hacia el paciente y con una dimensión colectiva que expresara la participación de la comunidad (29).

El gobierno consideró como negativo el hecho de que existieran dos tipos de medicina: una privada y otra pública. Se criticaba asimismo que los servicios públicos de salud hubiesen incurrido en vicios tales como el centralismo y la excesiva burocracia, en desmedro de la atención que debían proporcionar a sus usuarios (30).

En el plano organizativo, el gobierno de Frei propuso como solución de fondo el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud: «La verdadera solución del problema debe consistir en hacer del SNS un servicio de dimensión efectivamente nacional, que abarque todos los sectores de la población. Cualquier solución que no sea ésta debe ser mirada como transitoria, por cuanto estimamos que no puede haber dos clases distintas de medicina, una para el obrero y otra para el empleado. Esto implica la creación de un Sistema Nacional de Salud que permita otorgar a todos los individuos una medicina integral» (31).

Sin embargo, se señaló que dicho propósito de crear un Sistema Nacional de Salud, exigiría «una etapa previa y difícil de educación, persuasión y, finalmente, de sometimiento de los intereses creados y privilegios de algunos sectores de beneficiarios y profesionales a las causas del bien común» (32). La estructuración de tal servicio se concebía como un propósito irrenunciable, pues representaba la única manera de hacer realidad los principios expuestos.

Con el fin de avanzar en la reorganización y reorientación de los servicios de salud, se dictaron nuevas disposiciones legales y se modificaron otras ya vigentes, para así lograr una organización más adecuada a las necesidades de la población, extender la cobertura de los servicios médicos y reducir los costos que la población pagaba por tales prestaciones.

Entre estas medidas, la más importante fue el establecimiento de un Sistema de Medicina Curativa para los Empleados. A diferencia de los «obreros», que tenían atención de salud organizada e integral, los «empleados» tenían una atención heterogénea, dependiendo en sus características de sus sistemas previsionales y de los servicios de bienestar que la institución tuviera. Los empleados no disponían de servicios de medicina curativa organizados, por lo cual se dictó, en 1968, la Ley 16.781, llamada Medicina Curativa para Empleados. Esto fue otro hito importante en la evolución de la salud en Chile. Con ello se incorporó a 2,5 millones de empleados públicos y particulares a la medicina socializada (33).

Se entregó a Sermena la administración de un fondo de asistencia llamado FAN. A través de ella se proporcionaron beneficios económicos (subsídios de enfermedad y maternidad) y de atención médica, esta última con claras diferencias respecto de la atención médica en el SNS (34).

Durante el gobierno de Frei nació la idea de recurrir a las prácticas de los sistemas que, por definición, crean un marco teórico para circunscribir las relaciones recíprocas de un conjunto de

elementos, con objetivos comunes. Para cumplir con este objetivo se creó, en 1964, el Consejo Nacional Consultivo de Salud, bajo la presidencia del ministro de Salud, con un secretario ejecutivo permanente, y en el que participaban representantes de cada una de las 42 instituciones, públicas y privadas, que en ese momento fueron identificadas dentro del sector salud. La función del Consejo era coordinar la planificación y ejecución de las acciones de salud de estas instituciones (35).

Al Consejo Nacional Consultivo de Salud le fue asignada la misión de implementar el Sistema Nacional de Salud (Ley No. 16.781, de mayo de 1968). Los artículos 19 y 20 de la Ley 16.781 describen las funciones y miembros de este Consejo (36). La labor del Consejo fue prácticamente nula en cuanto a avanzar hacia la instauración de un Sistema Nacional de Salud. Esto se debió, por un parte, a la poca claridad existente con respecto a cómo operacionalizar las funciones específicas de este Consejo y, por otra, a la falta de entendimiento y coordinación con el Servicio Nacional de Salud, que era el pilar sobre el cual debía construirse el mencionado sistema.

Con el propósito de servir de complemento a las soluciones propuestas en el plano organizativo y de lograr un uso más eficiente de los recursos disponibles, se inició la planificación sectorial. Para la administración Frei la planificación representaba un elemento complementario, orientador y coordinador de los recursos y necesidades que se expresaban en el mercado (37). Las políticas y programas implementados para suministrar mejor atención de salud y extender su cobertura estaban contenidos en el Plan Decenal de Salud 1966-1975, formulado por la administración Frei. Este plan fue formulado a nivel regional (38).

Para lograr la participación de la comunidad en los esfuerzos tendientes a solucionar los problemas de salud se crearon los Consejos Comunitarios de Salud (Decreto N° 250, de marzo de 1967). Estos eran concebidos como organizaciones representativas de la comunidad, que debían funcionar a nivel de los centros asistenciales. Estos consejos estaban integrados por la autoridad local de salud (director del establecimiento o área), por la autoridad local del gobierno interior, por representantes del equipo de salud y por representantes de todas las organizaciones comunitarias del sector (39).

Su objetivo era lograr que los vecinos de un sector determinado entendieran las acciones que se emprendían, de modo que contribuyeran a su éxito. En la práctica, la labor de estos Consejos -de los que existían 80 en el país en 1970(40)-se vio dificultada por exigencias de orden burocrático.

C. EL GOBIERNO DE ALLENDE (1970-1973)

El gobierno de Allende persiguió una política de acelerada transformación en casi todos los

ámbitos, sin que se prestara especial atención a la coordinación de los objetivos dentro de cada ámbito o entre ellos. Eso condujo a un cambio estructural relativamente más rápido, si se lo compara con aquel del gobierno de Frei: nacionalización total del cobre, conclusión de la reforma agraria, ampliación del sector estatal (reforma industrial, nacionalización de la banca y del comercio exterior), reorientación de la política exterior, etc. (41).

El núcleo central de esta estrategia -que exasperó los conflictos sociales y políticos- residía en el objetivo de decidir lo más rápidamente posible la cuestión del poder político.

El gobierno de Allende tuvo una visión coincidente con el de Frei en muchas de las cuestiones fundamentales relativas a la salud. Tal como los del gobierno Frei, los postulados del gobierno de Allende concordaban con los postulados de la Organización Mundial de Salud (OMS), que ha definido la salud como «el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como ausencia de enfermedades». Igualmente, el gobierno puso énfasis en que la atención debía ser integral, es decir suficiente, oportuna y continua, con una dimensión colectiva que expresara la participación de la comunidad. A tales postulados se agregó el concepto de la gratuidad de este servicio para los usuarios (42).

El Programa Básico de la Unidad Popular planteaba que «las necesidades de la población en materia de educación y salud son insuficientemente atendidas», y que «un alto número de chilenos está mal alimentado» (43).

En el plano organizativo, el régimen de Allende consideró que la solución de fondo para los problemas de organización consistían en el establecimiento de un Servicio Único de Salud (SUS). Se planteaba la necesidad de producir «cambios revolucionarios en salud, que permitan romper los viejos moldes que han impedido o impiden el desarrollo de una salud igualitaria, eficiente, oportuna, continua y gratuita... El cumplimiento de este mandato histórico significa, para el Gobierno Popular, la creación de un Servicio Único de Salud» (44).

El gobierno, sin embargo, vio la imposibilidad de implantar este tipo de organización en forma inmediata, pues tal empresa requería de una serie de etapas previas. La idea era que el SUS tendría en el Servicio Nacional de Salud su elemento aglutinador. Este último no coordinaría, sino que absorbería las acciones de otras instituciones públicas y privadas. Se postulaba que el SNS debía concebirse «como una organización vertebrada nacionalmente que reúna, concentre y utilice eficazmente todos los recursos que el país destine a mejorar sus niveles de salud... incorporando con iguales derechos y deberes a todos los chilenos» (45).

Para avanzar en esta dirección, el gobierno modificó administrativamente la Ley de Medicina Curativa, al establecer el convenio SNS-Sermena. Esta medida suscitó severas discrepancias entre

las autoridades de salud pública y las directivas del Colegio Médico. Además, la organización del SUS -que requería reformas legislativas- no resultó posible por falta de mayoría en el Congreso.

La participación de la comunidad en los problemas de la salud era otro de los conceptos básicos del Gobierno Allende. Según él, la concepción global de la sociedad presente y futura hace que «la participación sea el elemento central y vitalizante de todo el proceso» (46).

Durante los años 1971 y 1973, los aspectos políticos institucionales afectaron incuestionablemente a la salud en cuya área se dejó sentir la caótica situación que en general reinaba en el país.

La salud estuvo en este período atravesada por el frontal conflicto político e ideológico que dividía al país.

Con la caída del gobierno de Allende no solamente terminó el período de los gobiernos democráticos, también terminó una época del Sistema Chileno de Salud. Concluyen de esta forma cinco décadas de continua expansión de los servicios de salud financiados con recursos públicos.

3. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO A COMIENZOS DE LOS AÑOS SETENTA

A. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A comienzos de los años setenta existió en Chile un sistema de salud avanzado, con amplia cobertura para la población y en permanente dinámica. Este sistema resultó de un largo proceso de desarrollo, cuyos embriones se gestaron ya en los años 20.

La mezcla público-privado se inclinaba, sin duda, hacia lo primero. El Estado era predominante en la administración del financiamiento y mayoritario en el otorgamiento de las prestaciones de salud.

La tabla 4 resume las características principales del Sistema de Atención Médica Chileno y de sus subsistemas a mediados de los años setenta.

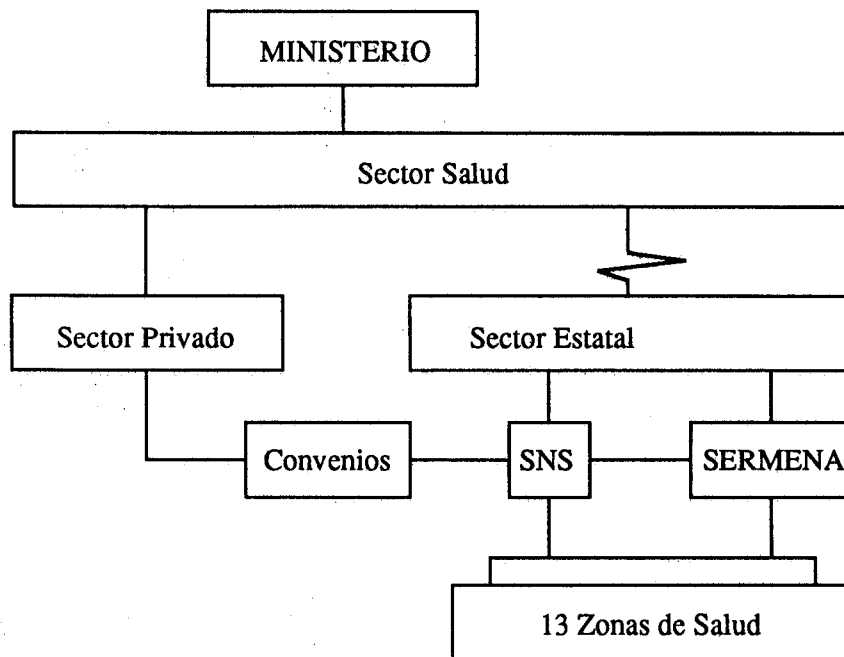
Tabla nº 4
Características Principales del Sistema de Atención Médica Chilena (1970)

	Sistema Nacional de Salud	SERMENA	Mutuales de Seguridad y accidentes del trabajo
Beneficios de salud	Fomento y protección a toda la población Acciones de recuperación y rehabilitación para beneficiarios Subsidios por incapacidad laboral derivados de enfermedades comunes, embarazo y puerperio	Medicina preventiva Acciones de recuperación y rehabilitación para beneficiarios	Acciones de Fomento, Protección, Recuperación, Rehabilitación en el área de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo
Población Beneficiaria	Obreros y trabajadores dependientes activos y pasivos y sus cargas familiares Indigentes y cesantes y sus grupos familiares	Empleados afiliados a las distintas cajas de previsión, tanto estatales como privadas, activos o pasivos, y sus cargas familiares	Trabajadores activos, cuyas empresas se encuentran aseguradas en Enfermedades Profesionales y Accidentes del Trabajo en una Mutual
Marco Jurídico	Ley Nº 10.383 de 1952	Ley Nº 6.174 de Medicina Preventiva de 1938 Ley 16.781 de Medicina Curativa de 1968	Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales 16.744 de 1968
Monto y Origen del Financiamiento	Aporte Fiscal, de Impuestos generales Aportes previsionales empleadores y trabajadores Pago directo de los beneficiarios Pago directo de los beneficiarios	Aportes previsionales del empleador y trabajador Pago directo de los beneficiarios	Aportes previsionales de empleadores con mínimo de un 0,8% de la renta imponible y adicionales según riesgo
Administración del Financiamiento	Estatal	Autónomo, Semi estatal	Privado, las Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo
Otorgamiento de las prestaciones	Estatal a través de establecimientos Públicos del Sistema	Hasta 1968 predominantemente en instalaciones y con personal propio Sistema de libertad de acción mediante vouchers, con profesionales e instituciones privadas de salud	Privado, principalmente a través de infraestructura propia desarrollada por las mutuales

Fuente: Miranda, Ernesto: Descentralización y Privatización del Sistema de Salud, en: Estudios Públicos, Nº 39, 1990, p.18 -19.

En cuanto a la organización y estructura del Sistema de Salud, ésta era, a comienzos de los años 70, la siguiente:

Organización del Sistema de Salud



Fuente: Augusto Schuster : Salud. Mensajes y Reflexiones, Santiago, 1989, p.307

En el área de la salud se diferenciaban dos sectores, uno público y otro privado.

B. SECTOR PUBLICO DE SALUD

El sector público estaba constituido por un conglomerado de servicios médicos dependientes de distintas Secretarías de Estado:

- * del Ministerio de Salud dependían el SNS y Sermena;
- * del Ministerio de Defensa, los servicios de Sanidad Militar, de la Marina y de la Fuerza Aérea;
- * del Ministerio de Obras Públicas, el Servicio Sanitario de los Ferrocarriles del Estado;
- * del Ministerio de Justicia, el Servicio de Sanidad de Carabineros, y del Ministerio de Educación - a través de la Universidad de Chile -, el Hospital José Joaquín Aguirre y

las cátedras clínicas de la Facultad de Medicina que efectuaban labores docentes y asistenciales en establecimientos del SNS; y

- * finalmente, cabe agregar que, con la nacionalización de la Gran Minería, los servicios médicos de las grandes compañías del cobre pasaron, con sus respectivos hospitales, a depender en lo administrativo del Ministerio de Minería.

El sector público de salud estaba organizado sobre la base de un «mini ministerio», porque era un ministerio pequeño donde se dictaban las políticas y se entregaban las normas con un grupo humano muy reducido. La acción operativa de salud se concentró en el Servicio Nacional de Salud, organismo centralizado y extendido a lo largo del país, al cual el sector privado también se adscribía a través de convenios.

El fomento y la protección, la medicina preventiva y la recuperación y rehabilitación para los empleados y obreros y sus cargas familiares, tanto activos como pensionados, estaban comprendidos en el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) y el Sistema Nacional de Salud (SNS), respectivamente.

El Sermena era autónomo y semiestatal; el SNS, estatal. Ambos se financiaban del aporte patronal y de los propios trabajadores, junto con el pago directo de los beneficiarios. El sistema estatal recibía adicionalmente aportes fiscales directos, financiados con cargo a impuestos generales. Ambos sistemas -que cubrían prácticamente la totalidad de los trabajadores activos y pensionados y sus familias- permanecieron como compartimientos estancos hasta 1979.

El Servicio Nacional de Salud era responsable de las acciones de fomento y prevención para el 100% de la población y de las acciones de recuperación para sus beneficiarios; en la práctica, del orden del 90 % de las hospitalizaciones y 60 a 75 % de las atenciones ambulatorias eran cubiertas por el SNS. También era responsable de los beneficios de la Ley de Medicina Preventiva para obreros y los beneficios de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales para los trabajadores (obrerros y empleados), cuyos empleados entregaban el aporte de este seguro de la Ley 16.744 a la administración del Estado.

El Servicio Médico Nacional de Empleados realizaba actividades de fomento y protección materno-infantiles, estaba a cargo de la medicina para empleados y era coadministrador del Sistema de Medicina Curativa de libre elección para empleados.

C. SECTOR PRIVADO DE SALUD

El sector privado era de poca relevancia. Estaba constituido por las clínicas particulares, consultorios privados de médicos y numerosos pequeños servicios de bienestar que mantenían

algunas empresas y fábricas, reparticiones públicas e institutos previsionales. El acceso de la población a las prestaciones médicas privadas estaba condicionado principalmente por su capacidad adquisitiva, vale decir, por su nivel de ingreso.

Cabe mencionar dos áreas del sector privado de salud, a saber: a) Servicios Privados de características especiales, como el Hospital Clínico de la Universidad Católica, servicios de grandes empresas (del cobre, por ejemplo); y b) Servicios privados propiamente tales: clínicas, centros médicos, consultas, etc.

D. LOGROS Y DEFICIENCIAS DEL SISTEMA DE SALUD

Acerca del estado del sistema de salud, a comienzos de los años setenta hubo y todavía hay diversas opiniones. Algunos diagnosticaron una crisis profunda del sistema, es decir su «agotamiento» y abogaron por cambios radicales en él (47). Otros destacaron los grandes logros del sistema de salud y propusieron reformas para superar sus defectos (48).

A continuación intentaremos hacer un breve análisis de los logros y defectos del sistema de salud y en especial del SNS.

a) Fortalezas

«Los aportes del SNS», señala Jorge Jiménez de la Jara en cuanto al SNS, «a los niveles de salud de nuestro país y al mundo sanitario chileno en general, a través de sus casi 25 años de funcionamiento, son indudables y la correlación positiva que existe entre su presencia y las mejorías en este campo son demostrables objetivamente» (49).

Cabe señalar como elementos más destacados el significativo mejoramiento de los indicadores globales, la modificación en los problemas predominantes de salud, el interjuego recíproco entre salud y otros elementos que fueron modificados por los cambios operados en salud, la creación de servicios médicos organizados y la magnitud del gasto en salud que hizo el país.

La evolución del riesgo de muerte en Chile revela que la mortalidad general descendió sistemáticamente. Se observa -especialmente en comparación con el resto de Latinoamérica - una significativa reducción (Tabla nº 5).

La comparación internacional muestra que el descenso del riesgo de muerte había sido mayor en Chile que en otros países latinoamericanos (Tabla 6). La esperanza de vida al nacer de los chilenos subió de 40,5 años (1930) a 61,7 años (1970).

Tabla nº 5
Mortalidades y Expectativas de vida en Chile, 1920 - 1980

	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980
Mortalidad general (*)	30,5	24,0	21,3	14,8	12,3	8,9	6,6
Mortalidad infantil (**)	248	216	193	136	120	79	32
Mortalidad neonatal (**)	127	92	76	50	35	31	16
Mortalidad de 1 a 11 meses (***)	120	124	17	86	85	48	16
1 año y más (*)	21,2	15,6	14,8	10,5	8,1	6,9	6,0
1 a 14 años (*)	20,2	15,1	13,1	7,8	4,2	1,7	0,8
15 y más años (*)	21,8	18,2	17,6	13,2	10,7	9,7	8,4
Mortalidad materna (***)	74,8	62,4	73,6	36,3	31,3	16,8	7,3
Por abortos (***)			13,0	4,8	11,2	6,8	2,6
Otras causas obstétricas (***)			60,6	313,5	20,1	10,0	4,7
Enfermedades transmisibles (*) (1)	1.235	864	689	333	193	102	35
Tuberculosis (*)	246	264	261	155	53	27	13
Diarreas (*)	199	213	198	133	86	50	8
Otras infecciosas (*)	790	387	230	45	54	25	14
Cánceres	40	59	69	81	100	105	102
Expectativa de vida (en años)							
Al nacer	31,5	40,5	48,0	52,1	56,0	61,7	65,3
Al año de vida	41	50	51			66	67
A los 65 años de vida	9,7	11,7	11,6			11,9	10,3

(*) Por 1.000 habitantes

(**) Por 1.000 nacidos vivos

(***) Por 10.000 nacidos vivos

(1) Incluye además del grupo oficial de enfermedades transmisibles, otras afecciones incluidas en otros grupos de la clasificación internacional

Fuente: Medina, Ernesto: Factores que condicionan la eficacia del Sistema de Salud: Relación entre las tendencias de los problemas sanitarios en Chile, la Atención Médica y la estructura del Sistema, en: Hugo Lavados (ed.): Desarrollo Social y Salud en Chile, vol. 3, Santiago, 1982, p.3

Tabla nº 6
Mortalidad General e Infantil en Chile, Latinoamérica y Europa, 1950 y 1970
(Tasas por Mil)

Países	Tasa de Mortalidad General		Tasa de Mortalidad Infantil		Reducción de Tasas	
	1950	1970	1950	1970	Mort. Gen. %	Mort. Inf. %
Chile	14,8	8,9	136	79	- 40	- 41
Latinoamérica	14,5	9,4	107	68	- 35	- 36
Europa	10,3	9,8	54	21	- 5	- 61

Fuente: Medina, Ernesto: Evolución de la salud pública en Chile en los últimos 25 años, en Rev. Médica Chile, Nº 105, 1977, p. 741.

En cuanto a la atención de salud, la organización de Servicios de Salud hizo avances significativos entre 1938 y 1972. La cobertura era alta en comparación con otros países latinoamericanos. En cuanto a la población cubierta a mediados de los años 70, alrededor de un 20 % correspondía a empleados (Sermena), un 50 % eran obreros (SNS); alrededor de un 7 % de los trabajadores eran independientes que cotizaban para previsión y se repartían entre los sistemas Sermena y SNS. Entre un 18 y 20 % de la población no estaba cubierta por el sistema (50).

Entre el período 1929 y 1970 se pueden observar además sustanciales mejoramientos en cuanto a la disponibilidad de camas hospitalarias, de médicos y otro personal técnico en las grandes instituciones de salud (tabla 7).

Tabla nº 7
Disponibilidad de camas hospitalarias totales, de médicos y de otro personal técnico, en grandes instituciones de salud

Año	Camas		Médicos		Personal Técnico no Médico Univers. y no profes.	
	Nº	Por 1.000 Hab.	Nº	Por 10.000 Hab.	Nº	Por 10.000 Hab.
1919	10.715	2,8	470	1,2		
1929	14.516	3,3	946	2,2	2.491	5,7
1939	21.680	4,3	1.482	3,0	3.295	6,6
1949	27.590	4,6	2.138	3,6	4.735	8,0
1960	30.425	4,0	3.724 (*)	4,9	10.341 (*)	13,6
1970	35.932	3,8	4.401 (*)	4,7	23.129 (*)	24,7
1980	37.267	3,4	4.128 (*)	3,7	32.544	29,3

Fuente: Medina, Ernesto: Factores que condicionan la eficiencia ..., op. cit., 65

Paralelamente al incremento en la utilización de los recursos hospitalarios, en Chile se produjo un aumento sistemático de la demanda de atención ambulatoria en servicios e instituciones (tabla 8).

Tabla nº 8
Atención Ambulatoria en Chile, 1919 - 1979

Año	Cons. totales		Cons. Infantiles			Cons. Adultos			Cons. Urgencia			Cons. no Urgentes		
	Miles	*1000	Miles	%	*100	Miles	%	*100	Miles	%	*100	Miles	%	*100
191	796	21	178	22,4	12	577	77,6	25	41	5,2	1,1	755	94,8	20
192	142	34	242	16,4	14	114	83,6	43	89	6,0	2,0	138	94,0	32
193	348	70	614	17,6	31	269	82,4	90	175	5,0	3,5	330	95,0	67
194	600	101	188	31,3	79	381	68,7	107	303	5,0	5,1	569	95,0	96
196	846	111	289	34,2	95	413	65,8	90	665	7,9	8,8	779	92,1	102
197	120	128	444	36,8	119	686	63,2	122	198	16,5	21,1	100	83,5	107
197	150	138	596	39,7	156	802	60,3	113	380	25,3	34,9	112	74,7	103

Fuente: Medina Ernesto, op. cit., 68.

Para evaluar el efecto del sistema chileno de atención en la salud hay que considerar que - simultáneamente a los progresos técnicos y de organización de la atención de salud- se produjeron en el país progresos en otras áreas que tienen significado en la situación de salud y en sus indicadores.

La tabla 9 muestra los avances en cuanto a urbanización, natalidad, alfabetismo, disponibilidad de calorías y condiciones de saneamiento de la vivienda.

Tabla Nº 9
Urbanización, Natalidad, Alfabetismo, Disponibilidad de Calorías y Condiciones de Saneamiento de la Vivienda en Chile, 1920 - 1980

Año	Población Urbana %	Natalidad por 1.000	Alfabetismo 15 años y más	Calorías disponibilidad promedio	Agua de cañería %	Alcantarillado %
1920	46	41,3	63			
1930	49	41,9	75	2.332		
1940	53	36,4	73	2.405		
1950	60	34,3	80	2.743	54	40
1960	68	37,0	84	2.599	56	45
1970	76	27,9	90	2.855	63	51
1980	81	22,8	-	2.195(*)	72	54

(*) Nuevo sistema de cálculo que excluye las pérdidas

Fuente: Miranda, E., op. cit., p. 70

Chile ocupó en 1973 el primer lugar en cuanto al porcentaje de los gastos públicos en salud respecto de los gastos públicos (Tabla 10).

Tabla nº 10
Gasto Público en Salud en países de Latinoamérica, 1973
(expresado en % del gasto público total)

País	Gasto Público en salud (% del gasto público total)
Argentina	3,3
Brasil	1,1
Chile	7,8
México	4,4
Perú	5,5
Uruguay	4,8
Venezuela	4,8

Fuente: Wachendorfer, Ute: Sozialpolitik in Argentinien und Chile. Analyse einer Wende im Zeichen der Militärdiktatur, en: Prokla, vol. 65, diciembre 1986, p. 118 (datos Fondo Monetario Internacional, 1983)

El gasto chileno en salud tuvo un incremento real entre 1945 y 1958 equivalente a un 45%. Con posterioridad el aumento continuó, pero a un ritmo menor, del orden de 14% entre los años 1958 y 1978. En la tabla 11 se resumen las estimaciones de gastos en salud en Chile en el período 1945-1978.

Tabla Nº 11
Gasto en salud en Chile 1945-1978

	1945 (1)	1958 (1)	1968 (2)	1978 (3)(4)
Gasto Nacional en Salud (en % del producto)	3,8	5,6	6,2	6,40
Del sector público		3,8	2,5	3,50
Del sector privado		1,8	3,7	2,95
Gastos en Farmacia: total			2,1	
Sector público			0,1	
Sector privado			2,0	0,90
Gasto fiscal en salud (en % del presupuesto)	7,4	7,3	7,70	
Gasto de las personas en salud (en % de los gastos totales)				
Total			3,2	3,30
1º quintil		1,9	1,90	
2º quintil		2,0	2,00	
3º quintil		1,9	2,20	
4º quintil		3,0	2,90	
5º quintil		4,2	4,20	

(1) Grüwald

(3) Instituto Nacional de Estadística

(2) Ministerio de Salud

(4) Ochoa

Fuente: Medina, Ernesto, op. cit., p. 76.

b) Deficiencias

A pesar de los logros, el Sistema de Salud manifestó una serie de defectos. De éstos, los más sobresalientes, en especial del SNS, fueron (51):

- * excesivo centralismo y burocratismo;
- * deficiencias de optimización, es decir, baja eficiencia en la utilización y distribución de los recursos;
- * perspectivas sombrías en el área de la eficiencia administrativa;
- * insuficiente capacidad de resolución;
- * déficit crónico y creciente en el ámbito previsional de personas que obligaban al Estado a desviar, en esa dirección, cada vez mayores recursos;
- * atención deshumanizada;
- * falta de equidad en los beneficios;
- * falta de equidad en los pagos; e,
- * insuficiente focalización de los subsidios.

Entre las deficiencias mencionadas, habrá que destacar la excesiva centralización y burocratismo. Hasta 1973, la salud se entregaba en forma centralizada a través del Servicio Nacional de Salud. A través de toda su historia, Chile ha tenido un gobierno fuertemente centralizado. Esta misma tendencia se reflejó en los servicios de salud. En las diferentes etapas de desarrollo siempre primó un criterio de centralización de iniciativas (52).

El sistema de salud centralizado, burocratizado y jerarquizado tendía a ser poco dinámico y lento para reaccionar ante situaciones cambiantes. La excesiva centralización de algunas funciones claves repercutió en un desmedro de su eficiencia. Tendía, además, a ser insensible a las demandas de las personas e inflexible en su planificación. Por último, la distancia existente entre el nivel de decisión y el nivel asistencial tendía a traducirse en desconocimiento de las necesidades reales de la población atendida.

II PARTE

EL SISTEMA DE SALUD DURANTE EL GOBIERNO MILITAR(1973-1989): EL ESTADO SUBSIDIARIO Y LA «MODERNIZACION» DEL SISTEMA DE SALUD

El presente capítulo aborda las reformas al sector salud chileno implementadas en la década de los años 70 y 80, con especial énfasis en el proceso de descentralización, es decir, en la reestructuración del sistema de salud estatal y la transferencia de los consultorios del nivel primario a las municipalidades.

Dividiremos este capítulo en tres subcapítulos. En el primer subcapítulo se efectuará un análisis de la evolución ideológico-política del régimen militar. A continuación se describirá la política de salud del régimen. En el segundo subcapítulo se analizará detenidamente la «modernización» del sistema de salud. En el tercer subcapítulo se presentarán las características principales del sistema de salud a comienzos de los años noventa.

1. EVOLUCION POLITICO-IDEOLOGICA DEL REGIMEN MILITAR Y POLITICA DE SALUD

A. EVOLUCION POLITICO-IDEOLOGICA DEL REGIMEN MILITAR

El modelo de desarrollo aplicado por el gobierno militar era fundamentalmente diferente del modelo que rigió en Chile entre 1932-1973.

El modelo era «una forma extrema de monetarismo» (53). Inspirado y «científicamente acompañado» por la escuela friedmanniana (Chicago), este modelo «corresponde a las posiciones económicas fundamentales de políticos y economistas chilenos conservadores, que ya en la década de los sesenta habían llamado la atención con su aguda crítica contra el intervencionismo estatal chileno» (54).

El nuevo estilo de desarrollo «ultraliberal» exhibía cuatro elementos fundamentales: a) principio de subsidiariedad del Estado como elemento dominante, b) política libremercadista estricta, c) fomento del empresario privado como pivote de un desarrollo económico dinámico, y d) creación de un mercado libre sin controles ni cortapisas.

En cuanto a la evolución político-ideológica del régimen, es preciso distinguir cinco fases, a saber: a) Indefinición ideológica (sept. 1973 - abril 1975); b) Predominio del neoliberalismo en

la conducción de la economía (abril 1975 -diciembre 1978); c) Expansión y auge del proyecto integral del neoliberalismo (diciembre 1978 - julio 1981); d) Crisis del modelo neoliberal (julio 1981-1983); y e) Reanudación de la política neoliberal mediante las «siete proyecciones» (1984-1989).

La fase inicial del régimen militar se caracterizó por la indiferenciación ideológica. La fisonomía del discurso global del régimen fue de relativa indiferenciación y eclecticismo. Dentro del régimen coexistían corrientes ideológicas de naturaleza y orígenes diversos, que orientaban el discurso y la práctica gubernamental en cada una de las diferentes esferas de acción del régimen. En el discurso político primaron las nociones del tradicionalismo católico de raíz hispana y, en menor medida, del nacionalismo, en tanto que en el terreno económico se observó un predominio relativo del liberalismo empresarial. Las ideologías difundidas durante los primeros años por las autoridades del sector laboral y social se encontraban impregnadas de una clara motivación participacionista e integracionista. Criticaban duramente al liberalismo clásico y a la concepción del lucro como motivación de la acción individual y enfatizaban las metas de igualdad y justicia social. Se pretendió crear «una sociedad integrada, justa y solidaria» (55). Reconocían además una responsabilidad ineludible al Estado en el logro de esos objetivos (56).

El denominado «plan de choque» (abril 1975) marca el comienzo de la primacía del neoliberalismo económico al interior del bloque gobernante. El discurso desarrollado por el equipo de tecnócratas neoliberales se estructuraba en torno a dos proposiciones básicas, a saber (57):

- a) La libertad económica, entendida como aquella que se realiza en el mercado, es la verdadera libertad y su plena realización constituye una condición necesaria para la vigencia efectiva - y no meramente formal - de la libertad política (58); y,
- b) El programa económico en aplicación se fundamentó en un saber absoluto de carácter científico (ciencia económica moderna). El programa económico no era presentado solamente como un imperativo ético. Contaba además con el respaldo de la autoridad inapelable del saber científico (59).

La fase que se desarrolla entre diciembre de 1978 y mediados de 1981 cubre el período de expansión y auge del proyecto integral del neoliberalismo. Trascendiendo el terreno económico, éste se convierte en ideología global que orienta las transformaciones de la organización social (las «siete modernizaciones») y la definición del proyecto político («democracia protegida»), desplazando las otras corrientes ideológicas que habían tenido significación hasta entonces. Esta tercera fase se caracteriza por el despliegue y auge de la ideología y del proyecto neoliberal que -al copar tanto la conducción de la política social y laboral como la definición del modelo político- impone sus concepciones en todas las esferas de acción gubernamental (60).

Es el momento a partir del cual esas concepciones trascienden el terreno económico para imponerse como ideología dominante tanto en la formulación del proyecto de la «democracia protegida» como en la orientación de las políticas sociales y laborales. La hegemonía económica neoliberal se vio acompañada de un reforzamiento del sistema político autoritario, que se reflejó en una progresiva concentración de atribuciones en manos del Presidente de la República, quien otorgó todo su respaldo a la gestión económica en curso (61).

Junto con el triunfo de las posiciones neoliberales en la economía y el reforzamiento del poder presidencial, los proyectos sociales, conducidos por el general Leigh, experimentaron un progresivo retroceso (62).

El gobierno aspiró a la construcción de una sociedad autorregulada por los mercados. En ella, son sus propias estructuras y reglas de funcionamiento -esto es, los mercados funcionando libre y competitivamente- y no la letra constitucional, la voluntad política o la pura fuerza, las que dan estabilidad al sistema y hacen imposible una reproducción de las amenazas del pasado (63).

La meta del gobierno militar era «hacer una verdadera revolución libertaria», que ya no se limitara a la reestructuración de la economía sino que abarcara todo el sistema de relaciones sociales (64). Esa tarea, «cuyas proyecciones transformadoras y modernizadoras no tienen precedentes en este siglo» se orientaría no sólo a «reconstruir lo que fue destruido en los años anteriores a 1973, sino a sentar «las bases de una nueva realidad política, económica y social cuyo conjunto (constituiría) la nueva institucionalidad» (65). Se aspiró a una «sociedad libre», en la cual el mercado constituyera el eje rector por excelencia de todo el sistema de relaciones económicas y sociales.

Todas las «modernizaciones» apuntaron al objetivo común de instaurar relaciones sociales regidas por las leyes del mercado. Se trató de extender la aplicación del principio de subsidiariedad al ámbito social, con el propósito de: a) ensanchar los límites de la libertad más allá de lo económico, b) contribuir a una auténtica justicia social e igualdad de oportunidades, y c) asegurar la eficiencia y racionalidad de las decisiones en ese ámbito.

Las proyecciones de los propósitos reorganizadores del régimen hacia todas las manifestaciones de la vida social configuran, según se sostiene, «una etapa crucial de la verdadera revolución silenciosa que se está produciendo en Chile» (66).

Con la crisis de 1981-1983, se derrumbó el «boom» y emergió una situación política nueva, con movilizaciones sociales. A pesar de ello, el Gobierno no cambió los elementos esenciales de su economía.

La reactivación a partir de 1984 y el posterior auge de la economía provocaron en el régimen

militar euforia. Chile, así anunció el gobierno, se encontraba ahora en el «umbral» de una «sociedad desarrollada» (67). Se encargó a un grupo de tecnócratas elaborar un marco político de orientación para la entrada de Chile al Siglo XXI. Chile, señaló el jefe de Odeplan, Sergio Melnick, estaba destinado asumir un rol de líder a nivel de Latinoamérica. La «modernización» llevada a cabo por el gobierno militar había transformado Chile en un «país moderno». Chile tendría que, de ahora en adelante, dirigir su mirada hacia el futuro, hacia el siglo XXI.

La Política de Proyección de Chile al siglo XXI aspiró a integrar Chile en «las grandes tendencias mundiales» (revolución científico-tecnológica, transculturación, superación de la sociedad de masas, apertura hacia el Pacífico e introducción de nuevos sistemas educativos y mentales) (68).

B. LA POLÍTICA DE SALUD DEL RÉGIMEN MILITAR

El sector salud, por sus características propias y por la estructura y organización que tenía antes de la implementación del modelo, inició tardíamente, respecto de otros sectores, su adecuación a las políticas generales de desarrollo económico y social aplicadas en el país.

El proceso de adecuación del sector salud al modelo neoliberal de desarrollo, es decir la «modernización» del sector, fue desarrollado por etapas. A grandes rasgos se pueden distinguir cuatro grandes etapas: a) Primeras medidas para la reestructuración del sector público de salud (1974-1978), b) Reestructuración definitiva del sector público de salud (1979-1980), c) Participación del sector privado y municipalización del nivel primario (1980-1984), y d) conclusión de la reforma del sector de salud (1985-1990).

a) Primeras medidas para la reestructuración del sector público salud (1974-1978)

Esta primera etapa se caracteriza por la fuerte inercia del sistema de salud pública y tal es así, que en este período dicho sistema se conservó casi intacto.

Los representantes de la nueva autoridad política comenzaron desarrollando un diagnóstico crítico del sistema de salud hasta entonces imperante. Se diagnosticó una situación de crisis del sistema en su conjunto, señalando una serie de deficiencias del sistema (69). En lo relativo al corazón del sistema de salud, el Servicio Nacional de Salud (SNS), se diagnosticó su «agotamiento» (70). No se desconoció «la visión de quienes lo crearon», ni «lo correcto de la doctrina de su funcionalidad», ni «su evidente eficacia en lograr una significativa mejoría en los indicadores de salud a lo largo de sus 25 años de vida». Sin embargo, según el gobierno militar, con el correr del tiempo aparecieron varios elementos que se han considerado negativos. Entre otros se mencionó: a) su excesivo centralismo y el manejo confuso de las líneas normativas, ejecutivas y financieras, b) la exagerada burocracia administrativa que le restó eficiencia, c) una estructura organizativa

central difusa que tendía a una planificación inorgánica, y d) un importante grado de descoordinación con el Ministerio, que redundó en frecuentes conflictos (71).

Esto hizo aconsejable para los militares iniciar un proceso de reorganización sectorial.

También entre los representantes del Colegio Médico existió en 1973 un consenso, una percepción generalizada acerca de la necesidad de reestructurar el sistema de salud. La mayoría de los médicos expresaron sus críticas a la estructura de salud vigente. Sin embargo, tempranamente se observaban discrepancias en lo que respecta a las características que debería asumir el sistema de salud.

A fines de 1974, el ministro de Salud, general de Brigada Aérea F. Herrera Latoja, anunció cambios importantes en el sector salud, afirmando que «1975 es año de transición para la incorporación de la salud a la política económica de libre mercado del gobierno. El pago de la atención de salud deberá estar de acuerdo a la capacidad de los ciudadanos para costearla y proporcional al ingreso del grupo familiar... desaparecerá la gratitud de los servicios... el concepto estatista-socializante imperante hasta la fecha, sólo quedará como obligación en casos de extrema indigencia» (72).

En febrero de 1975 se sancionaron los Decretos Supremos No. 913 y 265. Estos decretos:

- * definían una nueva estructura para el Ministerio de Salud, orientada a superar el problema de escaso poder de decisión y falta de recursos humanos capacitados, que en el pasado le habían impedido cumplir su rol en la fijación de la política de salud;
- * planteaban la distinción y delimitación de tres líneas de acción -una financiera, una de ejecución o prestación de salud y otra normativa y de control- y definían qué organismos intermedios del sector privado podrán intervenir en la línea financiera como en la de ejecución, en igualdad de condiciones con los del sector público;
- * proponían la constitución de un Fondo Nacional de Compensación de Salud encargado de distribuir equitativamente los recursos públicos de salud -que debían permanecer constantes en términos reales - de acuerdo a consideraciones geográficas, médicas y demográficas, y una nueva modalidad de financiamiento de los organismos públicos de prestación de salud en base a un sistema de facturación por servicios efectivamente prestados; y,
- * planteaban generalizar la libre elección de salud a todo el sistema.

Esta línea más privatizante contó con el apoyo de la Mesa Directiva del Colegio Médico e

inicialmente con una proporción importante de los médicos. La Mesa Directiva aceptó las proposiciones de política de salud, pero afirmando que ellos no estaban por el mercantilismo médico. «Es fundamental robustecer la medicina privada, pero sin dejar de considerar nunca el punto de vista social», «Es más eficiente la empresa privada que la pública en cualquier campo; la salud no escapa de esta regla». Los seguros de salud atenderán a la gente que, ahorrando, puede pagar sus gastos en salud. Así se desgrava al Estado. Los sectores de bajos ingresos serán subsidiados por el Estado» (73).

Diversos médicos y otros profesionales salieron en defensa del sistema estatal, haciendo ver su contribución a la salud del país. Se señalan, entre otros (74):

- * El efecto redistributivo que en el pasado había tenido el gasto público en salud y la incapacidad de cerca de un 40% de la población de financiar su atención de salud;
- * El aporte insustituible de los servicios públicos a la formación y perfeccionamiento de los médicos;
- * Las limitaciones que el predominio de un sistema de mercado en salud, de acuerdo a las experiencias de otros países, acarrearía (mercantilismo y fines de lucro en la atención de salud; acentuación de las tendencias a la especialización, a la concentración de los recursos en las áreas más pobladas y sectores poblacionales más ricos, agudizando la escasez del recurso médico y paramédico en las regiones más apartadas y pobres);
- * La inconveniencia de aplicar el concepto de demanda en salud, por no reflejar las reales necesidades de la población; y,
- * Los peligros de manejar a los hospitales y establecimientos de salud como empresas económicas.

El Dr. Medina Lois -de amplia trayectoria en materia de salud- manifiesta públicamente durante 1974 que el mercado en salud no funciona y que «las razones políticas no son razón suficiente para destruir sistemas de atención organizada que mostraron eficiencia en la reducción de riesgos de muerte y en la mejoría de las expectativas de vida» (75).

Paralelamente con el triunfo del neoliberalismo en el sector económico se observó, a partir de 1975, una intervención creciente de representantes del equipo económico en el sector salud (76). El Ministerio de Hacienda envió un grupo de economistas jóvenes («patrulla juvenil») en comisión de servicios al Ministerio de Salud. Su tarea fundamental fue «ordenar las finanzas y contribuir a la reducción del presupuesto de todo el sector salud, cumpliendo con los planes de

recuperación económica» (77). Ellos también participaron en las comisiones de reestructuración, desplazando poco a poco a los médicos de la política de salud.

Sin embargo, es preciso señalar que en la política de salud las concepciones neoliberales no llegaron a tener una influencia predominante hasta fines de 1978 (78). El triunfo del neoliberalismo en el plano de la salud se retrasó debido a la resistencia de la aviación (G. Leigh). La Aviación, a cargo del ámbito salud, optó por una posición menos privatizante y reconoció que el sistema chileno debía ser un sistema mixto, mayoritariamente estatal, en el cual hubiese una complementación, y no competencia, entre los servicios de salud públicos, privados y mixtos, y que al Estado le correspondía un papel activo en la salud no sólo en lo normativo sino también en lo financiero y de entrega de prestaciones de salud.

Esta posición fue reafirmada por Fernando Matthei, que asumió el Ministerio de Salud en marzo de 1976. Este señaló: «Pensamos que al Estado le corresponde un rol subsidiario en la producción de riquezas y en la operación de las prestaciones de servicios. ... Los límites de este rol son, como se comprende, flexibles y fluctuantes. Ellos dependerán de la organización y eficiencia que llegue a tener el sector privado y del grado de progreso socioeconómico que se produzca en la población» (79).

Meses después, el subsecretario Cruz Mena confirmó la posición de Matthei, señalando: «En otros sectores de la actividad nacional (industria, comercio, servicios no vitales, etc.), el Estado puede esperar y observar si la iniciativa privada abarca o no determinadas actividades necesarias, para luego asumirlas si no están adecuadamente realizadas. En salud, por haber vidas en juego y ser las acciones de salud responsabilidad y deber preferente del Estado, éste no puede dejarlas descubiertas a la espera de que otros organismos las asuman. Debe cumplirlas al máximo de su capacidad y entregarlas sólo cuando la actividad privada o de otros entes sociales garanticen su ejecución» (80).

Las proposiciones del Ministerio de Salud aducían ser realistas y programáticas. El subsecretario afirmó que las políticas no las elaboran por métodos dogmáticos, sino partiendo del estudio de los factores concretos objetivos, que afectan y condicionan el problema (81). Entre éstos se mencionaron las limitaciones impuestas por la situación económica nacional (PGB) y la crisis económica mundial, la mala distribución de la riqueza en el país, factores geográficos y de centralización que han llevado a que amplias áreas urbanas periféricas y rurales se encuentren desabastecidas, la baja capitalización del área privada y productiva que hace que sea «francamente inconveniente que se preocupe masivamente del sector de servicios», la existencia en Chile de «un sistema de salud de larga tradición y justificado renombre, compuesto por un área estatal y un área privada» (82).

Consciente de la gravitación de todos estos factores sobre el futuro de la salud en Chile, el Ministerio de Salud decide encaminar sus esfuerzos a cuatro objetivos generales (83):

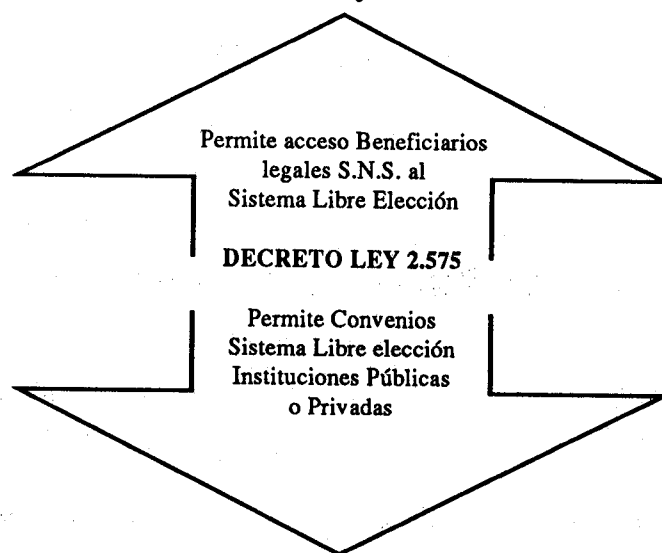
1. Reorganizar el sector salud sobre la base de reforzar la función ministerial y descentralizar y desconcentrar las estructuras ejecutivas a las que, en forma coordinada, deben agregarse las iniciativas del sector privado;
 2. Lograr un grado mayor de eficiencia administrativa y ejecutiva que, sobre un gasto por el momento más o menos estático, signifique una cobertura más amplia y una acción más eficaz;
 3. Actuar sobre los grupos más expuestos, a través de una redistribución de recursos que alcance efectivamente a quienes más la necesiten; y,
 4. Abrir las puertas a la iniciativa privada con su mayor agilidad administrativa y capacidad de allegar nuevos recursos
- b) Reestructuración definitiva del sector público de salud (1979 - 1980)

En esta etapa, el enfoque más moderado es «barrido» por el despliegue poderoso del neoliberalismo. El año 1979 es el del triunfo global de neoliberalismo (84).

Esta etapa se inicia con el Decreto Ley 2.575, que permite el acceso de los beneficiarios del Servicio Nacional de Salud al sistema de Libre Elección. Se abre el espectro, se desarrolla la capacidad de elegir y permiten los convenios del Sistema de Libre Elección con las instituciones públicas y privadas (Gráfico 1).

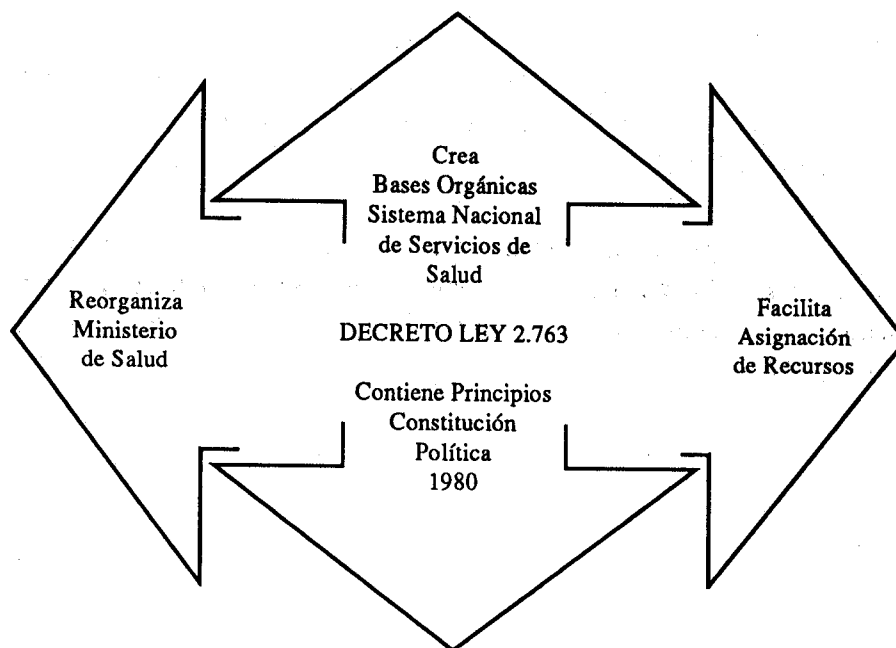
A continuación se dicta e implementa el DL 2.763, que sanciona la reestructuración del Ministerio de Salud. Este Decreto Ley crea las bases orgánicas del Sistema Nacional de Servicios de Salud, facilita la asignación de recursos y contiene los principios de la Constitución Política del año 1980 (Gráfico 2).

Gráfico nº 1
Decreto Ley Nº 2.575



Fuente: Schuster, Augusto: Salud. Mensajes y Reflexiones, Santiago, 1990, p.319.

Gráfico nº 2
Decreto Ley 2.763



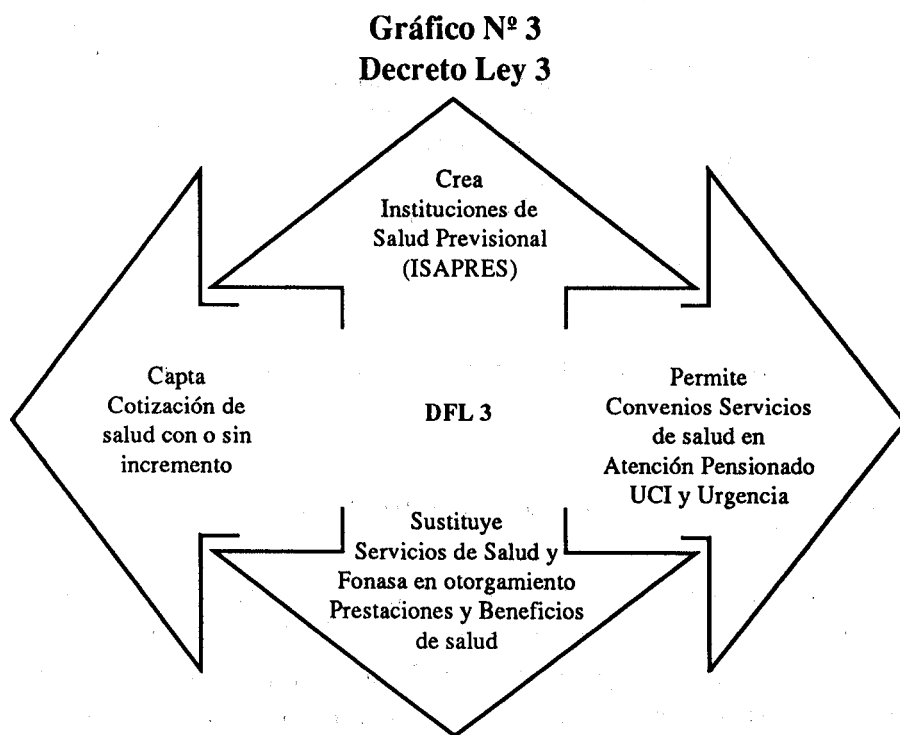
Fuente: Schuster, Augusto: Salud. Mensajes y reflexiones, Santiago, 1990, p. 320.

Esta reestructuración tuvo como objetivo central el de aumentar la eficacia del sector; ello, a través de una estructura en que se separan claramente las líneas normativas, ejecutoras y financieras, radicando éstas en el Ministerio de Salud, Servicios de Salud y Fondo Nacional de Salud, respectivamente. Por otro lado, este proceso de reestructuración aspiró a una gran descentralización financiera y administrativa, e incluso técnica, en la ejecución de las prestaciones de salud de los 27 Servicios de Salud.

Sobre esta base, la reestructuración del Ministerio de Salud «adecua» la estructura del sector al cumplimiento de los principios básicos de la estrategia de desarrollo.

c) Participación del sector privado y municipalización del Nivel Primario (1980-1984)

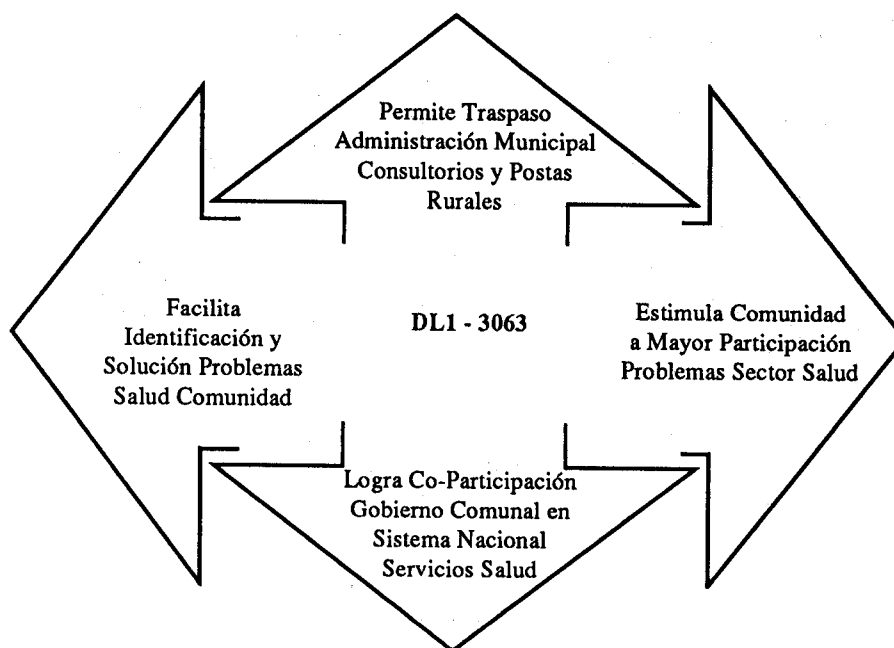
Con la promulgación del DFL 3 (1981), se inició la participación del sector privado en la administración del financiamiento y en el desarrollo de sistemas de atención médica. Este decreto creó las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), captó la cotización de salud con o sin crecimiento, sustituyó a los servicios de salud y Fonasa en el otorgamiento de prestaciones y servicios, y permitió los convenios con los servicios de salud en la atención en pensionados, en Unidades de Cuidado Intensivo y en Servicios de Urgencia de los hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Gráfico 3).



Fuente: Schuster, Augusto: Salud. Mensajes y reflexiones, Santiago, 1990,p.321.

Con el proceso de descentralización, que se inició en 1981 mediante el DL 1-3063 tiene lugar el traspaso de la administración de establecimientos del nivel primario (postas y consultorios generales urbanos y rurales) desde el SNSS a las municipalidades. Este decreto pretendió facilitar la identificación y solución de los problemas de salud de la comunidad, permitir el traspaso a la administración municipal del nivel primario de salud, estimular a la comunidad para una mayor participación de los problemas del sector salud y lograr la coparticipación del gobierno comunal en el sistema nacional de servicios de salud (Gráfico 4).

Gráfico nº 4
DL 1 - 3063

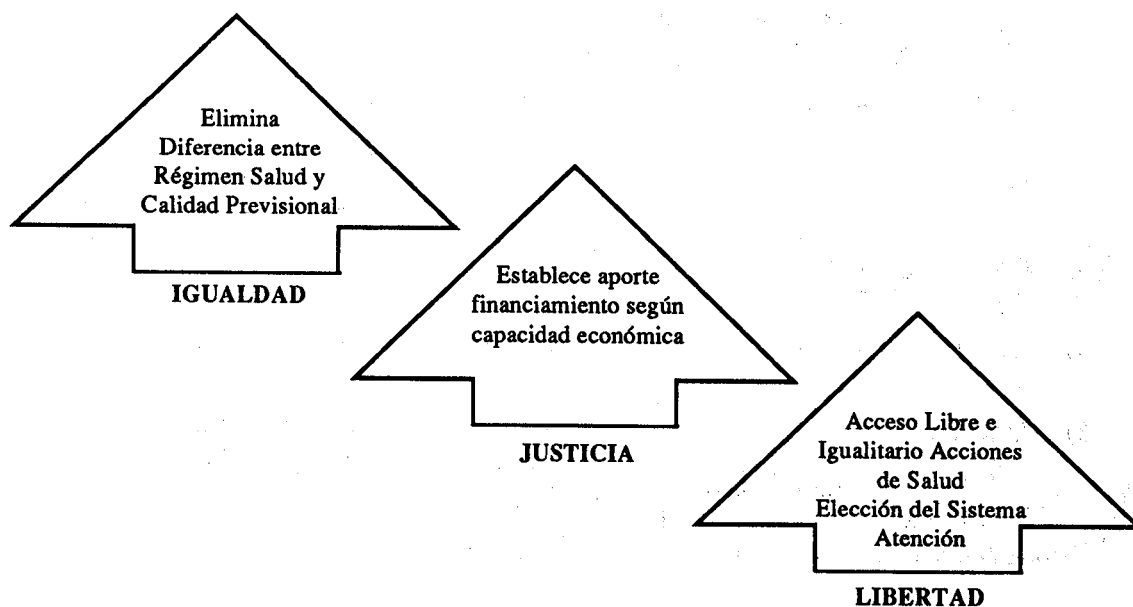


Fuente: Schuster, Augusto: Salud. Mensajes y reflexiones, Santiago, 1990, p.320

d) Conclusión de la Reforma del Sector de Salud (1985-1990)

Esta etapa comienza con la promulgación de la Ley 18.469 de Prestaciones Médicas (enero de 1986). Ella tuvo como objetivos los siguientes: a) igualdad en materia de sistemas de salud, eliminando la diferencia entre el régimen de salud y la calidad previsional, b) justicia distributiva, estableciendo el aporte a su financiamiento según la capacidad económica del usuario, y c) libertad de acceso, garantizando el acceso libre e igualitario a las acciones de salud a través de la Libre Elección del Sistema de Atención (Gráfico 5).

Gráfico nº 5
Ley 18.469



Fuente: Schuster, Augusto: Salud. Mensajes y Reflexiones, Santiago, 1990, p.312

Este período se caracterizó por un fuerte crecimiento del subsistema Isapres. Al término de este cuarto período de adecuación, se puede observar que el sector privado ha aumentado fuertemente su participación en el campo de la salud.

Asimismo, en este período se terminó el proceso de municipalización de consultorios, postas y estaciones de enfermería, consolidándose el proceso de traspaso de infraestructura.

El proceso de «modernización» concluyó en 1990 con la promulgación de la Ley 18.933, que modificó la legislación de Isapres y creó la Superintendencia de Isapres.

En 1990, se encuentra en el sector salud una nueva institucionalidad, que enfrenta los problemas de salud pública de la población bajo un concepto de subsidiariedad. El sistema de salud era radicalmente diferente al que existiera en septiembre de 1973.

C. POSTULADOS Y PRINCIPIOS BASICOS DE LA POLITICA DE SALUD DEL GOBIERNO MILITAR

El objetivo superior que persiguió el gobierno militar con la «Modernización de la Salud» fue «dar más y mejor salud a la población de Chile en el año 2000» (85).

a. Postulados y principios

Los documentos que han servido como base para establecer el marco doctrinario en medicina social en este período, fueron cinco, a saber:

- 1) Declaración de Principios del Gobierno de Chile (1974);
- 2) Objetivo Nacional del Gobierno de Chile (1975);
- 3) Constitución Política (1980);
- 4) Directiva del Presidente de la República al Ministro de Salud (noviembre 1975); y,
- 5) Orientaciones complementarias del Presidente de la República al Ministro de Salud (1977).

Estos documentos definían claramente los siguientes conceptos (86):

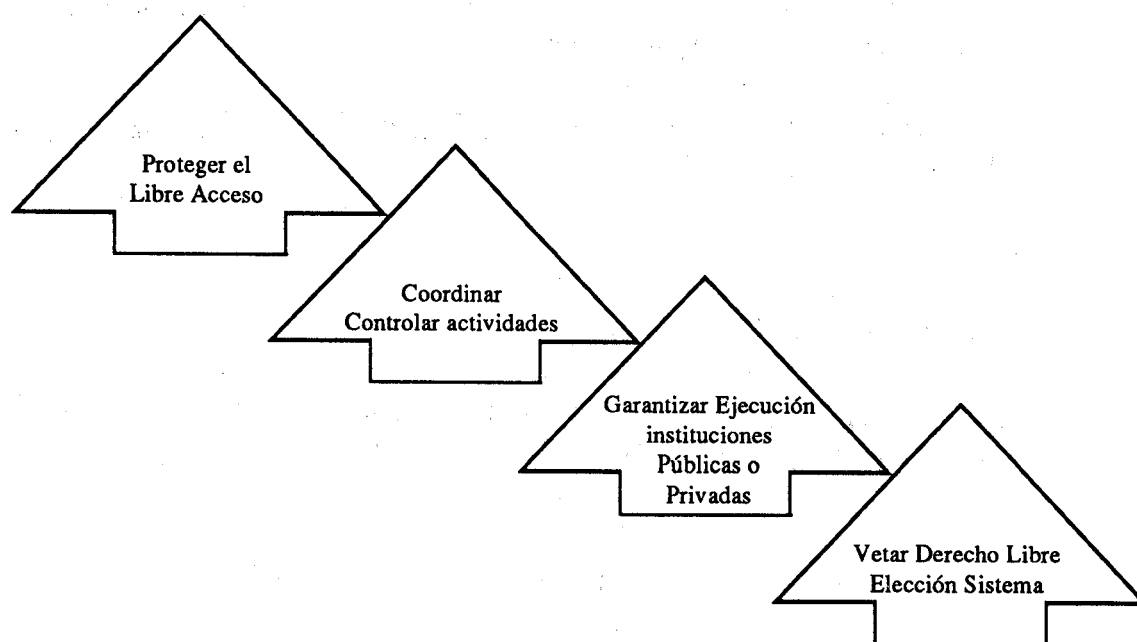
- * Primeramente, se define a la salud no como la mera ausencia de enfermedad, sino, al mismo tiempo, como un estado de bienestar físico y mental de las personas y de la sociedad. Conjuntamente con esta idea, la salud posee un valor esencial para el desarrollo de la sociedad y la vida nacional. Por lo tanto, es un patrimonio nacional y, por esto, es una responsabilidad irrenunciable del Estado;
- * Con respecto al individuo, se define la salud como un derecho humano que se adquiere desde el momento de la concepción y, por lo cual, debe mantenerse durante toda la vida, independientemente de la condición social, edad, sexo o religión;
- * El ciudadano ejerce su derecho a la salud a través del libre e igualitario acceso a las acciones que se brindan en esta área, las cuales se traducen en diversos beneficios que deben ser entregados en forma oportuna, continua, eficiente y con cobertura máxima. Los habitantes deben contribuir a su financiamiento en forma proporcional a sus ingresos;
- * Los habitantes deben tener la libertad para la elección del sistema, principio en el cual descansa la posibilidad de aplicar con justicia este derecho de elección; y, finalmente,
- * En las acciones de salud participarán coordinadamente el sector público y el sector privado.

La Constitución Política del Estado de 1980 garantiza en el artículo 19, N° 9, a todas las

personas que habitan en Chile «el derecho a la protección de la salud». Asimismo establece que: «El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo. Le corresponderá asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado» (87).

El gráfico 6 resume los principales deberes del Estado en salud según la Constitución Política.

Gráfico nº 6
Deberes del Estado en salud



Fuente: Schuster, Augusto: Salud. Mensajes y reflexiones, Santiago, 1990, p.312

Sobre la base de estos conceptos, que determinaron el marco doctrinario del sector, el gobierno militar trazó las políticas que -a través de planes, programas y normas coordinadas con respaldo legal y reglamentario- establecían la secuencia que debían tener las acciones de salud. Se trazaron así tres grandes objetivos (88).

- 1) Ampliar la cobertura de los servicios del Estado para garantizar el acceso libre e igualitario a las acciones de salud, mediante un mejor aprovechamiento de los recursos de todos los sectores. Ella debía realizarse de manera tal, que no significara un aumento incontrolable en el gasto de salud;

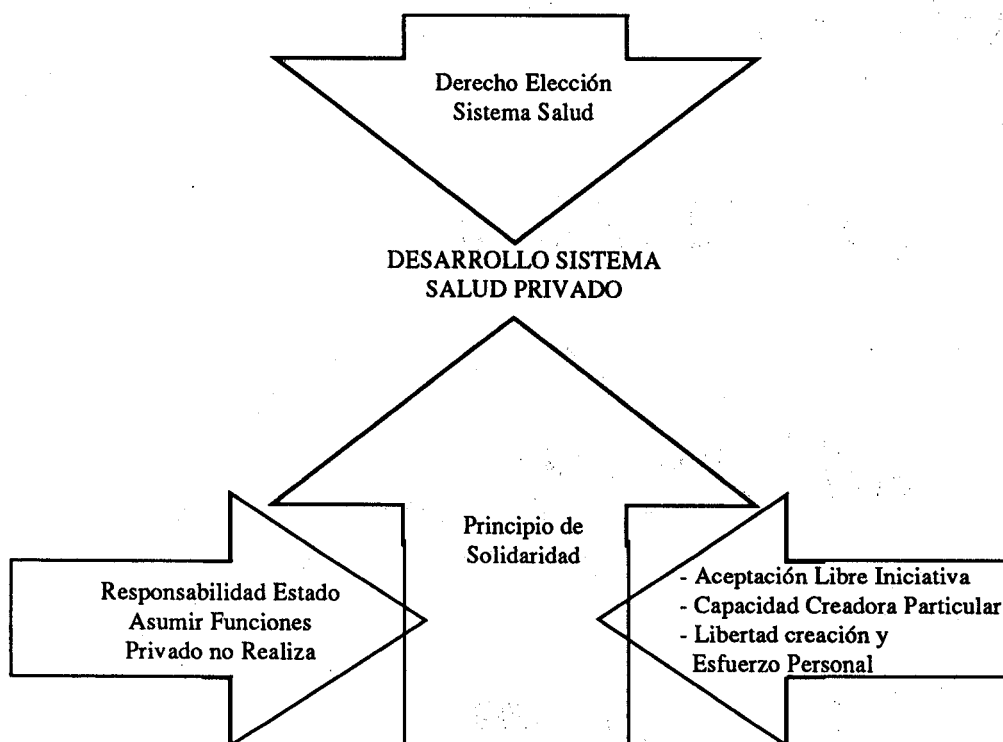
- 2) Desligar los sistemas de atención y la estructura del esquema previsional, de modo que la determinante real del tipo de atención y la estructura de ésta, sea primeramente la necesidad de la salud y, luego, la capacidad económica de la persona; y,
 - 3) Buscar una estructura eficiente para los servicios estatales que hagan posible que ellos estén presentes donde y cuando se les necesite y, a la vez, permita el desarrollo de la actividad privada. Esta última, condicionada al cumplimiento de las normas ministeriales y a su grado de eficiencia.
- b) Fundamentos de la «modernización» del sector salud

Los fundamentos de la modernización del sector salud eran los siguientes principios, a saber (89):

- * Lograr equidad en los beneficios (igualar el acceso a los beneficiarios para los distintos sectores de la población) y equidad en los pagos;
- * Focalizar los subsidios (sustituir los subsidios «cruzados» por subsidios «directos» a los grupos de inferiores recursos);
- * Ampliar la libertad de elección;
- * Aplicar la subsidiariedad del Estado;
- * Aumentar la eficiencia (mediante la reorganización del sistema estatal de salud y el traspaso de la responsabilidad y los recursos para atención primaria a las municipalidades); y,
- * Aumentar la capacidad de respuesta a las necesidades de la población.

Uno de los pilares de la modernización era la privatización. La política de desarrollo de la iniciativa privada descansó fundamentalmente en el derecho a la elección del sistema de salud, y en el principio de subsidiariedad (Gráfico 7). Este principio de subsidiariedad «descansó en la aceptación de la libre iniciativa y la libertad para desarrollar dicha iniciativa, en la capacidad creadora particular, y en la libertad de creación y esfuerzo personal: tres pilares fundamentales del principio de subsidiariedad, que hace finalmente crecer a los países» (90).

Gráfico nº 7
Desarrollo iniciativa privada. Derechos y Principios Constitucionales



Fuente: Schuster, Augusto, op. cit., p. 315

«En la medida que cada persona crezca como individuo desarrollando su capacidad, crece su familia, crece su comuna, crece su ciudad y crece su país y esto es justamente el principio que apoya a la subsidiariedad. Este principio tiene su contrapeso cuando los particulares no son capaces de llevar adelante acciones de salud por las razones que sea, ya que en este caso será el Estado el que asume la responsabilidad de realizarlas, ejerciendo entonces en plenitud la labor que le corresponde» (91).

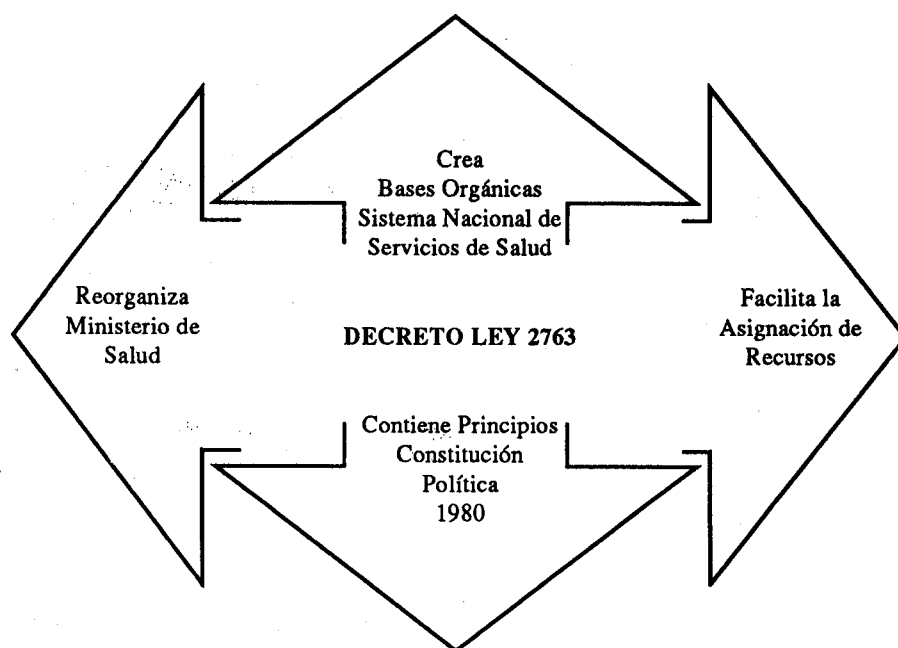
II. LA «REESTRUCTURACION» DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD

En este capítulo se efectuará un análisis de la «reestructuración» del sector público de salud emprendido por el gobierno militar. Se analizarán los cambios ocurridos en este sector, con especial consideración a su inserción institucional en el proceso de descentralización.

Primero se analizará la reestructuración de los niveles central y regional del sistema público de salud y, posteriormente, el proceso de municipalización de la atención primaria de salud.

El decreto más importante en cuanto a la reforma del sector público, es el Decreto Ley 2763, sobre «Restauración del Sector Salud». Este decreto establece las bases orgánicas del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regula la asignación de recursos y contiene los principios de la Constitución Política del año 1980 (Gráfico 8). Asimismo, pretende descongestionar los establecimientos del sistema de salud, posibilitando el efectivo acceso de la población a las acciones de salud.

Gráfico nº 8
Sentido del Decreto Ley 2,763



Fuente: Schuster, Augusto: Salud. Mensajes y reflexiones, Santiago, 1990, p.321

El D.L. 2763 define como sector salud «todas las personas, naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma» (92). Constituyen el «Sistema Nacional de Salud» todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que «laboran en salud coordinadamente, dentro de los marcos fijados por el Ministerio de Salud para el cumplimiento de las normas y planes que éste apruebe» (93). Las instituciones públicas no pertenecientes al ministerio de Salud y las privadas, pueden adscribirse al sistema a través de convenios.

La ley contempla la existencia de un área privada de salud que complementa el área estatal, conformando un sistema mixto que principalmente significa crear una opción adicional al Estado aplicando el principio de libre elección y disminuyendo la presión de la demanda sobre los establecimientos estatales. Es así que en el sector salud se distinguen dos subsectores: el subsector público y el subsector privado.

El subsector público está constituido por:

- a) Los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública y Central de Abastecimiento); y,
- b) Las instituciones y empresas del Estado que cuentan con servicios asistenciales para su personal.

El subsector privado está conformado por todas las personas, instituciones y demás entidades que realizan acciones de salud y no están sometidas a las políticas, planes y programas del Ministerio de Salud, debiendo sólo atenerse a las disposiciones generales establecidas en el Código Sanitario y a la reglamentación y funcionamiento de hospitales, clínicas, policlínicos y laboratorios clínicos. Estos establecimientos pueden clasificarse en:

- a) Establecimientos con fines de lucro (consultas privadas de los profesionales, centros médicos, clínicas y hospitales, laboratorios, centros especializados, farmacias, etc.); y,
- b) Establecimientos sin fines de lucro (instituciones de carácter benéfico, tales como Cruz Roja, Coanil, Cáritas, Coaniquem, Cordan, Iglesias, Organismos no Gubernamentales y, además, las mutualidades de empleadores).

A. «REESTRUCTURACION» DE LOS NIVELES CENTRAL Y REGIONAL DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD

A continuación, se describirán y evaluarán los cambios efectuados en cuanto a estructura y organización, atribuciones y funciones de los entes principales del sistema público.

- a) **Ministerio de Salud**

Nivel central del Ministerio de Salud

Hasta 1973, el SNS había funcionado con una Dirección General extraordinariamente poderosa. En la etapa del SNS, el Ministerio era un órgano débil, sin atribución ejecutiva ni capacidad de estudio o planificación.

Como dijimos, en febrero de 1975 se sancionaron los Decretos Supremos No. 913 y 265, que definieron la estructura del Ministerio de Salud. Estos decretos establecían una nueva estructura para el Ministerio de Salud, orientada a superar el problema de escaso poder de decisión y falta de recursos humanos capacitados, que en el pasado le habían impedido cumplir su rol en la política de salud. Además, planteaban la distinción y delimitación de tres líneas de acción: una financiera, una de ejecución o prestación de salud y una tercera normativa y de control.

La redefinición definitiva del Ministerio de Salud se produjo en 1979, con la promulgación del D.L. 2.763.

Dicha normativa señala que corresponde al Ministerio de Salud ejercer la función que le compete al Estado de «garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de protección y recuperación de la salud y rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones» (94).

Funciones, organización y estructura del Ministerio de Salud

Al Ministerio corresponde «formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Supremo Gobierno» (95). Es el organismo normativo y planificador del sistema, fija las políticas de salud y establece planes y programas, correspondiéndole también las funciones de coordinación y supervisión.

Al ministro corresponde la dirección superior del Ministerio y la supervisión de los organismos del Servicio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública y Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Deberá, igualmente, fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones que deben ejecutar dichos organismos y demás integrantes del sistema (96).

Del ministro dependen: su gabinete, el subsecretario, la Oficina de Planificación y Presupuesto y el Departamento de Inspección.

El jefe de gabinete colabora inmediata y directamente con el ministro y actúa como órgano de enlace y comunicación con las distintas unidades del Ministerio y jefaturas superiores de servicios.

Al subsecretario corresponde dirigir la administración y servicio interno del Ministerio; controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del sistema; coordinar su ejecución por los organismos que lo integran y subrogar al ministro (97). Le corresponde además impartir instrucciones sobre normas, planes y programas a los organismos del

sistema, en forma que garantice la ejecución de las políticas de salud elaboradas por el Ministerio de una manera integral, eficiente y uniforme.

Del subsecretario dependen: el Departamento de Asesoría Jurídica, el Departamento de Administración y Servicio Interno y las Secretarías Regionales Ministeriales.

La Oficina de Planificación y Presupuesto absorbió todos los departamentos técnicos del antiguo SNS, pero a escala más pequeña en recursos humanos y capacidad de creación de normas técnicas (98).

La Oficina de Planificación y Presupuesto llegó al corazón técnico-profesional del Ministerio. Esta oficina funcionó como la unidad técnica asesora en la formulación de las políticas de salud, en la elaboración de las normas y planes generales relativos a la utilización de los recursos humanos, financieros y logísticos en acciones de salud sobre personas y ambiente, y en la evaluación del cumplimiento de esas normas y planes.

Dicha oficina estaba compartimentada en los siguientes Departamentos: Planificación, Recursos Humanos, Programas de las Personas, Programas del Ambiente, Apoyo de los Programas, Finanzas y Recursos Físicos. Entre 1981 y 1982, se le agregó el Departamento de Arquitectura Médica por disolución de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (Ley 18.126) y el Departamento de Nutrición por disolución de Conpan (Ley 18.191). A cada uno de estos departamentos correspondía el estudio, elaboración y proposición de las políticas, normas, planes y programas generales necesarios para un coordinado y eficiente cumplimiento de las acciones de salud.

Al Departamento de Inspección correspondían las siguientes funciones:

- * Cumplir las misiones de inspección, estudio y auditoría;
- * Estudiar, diseñar y proponer al ministro los programas de fiscalización permanente respecto de los organismos y entidades del sistema;
- * Asesorar al ministro en la elaboración de normas e instrucciones relativas a las funciones de inspección y fiscalización, que debieran ejecutarse en los organismos del sistema.

Fortalezas y debilidades del Minsal

El D.L. 2.763 fortaleció el rol del Ministerio de Salud. El SNS había funcionado con una

Dirección General muy poderosa; su Dirección General había prácticamente monopolizado al dictado de normas, programas e incluso políticas de salud (99).

Al desaparecer el SNS y darse paso al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Ministerio fue declarado como un ente normativo y supervisor. Se creó un ministerio con mayores atribuciones y cierto grado de «exclusividad» en la generación de políticas de salud, formulación de programas, dictado de normas, control y evaluación de acciones de salud. El Ministerio de Salud recuperó así aquellas funciones que -siendo de nivel ministerial (políticas, planes, programas, control, evaluación)- en la práctica había ejercido el Director General del Servicio Nacional de Salud (100).

A pesar de eso, el Ministerio mostró una serie de deficiencias. Su debilidad más clara después de la reforma se situaba en la «insuficiente capacidad para ejercer sus funciones de normar, supervisar y asignar recursos a los servicios de salud dependientes de él» (101). Esta debilidad se expresó «en insuficiencia estructural, de recursos humanos, de modernidad tecnológica, de insuficiencia cuantitativa de información y de capacidad de procesamiento» (102). El Ministerio quedó «como cabeza del sistema ..., pero sin la capacidad para poder ejercer una verdadera tutoría sobre los servicios de salud» (103).

Otro problema era la tremenda dependencia del sector financiero, concretamente del Ministerio de Hacienda (104). No hay que olvidar que CONARA, antes de su disolución, planteó la existencia de ocho ministerios a nivel país y las demás serían subsecretarías. Uno de los ministerios que «disminuía» de rango era Salud, es decir se lo rebajaba de categoría.

La otra gran área de problemas de funcionamiento del Ministerio radicó en la insuficiente coordinación con otros ministerios sectoriales (Educación, Obras Públicas, Trabajo, etc.).

b) Nivel regional: Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

Basándose en las disposiciones del D.L. 575, en materia del sector salud, el Decreto Ley No. 2.763 (1979) dispuso la creación de una Secretaría Ministerial de Salud en cada una de las regiones en que se divide administrativamente el país.

Las Seremis fueron concebidas como una instancia de desconcentración enmarcada en la regionalización del país, es decir como instituciones a través de las cuales se desconcentró territorialmente el Ministerio de Salud. A las Seremis no se les asignó personalidad jurídica ni patrimonio propio. Ellas debían representar al Ministerio en la Región y colaborar directamente con la Intendencia.

Se creó en cada Región una Secretaría Regional Ministerial de Salud (Gráfico 9), a cargo de un Secretario Regional Ministerial.

Gráfico nº 9
Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍAS REGIONALES MINISTERIALES
I Región Tarapacá
II Región Antofagasta
III Región Atacama
IV Región Coquimbo
V Región Valparaíso
VI Región Lib. Gral. Bdo. O'Higgins
VII Región Maule
VIII Región Bío-Bío
IX Región Araucanía
X Región Los Lagos
XI Región Gral. C. Ibáñez del Campo
XII Región Magallanes - Antárt. Chilena
XIII Región-Metropolitana Santiago

Fuente: Proyecto Minsal/AID/CPU: Proceso de Desarrollo Institucional Aplicado a Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Informe Final, marzo 1993, P.31

A las Seremis se les asignaron las siguientes funciones (105):

- * Representar al Ministerio en la Región y colaborar directamente con el Intendente en el ámbito de sus funciones;
- * Velar por el cumplimiento de las políticas, planes, normas y programas del Ministerio por parte de los organismos del sistema en el territorio de la Región y adaptar la ejecución de dichos planes y programas a la realidad local;

- * Supervigilar y controlar los servicios de salud y demás organismos del sistema en la Región;
- * Actuar como nexo para las comunicaciones entre el Ministerio y los Servicios de Salud y entre éstos y aquella secretaría de Estado;
- * Ejecutar -de acuerdo con las normas del Decreto Ley No. 575. de 1974 y con las directivas de Ministerio- las políticas regionales y coordinar la labor de los organismos del sistema y relacionarse con organismos, entidades o personas que no pertenezcan el sistema o al sector, para el cumplimiento de objetivos de interés común;
- * Aprobar las proposiciones de los directores de servicios de salud, para el desarrollo del sistema, y la forma de propender al desenvolvimiento del sector en su Región;
- * Participar, con los directores de los servicios de salud, en la preparación del proyecto del presupuesto y el balance anual de los organismos del sistema en su Región;
- * Cumplir los cometidos que le encomiende el Ministerio en relación con los planes y programas de carácter nacional o interregional, manteniendo permanentemente informado al Intendente Regional; y,
- * Ejercer las facultades que le otorgue el Código Sanitario y los reglamentos.

Las Seremis de Salud adolecían, durante el gobierno militar, de una serie de deficiencias. Las más importantes fueron (106):

- * Se reconocía la existencia de Seremis insuficientemente dotadas, especialmente de recursos humanos adecuados para el cumplimiento de sus funciones relacionadas con la formulación de las políticas de salud, la formulación de los planes y programas, y la supervisión y control de la aplicación y ejecución de éstos;
- * La existencia de factores legales, organizacionales, de definición de funciones y de dotación insuficiente e inadecuada de recursos físicos, de equipamientos, y financieros, que hacían muy difícil que las Seremis pudieran cumplir eficiente y eficazmente las funciones que le correspondían al interior del sistema; y,
- * Faltó claridad en la delimitación de funciones de las Seremis. Esta situación llevó a que en forma frecuente se superponían sus funciones con las del director del Servicio de Salud respectivo.

B. SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (SNSS)

El «Sistema Nacional de Servicios de Salud» está formado, de acuerdo al Decreto Ley 2.763, por todos los establecimientos de salud que se rigen por las políticas, planes, programas y normas ministeriales y están sometidos a su control y evaluación (107).

En la práctica, siendo su organismo coordinador el Ministerio, el SNSS está integrado por 27 Servicios de Salud (órganos ejecutivos), por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) como órgano financiero, y la Central de Abastecimiento del SNSS y el Instituto de Salud Pública (ISP) como organismos de apoyo (108).

Los Servicios de Salud son los «continuadores legales» del SNS y del Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), dentro de sus respectivos territorios y con los mismos derechos y obligaciones que corresponden a esas instituciones.

Los Servicios de Salud constituyen «organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y de patrimonio propio» (109).

Los Servicios de Salud son la «columna vertebral» del sistema de salud. Ellos fueron declarados, según el D.L. 2763, como los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas (110). A través de sus establecimientos ejecutan las acciones de salud sobre las personas y el ambiente, establecidas en los programas ministeriales. Además, deben controlar las actividades de salud que realizan las instituciones que por convenio han asumido el compromiso de llevar a cabo las prestaciones que corresponden a los Servicios de Salud.

Dependen del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervisión de éste en su funcionamiento, y a cuyas políticas, normas y planes generales deben sujetarse en el ejercicio de sus actividades.

Atribuciones

Para el desempeño de sus funciones, el director del Servicio de Salud tiene las siguientes atribuciones (111):

- * Dirigir la ejecución de 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 la integran, en conformidad con el reglamento y con las normas que imparta el ministerio;

- * Proponer al Ministerio la creación, modificación o fusión de los establecimientos del Servicio y su clasificación;
- * Elaborar y presentar el proyecto de presupuesto del Servicio;
- * Ejecutar el presupuesto del Servicio de acuerdo con las normas relativas a la administración financiera del Estado y proponer las modificaciones y suplementaciones que sean necesarias;
- * Aprobar y modificar los presupuestos de los establecimientos, de acuerdo con el presupuesto del Servicio y coordinar, asesorar, inspeccionar, controlar y evaluar la ejecución presupuestaria dentro de él;
- * Designar a los funcionarios, poner término a sus servicios y, en general, ejercer respecto del personal todas las facultades que corresponden a un jefe superior de servicio descentralizado, sin perjuicio de las atribuciones del Presidente de la República, respecto de los funcionarios de su exclusiva confianza;
- * Ejecutar y celebrar, en conformidad al reglamento, toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporeales;
- * Celebrar convenios con universidades, organismos, sindicatos, asociaciones patronales o de trabajadores y, en general, con toda clase de personas naturales o jurídicas, a fin de que tomen a su cargo, por cuenta del Servicio, algunas acciones de salud que a éste correspondan, por la vía de la delegación o de otras modalidades de gestión, previa calificación de la suficiencia técnica para realizar dichas acciones;
- * Ejercer, dentro del territorio del Servicio bajo su dirección, todas las atribuciones, funciones y obligaciones que las leyes y reglamentos vigentes otorgan y asignan al Director de Salud y al Vicepresidente Ejecutivo del Servicio Médico Nacional de Empleados; y,
- * Delegar, bajo su responsabilidad, atribuciones a los demás jefes del Servicio de acuerdo con el reglamento.

Financiamiento

A partir de 1978 se efectuó un cambio importante respecto de la asignación de recursos dentro del SNSS (112). Se ponía en vigencia un procedimiento -denominado Facturación por Atención

Prestada (FAP) - tendiente a establecer una relación entre la producción de prestaciones de salud y el financiamiento de las unidades asistenciales (113).

Las razones que se dieron para instaurar la FAP fueron: a) mejorar el sistema de registro estadístico del SNSS; b) estimular las acciones de nivel primario de atención, otorgándole, en lo posible, tarifas iguales o superiores a sus costos reales; c) dar un «premio» a la mayor «productividad» en el rendimiento de los recursos humanos, físicos y operativos destinados a dar salud, a nivel de establecimiento; d) lograr una reasignación de los recursos orientados hacia la atención ambulatoria y primaria.

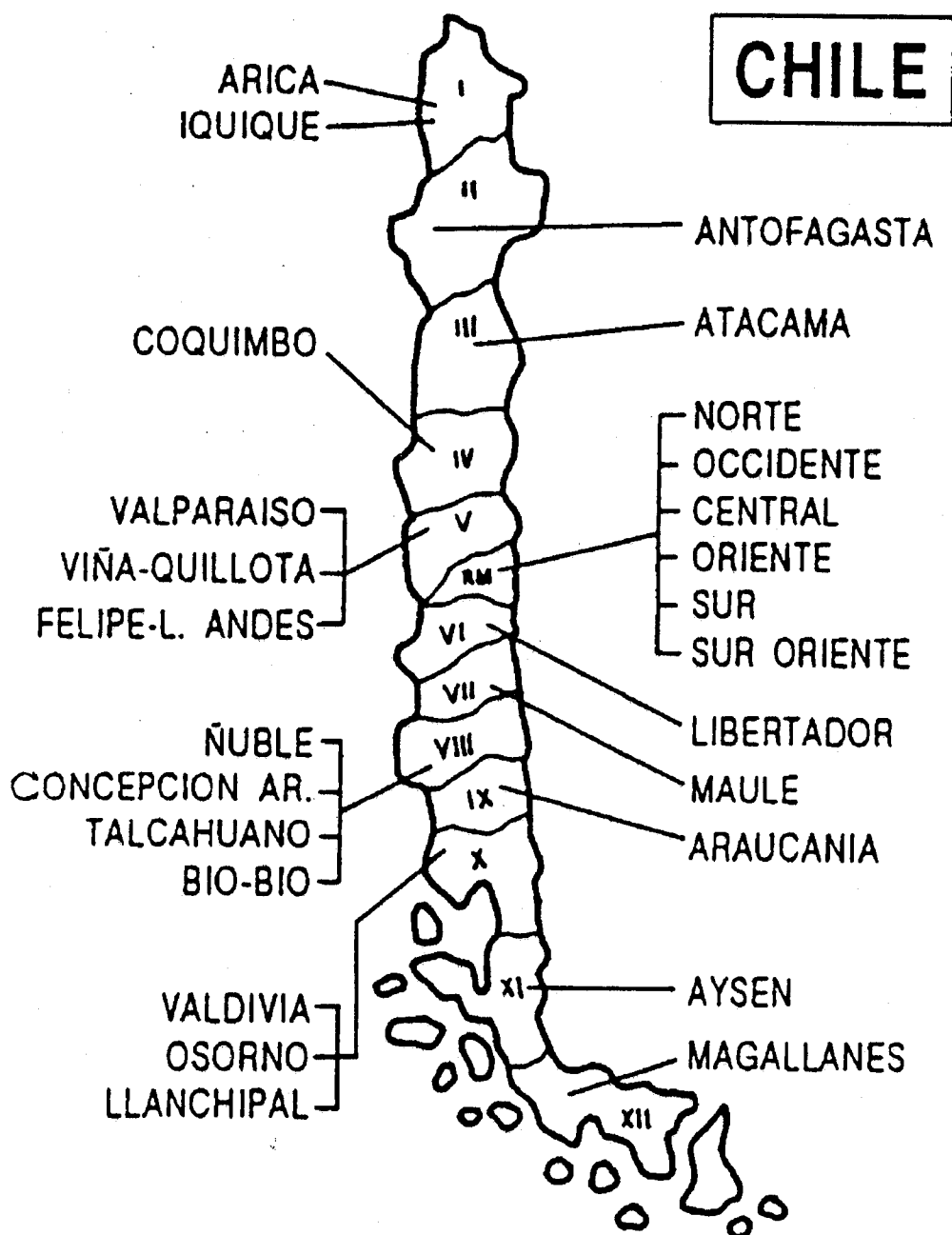
Organización y Estructura

Cada Servicio está a cargo de un director. Para el desempeño de sus funciones y ejercicios de sus facultades, el director del Servicio es asesorado por el Departamento de Auditoría, la Asesoría Jurídica y el Consejo Técnico Administrativo, y cuenta con una secretaría. Dependen, asimismo, del director, la Subdirección Médica y la Subdirección Administrativa; la Dirección de Atención Primaria; los hospitales y la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (114).

El director del Servicio es designado por decreto supremo del Ministerio de Salud, y es funcionario de la confianza del Presidente de la República. Le corresponde la supervisión, coordinación y control de los establecimientos y servicios de los Sistemas comprendidos en su territorio, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, programas y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud, por intermedio de los Secretarios Regionales Ministeriales, a cuya supervigilancia y control están directamente sometidos.

Los Servicios son básicamente una fragmentación del ex SNS más el ex Sermena en 26 trozos, con autonomía administrativa, planta de personal propio, manejo presupuestario y patrimonial relativamente independiente (gráfico 10). El Servicio de Salud número 27, noroccidente se disolvió y luego se creó posteriormente para toda la Región Metropolitana uno del Ambiente, que unifica para dicha Región las facultades de los Departamentos del Ambiente de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana, los que en el resto del país conservan sus funciones (Ley 18.122).

Gráfico 10:
Mapa Servicios de Salud



Fuente: Minsal: Proyecto Minsal/Banco Mundial, Santiago, sin fecha, p.5

Su generación, en la práctica, ha sido por un mecanismo de selección basado en aproximaciones sobre el nivel de su autonomía administrativa y técnica (115).

Fortalezas y debilidades de los Servicios de Salud

Las ventajas que estos Servicios de Salud tienen sobre el ex SNS se pueden resumir en las siguientes (116):

- a) Mayor descentralización administrativa. El ex SNS tenía una gran centralización (especialmente en rubros importantes como manejo de personal y de presupuesto). A los Servicios, con rango de Ley, se les fijan importantes funciones autónomas en el orden administrativo (manejo personal, presupuesto-patrimonio), siendo el director del Servicio un jefe superior del mismo, por lo tanto, en él reside la responsabilidad final;
- b) Autonomía en lo técnico;
- c) Potencial reforzamiento de la capacidad administrativa;
- d) Reforzamiento de la atención primaria. Uno de los objetivos de la política de salud, coincidente con la recomendación de organismos internacionales de salud, ha sido el estímulo al desarrollo del nivel primario de atención. Cada servicio de salud dispone de la llamada Dirección de Atención Primaria, con dependencia directa a su director y con planta de personal y presupuesto propio; y
- e) Posibilidad de delegación de atención con población a cargo a través de convenios.

En cuanto a las debilidades de los Servicios de Salud, la gran mayoría de ellos careció de capacidad de gestión para administrar sus funciones propias. Junto con la realidad de una no inversión en infraestructura física y equipamiento, se puede concluir que la descentralización «se transformó en un desmembramiento y atomización del sistema más bien que en un proceso orgánico y armónico de desarrollo» (117).

Dentro del cúmulo de problemas que afectaron la operación del sistema de servicios de salud, cabe considerar las siguientes situaciones (118):

- a) Alto endeudamiento del SNSS (la cifra total a diciembre de 1989 superó los 3 mil millones)
- b) Improvisación gerencial en la conducción superior del Sistema de Servicios de Salud;
- c) Inexistencia de políticas de perfeccionamiento o capacitación;
- d) La designación del director del Servicio no exigía requisito de título o formación;

- e) La autonomía jurídica, de patrimonio y administrativa no se ejercía en realidad por los instrumentos que posee el nivel central y por el temor al error del nivel local. Este último punto era agravado por la falta de capacidad de los Servicios de Salud de manejar adecuadamente los recursos financieros;
- f) Se hizo evidente la falta de adecuación de la división territorial de los sistemas de salud a la nueva división administrativo-política. La creación de los Servicios de Salud, en muchos casos, no consideró adecuadamente el tamaño y los recursos de cada Servicio creado. Esto significó en la práctica, muy distintas capacidades de gestión, suficiencia técnica y administrativa y, en consecuencia, de atención de salud a la población beneficiaria; y,
- g) Los Servicios de Salud tampoco tenían la capacidad suficiente para poder disponer, a nivel regional, de los recursos humanos que le permitieran desarrollar la administración de sus reparticiones con absoluta autonomía. A eso hay que añadir la natural aversión de los ejecutivos de provincias para tomar decisiones autónomas y una tendencia muy fuerte a consultar la gran mayoría de sus problemas.

B. LA MUNICIPALIZACIÓN DE LA SALUD PRIMARIA

Esta parte tiene como objetivo central describir y analizar otra de las importantes transformaciones del sector salud durante el régimen militar. Se trata de la municipalización del nivel primario de atención de salud. Como vimos, con el objetivo de profundizar el proceso de descentralización, se inició en 1981 el traspaso de la administración de establecimientos del nivel primario desde el SNSS a las municipalidades.

1. Objetivos de la Municipalización de la Salud Primaria

Para justificar el proceso de transferencia del nivel primario y municipalizar su administración, el régimen militar consideró que las razones eran las siguientes (119):

- a) «Descentralizar» al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas a nivel comunal; es decir, facilitar una administración descentralizada, atendiendo a las características y diversidades de cada comuna (acercar la toma de decisiones al nivel local);
- b) Mejorar el control y la fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las direcciones de los servicios del SNSS (flexibilizar la gestión del recurso humano);
- c) Adecuar los programas de salud a las necesidades de la población;

- d) Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura (movilizar recursos provenientes del sector municipal);
- e) Hacer posible una mayor participación comunitaria en la base social; y,
- f) Permitir una mejor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes como son educación, vivienda, saneamiento ambiental, etc.

Se pensó además que la descentralización podría favorecer el desarrollo del sector privado en salud, lo cual era uno de los objetivos del gobierno militar.

«El otro elemento importante» -así lo afirmó el ex subsecretario de Salud, Hernan Büchi- «fue la descentralización. (...). En la medida que se podría descentralizar la gestión del sector salud era más factible en el futuro un traspaso gradual de las acciones estatales a acciones privadas» (120).

2. El sector salud municipal

Al tratar el tema de la salud municipalizada no se debe dejar de establecer que el ámbito municipal sólo tiene relación con la atención de nivel primario (consultas, tratamiento, controles, exámenes y urgencias). Las atenciones secundaria y terciaria están en manos del sistema hospitalario.

El nivel primario de atención se integra de los siguientes establecimientos (121):

- a) Postas Rurales de Salud: son establecimientos de atención ambulatoria, localizados en una determinada área geográfica de buena accesibilidad para poblaciones de 600 a 1.200 habitantes. La posta rural de salud deriva a establecimientos de mayor complejidad las situaciones que no puede resolver por sus medios;
- b) Consultorio General Rural: es un establecimiento de atención ambulatoria ubicado generalmente en localidades de 2 mil a 5 mil habitantes y que presta servicios a la población de un área geográfica que no excede los 20 mil habitantes. Las acciones del consultorio general rural comprenden tanto el fomento, prevención y protección de la salud de las personas y del medio ambiente, así como la resolución de los problemas de salud que pueda manejar un equipo compuesto de un médico, un odontólogo, una enfermera y una matrona, apoyados por medios básicos de diagnóstico y tratamiento. El consultorio otorga atención de primeros auxilios, resolviendo aquella demanda que no requiere de recursos de mayor complejidad y refiere a los establecimientos de mayor capacidad resolutive el resto de los casos;

- c) Consultorio General Urbano: es un establecimiento de atención ambulatoria ubicado en localidades de más de 20 mil habitantes y al servicio de un área de atracción idealmente no superior a 50 mil habitantes. La capacidad de resolución de problemas de salud ambulatoria está determinada por la complejidad de los recursos que posea el consultorio. El equipo de salud del consultorio está constituido por médicos generales, odontólogos, enfermeras, matronas, nutricionistas, equipo al cual se agrega el tecnólogo médico para el manejo de laboratorio básico que eventualmente posea la estructura; y,
 - d) Estaciones Médico-rurales: estas estaciones no corresponden a establecimientos asistenciales y funcionan en lugares aislados de población dispersa. Pueden estar ubicadas en locales proporcionados por la comunidad (escuelas, centros comunitarios) donde concurre la ronda médica en forma periódica, para otorgar las actividades de fomento, prevención y recuperación.
3. El traspaso de los servicios primarios de salud a las Municipalidades y convenios Servicios de Salud - Municipios.

El proceso de traspaso de servicios públicos desde la Administración Central a los municipios tiene su origen en el articulado que reformó la Ley de Rentas Municipales, mediante la dictación del DFL 1/3.063 de 1980. La citada disposición legal estableció que el objeto del traspaso de los establecimientos estatales de educación, de salud y de atención de menores a los municipios, era que estos organismos territorialmente descentralizados se hicieran cargo de la administración y operación de tales servicios públicos, lo que no significaba que el Estado abandonara la atención preferente a que lo obliga el artículo 19 de la Constitución Política (122).

En efecto, el artículo 19 de la Carta Fundamental, No. 9, establece que es el deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, se presten ellas a través de instituciones públicas o privadas.

De acuerdo con la estructura del Poder Ejecutivo, la responsabilidad por la ejecución de tales acciones radica en el respectivo sector, cuya manifestación orgánica es el Ministerio de Salud.

En este sentido, la competencia para el cumplimiento de las disposiciones constitucionales no se altera por el traspaso de establecimientos privados gratuitos, ya que sigue siendo el poder central el responsable de proveer el financiamiento para que estos sostenedores, que coayudan a la gestión del Estado, puedan proporcionar el servicio que, con características de gratuidad, permite cumplir con las exigencias constitucionales.

Tal es así, que la propia Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades no establece como

función municipal la administración de establecimientos de salud, y se limita a establecer que los municipios «podrán desarrollar, directamente o con otros órganos de la Administración del Estado, funciones relacionadas con: ... b) la salud pública...» (123).

Sin pretender agotar este complejo tema, puede agregarse que el traspaso mismo adopta la modalidad de convenios entre el Ministerio de Salud y los municipios receptores, lo que grafica el carácter de delegada que tiene la administración y operación que a estos últimos se les encomienda.

Convenios Servicio de Salud-Municipios

El traspaso de establecimientos de atención primaria se inició en 1981 mediante la firma de convenios entre el Ministerio de Salud, representado por el Servicio de Salud y la municipalidad, representada por su Alcalde. Las normas que regían los traspasos y el control se definían en el Reglamento (124).

El convenio tipo suscrito entre municipios y Servicios de Salud, contempla los siguientes puntos principales (125):

- a) La municipalidad se obliga a restituir al Servicio de Salud los bienes que le han sido entregados en comodato y en el mismo estado en que los ha recibido, considerando el desgaste producido por el tiempo;
- b) La municipalidad debe reparar y mantener con fondos propios los establecimientos asistenciales;
- c) La municipalidad debe destinar los establecimientos -como asimismo los dineros provenientes del pago de prestaciones de salud- exclusivamente a desarrollar funciones asistenciales en la atención de las necesidades de salud de la población;
- d) La municipalidad debe otorgar las prestaciones de salud de acuerdo al nivel de complejidad de cada establecimiento, a los beneficiarios legales y convencionales de los Servicios de Salud; y,
- e) La municipalidad se obliga a ejecutar las acciones de salud en atención ambulatoria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas y sobre el ambiente cuando corresponda en los establecimientos que se traspasan.

Respecto de las acciones de recuperación, debe atender integralmente la patología simple y sólo derivar a los establecimientos de mayor complejidad del Servicio de Salud los problemas médicos. Asimismo, las partes se obligan a desarrollar y mantener un sistema de coordinación expedita para la referencia, derivación y contrareferencia de los beneficiarios enviados por los establecimientos municipales.

f) Los programas a desarrollar por los establecimientos municipales son:

- * Programa infantil y del adolescente.
- * Programa gineco-obstétrico y perinatal.
- * Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- * Programa del Adulto y del Senescente.
- * Programa odontológico de nivel primario.
- * Vacunaciones según programas a toda la población.
- * Programa sobre el ambiente.

Los elementos necesarios para desarrollar los programas de alimentación y vacunación son proporcionados por el Servicio, sin costo para el municipio, de acuerdo con las normas y planes del Ministerio del Salud.

- g) La municipalidad está obligada a mantener un arsenal farmacológico con el objeto de entregar gratuitamente los medicamentos prescritos a los beneficiarios;
- h) Las municipalidades pueden otorgar prestaciones a personas no beneficiarias de los servicios de salud, o ampliar las prestaciones señaladas -las que no podrán ser cobradas al servicio- siempre que ello no deteriore o posponga la atención de los beneficiarios de los servicios de salud;
- i) El incumplimiento por parte de la municipalidad o de personas jurídicas sin fines de lucro de las obligaciones asumidas, autoriza al servicio a disponer el término del convenio.

Funciones asignadas a cada parte

De acuerdo al Manual para Postas y Consultorios de Administración Municipal (Ministerio de Salud, Depto. de Planificación), cada parte involucrada adquiere mediante el convenio compromisos (126).

Las obligaciones de las municipalidades son:

- a) Atender, a través de los Servicios de Salud que les han sido traspasados, a aquellas personas que son beneficiarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Estos pueden agruparse en dos tipos: beneficiarios convencionales y beneficiarios legales;
- b) Asegurar el funcionamiento de los establecimientos a su cargo;
- c) Dar cumplimiento a las normas, planes y programas que establece el Ministerio de Salud;
- d) Mantener, a lo menos, la calidad de la atención que brindaban estos establecimientos antes de ser traspasados;
- e) Observar el ritmo de desarrollo que alcancen los establecimientos similares que continúen formando parte de los Servicios de Salud; y
- f) Sujetarse a la supervisión técnica del Ministerio de Salud.

Las responsabilidades del Minsal y SNSS son:

- a) El Ministerio de Salud desempeña el rol de gestor y fiscalizador de la política de salud en general y del nivel primario, específicamente.
- b) Los Servicios de Salud, son organismos estatales funcionalmente desconcentrados para la realización de las referidas acciones. Dependen del Ministerio de Salud, a cuyas políticas, normas y planes generales deben someterse, pero tienen gran autonomía en el manejo financiero y técnico de los servicios de su jurisdicción.

Entre otras funciones les competen:

- a) Transferir, junto con los establecimientos, los elementos necesarios para las prestaciones de salud que deban otorgar, sean estos personal, bienes muebles, equipos, instalaciones y recursos financieros;

- b) Entregar las instrucciones que, enmarcadas en la política ministerial, permitan programar las actividades de cada establecimiento;
- c) Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas normas y programas emanados del Ministerio de Salud;
- d) Aportar los procedimientos de apoyo de diagnóstico que sean menester para el cumplimiento cabal de las funciones traspasadas; y,
- e) Ejecutar las acciones de salud que, por su complejidad, no puedan ser resueltas en el nivel primario que éste le refiera.

4. Estructura municipal de administración y gestión de servicios de salud municipalizada

Al igual que en educación, las municipalidades -al momento del traspaso de los establecimientos de salud a su comuna- podrán optar entre tres alternativas (Ley No. 3.477):

- a) Construir Departamentos Municipales de Salud);
- b) Entregar Servicios de Salud traspasados a entidades jurídicas de Derecho Privado; y
- c) Crear Corporaciones Municipales de Desarrollo Social.

Tras la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades (Ley 18.695), las opciones municipales quedaron reducidas a la administración directa y el traspaso a través de licitación pública, a personas de derecho privado sin fines de lucro (127).

Administración directa (Departamento Municipal de Salud)

La Ley 18.695 establece que el municipio puede desarrollar directamente sus funciones relativas a la salud pública. Debe crear una unidad de salud que ejerza las funciones y atribuciones destinadas a entregar el servicio de salud a la comuna. En los municipios que tienen Dirección de Desarrollo Comunitario, la unidad de salud debe depender de ella (128).

La municipalidad debe llevar presupuesto separado para el servicio de salud que administra, el cual se rige por las disposiciones establecidas en el Sistema de Administración Financiera del Estado (Decreto Ley No. 1263 de 1975) en cuanto a la administración de fondos, la contabilidad y el control presupuestario. La aprobación del presupuesto del servicio de salud y sus modificaciones requieren el acuerdo del Concejo Municipal.

El personal traspasado de salud no pertenece a la planta municipal, según el D.F.L. N° 1-3063, sino que se rige por lo establecido en el Código de Trabajo, tanto en el régimen previsional, como respecto del sistema de reajuste y salarios del sector público.

Una desventaja de esta alternativa es que el Departamento de Salud «está sujeto a los procedimientos administrativos del sector público, lo que dificulta la rapidez en la ejecución y la toma de decisiones» (129). Así, por ejemplo, cualquier adquisición debe seguir el conducto regular establecido, que va desde el llamado a propuesta hasta la cancelación mediante Decreto Alcaldicio, trámite que generalmente demora hasta treinta días. Otra situación burocrática es que las inversiones deben previamente estar contempladas en un plan anual de inversiones, en cuya aprobación y/o modificación interviene la Intendencia.

Si bien estas trabas burocráticas entorpecen algunos aspectos del manejo administrativo, en comparación con las Corporaciones, permiten controlar y fiscalizar los recursos financieros y las inversiones.

Administración de Servicios de Salud a través de corporaciones constituidas por la municipalidad

Las Corporaciones Municipales -constituidas por los municipios para administrar el servicio de salud- son personas jurídicas de derecho privado que no persiguen fines de lucro (130).

Sus objetivos son administrar y operar el servicio de salud, adoptando las medidas necesarias para su dotación, ampliación y perfeccionamiento, y difundir los objetivos que impulsa la corporación y sus realizaciones. Las corporaciones municipales funcionan bajo la presidencia del Alcalde y de un directorio compuesto por no más de cinco personas, cuyos cargos son de Concejales.

Una gran ventaja de las corporaciones es que en el cumplimiento de estas atribuciones tienen las más amplias atribuciones, sin perjuicio que su supervisión y fiscalización correspondan a las autoridades públicas, de acuerdo con las leyes y reglamentos.

Además, es su obligación estatutaria difundir en la opinión pública el conocimiento de los objetivos que impulsa y las realizaciones que lleva a cabo.

Lo interesante en las atribuciones de las corporaciones es que, como entidades privadas, pueden adquirir, vender, arrendar o contratar servicios y personas, lo que permite una rápida solución a los problemas detectados y el cumplimiento de los objetivos para los cuales fueron creadas.

Entre los aspectos negativos se puede indicar que -por ser esencialmente instituciones

privadas y poseer más libertad en su administración- los criterios financieros y técnicos y los recursos humanos están influidos por la administración de turno, la que además define los sistemas de control interno.

Administración delegada a personas jurídicas de Derecho Privado

De acuerdo al Decreto Ley N° 3.477, las municipalidades pueden entregar la administración de los establecimientos de salud a una persona jurídica sin fines de lucro, mediante licitación pública.

Dicha administración se rige por las mismas normas que se aplican a las corporaciones municipales, con las siguientes salvedades: a) el alcalde no tiene participación en su gestión, y b) el municipio puede contribuir al financiamiento, a través de aportes o subvenciones.

La mayoría de los municipios optó por la administración directa de establecimientos, con excepción de los correspondientes a la Región Metropolitana, que adoptaron en mayor porcentaje la modalidad de crear Corporaciones Municipales de Derecho Privado. En efecto, en 271 comunas existen departamentos municipales, en tanto que las corporaciones administran establecimientos en las 54 restantes. En algunas comunas y regiones del país se han traspasado servicios de salud a entidades: Sociedad de Fomento Fabril, Sociedad Nacional de Agricultura, Sociedad Nacional de Minería, Cámara Central de Comercio, Cámara Chilena de la Construcción, etc. Estas corporaciones están más bien sujetas a controles internos -cuando los hay- por parte de dichas entidades privadas (131).

5. Fiscalización de gestión que lleva a cabo la municipalidad de los establecimientos a su cargo

Puesto que los establecimientos de salud municipalizados no pierden el carácter de servicio público, están sujetos a la fiscalización de diversos organismos estatales (132).

En este caso conviene recordar especialmente la labor que en este aspecto realiza el Ministerio de Salud, a través de varias de sus reparticiones. Ello lo realiza el respectivo servicio de salud, que evalúa y controla el cumplimiento de los programas y la aplicación de las normas reglamentarias técnicas. Dentro del mismo, el Departamento de Finanzas revisa la facturación por atenciones prestadas que presenta la municipalidad o la corporación, según corresponda.

El control y la coordinación de los establecimientos del nivel primario municipalizado son ejecutados básicamente por:

- a) El Departamento de Programas de las Personas (DPP), al que le corresponde definir y

proponer las prioridades en las acciones de salud sobre las personas en el territorio del sebvicio; participar en la dirección y la elaboración de los programas de fomento, protección y rehabilitación de la salud de las personas y otros destinados a la prevención y vigilancia de las enfermedades transmisibles. También le cabe la responsabilidad de asesorar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de los programas específicos de atención primaria; y,

- b) La Dirección de Atención Primaria (DAP). Ejerce la tuición técnica de los establecimientos de salud municipalizados. Tiene la responsabilidad de programar, ejecutar, coordinar, supervisar y controlar las actividades conducentes al cumplimiento de los objetivos de los programas del nivel de atención primaria.

6. Mecanismos de financiamiento del servicio de salud municipalizada

Mediante la municipalización, el nivel primario de atención de salud cayó bajo responsabilidad de los municipios. El financiamiento proviene del mismo municipio, a través de transferencias al organismo respectivo (Departamento de Salud o Corporación de Derecho Privado) y del Ministerio de Salud.

Hay dos modalidades de financiamiento: a) subvención de salud; y b) aporte municipal (133).

Subvención de salud

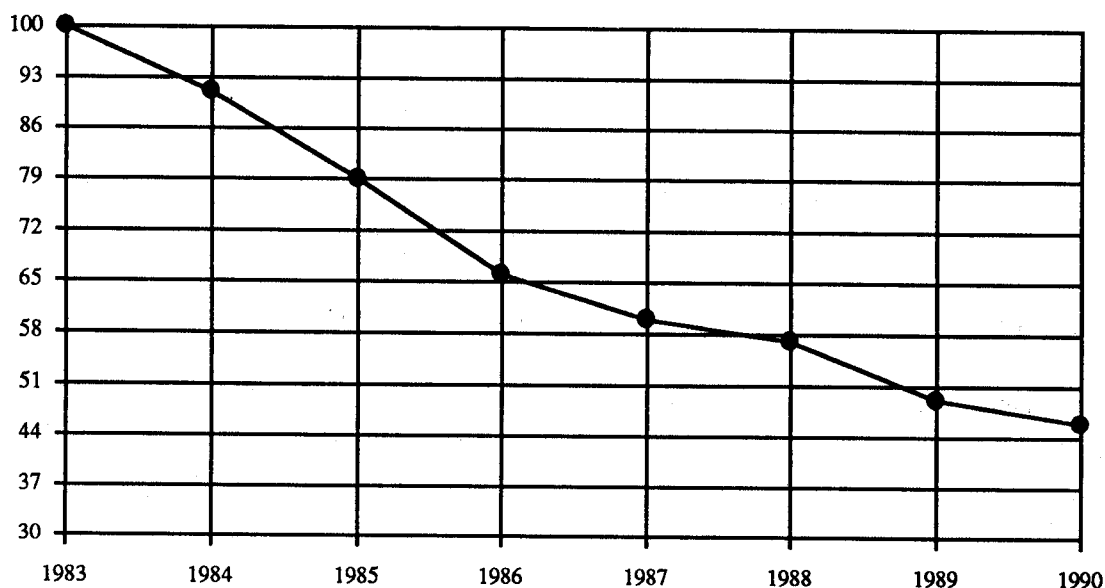
El sistema de financiamiento corresponde a la modalidad Facturación por Atención Prestada en Establecimiento Municipal (Fapem), que define un arancel considerando las distintas acciones realizadas en los consultorios y el tipo de profesionales que lo otorga (134). En 1986 se determinó un límite de gastos (techo máximo o «techo Fapem») para la atención primaria.

El techo se adoptó frente al explosivo aumento de prestaciones municipales en los primeros meses, en algunos casos provocado por los propios municipios para atraer mayores recursos.

La Intendencia Regional es responsable de la distribución del techo mencionado, fijando montos máximos a percibir por cada comuna de su región de acuerdo a los parámetros locales que definen su realidad específica, con la asesoría del Seremi de Salud.

En lo que respecta al sector salud, la Unidad Arancelaria -que es la base de cálculo para la facturación de prestaciones (Fapem)- ha tenido una caída dramática, que alcanzó a más de un 60% real entre 1983 y 1990, según se grafica a continuación:

Gráfico nº 11
Evolución de la Unidad Arancelaria 1983 - 1990



Fuente: Departamento de control de Fonasa

Al deterioro de los aranceles de salud debe agregarse el techo Fapem, sobre el cual no se paga subvención aun cuando el volumen de prestaciones valorizadas al respectivo arancel dé origen a un cobro superior.

Es necesario advertir que la caída en el valor real de las subvenciones es particularmente fuerte en los primeros años, disminuyendo a partir de 1987. El deterioro del valor real de las unidades de subvención ha producido una disminución en el valor real recaudado por los municipios y las corporaciones municipales encargadas de administrar Servicios de Salud.

El deterioro del valor real de la unidad de subvención en salud ha significado que los servicios generen importantes déficits que deben ser absorbidos por las municipalidades receptoras de los establecimientos. De esta forma, prácticamente la totalidad de las municipalidades exhibe déficit en el sector salud.

Si se procesan los datos de los balances de las municipalidades y corporaciones elaborados por la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo para 1990, y si se considera como déficit la diferencia entre el total de gastos y los ingresos de operación, se concluye en una cifra deficitaria ascendente a M\$ 4.564.261 para los establecimientos de salud, de acuerdo con la tabla 12.

Tabla Nº 12
Déficit salud municipal 1992 (En millones de pesos)

REGIONES	DÉFICIT (gastos - Ingresos op.)	% DÉFICIT (déficit / gasto)
I	48.221	19,30
II	181.798	40,33
III	79.541	25,72
IV	53.815	9,13
V	330.957	27,64
VI	205.333	24,07
VII	258.962	19,92
VIII	614.292	28,18
IX	149.333	18,27
X	270.343	18,26
XI	45.615	24,97
XII	85.953	45,77
R.M.	2.240.098	34,95
TOTAL	4.564.261	28,61

Fuente: Programa de Asesoría de la Fundación Friedrich Ebert: El sistema financiero municipal chileno, Santiago, enero 1992, p. 49

Si se considera el déficit sobre los ingresos de operación, que llamaremos para estos efectos déficit operacional, puede advertirse que éste representa el 3,43 % de los gastos de gestión municipal, esto es, aquellos gastos que la municipalidad efectúa por el pago de bienes, servicios e inversiones de su presupuesto, sin considerar el presupuesto de salud (135). Este porcentaje es relativamente alto, ya que si las municipalidades tuvieran que financiar la totalidad del déficit, deberían destinarse recursos equivalentes al 22% de la inversión real municipal.

Aporte municipal

La segunda modalidad de financiamiento de salud municipal corresponde al aporte por transferencia del respectivo municipio.

En efecto, cada año debe ser destinado un porcentaje de los recursos entregados por el Fondo Común Municipal (FCM), a los establecimientos municipalizados del nivel primario. El concepto original de esta transferencia municipal era entregar dineros para mantención y recambio de equipos, inversión, ampliaciones, etc. Pero en la práctica la mayoría de los municipios ha debido destinar estos fondos para cubrir la diferencia que existe entre la operación del sistema y los recursos que entrega el Ministerio, a través del Fapem. Esto significó, en muchos casos, quedar sin capacidad de respuesta a las necesidades de infraestructura de los consultorios.

7. Evolución del proceso de municipalización de la atención primaria

El gobierno militar realizó el traspaso del nivel primario de salud a las municipalidades de un modo gradual. El proceso se inició en 1981 (Tabla 13), y en el mismo han existido dos períodos muy claros, entre 1981 y 1985 y entre 1987 y 1988 (136).

Tabla nº 13
Establecimientos traspasados a Municipalidades 1981 - 1988

AÑO	Consultorio Urbano		Consultorio Rural		Posta Rural		Estación Médico Rural		Consultorio Dental	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1981	26	13	46	43	229	23	161	13	-	-
1982	11	6	9	8	61	6	4	-	-	-
1983	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1984	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-
1985	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1986	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1987	4	70	38	35	692	70	146	11	-	-
1988	136	92	14	13	11	1	189	15	69	93
TOTAL	178	92	108	100	994	100	500	39	74	100

Fuente: Panzer, J.: The Municipalization of Health Services in Chile, Artículo presentado en el Encuentro Anual de Economistas, Santiago, 1989; citado en: Miranda, Ernesto, op. cit., p.42

Entre 1981-1982 fueron municipalizados aproximadamente 360 establecimientos del nivel primario (consultorios generales urbanos, rurales y postas rurales). Se trató de un plan piloto que sólo abarcó establecimientos del nivel primario y -excluyó por su complejidad y área geográfica mayor a una comuna- a los hospitales, servicios de urgencia, consultorios de especialidades y consultorios de gran tamaño (sobre 100.000 usuarios).

Después de esta primera etapa de traspasos, el proceso fue detenido hasta 1987. Entre 1987 y 1988, alrededor de otros 1.300 fueron traspasados. Así, 90% de los consultorios urbanos, 100% de los consultorios rurales, 100% de las postas rurales, 39% de las estaciones médico-rurales y 100% de los consultorios dentales, dejaron de depender del Ministerio de Salud.

La mayoría de los traspasos se realizó en enero de 1988 (fundamentalmente en el caso de los consultorios urbanos del país). Hubo un período intermedio de dos años, en que se suspendió el traspaso de establecimientos a las municipalidades. Las razones de esta interrupción no están claras, si bien se sabe que hubo fuertes presiones por parte del Colegio Médico, por un lado, y de las autoridades de salud, por otro.

A partir de abril de 1988 se encontró bajo la administración municipal un 91,6% de los consultorios generales urbanos, un 100% de los consultorios generales rurales, un 100% de las postas rurales, un 38,4% de las estaciones médico rurales y un 100% de las clínicas dentales escolares.

A mediados de 1988, el proceso de transferencia se encontraba completo en lo referente a los establecimientos de la red de atención primaria de salud. De acuerdo a las declaraciones del Ministerio de Salud de la época, el proceso se había completado y no habría traspasos de establecimientos de mayor complejidad, como consultorios de especialidades u hospitales.

8. Evaluación del sistema de salud municipalizada

La gran dificultad que se presenta al intentar una evaluación seria es que no se cuenta con información suficiente que permita hacer un análisis de los resultados de este proceso. Junto con impulsar el traspaso de la administración del nivel primario a los municipios, no se han implementado los sistemas de información correspondientes que permitan realizar un monitoreo y una evaluación de dicho proceso.

Lo anterior nos obliga a ser cuidadosos en la formulación de juicios definitivos en cualquier sentido, respecto de la marcha del proceso. Teniendo en mente las precauciones ya señaladas, haremos un análisis del proceso de municipalización del nivel primario.

La municipalización del nivel primario, sin lugar a dudas, apuntó en la dirección correcta. Ella permite la competencia entre sistemas y aumenta las posibilidades de elección por parte de la población.

Pero en su implementación se manifestaron una serie de deficiencias, entre otras (137):

* «Alcaldización» del municipio

En concordancia con el esquema político institucional de centralizar el poder en el Jefe de Estado y ser el alcalde su representante en la comunidad, sucedió en la práctica que la figura del alcalde adquirió gran relevancia. Esta se manifestó no sólo en su condición de líder, que también en la designación de los funcionarios (dependencia política y no técnica del recurso humano hacia la persona del alcalde) y en la toma de decisiones sin contrapeso, al no haber participación efectiva de la comunidad.

* Descuido de prevención de salud

La disminución del componente preventivo en favor de la atención médica curativa y la pérdida del carácter redistributivo de la acción en salud, por las diferencias de recursos entre municipios pobres y ricos.

* Deficiente sistema de financiamiento

La mayor queja ha sido contra el déficit económico provocado por el techo a la facturación por servicios prestados. Se atribuye esta situación al predominio de los criterios económicos sobre los sociales. El mecanismo de recursos financieros que se diseñó para traspasar dichos fondos a las municipalidades -esto es, el pago por atenciones prestadas (Fapem)- contiene errores sustanciales.

No se consideraron medidas destinadas a corregir el aumento de las desigualdades de recursos que se producen en este tipo de experiencias.

* Disminución en los niveles de coordinación y supervisión

No se tomaron medidas de reforzamiento de la capacidad de supervisión y coordinación. Esto motivó la existencia de fallas evidentes en los procesos de gestión administrativa y médica de muchos de los establecimientos traspasados.

*** Baja integración multisectorial**

La única coordinación intersectorial que se observó fue con los establecimientos educativos, a través de profesores. No hubo otras áreas de interacción notables y más bien se tendió al conflicto. Debido a la delegación de la administración del nivel primario en el municipio, se agudizó la falta de coordinación con los niveles secundarios y terciarios de atención de salud.

*** Insuficiente supervisión técnica**

Uno de los elementos críticos en la marcha del proceso de municipalización ha sido la falta de supervisión técnica de parte de los Servicios de Salud. En la práctica, las Direcciones de Atención Primaria se debilitaron después del proceso de municipalización. En algunos casos, incluso desaparecieron.

*** Deficiente gestión local**

Se observó una falta de capacidad a nivel municipal para efectuar una gestión autónoma en respuesta a las necesidades locales.

*** Gestión del recurso humano**

La flexibilización en la gestión del recurso humano se logró principalmente por el cambio en el régimen de contrataciones del personal. Mientras éste pertenecía a los Servicios de Salud, se hallaba en calidad de funcionario público. Al ser traspasados a la administración municipal, quedaron adscritos al Código del Trabajo, lo que otorga una mayor flexibilidad al empleador. Sin embargo, el mismo cambio ha significado un deterioro significativo en las condiciones laborales del personal.

Esto se tradujo en malestar permanente, falta de interés para llenar las plazas disponibles y alta rotación del personal especialmente médico. Todo esto sumado permite comprender en gran parte la resistencia del personal al proceso de municipalización. La pérdida de la Carrera Funcionaria para los funcionarios traspasados afectó la motivación y las perspectivas laborales.

Los funcionarios de salud municipal, por el hecho de registrarse por el Código del Trabajo, quedan sujetos a condiciones de inestabilidad laboral que puede ser usada discrecionalmente por las autoridades.

- * Falta de planificación local

No existía una planificación local por falta de información o insuficiencias metodológicas.

- * Participación

La participación de la comunidad en las actividades de salud no se incrementó con la municipalización. Es importante destacar que este proceso de municipalización no implicó un incremento de la participación de la comunidad en la solución de sus problemas de salud. La existencia de alcaldes designados por el gobierno autoritario y la ausencia de otros mecanismos que permitieran la efectiva participación de la comunidad frustró uno de los logros que es posible obtener como resultado de un proceso de efectiva descentralización.

3. RENDIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD DEL GOBIERNO MILITAR

A. Rendimiento del sistema de salud

Para evaluar el rendimiento del sistema de salud analizaremos los indicadores clásicos, los factores condicionantes extrasectoriales de salud, y, por último, los indicadores principales de la atención de salud (recursos humanos, hospitalarios y financieros).

i). Indicadores clásicos de salud

La evolución del riesgo de muerte en Chile entre 1970 y 1989 revela que la mortalidad general ha descendido sistemáticamente; algo similar ha ocurrido con la mortalidad infantil. En el período 1970-1988 la mortalidad infantil se redujo de 79,3 a 18,9 por 1.000. También es dable destacar que mientras el producto geográfico por habitante 1988 era similar al de 18 años atrás, la mortalidad infantil ha mantenido una clara tendencia declinante (Tabla 14).

Como consecuencia de lo anterior, la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 63,6 a 71,8 años entre 1970 y 1988 (Tabla 14).

Tabla nº 14
Evolución del Ingreso por Habitante y de la Mortalidad en Chile 1950-1988

Años	Tasa Natalidad	Tasa Mortalidad Infantil (* mil N.V.)	Tasa Mortalidad General (* mil hab.)	Esperanza de Vida Al Nacer (años)	Total	Vacunas (por cada 1000 hab.)
1950	34,2	136,2	14,8	N/D	N/D	N/D
1960	37,1	120,3	12,3	58,1	2.016.901	262
1965	35,9	95,4	10,7	60,6	4.163.730	485
1970	27,5	79,3	8,8	63,6	4.530.775	478
1975	24,8	55,4	7,2	67,2	5.073.050	490
1980	22,8	31,8	6,6	71,0	4.000.351	359
1985	21,6	19,5	6,1	71,5	3.898.202	322
1988	23,3	18,9	5,8	71,8	4.137.785	325

Fuente: Ernesto Medina Lois: Indicadores en Salud, en : María Inés Romero (ed.): Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile, CPU, Santiago, 1990, p.22

ii) Factores condicionantes extrasectoriales de salud

Los problemas de salud están asociados a diversas condiciones del ambiente, entre las cuales destacan la contaminación atmosférica, el saneamiento básico (agua y disposición de aguas servidas) y la calidad de los alimentos.

La tabla 15 muestra la tendencia en cuanto a algunos indicadores de desarrollo en Chile.

Tabla nº 15
Algunos Indicadores de Desarrollo en Chile, 1960 - 1985

Indicadores	1960	1965	1970	1975	1980	1985
PGB per cápita (\$1977)	24.900	26.600	30.100	26.900	31.800	29.400
Tasa de desocupación	7	5	7	13	13	18
Analfabetismo						
Mayores de 15	14	13	11	9	8	5
Escolaridad media (Tasa)	24	29	38	49	55	62
Calorías (persona/día)	2.100	2.300	2.400	2.300	2.600	2.700
Proteínas	65	66	67	64	69	69
Agua de cañería						
% Viviendas	59		67		72	
Alcantarillado	50		57		67	
Electricidad	71		78		86	
Refrigeradores						
Disponibilidad año	40	77	70	33	144	42
Televisores						
(dispo. año/10.000)	5	25	121	206	532	114

Fuente: Medina, op. cit., p. 40

iii) Indicadores de atención de Salud

Se presentan a continuación algunos indicadores de los recursos destinados para personal de salud, número de camas y establecimientos de asistencia médica.

La tabla 16 muestra que en 1970 había en Chile empleados por el Estado 4.414 médicos, 1.731 enfermeras y practicantes y 4.900 otros profesionales de salud empleados por el Estado. En 1988 los médicos eran 5.348, las enfermeras 2.186 y los restantes profesionales de la salud 5.200. Cabe destacar que en igual período la población del país prácticamente aumentó en un 13%.

Tabla Nº 16
Serie Temporal del personal de salud (SNS/SNSS, 1950 a 1988)

Años	Médicos	Enfermeras	Matronas	Dentistas	Otros Profes*.
1950	2.205	4.487 (1)	312	168	194 (2)
1960	3.724	8.935 (1)	633	489	284 (3)
1965	4.071	1.095	761	788	670 (3)
1970	4.414	1.666	1.101	1.140	1.895
1975	4.414	1.731	1.377	1.345	2.178
1980	5.549	2.800	2.021	1.774	2.682 (4)
1988	5.348	2.186	1.636	1.366	2.271

* Químicos farmacéuticos, kinesiólogos, tecnólogos médicos, nutricionistas y asistentes sociales.

(1) Incluye enfermeras y practicantes

(2) Incluye sólo farmacéuticos

(3) Incluye nutricionistas, técnicos laborantes y otros profesionales específicos.

(4) Además, incluye terapeutas ocupacionales.

Fuente: Miranda, Ernesto, op. cit. p. 29.

La tabla 17 muestra la evolución del número de camas. En el año 1970 el sector público disponía de 33.611 camas, las que disminuyeron a 32.850 hacia 1989. En 1970, las camas privadas fueron 2.321 y ascendieron a 10.199 en 1989. El número de camas por 1.000 habitantes alcanzaba en 1970 a 3,8 y en 1988 a 3,3.

Tabla N° 17
Número de Camas de establecimientos de salud, 1950-1989

Años	Sector Público SNS - SNSS		Sector Privado		Total Sector Salud	N° de camas totales por cada 1.000 H.
	N°	Ocup.	N°	Ocup.		
1950	28.202	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
1960	30.425	N/D	N/D	N/D	N/D	4,0
1965	33.234	N/D	2.722	N/D	35.956	4,2
1970	33.611	78,5	2.321	73,3	35.932	3,8
1974	34.276	78,5	23.685	N/D	37.960	3,8
1975	N/D	N/D	N/D	N/D	33.772	3,3
1980	33.879	76,1	4.088	67,7	37.967	3,4
1985	33.435	75,2	8.789	64,5	42.224	3,5
1987	32.594	73,8	9.233	66,6	41.827	3,3
1989	32.850	75,9	10.199	66,6	43.049	N/D

Fuente: Miranda, Ernesto, p. cit., p. 30

En cuanto a los establecimientos de asistencia médica públicos, la tabla 18 muestra que en 1974 existían 232 hospitales, 142 consultores rurales y urbanos y 719 postas. Para 1988 los hospitales habían bajado a 202, los consultorios aumentaron a 369 y las postas a 1.034.

Tabla N° 18
Establecimientos a asistencia médica SNS/SNSS, 1950-1988

Año	N° Hospitales	N° Consultorios Rurales y Urbanos	N° Postas
1950	224	N/D	N/D
1960	242	N/D	N/D
1965	300	-	-
1974	232	142	719
1986	202	310	997
1988	202	369	1.034

N/D No Disponible

Fuentes: Anuario atenciones y recursos. Ministerio de Salud. Catastro Recursos Físicos, Ministerio de Salud.

Fuente: Miranda, Ernesto, op. cit., p. 31.

En cuanto a los gastos en salud como porcentajes del PGB, éstos ascendían a comienzos de los años 60 a un 3,3 y a un 4,0% en 1972 (tabla 19). En la década de los 80 se observa un fuerte descenso como consecuencia de dos fenómenos: por un lado la recesión económica experimentada de 1982 a 1987, por otro, el auge del sistema privado.

Si sumamos los gastos públicos y privados, observamos un aumento de los gastos en salud como porcentaje del PGB de 2,93 (1981) a 3,34 (1988) (tabla 20). En términos globales, el GPS como proporción del PGB había experimentado una reducción importante que era más que compensada por los recursos que fluían hacia las Isapres.

Tabla N° 19
Gasto en salud como porcentaje PGB

Año	Ministerio de Salud		Banco Central		ODEPLAN
	GPS/PGB	Indice	GPS/PGB	Indice	GPS/PGB
1960			3,3	132,0	2,78
1961			3,4	136,0	2,85
1962			3,2	128,0	3,21
1963			3,1	124,0	2,73
1964			3,1	124,0	2,59
1965			3,3	132,0	3,34
1966			3,2	128,0	2,96
1967			3,3	132,0	2,97
1968			3,4	136,0	3,03
1969			3,3	132,0	3,38
1970			3,3	132,0	
1971			3,9	156,0	
1972			4,0	160,0	
1973			2,9	116,0	
1974	3,21	100,0	2,5	100,0	
1975	3,38	105,3	3,0	120,0	
1976	2,94	91,6	3,0	120,0	
1977	2,91	90,7	3,2	128,0	
1978	2,90	90,3	3,2	128,0	
1979	2,70	84,1	3,0	120,0	
1980	2,60	81,0	3,0	120,0	
1981	2,93	91,3			
1982	3,56	110,9			
1983	2,94	91,6			
1984	2,88	89,7			
1985	2,65	82,6			
1986	2,53	78,9			
1987	2,33	72,6			
1988	2,40	74,7			

Fuente: Miranda, Ernesto op. cit. p. 32

Tabla N° 20
Gasto público en salud, Índice y Proporción PGB

Año	Gasto público en Salud (\$ Mill. 1896*)	Índice GPS	GPS/PGB	GPS + Cotiz. Isapres/PGB
1981	98,051	100,00	2,93	2,93
1982	104,770	106,85	3,56	3,66
1983	86,048	87,76	2,94	3,14
1984	85,384	87,08	2,88	3,19
1985	81,724	83,35	2,65	3,06
1986	82,225	83,86	2,53	3,14
1987	80,870	82,48	2,33	3,12
1988	94,491	96,37	2,40	3,34

Fuente: Miranda, Ernesto, op. cit. p. 58.

Los indicadores de salud revelan que en líneas generales el sistema de salud ha sido eficaz. Los indicadores clásicos de salud y el gasto total en salud muestran una situación ventajosa, especialmente en comparación con otros países de Latinoamérica.

Pero, a pesar de este balance positivo en lo que respecta a la eficacia, las reformas llevadas a cabo por el Gobierno Militar "tuvieron un impacto significativo sobre la eficiencia y la equidad del sistema" (138).

Pese a su eficacia, el sistema de salud chileno no ha sido eficiente, si se concibe la eficiencia como el manejo adecuado de los recursos disponibles. "La eficiencia, destaca César Oyarzo, "presentó serios problemas" (139).

La presencia de ineficiencia en el sistema de salud se presentó tanto en el campo del sector público como en el privado (140).

En el sector público, se observaron una serie de deficiencias (141), a saber:

- a) insuficiente "micro-gestión" es decir insuficiente administración de los recursos a nivel de los establecimientos prestadores de atenciones de salud:
- b) deficiente mecanismo de asignación de recursos: y,

- c) fallas en el proceso de implementación de las reformas (reestructuración y descentralización del sistema) que generaron importantes problemas en el sistema público.

En el campo privado, los problemas de eficiencia se relacionaron en primer lugar con las actividades desarrollados con las Isapres. Los más importantes problemas dicen relación con “la dinámica de alza de costos que produjo el proceso de privatización del sistema de seguros de salud” (142).

En cuanto a equidad, afirma César Oyarzo, “las reformas se tradujeron en las segmentación de la población chilena, de acuerdo a su nivel de ingreso, entre dos sistemas de seguros de salud, con grandes diferencias en cuanto a los niveles de gasto per cápita y número de atenciones promedio por beneficiario (143).

En 1990 la brecha entre gasto per cápita público versus privado era de 67%, como se puede observar en la tabla 21.

Tabla Nº 21					
Gasto per cápita beneficiarios sector público versus Isapres (en pesos 1991)					
	1988	1989	1990	1991	1992
Sector Público	25,226	25,047	26,211	25,047	25,226
Isapres	69,974	81,886	79,974	81,886	69,974
Proporción P/I	36,5	30,59	32,77	30,59	36,5

Fuente: Ximenez, Jorge: Análisis de la..., op. cit. p. 63

Como reveló la última encuesta de Casen, un 68,8% de la población es beneficiaria del sistema público de salud y un 15,1% del sistema de Isapres. El 16% restante de la población se declara no cubierto por ningún sistema o se encuentra adscrito a sistemas de salud de las FF.AA. u otro de menor significación (tabla 22).

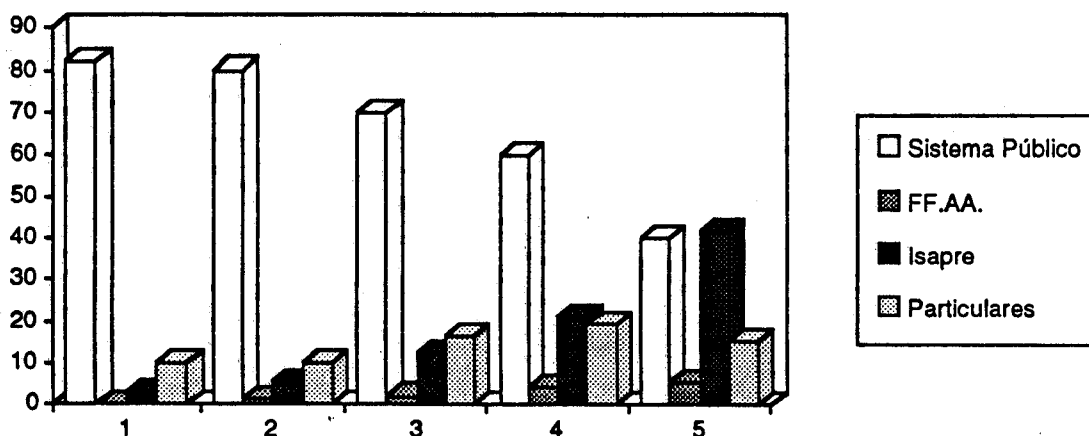
Tabla N° 22
Cobertura de los sistemas previsionales de salud
(autoclasificación de los encuestados), 1987 y 1990

	CASEN 87		CASEN 90	
	Miles	%	Miles	%
Sistema público	9.159.022	74,6	8.809.374	68,8
Isapres	1.065.237	8,7	1.927.331	15,1
FF.AA.	350.575	2,9	318.917	2,5
Particulares	1.549.198	12,6	1.550.091	12,1
Otros	154.745	1,3	197.355	1,5
TOTAL	12.278.777	100,0	12.803.068	100,0

Fuente: Mideplan: Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza, CASEN 1990, Santiago, 1992, p. 220.

Al descomponer esta población según quintiles de ingresos, se puede notar que el 40% más pobre se concentra mayoritariamente en el sistema público (tabla 23). El porcentaje de afiliados a este sistema alcanza a 84,5% en el primer quintil y a 80,5% en el segundo.

Tabla N° 23
Porcentaje de beneficiarios por sistema previsional y quintil de ingreso, 1990



Fuente: MIDEPLAN op. cit. p. 243

La estructura institucional del sistema de salud favorece el traslado al sistema privado sólo de los sectores de más altos ingresos. Según estimaciones, un afiliado de una ISAPRE paga una cotización casi cuatro veces mayor a la de un afiliado tipo de FONASA. Esto reduce los ingresos netos por afiliado al sistema público, reduciendo de esta manera los beneficios de los sectores de menores ingresos que permanecen en FONASA.

iv) Apreciación de la reforma del sector público de salud

En sistema público de salud fue objeto de profundas reformas durante el gobierno militar, muchas de las cuales, sin lugar a dudas, eran necesarias. Sin embargo, las reformas trajeron consigo una serie de deficiencias o fallas.

Sus deficiencias más importantes fueron las siguientes:

- a) En el nivel central, el Ministerio de Salud “quedó como cabeza del sistema después de la reforma, pero sin la capacidad para poder ejercer una verdadera tutoría sobre los Servicios de Salud” (144). Nos referimos a sus funciones de normar, supervisar y asignar recursos a los Servicios de Salud;
- b) Las reformas sin duda aportaron interesantes conceptos descentralizadores. Pero es fácil concordar en que la descentralización fue más un enunciado que un hecho práctico durante el régimen autoritario. la realidad mostró una ingerencia permanente del nivel central en las decisiones locales;
- c) En los servicios de salud, las debilidades eran evidentes, al carecer la gran mayoría de ellos de capacidad de gestión para administrar sus funciones propias. A esto se unía la realidad de una no-inversión en infraestructura física y equipamiento. La descentralización en el papel se transformó así en un “desmembramiento y atomización del sistema más bien que en un proceso orgánico de desarrollo” (145);
- d) Desde el punto de vista de la gestión central se efectuó una reforma en el papel, que no fue seguida de la necesaria provisión de los recursos necesarios para hacer realidad muchos propósitos expresados en la ley;
- e) La coexistencia de severas políticas restrictivas en el gasto público y modificaciones en su estructura de financiamiento, condujeron al sistema público a un grave deterioro que frenó severamente su desarrollo. El principal daño fue la restricción financiera del sector público, concordante con la crisis económica de inicios del 80 y sus políticas subsiguientes de ajuste estructural. La restricción financiera afectó principalmente la inversión y las remuneraciones; y,

- f) En cuanto al sistema de salud municipal, se crearon estructuras administrativas con atribuciones para la toma de decisiones locales y habilidad para adaptarse a los cambios. No existe evidencia del aprovechamiento real de estas capacidades. En la implementación de la municipalización del nivel primario se manifestaron diversas deficiencias: escasa capacidad administrativa en las instancias locales; financiamiento a base de insumos y no de productos, falta de participación local y disparidades de recursos entre los distintos municipios.

B. EL SISTEMA DE SALUD A COMIENZOS DE LOS AÑOS NOVENTA

En consecuencia, el sistema de salud chileno fue objeto de profundas reformas durante el Gobierno Militar. En este sector se ha producido un conjunto de cambios de tipo estructural, de organización y de reenfoque de las políticas de manera que en 1990 se encuentra una nueva institucionalidad. La fisonomía del sistema de salud es radicalmente diferente al que existiera en septiembre de 1973.

Entre 1958 y 1973 el Sistema de Salud (SNS) en Chile constituyó un sistema racionalmente integrado que atendió, sin mayores barreras económicas, casi al 100% de la población en los aspectos de prevención y fomento de salud. Las transformaciones legales y estructurales que experimentó el sistema de salud durante el Gobierno Militar, acordes con el modelo económico implementado en el país, convirtieron este esquema único en un sistema formado por subsistemas con distintas modalidades de financiamiento y de administración y con responsabilidades desiguales.

El enfoque aplicado por el Gobierno Militar difiere sustancialmente de la evolución histórica que había experimentado el sector previamente, toda vez que dicha evolución se basaba en el reconocimiento que el Estado debía ser el principal gestor de la salud.

A comienzos de los años 90, encontramos en Chile un Sistema de Servicios de Salud Mixto. El gráfico 12 resume los principales aspectos del sistema de salud chileno y de sus subsistemas.

Gráfico 12:
Principales aspectos del sistema de salud chileno y de sus subsistemas

Subsistemas Aspectos Operaciones	Sistema Nacional de Servicios de Salud	Sistema de libre Elección del FONASA	Isapres	Mutuales Seguridad y accidentes del trabajo
Marco Jurídico	Ley de Prestaciones de salud 18.469	Ley de Prestaciones de salud 18.469	Ley de Prestaciones de salud 18.469 y DFL N° 3	Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales 16.744 de 1968.
Población cubierta	Trabajadores activos dependientes, Independientes y pasivos que cotizan en FONASA y sus grupos familiares. Indigentes, cesantes y sus grupos familiares	Trabajadores activos dependientes, independientes y pasivos que cotizan en FONASA y que optan por el Sistema Libre Elección	Trabajadores activos dependientes, independientes y pasivos que cotizan en ISAPRE y sus grupos familiares.	Trabajadores activos, cuyas empresas se encuentran aseguradas en Enfermedades Profesionales y Accidentes del Trabajo en una Mutual.
Monto y origen del financiamiento	Aporte fiscal, cotización previsional obligatoria para la salud de los trabajadores (7% renta imponible), copago de los usuarios de las prestaciones	Cotización previsional obligatoria para la salud de los trabajadores (7% renta imponible), copago de los usuarios de las prestaciones y eventualmente aporte fiscal ante un déficit del subsistema de libre elección.	Cotización previsional obligatoria para la salud de los trabajadores (7% renta imponible), copago de los usuarios de las prestaciones.	Cotización establecida por Ley N° 16.744 pagada por empleadores con un mínimo de un 0,8% de la renta imponible y adicionales según riesgo.
Administración del Financiamiento	Estatual a través del FONASA Y SNSS	Estatual a través del FONASA	Privado, las ISAPRES	Privado, las Mutuales de Seguridad y Accidentes de Trabajo
Beneficios que otorga cada Subsistema	• Acciones de Fomento y protección de la salud para toda la población del país. • Acciones de recuperación (atención médica) y rehabilitación sólo para beneficiarios. • Subsidios con licencias médicas por enfermedad común.	• Acciones de recuperación (atención médica) y rehabilitación sólo para beneficiarios. • Subsidio con licencias médicas por enfermedad común	• Acciones de recuperación (atención médica) y rehabilitación sólo para beneficiarios. • Subsidio con licencias médicas por enfermedad común	Acciones de Fomento, Protección, Recuperación, Rehabilitación en el área de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo de los trabajadores pertenecientes a empresas afiliadas a una mutual.
Otorgamiento de las prestaciones médicas	Estatual a través de establecimientos Públicos del SNSS	Mixto: a) Privado a través de profesionales e instituciones privadas de salud inscritas b) Estatal en infraestructura SNSS	Privado a través de profesionales e instituciones privadas de salud.	Privado, principalmente a través de infraestructura propia desarrollada por las mutuales.

Fuente: Miranda, Ernesto. Descentralización y privatización del Sistema de Salud, en: Estudios Públicos, N° 39, Santiago, p. 21-22.

El sector de atención a la salud en Chile está conformado por dos grandes subsectores o subsistemas: el público y el privado (146).

1. Subsistema estatal o público.

El sector público atiende alrededor del 70% de la población (147) y está conformado por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes (Servicio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública y Central de Abastecimiento).

La máxima autoridad se centra en el Ministerio de Salud, que es la instancia rectora principal a nivel nacional. El Minsal es responsable de la formulación de políticas, estrategias, planes, programas y normas técnicas y administrativas de salud, que se orientan a dar cumplimiento al ejercicio pleno por parte de toda la población, del derecho constitucional a la salud.

Del Minsal dependen directamente los Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Central de Abastecimiento y la Superintendencia de Isapre.

Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) son entes desconcentrados del Ministerio. Representan al Ministerio en las trece regiones, velando por el cumplimiento de las políticas, normas y programas y asesoran al Intendente en las materias de su competencia. Supervisan y controlan los servicios de Salud y sin nexo entre éstos y el Ministerio. Además, formulan el presupuesto junto a los Directores de los Servicios de Salud.

La ejecución de los programas de salud del Subsector público es realizada por 27 Servicios de Salud, que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Estos servicios se reparten en las 13 regiones de la división político-administrativa del país. Los Servicios de Salud son organismos estatales descentralizados, es decir autónomos desde el punto de vistas administrativo. Los niveles secundario y terciario, representados por los hospitales y consultorios de especialidad, son de dependencia directa del Sector Salud a través de las Direcciones de Servicios.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es un organismo descentralizado y responsable de administrar los recursos financieros. Administra los dineros estatales destinados a salud dentro de las políticas, planes programas y normas del Ministerio y administra las cotizaciones previsionales de los trabajadores afiliados a dicha entidad.

El Instituto de Salud Pública (ISP), cumple la labor de ser un laboratorio nacional de referencia, normalización y supervisor de los laboratorios de salud pública del país. Realiza actividades de control de calidad de los medicamentos. Es, además, un centro e investigación y capacitación.

La Central de Abastecimiento (CA) del SNSS provee los medicamentos e insumos necesarios para el desarrollo de las funciones del sistema.

Finalmente, habrá que mencionar la existencia de una Superintendencia de Isapre. Organismo supervisor y con facultades para realizar los cambios que se requieran.

2. Sistema Municipal (Nivel Primario)

Los consultorios de nivel primario están administrativamente separados del sistema Nacional de Servicios de Salud, y se encuentran bajo la tutela de la administración municipal. Salvo excepciones, el nivel primario -conformado por postas, consultorios y estaciones médicas rurales- depende administrativamente de los 335 municipios del país. La entrega del financiamiento se hace a través de un procedimiento de facturación por Acciones de Salud (FAPEM) que considera sólo las de fomento y protección.

3. Sector Privado

El sector privado comprende: a) centros, clínicas, hospitales, laboratorios y farmacias de lucro y b) instituciones sin fines de lucro, que incluyen las Mutualidades de empleadores que absorben una parte de las necesidades de salud ocupacional.

El subsector privado de proveedores con fines de lucro se financia en parte importante por un seguro obligatorio de salud (7% de las remuneraciones). Una parte de dicho seguro es administrado por el Estado y corresponde a la modalidad Libre Elección, mediante la cual se atiende alrededor del 20% de la población. Otros 36 seguros de salud corresponden a las instituciones de salud previsional (ISAPRE) que administran, en forma de empresas privadas, las cotizaciones tanto obligatorias como voluntarias de su clientela, que asciende aproximadamente a un 20% de la población.

La creación de un dinámico sector privado (ISAPRES) consolidó la existencia de un sistema mixto de salud, con dos subsistemas público y privado, de los cuales el segundo utiliza activamente conceptos y técnicas de mercado.

La cobertura de atención privada a comienzos de los años 70 llegaba a poco más del 10% en el país, y estaba dada fundamentalmente por establecimientos privados y por el ejercicio liberal de la profesión. La aparición de las Isapres a partir de comienzos de los 80 introdujo la modalidad de seguros de salud privados y permitió a las personas retirar su cotización del seguro público y comprar seguros privados. Con todo, 20 años después la cobertura de atención privada llegó alrededor de un 20% en los seguros privados, de un 30% a 35% de atención ambulatoria de baja

complejidad, 20% en atención abierta y cerrada de mediana complejidad y menos de un 10% en la atención terciaria de alta complejidad.

Las Isapres y las clínicas privada han demostrado capacidad de adaptación, adecuado aprovechamiento de los recursos e imaginación par entregar a sus afiliados una atención médica de acuerdo con sus expectativas, y bastante atendida la realidad nacional. El desarrollo del sector privado ha permitido posibilidades nuevas, inexistentes antes.

4. Subsistema informal de salud

Ya sea por diferencias en la cobertura o en la integridad de las prestaciones de salud, habitualmente en los países se desarrollan sub-sistemas no formales, que suelen adquirir dimensiones importantes.

En Chile existen instituciones tradicionales como la Cruz Roja y otras más recientes -CEMA Chile, COANIL-, que tienen infraestructuras de tipo ambulatorio a lo largo de todo el territorio nacional. Especial mención merece la Corporación Nacional para la Nutrición (CONIN).

Otro subsistema informal interesante de señalar, es el que mantiene la Iglesia Católica. Esta institución ha instalado en las grandes urbes una red de consultorios en las poblaciones más desamparadas, habitualmente en coordinación con las parroquias respectivas. Estos barrios o no están adecuadamente cubiertos por el SNSS o a veces existen barreras de tipo financiero o incluso socio-culturales que hacen que la población use este sub-sistema alternativo. Estos policlínicos de iglesia solucionan necesidades reales de las personas y el ideal sería lograr una buena coordinación con el SNSS ya que, como es obvio, en el proceso de atención progresiva de un paciente, puede resultar necesaria una derivación a centros de mayor complejidad, como servicios quirúrgicos u otros.

4. NOTAS

LA EVOLUCION HISTORICA DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE (1938-1989)

- (1) Cuarenta años S.N.S., en Cuad. Méd. Soc. Vol XXXIV, N° 1, enero 1993, pág. 8ff; Illanes, María Angélica. Historia del Movimiento Social de la Salud Pública en Chile 1885-1920, Colectivo de Atención Primaria, Santiago, 1989.
- (2) Romero, María Inés, Evolución de la Atención de Salud en Chile, en Romero, María Inés (Ed.): Eficiencia y calidad del Sistema de Salud en Chile, CPU, Santiago, 1990, p. 307ff.
- (3) Nohlen, Dieter: Chile, Das Soziaistische Experiment, 1973, p.37ff; Gil, G. The Political System of Chile, Boston, 1967, p. 57f; Petras, James: Política y Fuerzas Sociales en el Desarrollo Chileno, Buenos Aires, 1969, p. 74ff.
- (4) Nohlen, Dieter, op. cit. p.55f; Friendman, Reinhard: Die Kupferpolitik Chiles (1964-1973), Heidelberg, 1983, p. 15f; Petras, James, op. cit, p. 110f.
- (5) Nohlen, Dieter, op. cit. p. 43ff
- (6) Nohlen, Dieter, op. cit., 43f. op. cit. p. 70; Heisse González, 150 años de evolución industrial, Santiago 1960, p. 109; Petras, James op. cit. p. 112f.
- (7) Gil, Federico op. cit. p. 198.
- (8) Romero, María Inés, op. cit., p.311.
- (9) Cuarenta años S.N.S., op. cit., p. 10ff; Romero M., Inés. Rol del Estado en Salud: Visión para Chile en el Período de Transición, CPU, Documento de Trabajo, N° 64, Santiago, 1991, p. 9; Romero, Hernán: Hitos Fundamentales de la Medicina Social en Chile, en: Jiménez, Jorge (Ed.) Medicina Social en Chile, Ed. Aconcagua, Santiago, 1977, p. 55.
- (10) Nohlen, Dieter, op. cit., p. 74f; Durán, Bernal: El Partido Radical, Santiago 1958; Moulian, Tomás Torres, Isable La Derecha en Chile: Evolución histórica y proyecciones a futuro, CED, N°22, julio de 1985, p. 9
- (11) Nohlen, Dieter, op. cit., p. 56ff.

- (12) José Pablo Arellano: op. cit. p. 10.
- (13) Arellano, José Pablo: Las Políticas Sociales en Chile: Breve Revisión Histórica, Apuntes CIEPLAN, N° 40, JUNIO 1983, p. 18; Gil, Federico, op. cit., p. 196.
- (14) Rodríguez, Fernando: Estructura y características del sector salud en Chile, en: Livingstone, Mario; Raczynski, Dagmar: Salud Pública y Bienestar Social, CIEPLAN, Santiago, 1976, p. 67.
- (15) Jiménez, Jorge: El SNS y las nuevas política de salud, en: Política y Espíritu, Octubre 1975, N° 359, p. 38-39.
- (16) Romero, Hernán, op. cit. p. 76-77; Urzúa Merino, Hernán; Jiménez de la Jara, Jorge: Servicio Nacional de Salud: Eficaz herramienta de Medicina Social; en: Jiménez de la Jara, Jorge (Ed): Medicina Social, op. cit., p. 90.
- (17) Romero, M. Inés: Rol del Estado..., op. cit., p. 10.
- (18) Bravo, Alfredo Leonardo, op. cit., p. 23.
- (19) SNS, Servicio Nacional de Salud, 15 años de labor, 1952-1967, 1967, p. 7.
- (20) Romero, op. cit., 10. Cuarenta años S.N.S. op. cit., p. 13f.
- (21) Jiménez de la Jara, Jorge: Análisis de la evolución Salud Pública. Chile 1990-1993, CED, Santiago, marzo 1993, p. 9.
- (22) Fuentes, Roberto, Verdessi, Daniel: Esbozos para un Plan Nacional de Salud, Valparaíso, enero de 1993, p. 1.
- (23) Nohlen, Dieter; op. cit., p. 56 y Huneeus, Carlos: Der Zusammenbruch der Demokratie in Chile, Heidelberg, 1981, p. 74ff.
- (24) Nohlen, Dieter: op. cit., p. 14.
- (25) Miranda, op. cit., p. 32.
- (26) Nohlen, Dieter: Chile. Das sozialistische Experiment, op. cit., p. 92f.

- (27) Huneus, Carlos: Der Zusammenbruch der Demokratie in Chile, Heidelberg, 1981, p. 140f.; Friedmann, Reinhard, op. cit., p. 34.
- (28) Nohlen, Dieter, op. cit., p. 140f.
- (29) Ortíz, Francisco: El sector salud y sus recursos financieros: Análisis de la década, en: Hugo Lavados: Desarrollo Social y Salud en Chile, Vol. 2, CPU, Santiago, 1981, p. 142.
- (30) Informe preliminar para un programa de gobierno, Partido Demócrata Cristiano, 1962.
- (31) Informe preliminar, op. cit.
- (32) Valdivieso, R.; Juricic, B.: El sistema nacional de salud en Chile, en: Boletín de la Oficina Sanitaria Pnamericana, vol. LXVIII, Nº 6, 1970, p. 480; Frei, Eduardo: Mensaje Presidencia 1970, Santiago, p. 451.
- (33) Miranda, Ernesto: Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno, en: Estudios Públicos, Nº 39, 1990, p. 11; Kaempffer, Ana María: Evolución de la organización de la Salud en Chile, en: Hospisalud, Septiembre 1990, p. 19.
- (34) Miranda, op. cit., p. 33.
- (35) Bravo, Alfredo Leonardo: Principios Básicos para la Organización de un Sistema de Servicios de Salud: El Caso Chileno, en Hugo Lavados (Ed.): Desarrollo Social y Salud en Chile, Vol 2, CPU, Santiago, 1980, p. 23.
- (36) Valdivieso, R: Juricic, B., op. cit.
- (37) Frei, E., Mensaje Presidencial 1970, p. 417; Política de salud del actual gobierno, síntesis de la exposición del Ministro de Salud Pública, Dr. Ramón Valdivieso, ante la Comisión de Salud del Senado, Julio de 1968.
- (38) Rodríguez, F.: Estructura y características del sector salud en Chile, en Livingstone, M; Raczynski, D.: Salud Pública y Bienestar Social, Cieplan, 1979, p. 65f.
- (39) Hevia, Patricio: Modelos de participación de la comunidad en los programas de salud, en: Educ. Med. Salud, vol, 11, Nº 5, 1977, p. 269.
- (40) Frei, E.: Mensaje Presidencial, op. cit.

- (41) Nohlen, Dieter: Das zsozialistische Experiment, op. cit., 148ff.
- (42) Allende, Salvador: Mensaje Presidencial 1973: Ortiz, Francisco, op. cit., 143.
- (43) Programa Básico de Gobierno de la Unidad Popular, folleto, diciembre de 1969.
- (44) Allende, Salvador, Mensaje Presidencial, op. cit.
- (45) Allende, Salvador, Mensaje Presidencial, op. cit.
- (46) Enunciados básicos del Gobierno de Chile para la III Reunión de Ministros de Salud, Ministerio de Salud Pública, p. 1, octubre de 1972.
- (47) Minsal, Chile: Situación de Salud, Santiago, 1978, p. 6 y 27, Vieyra, Luzio: Chile 1973-1986. Realizaciones del Gobierno de las Fuerzas Armadas y Carabineros, Santiago, 1987, p. 788.
- (48) Medina, Ernesto: Factores que condicionan la eficacia del sistema de Salud, en: Hugo Lavados (Ed.) Desarrollo Social y Salud en Chile, Vol. 3, Santiago, 1982, p. 75f.
- (49) Jiménez de la Jara, Jorge: El SNS y las nuevas polfticas de Salud, op. cit. p. 39.
- (50) Miranda, op. cit., p. 25.
- (51) Vea Jiménez de la Jara: Medicina Social en Chile, op. cit. p. 95; Minsal: Chile: Situación de Salud, Santiago, 1978, p. 27.
- (52) Manuel Ipinza: Anteproyecto para el desarrollo y fortalecimiento institucional de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, MINSAL, Santiago, Noviembre 1990, p. 1.
- (53) Nohlen, op. cit. p. 22.
- (54) op, cit., p. 22-23.
- (55) Palabras del General Leigh, en: El Mercurio, 18 de enero de 1974; La Prensa, 18 de febrero de 1974.
- (56) Pinochet en: El Mercurio, 12 de octubre de 1973; Gobierno de Chile, Declaración de Principios, Santiago, 1974; Freidmann, Reinhard, op. cit.

- (57) Sergio de Casro, en: Banco Central, Extracto de la Información Económica Nacional, Vol. 4, Nº 12, 15 de junio de 1975.
- (58) Bardón, Alvaro Informe Géminis, primer trimestre de 1978; El Mercurio, 14 de abril de 1977.
- (59) Bardón, Alvaro en: Informe Géminis, primer trimestre, 1978, p. 89f.
- (60) Friedmann, Reinhard, op. cit., p. 233.
- (61) Ibidem.
- (62) Leigh, en: Qué Pasa, Nº 330, 18 de agosto de 1977; Varas, F. Gustavo Leigh: El General Disidente, Editorial Aconcagua, Santiago, 1979.
- (63) De Castro: Exposición sobre el Estado de la Hacienda Pública, enero de 1979.
- (64) José Piñera, Ministro de Trabajo y Previsión Social, en: Revista Qué Pasa, Nº 454, 27.12.1980.
- (65) General Pinochet, en Revista Ercilla Nº 2312, 12 de Setiembre de 1979.
- (66) José Piñera, En Revista Qué Pasa, Nº 454, 27 de diciembre de 1979.
- (67) Freidmann, Reinhard, op. cit., p. 74.
- (68) Ibidem.
- (69) Miranda, Ernesto, op. cit., p. 34f.: Schuster, Augusto, op, cit, p. 308ff y Entrevista con Augusto Schuster, JUnio de 1993.
- (70) Schuster, Alejandro, Subsecretario de Salud (1981-1989), Santiago, Julio 1993.
- (71) Ministerio de Salud: Chile. Situación de Salud, 1978.
- (72) La Segunda, 30-12-1974.
- (73) La Tercera, El Mercurio, Qué Pasa 1974.

- (74) Dr. Sotomayor, en: El Mercurio, 3-6-1974; La Tercera 16,7,1974; Dr. Medina en Qué Pasa, 169, del 19.7.1974; Pablo Arellano, en: Mensaje, N° 233, Octubre 1974.
- (75) Qué pasa, N° 169, 19.7.1974.
- (76) Augusto Schuster, Subsecretario de Salud durante el Gobierno Militar, Entrevista, Junio 1993.
- (77) El Mercurio, 13.7.1975.
- (78) Pilar Vergara, Auge y caída del Neoliberalismo en Chile, Flacso, Documento de trabajo, N° 210, agosto 1984.
- (79) Expresiones del Ministro de Salud, General Fernando Matthei, en: Vida Médica, mayo-junio 1976, p. 14.
- (80) Expresiones del Subsecretario de salud, Dr. Cruz Mena, reproducidas en: Vida Médica, noviembre-diciembre 1976, p. 24.
- (81) Documento sobre Políticas de Salud, Ministerio de Salud, 1977.
- (82) Ibidem.
- (83) Expresiones del ministro Fernando Matthei, reproducidas en: Vida Médica, mayo-junio 1976, p. 24.
- (84) En ese año se produjo un cambio importante en el Ministerio de Salud. Asume el cargo de Ministro de Salud un representante del Ejército, Alejandro Medina Lois (Mayor General profesor de la Academia de Guerra en estrategia en informaciones; en 1978 se había desempeñado como Ministro Jefe del Comité Asesor de la Junta de Gobierno). En febrero de 1979, el Gobierno sancionó el DFL 2.516 que coartó significativamente los derechos, las prerrogativas y el poder de los Colegios Profesionales y, en especial, del Colegio Médico.
- (85) Vieyra, Walter Luzio, op. cit. p. 806.
- (86) Schuster, Augusto: Salud Mensajes y Reflexiones, Santiago 1989, p. 312; Vieyra, Walter, op. cit., p. 807.

- (87) Giaconi, Juan: Funcionamiento del Sistema de Servicios de Salud, en Hugo Lavados (Ed.) Desarrollo Social y Salud en Chile, vol. 3, 1982, Santiago, p. 91.
- (88) Vieyra, Walter, op. cit. p. 807.
- (89) Miranda, Ernesto: Descentralización y Privatización del Sistema de Salud, en: Estudios Públicos Nº 39, 1990, p. 36ff, 1990; Raczynski, Dagmar: Reformas al Sector Salud: Diálogos y Debates, en: Colección Estudios CIEPLAN., Nº 10, Estudio 70, 1983: Santiago y José Piñera, Mensaje al Poder Legislativo para las Reformas Previsionales, Ministerio de Trabajo y Previsión Social, 1980, Santiago.
- (90) Schuster, Augusto, op. cit. p. 315.
- (91) Ibidem. p. 315.
- (92) Decreto Ley NP 2.763 (Art. 2). Biblioteca del Congreso Nacional. Banco de Datos Jurídicos, Santiago, 11 de mayo de 1993, p. 1.
- (93) Art. 2. ibidem, p. 2
- (94) Art. 1, ibidem, p. 1.
- (95) Art. 4, ibidem.
- (96) Art. 6, ibidem, p. 3.
- (97) Art. 8, ibidem.
- (98) Jiménez, Jorge, op. cit., p. 12.
- (99) Jiménez, Jorge, op. cit., p. 9.
- (100) Schuster, Augusto, op. cit., p. 307.
- (101) Jiménez, Jorge: Análisis de la evolución..., op. cit., p. 10ff.
- (102) Ibidem
- (103) Ibidem

- (104) Jiménez, Jorge, op. cit. p. 16.
- (105) Decreto Ley 2.763. Art. 14.
- (106) República de Chile, Ministerio de Salud. División de Planificación y Presupuesto: Descentralización: Antecedentes Legales, Conceptuales y su Aplicación en el período 1979-1990, Documento Preparatorio para la 2da. Sesión del Grupo de Trabajo de Planificación, Santiago, enero 1991, p. 13; Dra. Gabriela Venturini, Ministerio de Salud, Secretaría Regional Ministerial: Definición y Perfil de las Secretarías Regionales de Salud, sin fecha, Santiago, p. 1; Proyecto Minsal/AID/CPU, op. cit.
- (107) Decreto Ley 2.763
- (108) Ibidem.
- (109) Ibidem, Art. 16.
- (110) Ibidem, Art. 16.
- (111) Ibidem, Art. 20.
- (112) Anteriormente se entregaba un presupuesto histórico que se corregía año a año de acuerdo al IPC (Giaconi, Juan: Organización y Estructura del Sector Salud en Chile 1974-1984. Análisis Preliminar, en: Jorge Jiménez (Ed.): Política y Sistemas de Salud. Análisis preliminar e la década 74-83, CPU, 1985, p. 26).
- (113) Ibidem.
- (114) Ministerio de Salud: Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Santiago, Diciembre 1986, p. 16.
- (115) A la promulgación del D.L. 2763 existían 54 áreas de salud del ex SNS. Se pensó en transformar dichas áreas en lo que se llamó "Unidades Operativas de Salud". Al no concretarse la creación de dichas U.O.S., se crearon como Servicios de Salud aquellas áreas de salud que se consideró en su oportunidad, con autonomía administrativa y técnica suficiente como para comenzar de inmediato. Esto llevó a situaciones curiosas, como es la gran desigualdad de tamaño entre unos servicios y otros y el hecho que no siempre un servicio coincide en su territorio con una provincia.

- (116) Giaconi, op. cit., p. 10-12.
- (117) Jiménez, J., op. cit., p. 10.
- (118)
- (119) Giaconi, op. cit., p. 7-36.
- (120) Büchi, Hernán: Papel del Estado y del sector privado en la atención de salud, Instituto Libertad y Desarrollo, Santiago, 1991.
- (121) Ministerio del Interior: Manual de Gestión Municipal, 1992, Santiago, 101ff.
- (122) Constitución Política de la República de Chile, Ediciones Publibey, Santiago, p. 15ff.
- (123) Ley Nº 18.695, en: Carlos González: Ley Nº 18.695 y Ley Nº 19.130, Ediciones Publibey, Santiago, 1992.
- (124) Hernández, Héctor: Servicios Traspasados, Programa en Gestión Directiva Municipal, Texto Especializado, Nº 5, Santiago, 1993, p. 17f.
- (125) Hernández, Héctor, op. cit., p. 17.
- (126) Jiménez, Jorge; Gili Margarita: Municipalización de la Atención Primaria en Salud, en Jiménez, Jorge (Ed.): Sistema de Salud en Transición a la Democracia, Santiago, 1991, p. 154.
- (127) Ilpes: Manual de Capacitación Municipal, Santiago, mayo de 1992, p. 174f.
- (128) Ley Nº 18.695, en: Carlos González: Ley Nº 18.695 y Ley Nº 19.130, op. cit. p. 8f.
- (129) Hernández, Héctor, op. cit., p. 14.
- (130) Ilpes, op. cit. p. 175.
- (131) Programa de Asesoría de la Fundación Ebert: El sistema financiero municipal chileno: problemas, desafíos y propuestas, Santiago, enero 1992, p. 38 y Hernández, Héctor, op. cit. p. 15.

- (132) Ministerio del Interior, op. cit., p.101ff.
- (133) Hernández, Héctor, op. cit., p. 18.
- (134) Jiménez, Jorge; Guli Margarita, op.,. cit., p. 164.
- (135) Programa de Asesoría de la Fundación Freidrich Ebert, op. cit., p. 50f.
- (136) Jiménez, Jorge; Gili, Margarita, op. cit., p. 155.
- (137) Jiménez y Gili, op. cit; Miranda, Ernesto, op. cit., p. 49f.
- (138) César Oyarzo Mansilla: La mezcla pública privada: una reforma pendiente, mimeo, Santiago, 1993, p. 12.
- (139) Ibidem, p. 12.
- (140) Ibidem, p. 13.
- (141) Ibidem.
- (142) Ibidem, p. 17.
- (143) Oyarzo, op. cit. p. 12.
- (144) Jiménez, Jorge, op. cit., p. 12.
- (145) Jiménez, op. cit., p. 10.
- (146) Minsal: Situación y Atención de a Salud en Chile, Santiago 1993, p. 5.
- (147) Ibidem.

CAPITULO III

EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD DURANTE EL GOBIERNO DE TRANSICION CON ESPECIAL CONSIDERACION DE SU INSERCIÓN INSTITUCIONAL EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL PAIS

Esta tercera parte del estudio se centra en el análisis de la política de salud del gobierno de Aylwin y en la evolución del sector público de salud, poniendo especial énfasis en la reestructuración del Minsal y en la inserción institucional del Sistema Público de Salud en el marco del proceso de descentralización del país, tanto en el contexto comunal como en el regional.

1. ANTECEDENTES SOBRE EL DESARROLLO POLITICO Y SOCIOECONOMICO DURANTE EL GOBIERNO DE TRANSICION

Chile experimentó, a comienzos de los años noventa, un exitoso proceso de transición de un sistema autoritario hacia uno democrático. Fue un proceso de «transición privilegiada» con respecto a sus vecinos del Cono Sur, pues ésta se dio dentro de una constelación favorable; gracias a una conjunción casi ideal de una serie de factores: la renovación de su sistema de partidos políticos, una exitosa implementación de políticas de libre mercado; una transición negociada entre militares y una oposición leal al nuevo gobierno democrático, etc.

Una característica fundamental en la transición chilena fue que el gobierno democrático no heredó una crisis económica. «Había problemas sociales y de concepción del modelo económico y de reinserción mundial», afirma Manuel Antonio Garretón, «pero no se heredó una crisis como la recibieron prácticamente todos los países de América Latina. No tenía que gastarse en tareas de apoyar incendios en el plano económico» (1).

Todos estos factores contribuyeron a minimizar la incertidumbre que rodeaba al primer gobierno democrático electo después de diecisiete años de autoritarismo (2). Hay un reconocimiento generalizado de que el gobierno de la Concertación ha sido muy exitoso en sus primeros tres años de gestión.

A. Profundización de la democracia y descentralización

El gobierno democrático que asumió el 11 de marzo de 1990 tenía como primera tarea superar una serie de «enclaves autoritarios», a través de reformas político-institucionales de la Constitución, leyes orgánico constitucionales y leyes simples.

La estrategia política del gobierno democrático ha sido prudente, pero definida, para trazar un itinerario de reformas institucionales que lleven al país a la consolidación democrática a través de cambios graduales. En el marco de su estrategia de desarrollo, el Gobierno otorgó una alta prioridad a la creación de condiciones institucionales que permitieran profundizar la democracia política en un proceso efectivo de descentralización y participación (3).

Un paso muy importante en esta dirección fue la Reforma a la Constitución Política, en materia de gobiernos regionales y administración comunal. Con la Ley Orgánica sobre Gobierno y Administración Regional se crearon, por primera vez en Chile gobiernos regionales, con personalidad jurídica de derecho público y con competencias y recursos propios. Los gobiernos regionales ejercen preferentemente funciones de ordenamiento territorial, de fomento de actividades productivas y de desarrollo social y cultural. Mediante la Ley Orgánica de Municipalidades se democratizó el sistema municipal y se echaron las bases para una mayor eficiencia en la administración comunal (4).

B. Política Económica y Social

La política económica y social del gobierno de Aylwin se basó en el crecimiento equilibrado, sólido y estable, y en el principio de equidad (5).

El crecimiento económico fue uno de los pilares básicos de la estrategia económica del gobierno de Aylwin. La política económica buscó profundizar el marco de una economía social del mercado. Para ello se propuso mantener y reafirmar los equilibrios macroeconómicos, sin los cuales cualquier estrategia económica está condenada al fracaso.

Los indicadores de la economía han superado todas las expectativas. Incluso internacionalmente la política económica del gobierno de Presidente Aylwin ha sido considerada como muy exitosa. En 1993 Chile fue, por primera vez, incluido en la lista elaborada por el Instituto Internacional de Desarrollo Gerencial (IMD) de Suiza y el Foro Económico Mundial. Chile ocupa el quinto lugar entre quince economías recién industrializadas, según este informe de competitividad (6).

Fue en el aspecto social donde el programa del gobierno de Aylwin asumió un carácter reivindicativo y renovador. El diagnóstico de la Concertación era que los ajustes económicos habían provocado costos sociales muy altos, que debían ser corregidos. Se diseñó una estrategia social muy cuidadosa que fuera consistente con una política de equilibrios macroeconómicos. Los programas sociales, por lo tanto, debían enmarcarse en una política económica que daría máxima prioridad a la estabilidad y al crecimiento (7).

Para lograr el objetivo de una mayor equidad se enfatizó la idea un Estado activo, que responda al bien común y genere políticas e instrumentos que permitan reducir eficientemente los graves problemas de desigualdad existentes en el país (8).

Uno de los fundamentos centrales de la política económica a partir de 1990 ha sido el logro de una mayor equidad distributiva. Las reformas tributaria y laboral crearon el marco necesario para abordar una política más activa en materia social. Esto se ha realizado a través de una serie de iniciativas destinadas a aumentar los recursos para los sectores de menores ingresos.

Se trata de los reajustes iniciales a los salarios mínimos, a las asignaciones familiares, al subsidio único familiar y pensiones, así como la reprogramación de deudas hipotecarias y de servicios básicos para los sectores más modestos. Estos beneficios, focalizados en los grupos de mayor pobreza, fueron complementados con las nuevas políticas sociales, especialmente en las áreas previsionales de salud, de educación y de vivienda.

La asignación de recursos fiscales a esos sectores se incrementó considerablemente en relación a la programación hecha a fines del gobierno militar. Los siguientes son los aumentos de esos recursos para 1990 sobre los valores presupuestados a fines de 1989: salud 7%, vivienda 39%, educación 23% (9).

El gasto social mostró un crecimiento de 30% en 1989-92 en términos reales, llegando a 14,7% del PGB en 1992 (1989: 14,03) (Tabla 24) (10).

Tabla nº 24				
Gobierno Central				
Clasificación Funcional del Gasto (Porcentaje del Producto Geográfico Bruto)				
1989	1990	1991	1992	
A. Funciones generales	4,34	4,19	4,33	4,32
Gobierno	0,83	0,79	0,93	0,95
Defensa	2,46	2,39	2,33	2,21
Justicia y seguridad	1,05	1,00	1,08	1,15
B. Funciones sociales	14,03	14,02	14,46	14,70
Salud	2,22	2,14	2,38	2,56
Vivienda	1,12	1,13	1,27	1,28
Previsión	6,69	6,86	6,73	6,57
Educación	2,84	2,73	2,89	3,05
Programas de empleo emergencia	0,04	0,03	0,03	0,02
otros Social	1,12	1,12	1,17	1,23
C. Funciones económicas	3,31	2,53	2,74	3,28
Promoción y regulación actividad productiva	2,14	1,43	1,49	1,99
Infraestructura	1,17	1,10	1,25	1,29
D. Otros no asignables	0,56	0,26	0,15	0,18
E. Intereses de la deuda pública	1,91	2,12	2,39	1,57
Gasto Total del gobierno central	24,15	23,12	24,08	24,06

Fuente: Datos de la Dirección de Presupuestos, en: La Segunda, 22 de julio de 1993, p.17

Durante el gobierno democrático se redujo también el número de pobres en Chile. Entre 1990 y 1992 el número de pobres se redujo en 833 mil personas, totalizando cuatro millones 370 mil chilenos, lo que significa haber reducido las pobreza de un 40,1 a un 32,7 por ciento de la población en esos años (Tabla 25). La estrategia social del gobierno ha sido exitosa, pero aún queda un número significativo de pobres.

Tabla N° 25
Evolución de la pobreza (1990 - 1992)



Fuente: Un tercio de los chilenos sigue en la pobreza, en: La Nación, 20 de julio 1993, p.15 y cuatro millones 370 mil personas están bajo el umbral de pobreza, en: La Epoca, 20 de julio 1993

A pesar de estos éxitos, permanecen una serie de desafíos para el resto de los años 90. Estos desafíos se plantean tanto al nivel político como económico y social. Habiéndose asegurado una estructura sana de la economía en sus aspectos básicos, hay tareas específicas y exigentes, propias de la etapa más madura en que se encuentra el país. Ellas se pueden agrupar bajo tres temas: a) mejoramiento de la equidad social, b) competitividad internacional de la economía, y c) calidad de la gestión política, es decir reforma o «modernización» del Estado.

2. POLITICA DE SALUD Y EL SISTEMA DE SALUD DURANTE EL GOBIERNO DE AYLWIN

En esta parte trataremos primero la política de salud del gobierno de Aylwin, es decir las políticas generales y los programas de acción en el sector salud. A continuación analizaremos las medidas destinadas a mejorar el Sistema Público de Salud en su dimensión institucional

(organización y estructura, administración y gestión), con especial consideración de la inserción institucional del sistema en el marco del proceso de descentralización del país.

A. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION EN EL SECTOR SALUD

El gobierno de Aylwin diagnosticó que el sistema de salud se encontraba en 1989 en una situación de profunda crisis. El marcado deterioro de los Servicios de Salud se hizo evidente y alcanzó ribetes dramáticos hacia el final de la década de los 80.

El Sistema de Salud se enfrentó, según el diagnóstico del gobierno democrático, a una diversidad de problemas y desafíos, principalmente como consecuencia de cuatro problemas (11):

- a) El cambio epidemiológico emergente que puso el país en una situación de transición epidemiológica, expresada en la creciente incidencia y prevalencia de patologías crónicas no transmisibles y sus complicaciones, coexistiendo con patologías del primer nivel;
- b) La insuficiencia en la capacidad de gestión del sector público de salud que se debía principalmente a: Obsolescencia de los sistemas administrativos del sector; falta de recursos humanos capacitados para la gestión; ausencia de sistemas de información adecuados;
- c) La prolongada restricción financiera del sector público que generó un fuerte déficit de inversión (infraestructura y equipamiento), así como también ha afectado en forma significativa la operación del sector (escasez de insumos, recursos humanos, mantención); y
- d) El desarrollo inorgánico y descoordinado de los subsectores público y privado de salud.

A partir de estos problemas generales, se derivaron otros problemas de carácter específico, a saber (12):

- * Falta de adecuación de las acciones preventivas;
- * Insuficiencias en el proceso de descentralización;
- * Falta de acceso a los Servicios de Salud;
- * Escasez de recursos humanos calificados en atención de salud;

- * Pérdida de la capacidad normativa, supervisora y de control en el nivel superior;
- * Incapacidad resolutoria;
- * Problemas del subsistema Isapre (imperfecciones en el funcionamiento);
- * Incapacidad para enfrentar la creciente contaminación ambiental;
- * Insuficiencias en el sistema de Seguro Público, Medicina de Libre elección;
- * Deterioro de infraestructura y equipamiento; y,
- * Crecimiento inorgánico intra e intersubsectores.

B.- POLITICA DE SALUD DEL GOBIERNO DE AYLWIN

1. Principios de Salud

El gobierno de Aylwin fundamentó su acción en el sector salud en una serie de principios (13):

- a) La salud es un derecho de todos los chilenos y garantizarlo es un deber preferente del Estado;
- b) La función del Estado se expresa especialmente en facilitar el acceso a los servicios de salud en forma equitativa, eficiente y eficaz, oportuna, continua y universal;
- c) Son igualmente tareas preferentes del Estado la formulación de un plan nacional de salud y promover la prevención y el saneamiento ambiental;
- d) La participación de la comunidad es esencial para la obtención de los objetivos y debe ser estimulada.

Estos principios debían traducirse en (14):

- a) Hacer justicia en salud, es decir equidad, a través de la disminución de las diferencias entre los individuos, entre los grupos y entre las regiones;
- b) Dar más años a la vida, reduciendo las muertes prematuras y evitables y aumentando la expectativa de vida de los chilenos; y

- c) Dar más salud a los años, disminuyendo las enfermedades y su impacto en la capacidad, junto con la promoción del potencial de las personas en sus aspectos físicos y psicológicos.

2. Políticas generales en salud

Las principales políticas generales que debían orientar las acciones del gobierno en salud son(15):

- a) El sistema de salud chileno es mixto, con participación del sector privado y público. Al sector público le corresponde la definición de políticas, normas, planes y programas, y la supervisión de su cumplimiento, la fiscalización del desarrollo del sistema privado de salud, como la contribución en forma parcial al financiamiento y ejecución de las prestaciones de salud de quienes han sido definidos como beneficiarios del sistema. Al sector privado le corresponde participar en el diseño de sistemas de salud privados, que se integren coordinadamente a los del sector público en el cumplimiento de los objetivos nacionales en el ámbito de la salud de la población;
- b) La política de salud impulsará el fortalecimiento y ampliación de la descentralización. Un proceso de descentralización constituye un elemento consustancial al logro de los objetivos de mayor participación y de incremento de la eficiencia. La descentralización deberá permitir una gestión flexible y autónoma, manteniendo una estrecha coordinación que asegure la integralidad del sistema de salud chileno. Asimismo, deberá considerar las necesidades y los derechos de la población en lo relativo a disponibilidad, acceso, calidad de la asistencia y participación de la comunidad en el sistema de prestación de asistencia de salud. La ampliación del proceso de descentralización se expresará en el campo de la toma de decisiones respecto de los recursos financieros, a través de un incremento en las atribuciones de los Servicios de Salud. En el campo de los recursos físicos se dará mayor relevancia a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud como coordinadoras de los planes de inversión sectorial y extrasectorial. Asimismo, se aumentarán las atribuciones de los Servicios en los demás campos propios de su acción;
- c) De manera complementaria a las políticas reseñadas en el punto anterior, se reforzarán las tareas de supervisión y coordinación, mediante el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud, tanto a nivel central como regional.
- d) Se elevará la eficiencia productiva y la eficacia del sector público frente al nuevo perfil epidemiológico del país, asignando recursos en forma prioritaria a las soluciones de mayor costo-efectividad. La política de mejoramiento de la eficiencia considerará las acciones necesarias en lo que se refiere a modernizar los sistemas administrativos,

implementar sistemas de información para la gestión, e incorporar los incentivos adecuados. La excelencia institucional que se espera del sistema de salud, para que concurra efectivamente al proceso de desarrollo, deberá manifestarse en la calidad de los servicios que se prestan a la comunidad; y,

- e) La reorganización de los sistemas y el consecuente cambio en las estructuras administrativas se realizará en un marco de participación de los agentes involucrados en el proceso.

Sobre la base del diagnóstico y de los principios de salud señalados anteriormente, el gobierno se propuso la rectificación de los aspectos desfavorables de la política anterior, atendiendo tanto al desarrollo y modernización del sector salud como a las necesidades más urgentes de la población.

La propuesta en salud del gobierno de Aylwin consideró cinco grandes tareas prioritarias (16):

- * Mejorar el acceso a la salud;
- * Resolver la crisis hospitalaria;
- * Dar un gran impulso a la prevención y protección de la salud;
- * Mejorar la calidad del medio ambiente;
- * Rescatar el sector público e integrar a los sectores privado y solidario.

3. La «Agenda para el Cambio» - Plan de readecuación del Sistema Público de Salud

El programa de mejoría del subsector público del gobierno está basado en tres pilares (17):

- a) Readecuar el sistema de atención de salud con el objetivo de dar respuesta efectiva a las necesidades que surgen del actual perfil epidemiológico chileno;
- b) Perfeccionar el modelo de gestión del sector público, con el fin de fortalecer su capacidad de gestión en todas las tareas que hoy ejerce, las que son: normar, supervisar, financiar y ejecutar; y
- c) Reformar el sistema de financiamiento al interior del sistema público de salud con el fin de adecuar los incentivos a las metas de salud y gestión sectorial.

Para la operacionalización de estos tres pilares de mejoría del subsector público, el gobierno desarrolló un Plan de Acción.

Sostuvo que, al analizar los sistemas de salud tanto en Chile como Canadá, España y algunos países latinoamericanos, se había llegado a diagnósticos similares. Básicamente, éstos son: a) El sistema adolece de una falta de equidad; b) los sistemas públicos de salud están fracasando como respuesta para atender las necesidades de la gente; y c) los seguros de salud privados ejercen fuertes presiones de alza en los costos. Sobre esos tres ejes se basó el equipo que desarrolló la estrategia de «Una agenda para el cambio».

La «Agenda» aborda tres aspectos(18):

- a) adecuar el actual modelo de atención salud al nuevo perfil epidemiológico;
- b) plantear un conjunto de transformaciones en el área de modernización de la gestión, no sólo en aspectos tecnológicos, sino también de organización, estructura, asignación de recursos, y administración; y
- c) realizar las inversiones necesarias para que los servicios de salud puedan recuperar su capacidad funcional y operativa.

La Agenda, entre otras cosas, propone rescatar el rol del Estado (en políticas, fiscalizaciones y financiamiento) y buscar unirse con los agentes privados en las áreas donde resulte más eficiente. O dicho de otra forma: un sistema de salud donde el Estado asume la responsabilidad de dar salud, pero no necesariamente de otorgar el servicio; porque en algunas áreas puede ser el mejor proveedor, pero en otras quizás sea el sector privado o éste junto con el Estado.

Al mismo tiempo se sentaron las bases de la reforma propuesta respaldado por un Plan Nacional de Inversiones (19).

Después de dos años de estudios, preparación de proyectos y negociaciones se aprobaron, en 1992, las líneas gruesas de financiamiento con fuentes multilaterales, bilaterales y sectoriales. El conjunto de proyectos propuestos para los próximos seis años, configura un panorama orgánico de modernización en infraestructura y equipamiento a nivel nacional. Los más relevantes son los cambios en los sistemas de administración y gestión.

Gran parte de estas transformaciones se canalizarán a través de los siguientes proyectos (20):

Proyecto Minsal-BIRF TAHRP

Contempla dos componentes: Uno de asistencia técnica y otro consistente en un fondo concursable para rehabilitación de hospitales tipo 1 y 2 de la Región Metropolitana; y,

Proyecto Minsal-BIRF HSRP

Pretende el desarrollo institucional e integrado de los Servicios de Salud; está basado en una descentralización que debe potenciar la integralidad del sistema público.

Con este proyecto se pretende:

- * El desarrollo institucional a través de la reestructuración del Ministerio de Salud;
- * El mejoramiento de la capacidad gerencial y de gestión de los niveles de dirección intermedia y administrativa, tanto del Minsal como de Servicios de Salud;
- * La reforma al sistema de abastecimiento del sector público de salud;
- * El mejoramiento de la capacidad de gestión del ISP;
- * El mejoramiento del sistema de financiamiento;
- * Programas de apoyo a la gestión para actualizar habilidades y destrezas del personal del sector público de salud; y,
- * La implementación de un sistema nacional de informática en salud.

Este fuerte aumento de la inversión contrasta en forma dramática con la inversión observada en el período previo, con un monto promedio de inversiones de los Servicios de Salud entre 1986-1990 que apenas superaba los US \$10 millones anuales (Tabla 26)(21).

Tabla nº 26
Programa de inversiones 1990-1997 (Us \$ Millones)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	TOTAL
Infraestructura	4,6	25,9	54,2	69,8	47,6	29,8	14,1	246,0
Equipos Médicos	21,2	32,0	50,8	66,4	10,7	7,3	18,1	206,5
Sist. Información	0,2	5,0	7,1	8,0	6,0	1,8	0,4	28,5
Subtotal Invers.	26,0	62,9	112,1	144,2	64,3	38,9	32,6	481,0
Administración	1,3	2,7	3,1	3,1	1,5	1,4	0,6	13,7
Costos financieros	0,0	0,6	3,2	7,3	9,8	12,1	8,4	41,4
Subtotal	1,3	3,3	6,3	10,4	11,3	13,5	9,0	55,1
Total	27,3	66,2	118,4	154,6	75,6	52,4	41,6	536,1
Total Programa Acumulado	27,3	93,5	211,9	366,5	442,1	494,5	536,1	

Fuente: Exposición del Ministro de Salud, Dr. Julio Montt: Propuestas de salud para un nuevo gobierno de la Concertación, Santiago, julio 1993, p.6

La importancia de este plan radica en que por primera vez se invertirá en el sector salud, buscando la racionalización global del sistema. El gobierno ve en él una potenciación muy grande del sistema público de salud en los próximos años, en un contexto de un sistema de salud mixto, donde los sectores público y privado contribuyan al cumplimiento de los objetivos nacionales desde sus distintas perspectivas, sus diversos roles y aportando, de acuerdo a su propia capacidad, a la solución de los problemas de salud de la población.

A finales de 1992 se puso fin a la etapa de formulación de los proyectos y comenzó el proceso de ejecución, que debería cambiar la fisonomía del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

3. POLITICA DE «READECUACION» DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD: MEDIDAS Y ACCIONES DEL GOBIERNO DE AYLWIN PARA MEJORAR LA ORGANIZACION, ESTRUTURA Y GESTION DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD Y SU INSERCIÓN EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL PAIS

Un aspecto central de la política de salud del gobierno de Aylwin es la «readecuación» del Sistema Público de Salud (22). A continuación analizaremos las principales acciones para mejorar

la organización, estructura, administración y gestión del Sistema Público de Salud en cuanto a sus diferentes subsistemas.

A. NIVEL CENTRAL (MINISTERIO DE SALUD)

El gobierno de Alywin recibió en 1990 un Ministerio de Salud con una serie de debilidades. Las más claras se situaron «en la incapacidad para ejercer sus funciones de normar, supervisar y asignar recursos a los servicios de salud dependientes de él. Este conjunto de debilidades se expresan en insuficiencia estructural de recursos humanos, de modernidad tecnológica, de insuficiencia cuantitativa de información y de capacidad de procesamiento» (23).

Esto hizo necesario un esfuerzo especial para organizar grupos de trabajo que diseñaran estrategias eficientes para la solución de los problemas encontrados. Esto debía permitir un rol más activo del Ministerio de Salud en la planificación y la supervisión de la salud.

1. Reorganización del Minsal

El gobierno inició una serie de modificaciones en la organización, estructura y administración del ministerio de Salud. En octubre de 1990 se aprobó una iniciativa cuyo objetivo era «imprimir una acción ministerial dinámica» en todas y cada una de las dependencias que conformaban la organización de esta Secretaría de Estado, que le permitiera «una rápida y eficaz respuesta a los requerimientos», a través de «adecuaciones funcionales y de racionalización de la coordinación y dependencia administrativa interna de las divisiones, departamentos y unidades del Ministerio» (24). Una vez que estas medidas se hubieran puesto en práctica, se pretendía hacer una evaluación para luego propiciar la normativa legal y reglamentaria definitiva.

Una de las primeras «adecuaciones» fue la creación de la División de Programas de Salud (Diprog) que, junto a la División de Planificación y Presupuesto (Diplap), pasaron a cumplir funciones diferenciadas realizadas antes por la Oficina de Planificación y Presupuesto (Oplap) y el Departamento de Programas de Salud de las Personas.

La División de Programas de Salud quedó constituida por una jefatura y cinco departamentos, a saber:

- * Departamento de Programas de las Personas, con tuición sobre la salud materno-infantil, salud mental, salud del adulto, nutrición.
- * Departamento de Apoyo a los Programas.
- * Departamento de Programas del Ambiente.

- * Departamento de Epidemiología, con manejo de la información estadística de enfermedades agudas y crónicas, mortalidad, programa de inmunizaciones.
- * Departamento de Salud Odontológica, con la tarea de reconstruir la normativa de esta disciplina, muy abandonada en los años precedentes.
- * Departamento de Atención Primaria. El objetivo es el de: proponer los planes, programas y normas adecuados para la implementación de una estrategia coherente de Atención Primaria de Salud. Para esto debe elaborar un programa anual inserto en las políticas y estrategias globales del Ministerio de Salud, de acuerdo a las prioridades del gobierno en el área social. Este programa está basado en un diagnóstico de los problemas a resolver y de estrategias programáticas específicas en cada área con especial referencia a: Las normas técnicas de atención del nivel primario; la organización y el funcionamiento de la atención primaria, desde su estructura y marco jurídico, hasta sus relaciones con la comunidad; y la coordinación intersectorial entre el Ministerio de Salud y otros Servicios Estatales y no gubernamentales, a través del ministro o subsecretario (25).

Los principales funciones del Diprog son: a) estudiar, diseñar y proponer las políticas, planes, programas y normas por las que debe regirse la ejecución de las acciones de salud relativas a las personas y el ambiente; b) supervisar el desarrollo y evaluar el cumplimiento de los programas de salud; c) detectar todas las situaciones epidemiológicas y diseñar oportunamente los programas de control pertinentes, supervisando su desarrollo y evaluando su cumplimiento; d) mantener y propiciar una estrecha coordinación con las diferentes unidades del Ministerio; y e) realizar los estudios que sean necesarios o que le encomienden las autoridades.

El objetivo de la División de Planificación y Presupuesto (Diplap) es asesorar al ministro en relación a la formulación de políticas, planes, programas y normas relacionadas con los recursos humanos, físicos y financieros del sistema.

La División de Planificación y Presupuesto quedó compuesta a su vez por cinco departamentos:

- * Departamento de Recursos Financieros
- * Departamento de Recursos Físicos
- * Departamento de Recursos Humanos
- * Departamento de Coordinación e Informática

- * Departamento de Planificación.

Las principales funciones del Diplap son:

- a) Asesorar al ministro en la formulación de las políticas de salud en armonía con la planificación del desarrollo económico y social del país;
- b) Estudiar, diseñar y proponer normas, planes y programas generales relativos a la utilización de los recursos humanos, físicos y financieros, en acciones de salud sobre las personas y el ambiente y relativos a las construcciones, transformaciones y reparaciones de edificaciones destinados a establecimientos hospitalarios de los Servicios de Salud;
- c) Estudiar, diseñar y proponer políticas, planes, programas y normas sobre informática;
- d) Mantener y propiciar una estrecha coordinación con las diferentes unidades del ministerio; y,
- e) Realizar los estudios que estime necesario o que le encomienden las autoridades para el conocimiento y solución de los problemas del sector.

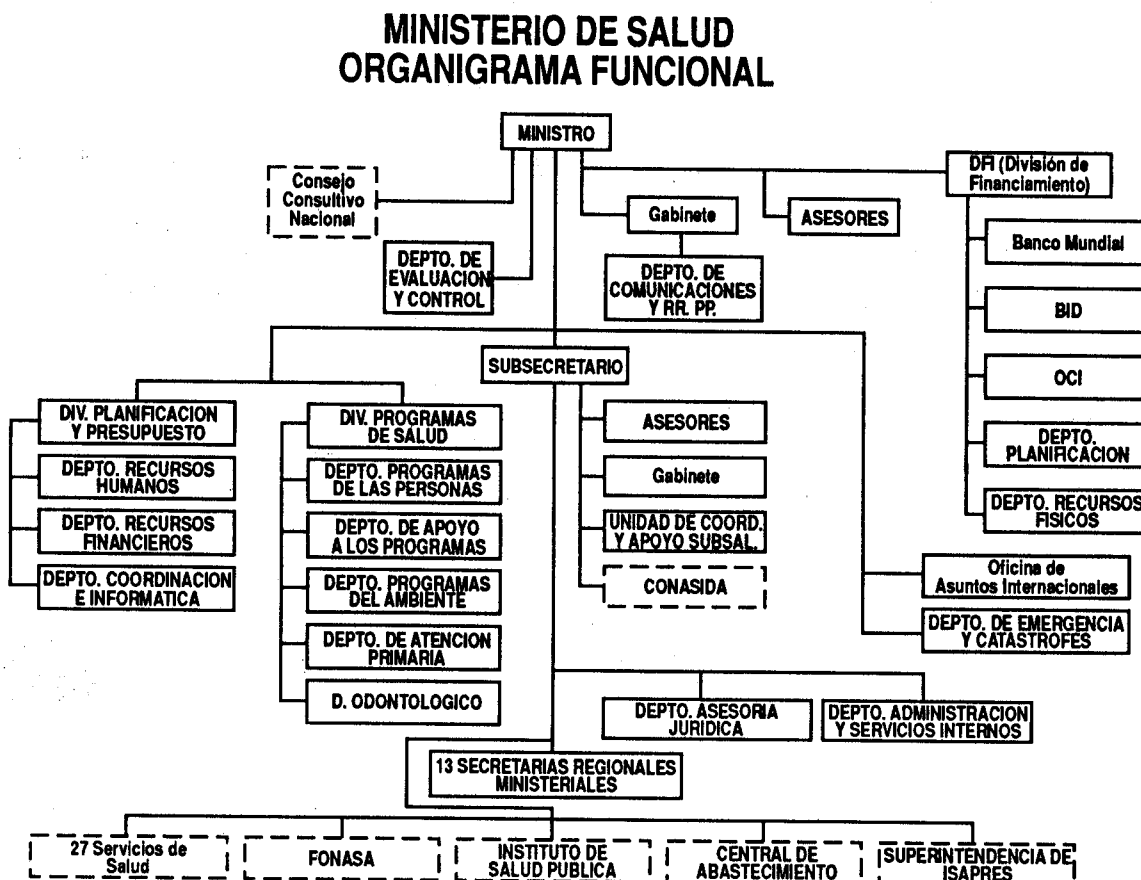
Del ministro dependen directamente el gabinete, el subsecretario, un equipo de asesores generales, el Departamento de Evaluación y Control, la Oficina de Asuntos Internacionales, la Oficina de Cooperación internacional y el Departamento de Emergencia y Catástrofes.

Del subsecretario de Salud dependen la División de Planificación y Presupuesto, la División Programas de Salud, un gabinete, asesores, la Unidad de Coordinación y Apoyo a la Subsecretaría, el Departamento de Asesoría Jurídica y el Departamento de Administración y Servicios Internos.

La Unidad de Coordinación y Apoyo de la Subsecretaría tiene como objetivo colaborar y asesorar al Subsecretario en la gestión y coordinación que le corresponde efectuar sobre los Servicios de Salud y demás organismos del sistema. Debe velar en general por la ejecución de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud a realizarse en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y organismos autónomos, coordinando sus acciones. Para el cumplimiento de estas funciones debe trabajar en estrecha colaboración con los diferentes Departamentos Técnicos del Ministerio.

El gráfico 14 muestra la actual organización del Ministerio de Salud.

Gráfico 14:
Organización actual del Minsal



Fuente: Minsal, Santiago, diciembre 1993

Para fines de coordinación con trabajadores, colegios profesionales, entidades sociales y centros académicos se creó, en septiembre de 1990, el Consejo Consultivo Nacional de Salud. Además se estableció el Consejo Nacional de Salud Privado, con el objeto de asesorar al Minsal en el análisis del sector privado.

El conjunto de cambios obligó a elaborar un proyecto de reestructuración del Ministerio de Salud, el que se terminó a principios de 1992 y cuya implementación estaba originalmente prevista durante el transcurso del año 1992. Este proyecto contiene una serie de otras reformas del Minsal, comprometidas en el crédito HSRP con el Banco Mundial, con las cuales el gobierno esperaba que «la gestión central del Minsal sea más expedita y ejecutiva, a la vez que permita cumplir la aspiración de dar una gestión verdaderamente descentralizada a los servicios de salud» (25).

Este proyecto contempla una serie de medidas destinadas a mejorar la organización del sector público; entre otras (26):

- a) La creación de una tercera División, que cumpliría las veces de «gerencia general del sistema de servicios de salud», con el nombre de División de Servicios de Salud (Dissal). A ella correspondería la función de coordinar la gestión de los servicios de salud. Esta tarea cumple actualmente la subsecretaría de Salud, pero sin contar con el apoyo suficiente y necesario para ello;
- b) La dependencia total de las divisiones de la subsecretaría de Salud, la cual pasaría así a cumplir las funciones de una verdadera vicepresidencia ejecutiva del holding que es el Ministerio de Salud;
- c) A nivel intrasectorial, se contempla la creación de la División de Desarrollo.

2. Deficiencias actuales del Minsal

El Ministerio de Salud muestra, en su actual estado, una serie de deficiencias.

Desdibujamiento de su misión y centralismo

Desde el punto de vista legislativo, el Sistema de Salud Chileno está concebido como un modelo descentralizado. De acuerdo a este modelo, el Ministerio de Salud debe ser la máxima entidad de formulación de políticas y normas y de supervisión de su ejecución y cumplimiento. A pesar de esto, es evidente que «buena parte de las acciones del Minsal - y de su estructura organizacional actual - corresponden a una concepción de éste en la que subyace una misión operativa y ejecutora, más que normativa y supervisora, produciéndose una centralización innecesaria en muchos ámbitos» (27).

La estructura organizacional del Minsal está concebida para cumplir funciones normativas y de supervisión, y ha sido utilizada para cumplir funciones de ejecución.

Situación de un desgaste organizacional

En cuanto a la organización del Ministerio de Salud, se observa un proceso de desgaste que ha generado un cúmulo progresivo de problemas: conflictos de autoridad, duplicidad de funciones, ineficiencias de todo tipo, etc. Se puede diagnosticar una situación de «entropía organizacional» que produce un deterioro recurrente de la institución, conduciéndola hacia una pérdida de sus objetivos sociales y a una desarticulación de sus componentes, y provocando una creciente inactividad del sistema.

Cultura centralista

La historia y la tradición centralistas del sistema y su tamaño y complejidad constituyen factores fundamentales de los actuales problemas del sistema público de atención de salud. Subsiste una suerte de desconfianza en la capacidad regional y local.

Centralismo a nivel interministerial

Salta a la vista el centralismo en el nivel superior de la administración político-administrativa. Durante el gobierno militar, el Ministerio de Salud «disminuyó de rango» a nivel de las relaciones interministeriales. La tremenda dependencia del sector financiero, concretamente del Ministerio de Hacienda, es notoria. La estructura se dirige a permitir que el Ministerio de Hacienda sea el que distribuye el presupuesto e incluso su asignación de gasto. «Los ministerios sociales, afirma Jorge Jiménez, «siguen teniendo poco poder de decisión frente al Ministerio de Hacienda. Esto ha sido un factor distorsionador si se tienen presente los avances descentralizadores a nivel intrasectorial» (28). Se observa «cierta desconfianza tanto del Ministerio de Hacienda como del Ministerio de Desarrollo y Planificación Nacional (ministerios centrales) hacia los ministerios sociales, entre ellos Salud. Esto se ha traducido en una serie de instrumentos de control que han limitado la gestión del sector, quitándole velocidad a las reformas sociales» (29).

Marco jurídico administrativo rígido

La estructura organizacional y el marco jurídico administrativo son extremadamente rígidos. La estructura «obstaculiza la fluidez de la funcionalidad del sistema e impide un trabajo cohesionado y consistente. Las decisiones son lentas, rutinarias, centralizadas, sancionan planes o programas elaborados en departamentos y divisiones segmentadas y se ejecutan sin claridad de objetivos» (30).

Falta de un sistema/cultura de coordinación

En la práctica, los Servicios de Salud dependen de la subsecretaría de Salud para una gran cantidad de toma de decisiones, y no sólo para la supervigilancia que establece la ley. Los Servicios de Salud dependen de la División de Planificación y Presupuesto - en materias de orden financiero - y de la División de Programas- en materias de programas de salud. Hay, entonces, una múltiple dependencia de los servicios que no está acompañada de un sistema y/o una cultura de coordinación que garantice la consistencia de las acciones de las cuatro unidades superiores (ministro, subsecretaría, Diplap y Diprog). Esta cantidad de instancias dependientes de una instancia jerárquica superior «vulnera todas las recomendaciones emanadas de la teoría y la práctica en la materia y es una gran fuente de problemas del funcionamiento organizacional» (31).

Segmentación

El subsector ha operado en forma segmentada. Cada división, cada departamento opera casi como un universo aparte. Esto tiene como consecuencia que el funcionario tenga un horizonte muy estrecho y limitado y exista una gran duplicación de esfuerzos, sobreposición de funciones y potestades y, en consecuencia, pérdida de recursos.

Predominio de lo relacional sobre lo organizacional

Todo está subordinado a los cambios personales. Es decir, predomina lo relacional sobre lo organizacional. El sector está dominado fundamentalmente por la persona del médico. A esto se suma que los cargos directivos son de exclusiva confianza del Presidente, siendo nominados fundamentalmente por razones políticas. Es muy poco desarrollado el concepto de gestión como una especialidad o profesión de dedicación completa. Ha trascendido que hay diferencias entre sus altos funcionarios, que se han apreciado como «situaciones de conflicto político al interior de la Concertación».

Clima organizacional negativo

Predomina un clima organizacional de insatisfacción laboral. La motivación, el compromiso y la responsabilidad del personal del Ministerio son bajas. La disposición anímica del personal constituye un punto débil de la estructura organizacional actual, debido a la falta de incentivos y desafíos.

No hay un sistema de capacitación y de mantención del personal. La mayoría de los altos funcionarios no tienen suficiente formación en gestión pública.

Los sistemas de apoyo a la gestión están obsoletos. Los sistemas de información se basan en procedimientos manuales, metodologías de evaluación para decisiones de gasto muy primariamente desarrolladas. Los sistemas de asignación de recursos no son efectivos ni eficientes.

La cultura organizacional se caracteriza por su orientación a normas y procedimientos, más que a metas.

Ausencia de una concepción clara de organización y gestión

No se observa una concepción clara en cuanto a la organización y el sistema de gestión del Minsal. A partir de 1990 ha habido una serie de reestructuraciones que, en cuanto a su organización y gestión, no adhieren a una clara lógica. Lo que se observa es un mosaico de divisiones y departamentos que no están insertos en una lógica organizacional, no existe un

modelo de gestión y de organización que actúe como campo de fuerza que dé coherencia al conjunto.

Todas estas deficiencias limitan las acciones del Minsal para el logro de los objetivos institucionales, entregando respuestas únicas y particulares sin una visión sistémica del conjunto. Esto ha conducido a una transformación de la organización en una entidad «burocratizada», incapaz de dar sentido a sus acciones y de determinar metas claras y coherentes.

B. NIVEL REGIONAL DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD (Seremis y Servicios de Salud)

1. Reforma Regional

La reforma constitucional de 1991 introdujo innovaciones de gran trascendencia en la estructura de gobierno y administración interior del Estado. Una de estas innovaciones, quizás la de mayor trascendencia, es el surgimiento de los gobiernos regionales (32).

A través del «Gobierno Regional» se está desarrollando una descentralización administrativa de carácter territorial inédita dentro del ordenamiento constitucional chileno. Dicho Gobierno Regional tiene como objeto «el desarrollo social, cultural y económico» de la región. Los órganos del Gobierno Regional son dos: el Intendente y el Consejo Regional (33).

El Intendente -que es designado por el Presidente de la República- asume un doble rol o función, el de gobierno en la región en cuanto agente del Presidente de la República en su territorio jurisdiccional, y, además, de órgano ejecutivo del gobierno regional. El Gabinete Regional es una entidad de análisis y coordinación sobre temas de particular importancia y/o urgencia en la Región. Sesiona semanalmente, con una pauta predefinida por la Intendencia y los temas tratados se clasifican en económicos, sociales, político-institucionales y administrativos. Para asegurar la coordinación a nivel de los profesionales y técnicos, de los agentes involucrados en la gestión del gabinete regional se han estructurado los Comités Coordinadores siguientes: Comité Social, Comité de Fomento Productivo y Comité de Infraestructura (34).

El Consejo Regional -elegido por los concejales municipales de la Región- constituye un órgano encargado de hacer efectiva la participación de la ciudadanía regional. El Consejo desarrolla competencias normativas, resolutivas y fiscalizadoras, dentro del ámbito del gobierno regional.

2. Inserción institucional del Sistema de Salud en el marco del proceso de descentralización del país

Debido a las fallas en la implementación de la descentralización de la salud, llevada a cabo por el anterior gobierno, el gobierno de Aylwin efectuó modificaciones con el fin de hacer de dicho proceso un instrumento útil a la consecución de los objetivos perseguidos (35).

En el ámbito de salud, el gobierno de Aylwin ha contemplado el fortalecimiento y la ampliación de la descentralización, viendo en el proceso de descentralización un elemento consustancial al logro de los objetivos de mayor participación y de incremento de la eficiencia. La descentralización debe permitir una gestión flexible, manteniendo una estrecha coordinación que asegure la integridad del sistema de salud chileno.

3. SECRETARIAS REGIONALES MINISTERIALES DE SALUD (SEREMIS)

El gobierno de Aylwin modificó en 1992 mediante la Ley Orgánica Constitucional la normativa sobre los Secretarios Regionales Ministeriales (36).

Los ministerios se desconcentran territorialmente mediante Secretarías Regionales Ministeriales. Están a cargo de un Secretario Regional Ministerial, quien, sin perjuicio de su condición de representante del o los ministerios en la región, es colaborador directo del Intendente, al cual está subordinado en todo lo relativo a la elaboración, la ejecución y la coordinación de las políticas, planes, presupuestos y proyectos de desarrollo de la región (37).

Corresponde al Presidente de la República determinar tanto el nombramiento, como la remoción de los Secretarios de las Seremis. Este nombramiento lo realiza entre personas que figuran en una terna elaborada por el intendente respectivo, y oyendo al efecto al Ministerio de Salud. Asimismo, el intendente puede proponer su remoción. En cuanto a los requisitos para ser nombrado Secretario de una Seremi, la Ley Orgánica sobre Gobierno y Administración Regional sólo exige que sea propuesto al Presidente de la República por el intendente. A ello se deben agregar las normas del Estatuto Administrativo.

La Ley No.19.175 ha dispuesto a las Seremis un amplio margen de funciones (38):

- a) Elaborar y ejecutar las políticas, planes y proyectos regionales, pudiendo adoptar las medidas de coordinación necesarias para dicho fin respecto de los órganos que integren el respectivo sector;
- b) Estudiar, conjuntamente con los organismos correspondientes, los planes de desarrollo sectoriales;
- c) Preparar el anteproyecto de presupuesto regional en la esfera de su competencia, en coordinación con el Ministerio;
- d) Informar permanentemente al gobierno regional sobre el cumplimiento del programa de trabajo del sector salud;

- e) Llevar a cabo las tareas que sean propias del Ministerio de Salud, de acuerdo con las instrucciones de éste;
- f) Realizar tareas de coordinación, supervigilancia o fiscalización sobre todos los organismos de las administraciones del Estado que integren el sector salud;
- g) Cumplir las demás funciones que contemplen las leyes y reglamentos; y,
- h) Ejercer las atribuciones que les delegue el Ministerio de Salud.

Todas estas funciones se encuentran inspiradas en las disposiciones del D.L. 575 y de la Ley No.18.575 (39).

La Ley Orgánica Constitucional entrega a los Seremis de Salud diversas atribuciones orientadas a fortalecer y recalcar su rol colaborador del Intendente en la coordinación, fiscalización y supervigilancia de los servicios públicos que operan en la región. Se pueden resaltar los siguientes aspectos:

- a) El intendente es ahora facultado para proponer al Presidente de la República tanto el nombramiento como la remoción de los secretarios regionales ministeriales y sólo se le impone al Presidente el deber de oír al ministro, antes de proceder a su nombramiento.
- b) Asimismo se han reforzado en el intendente facultades que ya tenía, haciendo a los secretarios de las Seremis sus principales colaboradores en este sentido. Así los secretarios de las Seremis se integran al gabinete regional, órgano auxiliar del Intendente y le están subordinados en todo lo que diga relación con la ejecución de los planes regionales. Tanto los servicios descentralizados como los desconcentrados están sometidos a la coordinación, supervigilancia o fiscalización del intendente a través de los secretarios regionales ministeriales. Por ello, todo el sector salud ha quedado subordinado al intendente para la debida ejecución de las políticas, planes y proyectos de desarrollo regional, así como de las que sean propias de la competencia del gobierno regional. Esta función la cumplirá el intendente a través del respectivo secretario de la Seremi.

Paralelamente con la modificación de la legislación acerca de las Seremis, el Minsal ha elaborado propuestas que están orientadas a darle contenido real, mediante el desarrollo y fortalecimiento institucional de estas entidades regionales.

En el Ministerio de Salud, para el fortalecimiento de las Seremis de Salud, se revisaron dos aportes o propuestas:

- a) La primera correspondía a un anteproyecto cuyo objetivo era «contribuir al desarrollo y fortalecimiento institucional de las Seremis», con «el fin de que estas estructuras del Sistema Nacional de Salud puedan implementar y ejecutar eficiente y eficazmente al nivel regional, las políticas sociales globales del gobierno y en particular la política, los planes y los programas formulados por el Ministerio de Salud» (40). El proyecto consideró el estudio y la posterior definición de una serie de componentes: jurídico, administrativo, de desarrollo de infraestructura material, de desarrollo de recursos humanos y de desarrollo de sistemas de información.
- b) La segunda propuesta, más específica, se insertaba en las condiciones e infraestructura de las secretarías regionales ministeriales. Su interés se centró en la necesidad de una planta propia de la Seremi para que pudieran realizar sus funciones. La proposición distinguía dos tipos de Seremi: las que comprendían dos o más Servicios de Salud y aquellas con un solo Servicio de Salud. Para el primer tipo, se postulaba una Seremi con diecisiete profesionales y para el segundo tipo una de diez. Además, la propuesta considera que el cargo de Secretario de la Seremi debe tener mayor jerarquía que el Director del Servicio por razones de imagen y prestigio, aunque tenga poco significado en lo económico (41).

El Minsal se inclinó por la primera propuesta y encargó a la Corporación de Promoción Universitaria (CPU) la realización del Proyecto de Desarrollo Institucional de las Seremis, financiado por la AID. El proyecto se orientó a impulsar el fortalecimiento institucional de las secretarías regionales ministeriales de salud, a través de un plan piloto «orientado al estudio, diseño y ejecución de un modelo de desarrollo organizacional que permitiera diagnosticar las limitaciones, debilidades y disfunciones que inhiben la capacidad de gestión de estas instituciones, para establecer mecanismos de intervención destinados a incorporar mejoras en las habilidades administrativas, en el perfeccionamiento del recurso humano y en el mejoramiento de los sistemas de información y de los procedimientos internos y de interacción con el resto del sistema nacional de salud» (42).

Para la realización del proyecto se escogieron dos regiones piloto: La Quinta Región (comprende los Servicios de Salud de Valparaíso-San Antonio y Viña del Mar-Quillota) y la Sexta Región (comprende el Servicio de Salud de la región del Libertador Bernardo O'Higgins). Las dos regiones son bastante representativas en el contexto de la regionalización como para obtener información relevante que permita retroalimentar al sistema y proyectarlo al resto de las regiones del país.

El proyecto Minsal/CPU/AID concluyó en marzo de 1993 y arrojó buenos resultados, entregando un análisis detallado de los principales defectos de las Seremis y una metodología y un plan elaborado para superarlos (43).

Debilidades actuales de las Seremis de Salud

Todos los estudios realizados hasta la fecha arrojan un conjunto de obstáculos, a nivel intra y extraorganizacional, que inhiben el cumplimiento de los objetivos y tareas organizacionales definidos en los respectivos cuerpos legales y teóricos (44).

Ambigüedad en la definición de las Seremis

La principal característica es la ambigüedad en la definición de las Seremis de Salud. El marco legal que les da origen les define un conjunto de funciones, pero en él «no se explicitan las atribuciones ni los medios para dar cumplimiento a los roles definidos» (45). Esta situación «genera situaciones de alta irracionalidad en la distribución del poder funcional, que quedan patentes al apreciar la posición de las Seremis en la estructura orgánica que las relaciona con su entorno. Las redes de interrelación muestran que no sólo tienen dificultades en el cumplimiento de sus funciones, por su relación con las Direcciones de Servicios, sino que también desde el nivel central se generan situaciones que refuerzan estas incongruencias» (46).

Este alto grado de ambigüedad en su definición institucional se expresa en los siguientes aspectos:

- * Se establece que el rol que mejor define a las Seremis es de integrador de las políticas y acciones regionales en función de las políticas definidas a nivel nacional; pero los procesos de integración se logran por medio de acciones de coordinación y de control;
- * Se establece que la Seremi debe supervisar y controlar los Servicios de Salud y demás organismos del sistema en la región; sin embargo, no se indican las herramientas que le permitirán ejercer este control;
- * El Seremi no participa en la designación de los Directores de Servicios de Salud bajo su jurisdicción, ni puede pedir el término de su función. Los Servicios son, por su parte, autónomos con personalidad jurídica propia y amplias atribuciones;
- * Las relaciones con el sector salud no estatal (municipalidades), serían también responsabilidad del Seremi, pero quien tiene la facultad para la firma de los convenios de atención son los Directores de Servicio;
- * El control técnico de los establecimientos traspasados a las municipalidades está a cargo de la DAP que a su vez depende de la respectiva Dirección de Servicio de Salud, no existiendo una relación definida con la Seremi; y,

- * La coordinación multisectorial es otra forma de concretar la función de integración. Ella es de responsabilidad de las Seremis. Los problemas de salud ambiental, por ejemplo, son de carácter multisectorial, pero la unidad a cargo de ellos, el Departamento de Programas del Ambiente (DPA) depende de los Servicios de Salud y por lo tanto sus acciones son planificadas y controladas por ellos.

El desempeño de las funciones que la normativa asigna a las Seremis requiere de medios de poder efectivos para influir sobre las acciones de los otros organismos. Pero, en la práctica, las Seremis se caracterizan por la escasa disposición de recursos institucionales, materiales, financieros y humanos(47). Se deben coordinar acciones de los Servicios de Salud que están en su mismo nivel, las que poseen mayores atribuciones y disponen de más medios.

Así se puede apreciar «la medida en que se obvió la necesaria redistribución del poder, al producirse la descentralización (contratación, disposición de fondos y asignación de cargos centralizados)» (48).

Obstáculos a nivel intraorganizacional

Los obstáculos más relevantes a nivel intrasistémico organizacional son los siguientes (49):

- * Falta de planes, objetivos y metas generados en forma participativa;
- * Carencia de coordinación interna, con roles y funciones poco claros;
- * Dificultades de acceso a la información básica y relevante para cumplir la labor;
- * Si bien la definición del marco legal dotó a las Seremis de un conjunto de funciones, en la ordenación administrativa para la ejecución de dichas funciones no se les concedieron los medios ni las atribuciones necesarias para realizar adecuadamente su labor (carencia de recursos humanos, económicos, físicos y tecnológicos). En la práctica la definición organizacional no es consistente, ya que no se les otorga a las Seremis los medios y atribuciones necesarias para llevar a cabo su labor. Así, el trabajo realizado pasa a depender de manera fundamental de las capacidades de relación e influencia política que puedan producirse entre los Seremis y las instancias de gobierno nacional (ministro, subsecretario), o regional (intendente). Esto ha conducido a que la labor del Seremi actualmente se haya convertido más en un trabajo de representación que en una instancia efectiva de planificación, coordinación y control de la ejecución de los proyectos y, en general, de las políticas sectoriales;
- * La situación anterior ha conducido a la priorización de lo relacional por sobre lo

organizacional. Esto limita sus acciones de control y supervisión y crea trabas para el logro de sus objetivos institucionales, entregando respuestas únicas y particulares sin una visión sistémica, de conjunto. Esto tiende a conducir a una transformación de la organización en una entidad burocratizada, incapaz de dar sentido a sus acciones y de definir metas y objetivos institucionales;

- * Los Seremis siguen siendo, de acuerdo con la actual legislación, funcionarios adscritos a las plantas del ministerio de Salud, por lo que dependen técnica y administrativamente de éste. Las plantas, como las dotaciones máximas por servicios, son fijadas por la ley. La Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional no ha innovado en esta materia manteniendo la plena vigencia de las disposiciones que la regulan. Así los secretarios regionales ministeriales no tienen facultades para adecuar ni sus plantas ni sus dotaciones máximas; y,
- * En directa relación con el tema anterior se encuentra el del presupuesto de funcionamiento de los Seremis. Su presupuesto es fijado con el Presupuesto de funcionamiento del Ministerio de Salud, ya que -al depender técnica y administrativamente de éste- corresponde que sea allí considerado.

Obstáculos a nivel del entorno organizacional

Los obstáculos a nivel de relaciones intersistémicas son (50):

- * Conservación de la resolución de las decisiones trascendentes en Santiago, manteniéndose el sesgo centralista;
- * Falta de voluntad del Minsal para hacer cumplir las funciones asignadas a las Seremis;
- * Falta de participación (a nivel central) en la definición de las políticas regionales del ministerio de Salud y en las decisiones de planificación de la salud en la región;
- * Carencia de coordinación de las diversas iniciativas que se promueven en el área, las cuales no se adscriben a las orientaciones que entregan las Seremis;
- * Dificultades de comunicación y coordinación con los Servicios de Salud;
- * Escaso conocimiento de los acuerdos que se adoptan directamente entre los Servicios de Salud y el Ministerio, y entre los Servicios de Salud y la Intendencia.

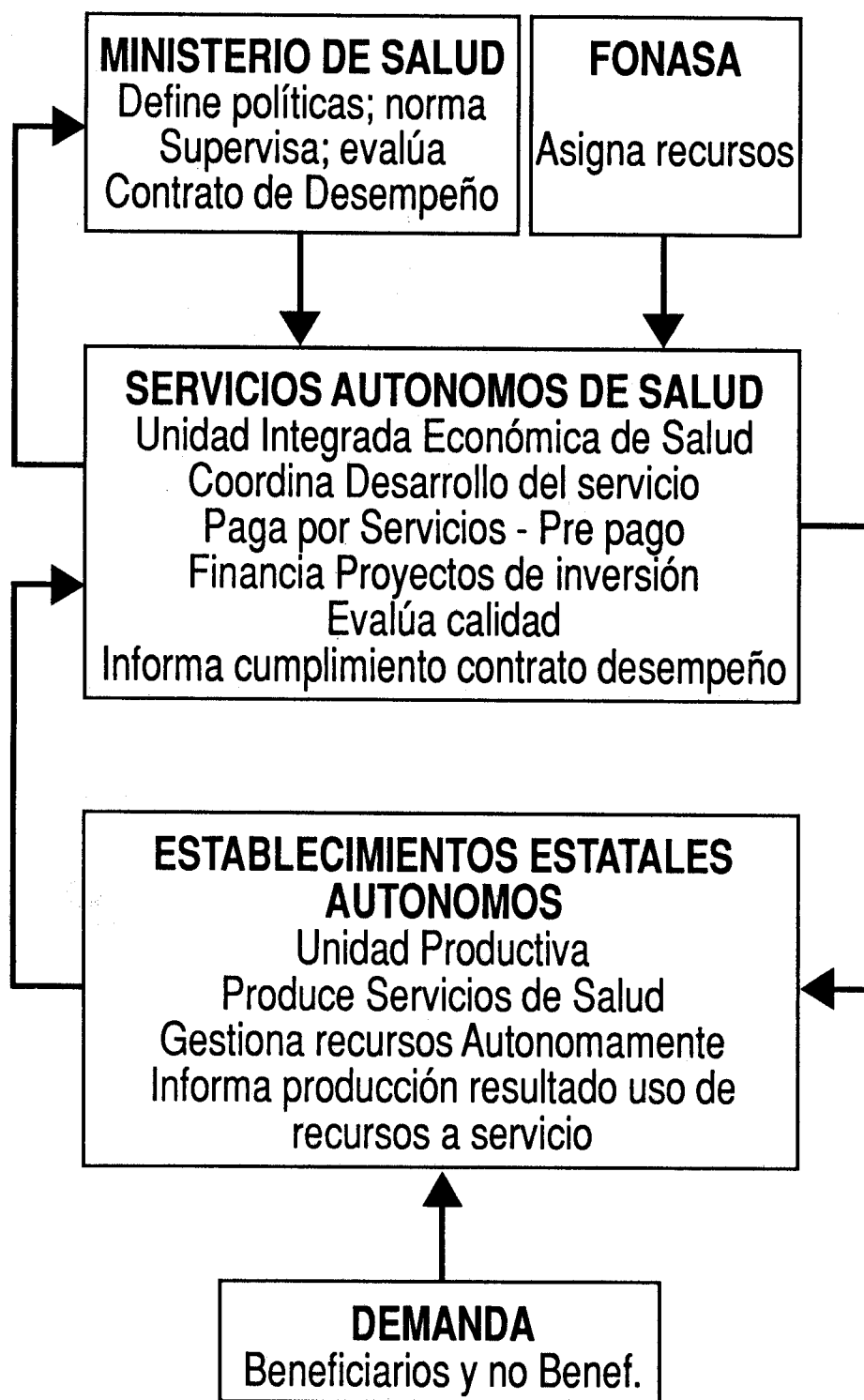
4. Servicios de Salud

El diagnóstico que se tenía en 1990 era que una de las mayores debilidades de los Servicios de Salud consistía en que carecían, en su gran mayoría, de capacidad de gestión para administrar sus funciones propias. Junto con el deterioro de la infraestructura física y de equipamiento, se podía concluir que la descentralización en el papel se había transformado «en un desmembramiento y atomización del sistema, más bien que en un proceso orgánico y armónico de desarrollo» (51). El gobierno se encontró con la incapacidad de los Servicios descentralizados para realizar sus tareas.

Para corregir esta situación, el Ministerio de Salud ha propuesto un proyecto de transformar los Servicios de Salud en «Servicios Autónomos de Salud» o «Unidades Integradas de Salud» que coordinarían el otorgamiento de atención de salud a una población asignada y manejarían los recursos financieros entregados por el Ministerio de Salud (52). Este rol se desarrollaría a través de una función de coordinación de distintas Unidades productoras de servicios autónomas en el manejo de los recursos, que se financiarían por la vía de la venta de servicios al Servicio de Salud, a través de un sistema de prepago. La Unidad Integrada de Salud velaría por el desarrollo armónico de su sistema y por la calidad de los servicios entregados por los establecimientos bajo su coordinación.

Este nuevo esquema propuesto en la Agenda para el Cambio es presentado en el gráfico 15.

Gráfico nº 15
Proyecto de Servicios Autónomos de Salud



Fuente: Ministerio de salud. Una Agenda para el Cambio, op. cit., p.20

El proyecto del Minsal prevé que la realización efectiva de la propuesta de transformación de los Servicios de Salud y sus hospitales en entidades autónomas «debe ser gradual, a través de un proceso progresivo de fortalecimiento de la capacidad de gestión del nivel local y de la creación de las condiciones técnicas, legales y administrativas en los restantes niveles de la administración del Estado» (53).

Hasta la fecha no se ha observado una decidida voluntad para concretar este proyecto de mayor envergadura de parte del Minsal.

Lo que sí ha hecho el Ministerio es tomar las primeras medidas para profundizar la descentralización de la salud, vía aumentar la autonomía de los Servicios de Salud. Actualmente el Servicio tiene un alto grado de relación con el Ministerio, existiendo casi una «cogestión». El objetivo del Ministerio de Salud es terminar con esto, dejando al nivel central en el rol planificador y al Servicio en el ejecutor. Una de las más importantes medidas en este sentido ha sido el diseño de un mecanismo llamado «Compromisos de gestión». La idea central de este mecanismo es profundizar la descentralización y hacer real la responsabilidad de la periferia. El Ministerio «se concentra fundamentalmente en todo lo que son las tareas de planificación, definición de las políticas, supervisión, evaluación y control» (54).

Su implementación experimental está en marcha mediante varios «proyectos pilotos». Según éstos, el Ministerio de Salud entregará «todo lo que es la administración del recurso financiero del sector, de tal forma que desde el punto de vista de la administración financiera, los Servicios de Salud se transformen en unidades económicas autónomas» (55). Estas «contratarán con el Ministerio de Salud un compromiso de acciones basadas en su población asignada. A cambio de ello, el objetivo es que se reciban los recursos necesarios de parte del Ministerio de Salud. Con esto el Servicio asumirá en el futuro nuevos roles, pasando a ser el responsable del resultado de la gestión» (56).

Otra medida del Minsal fue el estudio de un nuevo reglamento para los Servicios de Salud, para adecuar su organización a las nuevas exigencias. En marzo de 1991 la comisión a cargo de ello entregó un documento que contenía un «Nuevo Reglamento Orgánico» de los Servicios de Salud (57). El reglamento finalmente no fue implementado por «no satisfacer las aspiraciones de todos» (58).

Actualmente se evidencian una serie de debilidades en el funcionamiento de los Servicios de Salud (59). «La imagen de las instituciones públicas (Servicios de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud) ha sufrido un importante deterioro». La «modernidad» no ha llegado hasta ahora a este subsector (60).

Las deficiencias más importantes de los Servicios son:

Obsolescencia de los sistemas administrativos

A nivel de los Servicios de Salud se observa un «proceso de desgaste y deterioro organizacional» que «alcanza un grado máximo, repercutiendo severamente en la ejecución de sus funciones y en la opinión de la comunidad» (61);

La estructura obstaculiza la fluidez de la funcionalidad del sistema e impide un trabajo cohesionado y consistente. Las decisiones son lentas, rutinarias, centralizadas y sancionan planes o programas elaborados en departamentos y divisiones segmentadas y se ejecutan sin claridad de objetivos.

La cultura organizacional se caracteriza por su orientación a normas y procedimientos, más que a metas.

La estructura organizacional de los Servicios de Salud no promueve la eficiencia en el uso de los recursos. Los Servicios están absolutamente ajenos a las técnicas modernas de administración.

El marco jurídico administrativo y la estructura organizacional son extremadamente rígidos. Las posibilidades legales necesitan claramente una revisión y una puesta al día; la estructura organizacional del Servicio de Salud es la misma desde 1979. Hasta ahora no se ha dictado un nuevo Reglamento.

Insuficiente gestión

Los conceptos de gestión empleados en los Servicios de Salud son totalmente anticuados. Otra insuficiencia estructural es la ausencia de una unidad definida que se preocupe de la evaluación de la gestión en sus aspectos de conducción, gerencia, asesoría técnicas y actividades asistenciales.

Un aspecto grave es lo poco desarrollado del concepto de gestión como especialidad o profesión. El sector está dominado fundamentalmente por la persona del médico clínico, el que llega a ocupar cargos superiores como culminación natural de su carrera. A esto se suma que los cargos directivos son nominados fundamentalmente por razones políticas y no por su capacidad de gestión. «Los directores de Servicios de Salud con su «staff» y los directores de hospitales», son médicos, en su gran mayoría clínicos, que no tienen formación en gestión pública. Y lo peor es que, en la mayoría de los casos, se alcanzan los puestos por una combinación de éxito clínico, liderazgo gremial y cuoteo político» (62).

Clima organizacional negativo y falta de recursos humanos capacitados para la gestión

El clima organizacional -un aspecto trascendental para la gestión- «es negativo» (63). El mal clima organizacional influye en la motivación y satisfacción en el trabajo.

Las remuneraciones de los profesionales y del personal son tan bajas que no tienen atractivo alguno. En consecuencia, hay un profundo daño en la motivación y en el compromiso y la responsabilidad del personal del subsector, que carece de incentivos ligados al desempeño. En cuanto a los profesionales, existe una fuga hacia el sector privado.

La disposición anímica del personal, debido a la falta de incentivos y desafíos, constituye un punto débil de la estructura organizacional actual. Predomina un clima organizacional de insatisfacción laboral.

El régimen funcionario vigente hace muy rígido el funcionamiento, sobre todo a nivel operativo. El manejo de personal es una pieza clave de la eficiencia. Pero «gran parte de las funciones de la administración de personal se encuentran reguladas por el Estatuto Administrativo, a excepción del personal municipalizado, lo que ha generado una enorme inflexibilidad para el director (gerente) de los establecimientos, una merma en la iniciativa, en la aplicación de esfuerzo y en la motivación de las personas. Da lo mismo ser eficiente y de alta productividad o lo contrario, pues los ascensos se manejan casi puramente con criterio de antigüedad y los despidos son muy infrecuentes, tanto por las restricciones administrativas como por efecto de la cultura organizacional respecto de las evaluaciones» (64).

Insuficiente coordinación entre el Ministerio de Salud, Seremis y Servicios de Salud.

Hay una múltiple dependencia de los Servicios del Ministerio de Salud, que «no está acompañada de un sistema y/o cultura de coordinación que garantice la consistencia de las acciones de las cuatro unidades superiores (ministerio, subsecretaría, Diplap y Diprog)» (65). La múltiple dependencia entidades centrales, hace que los Servicios, por una parte, reciban un excesivo número de peticiones, instrucciones y ofertas y, por otra, un porcentaje significativo de ellas sean inconsistentes o abiertamente contradictorias. Este ha sido un importante factor de ineficiencia y frustración al interior de los Servicios (66).

Falta de autonomía real

La desconcentración de funciones y facultades es una realidad, en términos de disposiciones legales. Pero la descentralización del antiguo SNS en 26 Servicios Regionales autónomos «es más aparente que real». El poder de decisión sigue estando en Santiago (67).

La autonomía de los Servicios de Salud se encuentra limitada por el manejo centralizado de las remuneraciones y la cuenta de inversiones. Sólo pueden disponer de la cuenta de bienes y servicios.

Las inversiones -tanto en infraestructura como en equipamiento médico y de apoyo para los hospitales- son decididas en el nivel central. Las decisiones de inversión parecen tomarse con un bajo nivel de estudio y muchas veces sin consultar a los establecimientos.

Deficiente delimitación geográfico-territorial de los Servicios de Salud

La estructuración de los 26 Servicios de Salud actuales (excluyendo el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente) no obedece a un criterio de óptima funcionalidad. La prueba está en que en una misma región pueden existir Servicios que no responden a características que fundamentan una unidad operativa coherente (por ejemplo, Quinta Región). La creación de los Servicios de Salud en muchos casos no consideró adecuadamente el tamaño y los recursos de cada Servicio creado.

Falta de eficiencia

La finalidad de los Sistemas Públicos de Salud es la prestación de servicios, por lo que implica su producción. Surge, entonces, la necesidad de una operación eficiente. Si bien los directivos máximos tienen conciencia de ello, al interior de las organizaciones «no existe una cultura de operación eficiente ni pautas de productividad en cada servicio clínico, unidad o equipo de trabajo» (68).

Existe poca conciencia de las posibilidades de aumento de la cantidad y calidad de Servicios a través de incrementos de la productividad. Ello determina que el subsector perciba que la única posibilidad de mejorar el «output» de salud se vea asociado casi exclusivamente al incremento del «input financiero» y se desconozcan las posibilidades de mejoría a través del mejoramiento de la capacidad de gestión.

Obsolescencia de los sistemas de apoyo a la gestión

Respecto de este tema se observa la siguiente situación: Sistemas de información basados en procedimientos manuales y metodologías de evaluación para decisiones muy primariamente desarrolladas.

Falta de autonomía de los hospitales

Los hospitales también enfrentan problemas de gestión. En general, «carecen de la más

mínima autonomía para poder funcionar como unidades productivas que son. Las decisiones sobre personal e inversión, y los mecanismos de incentivos, a lo más llegan hasta el nivel del Servicio» (69).

C. NIVEL LOCAL

El tema de la municipalización de la salud primaria ha sido objeto de polémica. Se trata de un proceso de descentralización mal implementado (descoordinación, inequidad y escasa participación) (70).

1. Marco conceptual de la Atención Primaria en Salud

El desarrollo de la atención primaria de salud ha sido definido como una de las metas importantes a lograr por el actual gobierno. Para ello se han definido políticas y acciones con el fin de hacer realidad los criterios de la atención primaria en salud, entendida como «estrategia de desarrollo» (71). Esta estrategia fue estructurada como un conjunto de principios, propuestas y recomendaciones generales, durante la Conferencia de Alma Ata, organizada por la Organización Mundial de Salud (OMS) en 1978 (72).

La atención primaria de salud es concebida como «el proceso para mantener la salud, prevenir la enfermedad, detectar precozmente los problemas de salud y proveer el diagnóstico específico y tratamiento eficaz de las patologías más frecuentes de un grupo humano» (73). Esta concepción ha sido enriquecida al incorporar conceptos tales como la participación social orientada hacia el mayor bienestar de cada persona, familia y comuna local, y trabajo intersectorial (74).

2. Política del gobierno respecto del subsistema local de salud

En el Minsal se estudiaron en 1990 una serie de alternativas respecto del nivel primario de salud, a saber:

- a) dejar la municipalización tal como está,
- b) volver todo al Ministerio de Salud, como era antes; y,
- c) una solución intermedia.

La primera alternativa, «dejar las cosas tal como estaban» con correcciones menores, era vista por el gobierno como imposible (75). Se argumentó que la municipalización, tal como estaba, tal cual se había estado aplicando, llevaría en sí el «germen de la disgregación de nuestro sistema de salud», y que comenzaría a actuar cada municipio con colores propios (76). Igualmente se desechó

la idea de que volviera todo al Ministerio de Salud. De esta manera, si bien se corregirían muchos problemas, «se perdería la participación de la parte comunal, que se estima muy importante porque favorece la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad» (77).

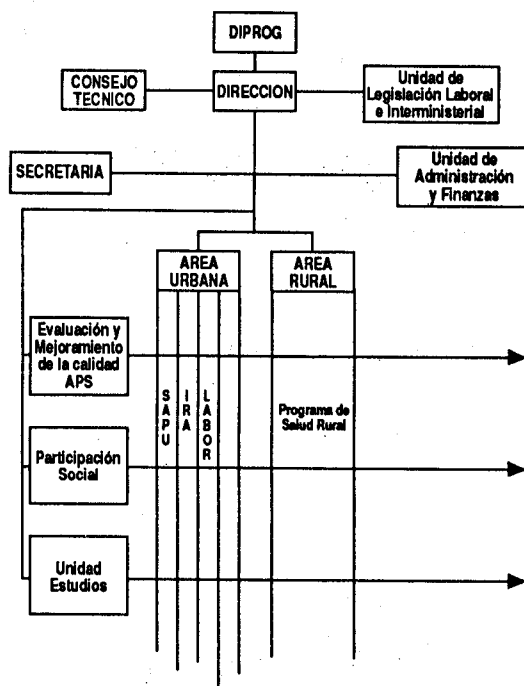
El gobierno optó por una solución intermedia. «Lo que debemos hacer es conservar lo positivo que tiene la descentralización y cambiar lo malo, o encontrar una nueva estructura que permita conservar lo bueno, pero corregir los errores y alcanzar la integración de los sistemas de salud» (78).

3. Programas, proyectos y acciones del gobierno en la salud primaria

La primera medida del Minsal de carácter trascendental fue la creación del Departamento de Atención Primaria, que forma parte de la División de Programas de Salud (Diprog). El DAP era concebido como unidad técnica para la elaboración de estrategias y propuestas programáticas que impulsaran y promovieran el desarrollo de la estrategia de atención primaria, en la perspectiva de la descentralización.

El DAP se compone de las siguientes unidades (Gráfico 16) (79):

Gráfico nº 16
Organización y estructura del Departamento de Atención Primaria



Fuente: Minsal/División de Programas de Salud: DAP Memoria 1990/1991, Santiago, 1992, p.31;
Entrevista con Dr. Roberto Tapia, Minsal/ DAP, Santiago, 19 de agosto de 1993

a) Unidad de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad de la Atención Primaria

El rol que se asignó originalmente a esta unidad era la de promover y coordinar el monitoreo y la evaluación de las unidades de ejecución de la atención primaria, para aumentar la aceptabilidad de los Servicios y la satisfacción de los usuarios en las áreas que opera el proyecto. En la práctica, la unidad se concentró más bien en la ejecución de un proyecto de mejoría de calidad en los Servicios de Salud y otras instituciones;

b) Unidad de Participación Social

Esta unidad entrega apoyo técnico-metodológico a los Servicios de Salud para la promoción y desarrollo de la participación comunitaria y social a nivel local. Se propone favorecer la interacción de los equipos de salud con la comunidad y el espacio local, desarrollar la articulación con el sector no gubernamental e impulsar el trabajo intersectorial; y,

c) Unidad de Estudios Técnicos

Este grupo contribuye a la función técnico-normativa a nivel central, aportando los elementos necesarios para la mejor implementación de los programas de salud. Por otra parte, esta unidad debe proponer procedimientos para la evaluación periódica de los programas, de su rendimiento e impacto, y estudiar el grado de satisfacción de la población en relación con la atención primaria.

El área urbana se ha constituido en subprogramas sin coordinación. El área rural se ha constituido en un solo programa de salud denominado Programa Salud Rural.

La preocupación del Minsal/DAP por fortalecer el nivel de la atención primaria de salud se bifurcó en dos grandes líneas de acción:

Desarrollar la estrategia de Atención Primaria

En el desarrollo de esta estrategia se han implementado una serie de acciones, proyectos y programas, para mejorar la cobertura, eficiencia y calidad del sistema.

Las acciones, actividades y programas más relevantes son (80):

- * Programas de capacitación para la gestión primaria;
- * Programas para el desarrollo de formas de cooperación entre servicios públicos y organizaciones no gubernamentales;

- * Programa de salud rural;
- * Proyecto de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención primaria;
- * Programa para el desarrollo del trabajo social en la Atención Primaria; y,
- * Estatuto de Atención Primaria en Salud Municipal.

Programa de reforzamiento para mejorar el primer nivel de atención

En 1990 comenzó a implementarse un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, focalizado en aquellas comunas urbanas y rurales con mayor deterioro sanitario y socioeconómico. Entre las medidas directas adoptadas por el gobierno para mejorar y fortalecer la red asistencial a nivel primario, se encuentran (81):

- * Aumento del personal para resolver la demanda de atención y disminuir el rechazo y la presión asistencial;
- * Extensión del horario de 17 a 21 horas en varios consultorios urbanos. El objetivo es atender la demanda insatisfecha y acceder a grupos poblacionales específicos (mujer trabajadora, adolescentes, adultos, etc.);
- * Creación de Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en algunos consultorios urbanos destinados a absorber la demanda de urgencia en el nivel local;
- * Implementación de exámenes en los consultorios de la atención primaria para resolver los problemas sin necesidad de acudir a otros niveles;
- * Aumento de la disponibilidad de medicamentos; y,
- * Ampliación de la gratuidad a todos los beneficiarios del sistema público, independientemente del ingreso económico.

4. Estatuto de Atención Primaria en Salud Municipal

Uno de los proyectos más importantes del Minsal en el área de la salud primaria es sin lugar a dudas, el Estatuto de Atención Primaria en Salud Municipal.

Ya durante el año 1990, distintos grupos de trabajo ministeriales habían elaborado propuestas

específicas en materias relativas tanto a la atención primaria municipalizada como a las secretarías regionales ministeriales. Es preciso mencionar dos propuestas relevantes sobre el tema (82).

La primera, «Propuesta para la discusión y análisis de los aspectos administrativos y financieros de la Atención Primaria Municipalizada», se originó en la Diplap y estaba orientada a las funciones y actividades que permitieran fortalecer tanto la eficacia de la atención como la eficiencia administrativa y financiera de la gestión municipalizada.

Los aspectos administrativos se referían a las relaciones entre los distintos niveles organizacionales que respaldaban la atención primaria de salud; y los aspectos financieros se orientaban a la evaluación del mecanismo de asignación de recursos que permitiera, sobre la base de indicadores objetivos, perfeccionarlos o sustituirlos por otro mecanismo más adecuado.

La segunda propuesta, que tomó como referencia relatos de los Grupos de Trabajo del Tercer Seminario de Directivos Superiores de Salud (realizado en Jahuel en octubre de 1990) y una serie de proyectos, programas e informes técnicos del ministerio de Salud, estaba orientada a subsanar los problemas del subsistema de salud primaria municipal.

En esta propuesta se recomendó:

- a) que los consultorios y/o postas rurales continuaran en su actual dependencia (continuarían regíendose según Convenios de Traspasos DFL 1-3063 de 1980, Ministerio del Interior);
- b) en términos de financiamiento, contar con un Fapem reformulado, que financiara el costo real de los programas de salud, considerando la prioridad de las acciones de fomento y protección de la salud y haciéndolo compatible con el enfoque de riesgo en salud. Esto significaba considerar los siguientes criterios de corrección: pobreza, ruralidad, accesibilidad, densidad poblacional, estructura de edad y otros;
- c) la creación de un Fondo de Atención Primaria Regional;
- d) la integración del personal a una carrera funcionaria y a un régimen de remuneraciones general para los funcionarios de la salud;
- e) mecanismos locales y regionales de coordinación y soluciones específicas a algunas situaciones locales. Se establecería un sistema que facilitara la participación social y la coordinación de organismos públicos, solidarios y privados, contribuyendo a racionalizar la resolución de los problemas de salud a nivel local. Con este fin se constituirían

Consejos Comunes o Intercomunales, Provinciales y Regionales de Salud, con funciones de coordinación, asesoramiento y consultoría sobre el desarrollo de los programas técnicos de salud, en un nivel creciente de integración regional. La organización de estos Consejos y sus funciones serán materia de reglamentación específica.

La síntesis de esta propuesta considera medularmente lo siguiente: «Mantener la dependencia municipal de los establecimientos de APS con financiamiento Fapem reformulado y personal adscrito a carrera funcionaria»(83).

De estos proyectos surgió el Estatuto de Atención Primaria en Salud Municipal, que fue enviado al Congreso a mediados de 1992 (84). Con este proyecto, el gobierno pretende «fortalecer la atención primaria de nivel municipal, adecuarla e integrarla plenamente al Sistema de Salud» (85).

Los objetivos del proyecto eran (86):

- a) Aumentar y mejorar la capacidad de los establecimientos, optimizando la calidad y cantidad de las atenciones, de los medicamentos e insumos de la atención primaria, en consultorios y demás establecimientos de esta índole, que mantenga y/o atraiga a profesionales y funcionarios calificados; y,
- b) Asegurar la integralidad de las acciones de salud, regulando el cumplimiento -en los establecimientos de atención primaria- de los planes, programas y normas del Ministerio de Salud.

El proyecto aseguraría, afirmó el Minsal, «alcanzar la descentralización, la participación social, la intersectorialidad y el rol solitario y normativo del Estado» (87).

El proyecto inició su tramitación en la Cámara de Diputados el 8 de enero de 1992. El Mensaje del proyecto del Ejecutivo incluye un breve diagnóstico de la atención de salud primaria municipal en el país. Indica que «la descentralización que significó la municipalización de la atención primaria es esencial para el desarrollo del proceso, pero también ha tenido un impacto negativo en la situación funcionaria del equipo de salud de atención primaria municipalizada». Se refiere enseguida a la ausencia de una carrera funcionaria, a la discontinuidad de la capacitación, a la desigualdad de ingresos entre los funcionarios del sector y a la inexistencia de normas de estabilidad funcionaria. Todos problemas que busca solucionar (88).

El proyecto ley propone nuevas normas para el sistema de atención primaria de salud que administran las municipalidades. Estas se refieren a un nuevo régimen laboral para sus trabajado-

res, a disposiciones sobre el financiamiento estatal a este sistema y a las reglas sobre la administración del mismo.

Sobre régimen laboral

El Título I precisa el ámbito de aplicación de las normas, las que lo serán respecto de todo el personal que desempeña funciones de atención primaria de salud en establecimientos municipales, sean consultorios, postas o estaciones médico rurales, cuya administración se encontrare traspasada a las municipalidades.

Sus normas se extienden tanto a la relación laboral, derechos y deberes y carrera funcionaria del personal, como a las normas generales de financiamiento y administración de los referidos establecimientos. Excluye de su aplicación al personal que presta servicios directamente a las municipalidades o en sus servicios de bienestar, a las corporaciones y a los que se desempeñan en los departamentos de salud municipal.

El Título II contiene normas generales del régimen laboral, disponiendo que la legislación supletoria será la contenida en la Ley 18.883, Estatuto de Funcionarios Municipales.

- a) El Párrafo 1º se refiere a la dotación, es decir la cantidad máxima de funcionarios que podrán ser contratados, tanto indefinida como transitoriamente, por la autoridad administradora correspondiente. Se define lo que se entiende por funcionarios con contrato indefinido y funcionarios con contrato transitorio.
- b) El Párrafo 2º establece los derechos de que gozarán los funcionarios entre los que destacan: la estabilidad en las funciones, los permisos para ausentarse del trabajo hasta por seis días hábiles, el feriado progresivo de vacaciones con goce de remuneraciones, la licencia médica, el derecho a permutar los cargos y el derecho a que se les efectúen las imposiciones por el total de sus remuneraciones.
- c) El Párrafo 3º, de las remuneraciones, dispone que ellas están constituidas por el sueldo base, la asignación de responsabilidad directiva y la asignación por desempeño en condiciones difíciles.

El Título III contiene las normas sobre carrera funcionaria, la cual se entiende como un sistema que garantiza, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para el ingreso, el acceso a la capacitación, la objetividad de las calificaciones y la estabilidad en el empleo, reconociendo la experiencia, el perfeccionamiento y el mérito funcionario. También contiene normas sobre concurso público.

Mediante el Estatuto, se establecería un régimen laboral para los trabajadores de la salud primaria administrada por las municipalidades, basado en el concepto de régimen público (carrera basada en sueldos base y asignaciones fijadas por ley, además de otros beneficios como permiso administrativo, permutas de cargo, etc.), alejándose del régimen laboral general que regula el Código del Trabajo.

Normas de financiamiento

El proyecto legisla también sobre el financiamiento del sistema de atención primaria. El Título IV contiene la normas sobre financiamiento de la atención primaria.

En el marco del financiamiento, se reemplaza al Fapem y su techo por el principio de Población Asignada y pago per cápita, considerando atenciones prestadas. Esta norma incluye un factor de corrección según características epidemiológicas y sociales, lo cual le da un sentido de mayor ecuanimidad.

El Párrafo 1º establece un aporte estatal a cada entidad administradora de salud municipal, determinado anualmente por Decreto Supremo. El monto del aporte estará en relación con la población potencialmente beneficiada y sus características epidemiológicas o socioeconómicas (per cápita) y por la cantidad de prestaciones de salud que se efectúen mensualmente, siempre que sean aquellas que se enumeran en el proyecto.

Normas para la administración

El Párrafo 2º del Título IV contiene las normas sobre administración de la atención primaria de salud.

Corresponderá a las municipalidades desarrollar la función de atención primaria de salud. Las municipalidades que administren establecimientos de salud de atención primaria, podrán celebrar convenios entre sí, que tengan como finalidad una administración conjunta de los establecimientos, en conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades.

El proyecto dispone que los establecimientos municipales de atención primaria de salud deberán someterse a la supervisión e inspección técnica del Servicio de Salud y del Ministerio de Salud.

Además se obliga a cada entidad administradora de salud municipal a formular anualmente un proyecto de programa de salud que debe enmarcarse dentro de las normas técnicas,

directrices y recomendaciones del Ministerio de Salud y del respectivo Servicio de Salud. Se establecerá un reglamento que contendrá los diversos aspectos que debe contener dicho programa.

El programa anual será propuesto por el alcalde, quien lo someterá a consideración del Consejo Comunal. El alcalde remitirá el programa anual, aprobado por el Consejo, al Servicio de Salud respectivo. Si el Servicio de Salud determina que el programa municipal no se ajusta a las normas técnicas y directrices del ministerio de Salud, deberá hacer observaciones al alcalde para que las remita al Concejo Municipal para su aprobación o rechazo. Si las observaciones del Servicio fueren rechazadas total o parcialmente, se remitirán los antecedentes al intendente y al secretario regional ministerial de salud respectivo, quien determinará si el programa aprobado por el Consejo se ajusta al marco fijado por los planes nacionales y regionales que regulan la respectiva actividad. El programa entrará en vigencia una vez que se hayan incorporado las observaciones efectuadas por el intendente.

Se constituirán Comisiones Técnicas de Salud Intercomunal en cada jurisdicción de Servicios de Salud, de carácter asesor, para apoyarse técnicamente en la formulación de los programas de salud, en los procesos de evaluación, en la preparación de convenios intercomunales, en alternativas de capacitación y perfeccionamiento del personal y en el diseño de proyectos de inversión.

Estas comisiones estarán integradas por el director del Servicio de Salud respectivo, quien las presidirá, por los directores de las entidades administradoras de salud municipal y los jefes de las direcciones de atención primaria, del programa de personas y del programa del ambiente del respectivo Servicio.

En la ley se establece la posibilidad que concurran a entregar atención primaria de salud prestadores alternativos, en un esquema de operación con subsidio per cápita.

5. Discusión en torno al Proyecto de Ley

El Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal ha recibido múltiples críticas, pero también apoyo, tanto dentro del Parlamento como fuera de él.

El proyecto en su conjunto ha sido rechazado por el Consejo General del Colegio Médico que pidió el retiro y reestudio del proyecto «con mayor profundidad y amplitud», alegando que no se basaba en un análisis acabado de la realidad de la atención primaria en Chile, la que, de paso, disociaba, impidiendo una comprensión integral de salud. El proyecto no superaría la situación grave de «atomización» y «descoordinación» del sector salud (89).

El principal partido opositor del gobierno, Renovación Nacional, ha señalado que el proyecto contiene serios defectos que impiden el logro del perfeccionamiento de la atención primaria y el mejoramiento de la situación actual del servicio. Cita una serie de disposiciones que constituirían «un nuevo reflejo del espíritu centralista y retrógrado que inspira esta iniciativa de ley» (90).

El sistema de salud primaria, señala RN, se ha diseñado «sobre la base de una carrera funcionaria uniforme para todo trabajador que labora en estos establecimientos, lo que carece de la flexibilidad que requiere un esquema de administración eficiente de los establecimientos de salud, que responda a las necesidades, realidad y particularidades de cada comuna» (91). El proyecto propone idénticas normas para las comunas de Providencia y Puerto Cisnes, desconociendo las realidades particulares de cada comuna e impidiendo a la entidad encargada de la administración pactar libremente con su personal las condiciones de trabajo.

Para RN, el régimen laboral propuesto «atenta en contra la descentralización de la salud, por cuanto centra las decisiones sobre remuneraciones en el nivel central (Ministerios de Hacienda y Salud), situación en la que el nivel local pierde toda la ingerencia en el manejo de tan importante recurso para la atención de salud, que es el recurso humano» (92). Tal «sistema rígido» basado «en asignaciones predeterminadas y sin los incentivos adecuados no aporta al mejoramiento de la calidad del servicio ni tampoco al desarrollo profesional de los trabajadores del sector al restringirlo a un esquema rígido y uniforme» (93).

En cuanto a las disposiciones sobre el financiamiento que reciben las municipalidades por la atención primaria, RN ha destacado «la poca claridad» del proyecto en esta materia: «el proyecto no avanza en absoluto en la clarificación de tan importante aspecto como es el financiamiento de la salud primaria» (94).

En relación a las normas que el proyecto propone para reglamentar la administración, éstas, según RN, se caracterizan «por una alta ingerencia del Servicio de Salud en la gestión de los establecimientos y la ausencia de sistemas de incentivos para que las entidades administradoras presten una mejor calidad de atención» (95). Además, el proyecto más bien opta por la vía de la intervención y las sanciones más que por los incentivos y la evaluación de los resultados (96).

Pero también dentro de la Concertación han surgido críticas respecto del proyecto de ley. Según un informe elaborado por Roberto Fuentes, el Estatuto -a pesar de permitir la recuperación del sistema local de salud- «no apunta a solucionar problemas de estructura y funcionamiento» (97).

Un sector de médicos, encabezados por el parlamentario democratacristiano Nicolás Díaz, presidente de la Comisión de Salud del Senado, propone la «desmunicipalización de la salud

primaria» (98). Dfáz ha insistido en que habrá que volver al sistema antiguo, con una dirección centralizada. Estima firmemente que el papel de la municipalidad en la materia debe ser subsidiario, y que es imprescindible una política centralizada, para lograr el aprovechamiento óptimo de recursos (99). El senador Dfáz se muestra de acuerdo en que a las municipalidades les corresponde un rol en materia de salud primaria, pero no la jefatura. Entre los signos que revelan que ello no es posible estaría el quiebre que actualmente se observa entre la atención primaria y los demás servicios.

Y, por último, también entre los representantes del Servicio de Salud y de los Seremis se puede observar una percepción crítica respecto del Estatuto. Según una encuesta efectuada por el Ilpes (Proyecto Ilpes/Minsal/OPS). Un 78,6% de los encuestados no están de acuerdo con la forma de relación del Minsal con la APS municipal, tal como se prevé en el Estatuto (100). Se señala que estos procedimientos producen descoordinación entre los niveles, se oponen a la Ley de Gobiernos Regionales y se pierde la visión regional, ya que es imposible para el nivel central conocer las realidades regionales; por otro lado, atenta contra la capacidad de control de los Servicios de Salud. Algunos se refieren específicamente a que los municipios no estarían capacitados (por falta de personal y de capacitación adecuada) para administrar y gestionar estos fondos» (101). Los principales conflictos que se podrían generar debido al Estatuto de Atención Primaria serían (102):

- a) Conflictos entre los diferentes actores (municipio, Servicio de Salud, Seremi, gobiernos regionales);
- b) Distribución arbitraria de los recursos por falta de los elementos necesarios para priorizar adecuadamente los recursos regionales (aspectos técnicos);
- c) Descoordinación intersectorial en la región;
- d) Problemas de supervisión y control hacia los municipios;
- e) Tendencia al centralismo; y,
- f) Diferencia en la administración del recurso humano a nivel municipal y en el Servicio de Salud, lo que provocaría conflictos laborales.

En favor del Proyecto Estatuto de Atención Primaria han surgido también voces.

El Presidente de la Comisión Salud de la Cámara de Diputados, Isidoro Tohá (PS), se ha pronunciado en favor del proyecto. Enfatizó que el proyecto del Ejecutivo no pone en juego la

municipalización, sino que busca normar y perfeccionar el sistema de salud municipalizado. Tohá destaca la parte sobre el financiamiento. Recuerda que desaparece la facturación por atención y se agrega el concepto de financiamiento per cápita lo que permite adecuarse a las realidades de cada zona. Según Tohá, esto es un avance sustantivo (103).

Según el diputado Francisco Baye (RN), la ley perfecciona y consagra el sistema de salud descentralizado y entrega una estructura jurídica definida a los diecisiete mil funcionarios que laboran en todas las comunas del país, además de un mejoramiento económico. Destaca la importancia del proyecto despachado en el primer trámite constitucional por la Cámara y que ahora pasa al Senado, por cuanto no sólo perfecciona el sistema de atención primaria de salud municipal, sino que lo consagra como un sistema descentralizado de prestación de salud a través de las municipalidades, «que ha demostrado ser eficiente y eficaz» (104).

Para el ex ministro de Salud, Jorge Jiménez de la Jara, el proyecto «consolidará una reforma histórica a la atención primaria nacional». La normativa del proyecto «rearticula la APS con los otros niveles de atención, gestándose un reforzamiento de la tuición técnica hacia ese nivel a través de la asesoría que presentan los Servicios de Salud», que adquieren un papel central en el diseño de programas de salud, a través de comisiones intercomunales de salud (105). Señala que «el espíritu de esa normativa es que los Servicios de Salud (tuición técnica) están presentes en la génesis, aprobación y ejecución de los programas» (106).

Otro elemento trascendente, destaca el ex ministro, es que «la ejecución puede seguir siendo desarrollada por otros organismos, no sólo las municipalidades, que pueden ser empresas privadas con o sin fines de lucro, por ejemplo, organizaciones no gubernamentales» (107).

Y por último, destaca que el proyecto facilita el sentido de pertenencia de los quince mil funcionarios existentes en el marco de un sistema jurídico del personal de la salud municipal que los considera empleados públicos sujetos al Estatuto de la Atención Municipal (108).

A manera de resumen: El proyecto es un intento de institucionalizar el subsistema municipal. Pero la ley muestra una serie de deficiencias. Entre ellas, las más relevantes dicen relación con:

- a) Las normas sobre el manejo del recurso humano (sistema rígido, falta de flexibilidad poca claridad en esta materia). Se generan respecto de los recursos humanos una serie de normas sobre remuneraciones, asignaciones y condiciones de trabajo que tienden a consolidar una estructura administrativo-funcionaria dependiente del nivel central y rígida, que contradice con el espíritu de descentralización que emana de la propuesta general (108);
- b) Las normas sobre el financiamiento. La fórmula de financiamiento no está suficiente-

mente elaborada, es decir el proyecto no avanza en la clarificación de este aspecto tan importante ; y,

- c) Hay serias dudas respecto de que el Estatuto estaría en condiciones de superar la difícil situación («atomización» y «descoordinación») en que se encuentra actualmente este sector de la salud. El Estatuto no apunta a solucionar enteramente problemas de estructura y funcionamiento.

6. Debilidades actuales del Nivel Local

Tabla nº 27

Principales problemas de los modelos de gestión de la atención primaria de salud

- I. Financiamiento
Falta presupuesto, Aporte municipal es bajo
 - II. Dependencia y coordinación
Falta coordinación entre APS municipalizada y servicio de salud
Dualidad técnico - administrativa
 - III. Capacitación en administración
Faltan técnicas adecuadas de administración
 - IV. Recurso humano
Falta de personal adecuado
Mala situación del personal
Trato inadecuado del personal
Rotación de personal
 - V. Otros
Escasa o nula conciencia de salud del alcalde y de los directivos de las corporaciones privadas de salud
Discontinuidad de las políticas de salud por cambios políticos
-

Fuente: Beatriz, Heyermann: El sistema de salud ante la descentralización política y administrativa. Area Percepción de Actores, Ilpes/OPS/Minsal, agosto 1993, p.26.

Deficiente calidad de atención

Con mucha frecuencia continúan surgiendo quejas de parte del público por la calidad de la atención de salud en los consultorios municipalizados. Según una encuesta efectuada por el Mideplan, el 38% de los usuarios de atención primaria están satisfechos con la atención

recibida en el consultorio. Un 27% responde indiferentemente y el 35% se muestra insatisfecho con la atención recibida. Los principales problemas identificados por los usuarios continúan siendo: el rechazo, las colas, la espera, la resolutiveidad y el trato del personal del consultorio (109).

Desarticulación del sistema

Los establecimientos de salud municipalizados se rigen por el DFL 2.200. Si bien esta legislación permite a las municipalidades máxima flexibilidad, el ejercicio de estos atributos ha resultado en atomización, desmembramiento e ineficiencia del sistema. Esta flexibilidad y autonomía no ha sido utilizada para provocar un desarrollo del sistema. Si se cumplieran las estipulaciones de los convenios de adscripción firmados entre los Servicios y las municipalidades respectivas se podría tener mejores interrelaciones y coordinaciones. El problema es que muchas veces dichos convenios no se conocen y no se hacen cumplir los programas ministeriales explícitamente incluidos en ellos.

El sistema no ha entrado en colapso «gracias a los estratégicos reforzamientos entregados por el Ministerio y los Servicios de Salud (programas especiales, reforzamiento de jornadas normales, apoyos en farmacia, servicios de atención primaria de urgencia, etc.), a las localidades más deficitarias» (110). Todo este amplio programa es financiado con fondos especiales.

Insuficiente coordinación

La doble dependencia del nivel primario produce dificultades en la coordinación y en la supervisión por parte del Servicio de Salud.

La inexistencia de una articulación adecuada entre el nivel primario y los niveles de mayor complejidad dificulta la referencia y contrarreferencia de pacientes entre ambos niveles.

Deficiente gestión y mal manejo administrativo

La gestión del sistema municipal sigue siendo rudimentaria o simplemente no existe. La gestión deficiente ha resultado tan perturbadora que logró difuminar las virtudes inherentes a la descentralización y administración local de los sistemas.

Además el nivel primario de atención permanece en una ambivalencia: la municipalidad no aparece como responsable de la gestión técnica de salud, mientras al Servicio de Salud no le es posible dirigir la operación administrativa del sistema.

Deficiencias en la gestión de recursos humanos

Los problemas en el área de recurso humano son principalmente la alta rotación del personal, el bajo nivel de remuneraciones e incentivos, y el número escaso, principalmente en lo que se refiere a profesionales.

Se observa un alto grado de desmotivación de los funcionarios que se traduce en percepción de falta de perspectivas futuras; ausencia de sentido de pertenencia a la institución; no reconocimiento de su labor; falta de compromiso con su institución; convicción desmedrada; permanente comparación con funcionarios del Servicio de Salud que consideran de nivel superior. Es así como la mayoría de sus funcionarios ven la centralización como la tabla salvadora del sistema de la atención primaria municipal.

Este clima negativo contrasta con el observado en los consultorios de atención primaria dependientes de los Servicios de Salud. En éstos la motivación funcionaria se manifiesta relativamente bien.

La obtención de profesionales por parte del sistema es un problema no resuelto. La rotación es muy alta, principalmente de los médicos.

Falta de financiamiento

Uno de los principales problemas de gestión a nivel de la atención municipalizada se refiere «a la falta de financiamiento en un número importante de comunas, en que el aporte municipal es bajo o nulo» (111).

Insuficiente participación social

La interacción con la comunidad no ha sido la esperada. La participación de la comunidad en torno a la salud es mínima. Dirigentes de la comunidad y participantes de los grupos señalan que no tienen la oportunidad de opinar sobre la gestión de salud a nivel local (112).

Según la encuesta Ilpes, un 64,3% del los encuestados opina que el Servicio de Salud no considera la opinión de la comunidad respecto de sus problemas y prioridades, principalmente debido a la ausencia de canales de participación, desmotivación y falta de tiempo (113).

4. EVALUACION DE LA POLITICA DE SALUD DEL GOBIERNO AYLWIN

Al pretender evaluar la obra del gobierno Aylwin en materia de salud, es necesario tomar en consideración lo siguiente: el gobierno se enfrentó a múltiples problemas en el sector público de salud en marzo de 1990.

Era evidente la descapitalización del sector no sólo en sus recursos físicos sino, peor aún, en sus recursos humanos y en su capacidad gerencial; este último aspecto se había transformado en el problema principal del subsector público potenciando la incapacidad de éste para reorientarse hacia la satisfacción de los clientes. Se calculó que el mejoramiento del sistema público de salud en equipamiento, gestión y recursos humanos, obligaba a una inversión de entre 1.500 y 1.800 millones de dólares (114).

En este contexto, el actual gobierno tuvo que implementar un conjunto de acciones destinadas a revertir este proceso de deterioro y enfrentar los problemas más urgentes presentados por el sistema. La necesidad de «enfrentar los problemas urgentes era una condición previa para cualquier intento de reforma organizacional» (115). El gobierno se vio obligado a destinar gran parte de sus esfuerzos en tomar medidas de corto plazo para revertir esta grave situación de emergencia.

A. LOGROS DEL GOBIERNO DE AYLWIN

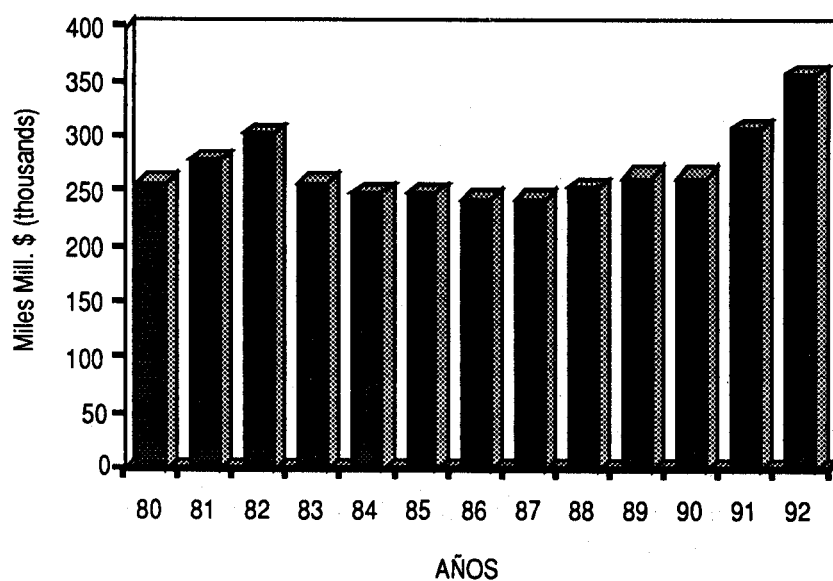
Resumiremos brevemente los principales logros y esfuerzos dedicados al Sistema de Servicios de Salud:

1. Incremento serio en el presupuesto del Ministerio de Salud con aumento proporcional del aporte fiscal

Respecto del financiamiento, a partir de 1991 los recursos entregados al sector han sido mayores que en los períodos precedentes, siendo de todas formas insuficientes. El gasto del sector público de salud era, en el año 1989, 270 M.M. En 1992 ascendió a 350 y en 1993 ascendió a 426 mil millones m/c. Es decir, el presupuesto del sector fue en el año 1992 un 30% superior al de 1989 y en 1993 un 60% superior al de 1989 (116). La tabla 28 presenta la evolución del gasto público en salud (en miles de millones de pesos).

El gasto en salud en porcentaje del gasto público subió de 32,8% (1989) a 44,9% (1993). En pesos de 1990, en comparación a los 18.500 pesos de gasto público por beneficiario durante la década 1980-1990, el gasto público en salud por beneficiario aumentó a \$21.600 en 1991 y a \$21.700 en 1992.

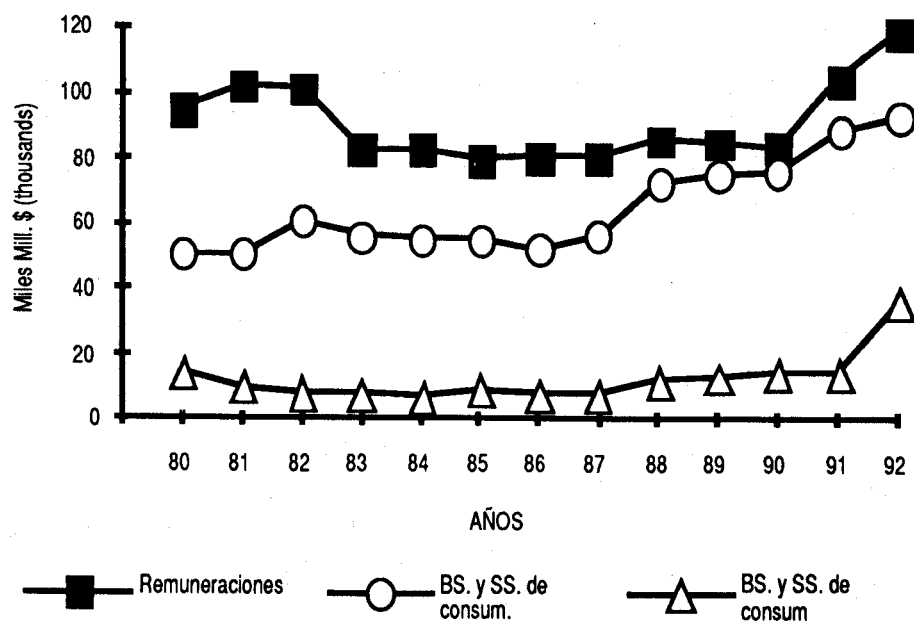
Tabla n° 28
Gasto público en salud (Miles de Mill. \$ 92)



Fuente: Jiménez, Jorge: Análisis de la Evolución..., op. cit., anexo

En la tabla 29 se desglosa el gasto público en salud por sus componentes principales.

Tabla 29:
Evolución gasto público salud (Miles de Mill. \$92)



Fuente: Jiménez, Jorge, op.cit., anexo

2. Fuerte aumento de la inversión

Fuerte aumento de la inversión con recursos externos aportados por créditos bilaterales y de bancos multilaterales. Los recursos nacionales y créditos externos - especialmente del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo - en su conjunto - llegan a los 540 millones de dólares para el período 1990-1997. Esto contrasta con la inversión observada en el período previo, con un monto promedio de inversiones de los Servicios de Salud entre 1986-1990, que apenas superaba los US\$ 10 millones anuales (117).

3. Mejoramiento de los indicadores clásicos de salud

Los parámetros de salud o indicadores globales clásicos que existen muestran signos positivos. La mortalidad general - de 6 por 1000 habitantes - en 1990, la expectativa de vida al nacer - de 72 años - para el quinquenio 1990-1995, y la tasa de mortalidad infantil - de 14,6 muertes por 1000 nacidos vivos y neonatal de 7,9 (1991), advierten que el país se encuentra entre aquellos con mejores indicadores dentro de Latinoamérica (118).

4. Atención primaria, secundaria y terciaria

En el área de la atención primaria cabe destacar lo siguiente: gratuidad de la atención primaria para todos los beneficiarios del Fonasa (70% de la población); reposición de establecimientos de atención primaria a través de fondos regionales (FNDR); Programa de reforzamiento de la atención primaria; creación de la red de Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y extensión horaria de los consultorios; implementación de salas de hospitalización abreviada para el manejo y control de la enfermedad bronquial obstructiva; y el Programa de Salud Rural orientado a las comunas más pobres del país (119). Las atenciones por médico aumentan entre 1990 y 1992. Los controles y las consultas por personal paramédico aumentaron en el mismo período. El P.N.A.C. incrementó su importancia, tanto por el aumento en la distribución de leche, como en las modificaciones incorporadas a la reasignación de sus destinatarios.

Respecto de los niveles de atención secundario y terciario, cabe destacar: recuperación de los sistemas básicos de los establecimientos; dotación de equipos de diagnóstico y tratamiento adecuados al momento actual, saliendo de la obsolescencia y mejorando al mismo tiempo las condiciones de seguridad para la población beneficiaria y el personal; y reposición y ampliación del parque vehicular, especialmente de ambulancias y vehículos de transporte (120). El sistema muestra una tendencia a reducir sus días de hospitalización, apoyado en la nueva maquinaria y equipo. Este -gracias a su renovación que incorpora tecnología actual- permite realizar oportunamente exámenes y procedimientos a pacientes internados y ambulatorios.

En la tabla 30 se presentan algunos indicadores de producción del S.N.S.S. Ellos registran en su mayoría aumentos en los últimos años.

Tabla 30:
Indicadores de producción S.N.S.S.

	1989	1990	1992	1993
Beneficiarios (miles)	9.844,5	9.729,0	9.525,9	9.180,3
Consultas y controles por médico (no incluye urgencia)	13.685,7	14.299,2	14.509,0	14.531,7
Índice consultas méd/benef.	2,02	2,14	2,25	2,37
Consultas y controles por personal paramédico	14.342,3	14.811,1	15.475,3	-
PNAC Total productos (toneladas distribuidas)	28.320,6	28.515,2	22.335,6	23.609,0
EGRESOS HOSPITALARIOS				
Miles de egresos	1.058,7	1.060,4	1.043,7	-
Promedio días de estadía	8,1	7,7	7,3	-
Egresos por cama	32,26	32,61	32,32	-

Fuente: Minsal/Depto. Coordinación e Informática: Estadísticas e indicadores de atenciones. Chile 1978-1991, Santiago, abril 1993

5. Recursos Humanos

Respecto del recurso humano: mejoramiento de las remuneraciones de los trabajadores del sector público, en cifras que van desde el 22 hasta el 35% de incremento en términos reales; aumento de la dotación de personal en 3.369 nuevos cargos durante los dos primeros años de gobierno y contemplando 1.700 más hasta el término del período; y mejoramiento de las condiciones de trabajo y mayores opciones de capacitación a través de un sistema concursable de proyectos (121).

6. Exploración de nuevas formas de financiamiento del Sistema en sus niveles operativos.

El gobierno ha efectuado estudios serios destinados a cambiar el sistema de financiamiento FAP (Facturación por Atención Prestada) por el pago por «Patología Resuelta» y el Fapem por el «pago per cápita por población adscrita» (122). Comenzó en 1992 con una experimentación piloto sobre el cambio FAP, al Pago por Patología Resuelta, en cinco Servicios. Si la evaluación es positiva, el modelo se extenderá a todo el país. El Cambio del Fapem en per cápita está siendo actualmente analizado en el Congreso Nacional.

Todo esto refleja el enorme esfuerzo desplegado por el gobierno en los últimos años.

B. TAREAS PENDIENTES

A pesar de estos logros, queda mucho que hacer. El sector público padece de una serie de deficiencias que aún no se han podido superar. Entre otras:

- a) Insuficiencia de la descentralización del sistema público de salud;
- b) Ineficiencia del aparato burocrático-administrativo;
- c) Insuficiente capacidad gerencial de la administración pública de salud;
- d) Insuficiente sistema de financiamiento;
- e) No se considera suficientemente la gestión del recurso humano como un «factor dinamizador» que debe profesionalizarse (ausencia de formas técnicas en la selección de personal, calificación de él, satisfacción de aspiraciones); y,
- f) El nivel primario permanece como un subsector con problemas a resolver. Subsisten fallas de coordinación atribuibles en muchos casos a su doble dependencia (técnica y administrativa) de instituciones distintas. Es insuficiente el desarrollo de su capacidad de gestión. El aumento de su cobertura y capacidad resolutive no es proporcional a los refuerzos entregados por diversos programas.

El sistema público de salud sigue padeciendo insuficiencias que es necesario superar, tanto en su financiamiento como en su organización, estructura, administración y gestión. Sobre todo, es necesario modernizar la administración, con el fin de obtener niveles más altos de eficiencia. Es necesario diseñar nuevas formas gerenciales que respondan a las necesidades propias del sistema. En fin: Se requiere de modificaciones trascendentales tanto en la organización y funcionamiento del sistema de salud como en su interacción con la comunidad.

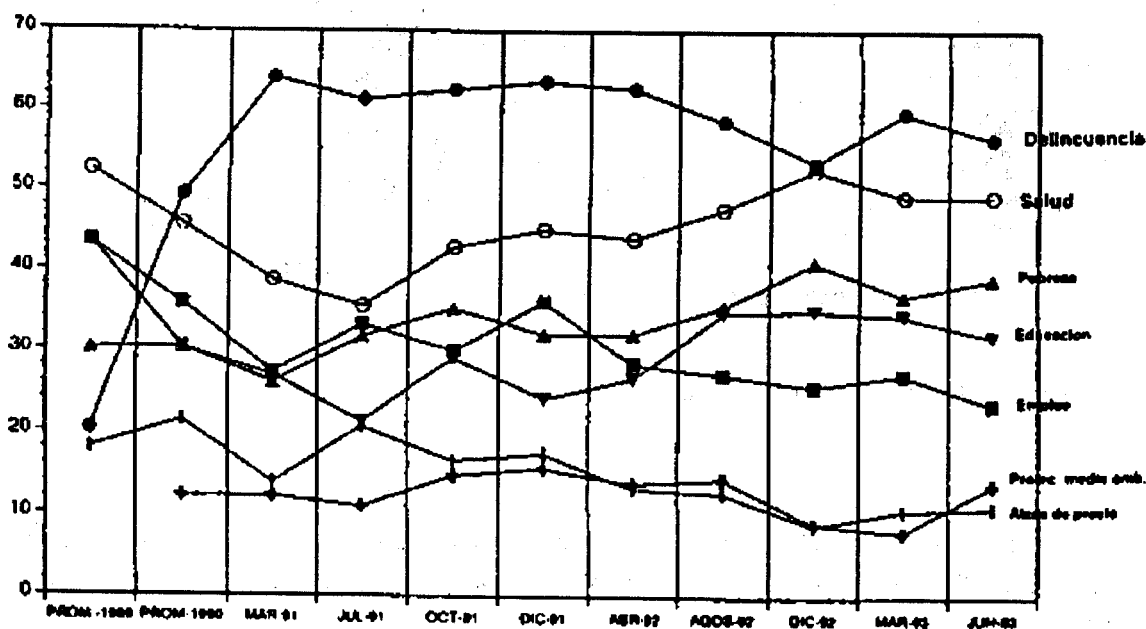
Un gran mérito del gobierno actual ha sido haber desarrollado un nuevo planteamiento sobre la gestión del Estado en el sector salud, así como un gran esfuerzo económico y creativo que permitiera empezar a diseñar en el mediano y largo plazo proyectos de desarrollo para poder entregar una salud digna, eficaz y oportuna a la población. Pero el gobierno no ha avanzado hasta ahora significativamente en la implementación de las estrategias previstas para alcanzar estos objetivos. El actual gobierno, sostiene César Oyarzo, ha avanzado principalmente en el diseño técnico de un plan que ha de valorarse, pero «no ha dado los pasos claves en su implementación» (123).

En Chile existe una percepción generalizada de que el sector salud está en crisis.

La población siente un grado de insatisfacción real. Esto es reconocido por el gobierno. «La situación en la que se encuentra el sistema público de salud es percibida por la opinión pública como uno de los problemas sociales más críticos» (124).

Esta percepción se refleja claramente en las encuestas (125). La salud es considerada como uno de los problemas prioritarios que enfrenta el país. El gráfico n° 17 muestra los principales cambios en las preocupaciones de la población. Después de tres años de gobierno de Aylwin, la salud ha vuelto a ocupar el primer lugar (junto con la delincuencia) en la jerarquía de las principales preocupaciones de la población (1989: 52%; diciembre 1992: 52% y junio 1993: 50%). La preocupación por la salud sigue latente.

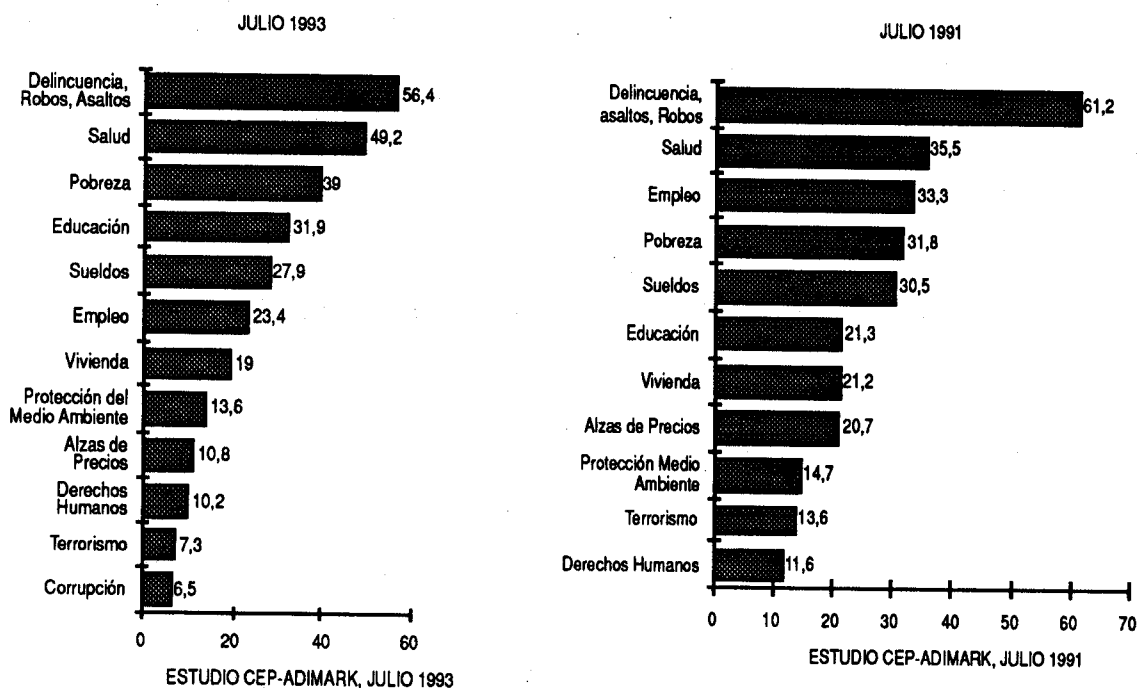
Gráfico n° 17:
Principales cambios en las preocupaciones de la población



Fuente: Encuesta CEP-Adimark, julio 1993

Una evolución semejante se observa en cuanto a los problemas a los que el gobierno debiera dedicar mayor esfuerzo en solucionar (Gráfico nº 18). En julio de 1992 solamente 35,5% de los encuestados mencionó el tema salud; en diciembre 1992, 52,6%.

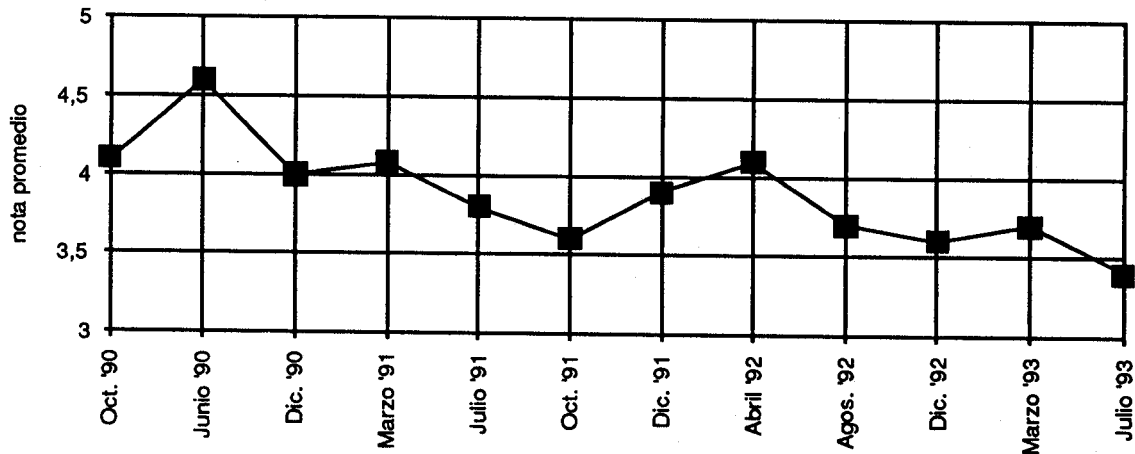
Gráfico nº 18
Problemas que el gobierno debiera dedicar mayor esfuerzo en solucionar



Fuente: CEP-Adimark, julio 1991 y julio 1993

En cuanto a la evaluación de la labor del gobierno actual en salud se constata un descenso. En octubre de 1990 los encuestados pusieron nota 4,1 al gobierno por su gestión en salud. En julio de 1993 esta nota bajó a 3,4. (Gráfico 19).

Gráfico 19:
¿Cómo calificaría Ud. la labor del gobierno en salud?



Fuente: CEP-Adimark, julio 1993.

En septiembre de 1988, casi un 55% de los entrevistados declaró que pensaba que un gobierno de oposición manejaría mejor el mejoramiento de hospitales, consultorios y postas que el gobierno del momento. Pensando en estas respuestas, la encuesta CEP-Adimark intentó ver en qué medida se habían cumplido estas expectativas, preguntando si los servicios disponibles habían mejorado o no en los últimos cinco años. Un 65,4% de los encuestados piensa que éstos se han mantenido o empeorado y sólo un 33% piensa que han mejorado.

Esto parece indicar una situación paradójica: El presupuesto de salud creció extraordinariamente, el gobierno hizo un esfuerzo extraordinario, pero la población no lo considera suficiente, señalando que la atención es mala. Es decir, los mayores recursos no se tradujeron en una mejoría de la calidad en salud.

Según César Oyarzo encontramos, «un sector público que a pesar de su efectividad presenta condiciones de atención extremadamente precarias. El fuerte deterioro de la infraestructura, la falta de recursos para gastos operacionales, la presencia de colas de espera, todo unido a un sistema con problemas de gestión y que no se orienta a brindarles un trato adecuado a los pacientes, conforman un cuadro que motiva el descontento de la población» (126).

Pero no solamente la población, sino además representantes del sistema de salud y de otros ámbitos, han manifestado su preocupación por el estado de la atención de salud a través de distintos análisis o estudios referentes a diversos síntomas que afectan al sistema de salud. «El Sistema de Salud en Chile -afirmó, por ejemplo, el Colegio Médico en un reciente llamado- «está en crisis»

(127). El Colegio Médico señaló la existencia de una crisis del sector, pero sin dar propuestas concretas para su solución y sin reconocer los enormes esfuerzos y planes emprendidos por el gobierno para solucionar la difícil situación en este sector.

«Debemos aceptar», se afirma en un informe elaborado por representantes de varios Servicios Regionales de Salud, «que nuestro Sistema de Servicios Públicos de Salud pasa por una situación de crisis» (128). «Es necesario reconocer la situación de crisis en que se desenvuelve el Sistema Nacional de Servicios de Salud. El Sistema sufre un prolongado proceso de desgaste que lo ha conducido a un deterioro claro y evidente, perceptible por directivos, funcionarios y opinión pública» (129).

Todos estos antecedentes parecen indicar que los sistemas de Servicios de Salud y, en particular, el Ministerio de Salud, se enfrentan a un «situación difícil». Esta situación problemática puede caracterizarse, resumida y cautelosamente, por los siguientes rasgos:

A) Por el lado de la demanda de servicios de salud

- * Una explosión y diversificación de las expectativas de la sociedad en general;
- * Un porcentaje relativamente alto de la población postergada con precarias condiciones de vida;
- * Una presión creciente por el control social de los sistemas de Servicios de Salud; y,
- * Una población en crecimiento y en proceso de urbanización y envejecimiento.

B) Por el lado de la oferta del sistema de unidades productoras de servicios de salud

- * Urgencia en maximizar la equidad, el impacto (eficacia), la eficiencia y la participación de los sistemas de Servicios de Salud, declarada explícitamente en los proyectos políticos de gobierno y específicamente en sus políticas, estrategias y planes de salud;
- * Intensificación, diversificación y complejidad de la oferta, particularmente por la incorporación de los espacios-población postergados, por la urbanización y por el «envejecimiento» de la población, con el consiguiente cambio de estructura de la patología hacia aquellos problemas de resolución más complejos y de costos mayores;
- * Disponibilidad creciente de tecnologías más complejas y de alto costo de adquisición, operación y mantenimiento;

- * Elevación de los costos por la irrupción de tecnologías de complejidad creciente por aumento de los precios de los insumos y, más que proporcionalmente, de los costos fijos, en particular los salarios; y,
- * Aumento relativo de la incapacidad operativa y de la ineficiencia de los sistemas, debido a que la debilidad crónica del proceso de conducción y gerencia se agudiza por la exigencia que impone a la administración del sistema el incremento de la accesibilidad a los servicios, satisfaciendo los requisitos de equidad, impacto, eficiencia, participación y articulación (intersectorial) o interinstitucional en un proceso de aumento y diversificación de las demandas, potenciado por un mosaico sectorial de instituciones públicas, semipúblicas y privadas insuficientemente coordinadas y con políticas de hecho no definidas con suficiente claridad, pero contradictorias y competitivas en la práctica.

C) Por el lado de la opinión pública y de las fuerzas sociales organizadas

- * Una presión sostenida por participar en el control social de la salud, con ópticas y proyectos en conflicto y con distinta disponibilidad y utilización del poder;
- * Un cuestionamiento creciente de la razón de ser del Ministerio de Salud y de su capacidad y eficiencia para enfrentar los problemas de salud de los distintos segmentos sociales.

Este panorama coloca al Ministerio de Salud en una situación de emergencia que lo está predisponiendo a buscar cambios creativos y acelerados.

Sin embargo, se requiere destacar que la percepción de crisis no parece ser un fenómeno aislado, ni temporalmente ni geográficamente, del actual sector salud en Chile. Muchos países se encuentran en reformas a sus sistemas de salud (Inglaterra, Holanda, España, Costa Rica, Canadá, Suecia, etc.) (130).

Recién ahora, al inicio de la campaña electoral, el gobierno ha lanzado el más ambicioso plan de salud en treinta años. Con un emotivo discurso, el ministro de Salud, Dr. Julio Montt, ha anunciado una inversión superior a los US-\$ 500 millones para la modernización y descentralización de la atención pública en todo el país, además de la construcción y recuperación de hospitales. Este ambicioso plan prevé introducir cambios radicales en el sistema (131).

No cabe duda de la seriedad del plan que busca reorganizar el modelo de salud mejorando en calidad y eficiencia administrativa. Este promete un «nuevo rostro» al sistema de salud pública. Hay cierta coincidencia en destacar este programa como un importante paso para la solución del problema de la salud en Chile (132).

5. NOTAS

- (1) Si hubo gobierno de transición fue el del general Pinochet, en: La Nación, 20 de julio de 1993, p.5
- (2) Friedmann, Reinhard: Chile unter Pinochet, Freiburg, 1990, p. 275ff; Hoffmeister, Wilhelm: Chiles Weg zur Demokratie, en: Aus Politik und Zeitgeschichte, B43/90, págs. 44-54 y Cañas, Enrique: Autoritarismo, Transición vía transacción y apertura democrática, Chile 1983-1991, Tesis Doctoral, Friburgo, 1993, capítulo IV.
- (3) Hoffmeister, Wilhelm, op.cit., p.44ff.; Concertación: Programa de gobierno, en: Konrad-Adenauer-Stiftung, KAS- Auslandsinformationen, Bonn/St. Augustin, August 1990, p. 34ff.
- (4) Nogueira, Humberto: El gobierno regional en Chile y la experiencia comparativa, Cuadernos Universitarios Universidad Nacional Andrés Bello, Serie Debates No.2, Santiago, 1993
- (5) KAS- Auslandsinformationen, op.cit., p. 45
- (6) Chile, quinto en ranking de competitividad mundial, en: El Mercurio, 22 de junio 1993, p.1.
- (7) KAS-Auslandsinformationen, op.cit., p. 48ff.
- (8) KAS-Auslandsinformationen, op.cit., p. 48ff.
- (9) Raczynski, 1992.
- (10) La Segunda, 22 de julio de 1993, p.17
- (11) Minsal: Sistema de salud chileno. Una agenda para el cambio, Santiago, 1991; Jorge Jiménez, 1991, p.193 y Concentración de los Partidos por la Democracia: Informe Comisión Salud, mimeo, Santiago, octubre de 1989, p.1-9
- (12) Minsal, op.cit., p.1; Jiménez, op.cit., p.193
- (13) Concertación de los Partidos por la Democracia, op.cit., p. 6 y Presentación de Don Patricio Aylwin A., Seminario Coyuntura de Salud Asociación de ISAPRES, mimeo, Santiago, 27.9.1989, p. 1ff.
- (14) Concertación..., op.cit., p.6
- (15) Minsal, op.cit., p.3ff
- (16) Jiménez, op.cit., p.6

- (17) Minsal, op.cit., p.14
- (18) Minsal: Sistema de salud chileno. Agenda para el cambio, Santiago, agosto 1991
- (19) Al Dr. Jiménez ha de atribuirse como mérito de haber realizado los contactos necesarios con el BID y Banco Mundial, desde antes de este gobierno, para llevar adelante el plan de cambio en salud
- (20) Jiménez, Jorge: Análisis de la evolución Salud Pública. Chile 1990- 1993, CED, Santiago, marzo 1993, p.35ff.; Minsal: Situación y atención de la salud en Chile, Santiago, 1993, p.22ff.
- (21) Exposición del ministro de Salud, Dr. Julio Montt: Propuestas de salud para un nuevo gobierno de la Concertación, Santiago, julio 1993, p.6
- (22) Minsal/Gabinete de Ministro: Readecuación del sistema de salud chileno, Santiago, sin fecha, p.1
- (23) Jiménez, Jorge: Análisis de la evolución Salud Pública, Chile 1990- 1993, op.cit., p.10.
- (24) Minsal: Informe sobre adecuaciones funcionales en el Ministerio de Salud, mimeo, 5 de octubre de 1990, p.1
- (25) Minsal/DAP: Memoria 1990/1991, Santiago, agosto 1992, p.25ff.
- (26) Jiménez, Jorge: Análisis de la evolución Salud Pública, op.cit. p.14
- (27) Partido Demócrata Cristiano/Comisión Técnica/Subcomisión de Organización y Estructura, Santiago, enero de 1992, p.7
- (28) Jiménez, Jorge, Análisis de evolución..., op.cit., p. 16
- (29) ibidem
- (30) PDC, op.cit., p.12
- (31) PDC, op.cit., p.7
- (32) Ley Núm. 19.175, Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional, en: Diario Oficial, 11 de noviembre de 1992, Núm. 34.413, p.1ff
- (33) ibidem, p.2f.
- (34) ibidem, p. 1ff.

(35) «Marco de Política de Salud», citado en: Minsal/División de Planificación y Presupuesto: Descentralización: Antecedentes legales, conceptuales y su aplicación en el período 1979-1990, Documento preparado para la 2da. sesión del Grupo de trabajo de planificación, Santiago, enero 1991, p. 15.

(36) Ley 19.194.

(37) ibidem.

(38) ibidem.

(39) D.L. 575 y Ley No.18.575.

(40) Minsal, Oficina de Cooperación Internacional: Términos de referencia para la formulación de un proyecto para el desarrollo y fortalecimiento institucional de las Seremis, Santiago, 1991.

(41) Ministerio de Salud. Seremi. Antecedentes y proposiciones para definir y rescatar las funciones de las Seremis.

(42) CPU: Proyecto. Proceso de desarrollo institucional aplicado a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Primer Estado de Avance, Santiago, marzo 1992, p.2.

(43) Proyecto Minsal/AID/CPU: Proceso de desarrollo institucional aplicado a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Informe Final, marzo de 1993, p.79ff. .

(44) Proyecto Minsal/AID/CPU, op.cit., p. 14ff.; Seremis: Antecedentes para un diagnóstico de la gestión de las Seremis de Salud, Santiago, sin fecha; Minsal/División de Planificación y Presupuesto: Descentralización en salud, II. Sondeo de opinión entre entidades descentralizadas, Santiago, sin fecha; Minsal/División de Planificación y Presupuesto: Descentralización: Antecedentes legales..., op.cit., p. 13 y 14 y anexo 3; Minsal/Depto. de Planificación: Consolidado de observaciones y propuestas de Seremi en relación a circular No.3B/35 de 25 de abril 1992 de la Subsecretaría de Salud, Santiago, sin fecha.

(45) Proyecto Minsal/AID/CPU, marzo 1993, op.cit., p.21.

(46) ibidem, p.21.

(47) Seremis: Antecedentes para un diagnóstico de la gestión de las Seremis de Salud, Santiago, sin fecha; Heyermann, ... Encuesta CED.

(48) Proyecto Minsal/AID/CPU, op.cit., p.21.

(49) Minsal/AID/CPU, marzo 1993, op.cit., p.93ff.; Minsal/Depto. de Planificación: Consolidado de observaciones..., op.cit.

- (50) *ibidem*.
- (51) Jiménez, Jorge: *Análisis de la evolución...*, op.cit, p. 10.
- (52) Minsal: *Sistema de salud chileno. Una Agenda para el Cambio*, op.cit.
- (53) Ministerio de Salud: *Sistema de salud chileno. Una agenda para el Cambio*, p.17.
- (54) Jiménez, Jorge: *Análisis de la evolución...*, op.cit., 19.
- (55) *ibidem*, p.19.
- (56) *ibidem*, p.19.
- (57) Minsal: *Proyecto Nuevo Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud*, Santiago, marzo 1991.
- (58) Roberto Fuentes, Redactor: *Sistema Nacional de Servicios Públicos de Salud. Aportes para un perfeccionamiento de su estructura y funcionamiento*, Santiago, mayo de 1993, p.13.
- (59) Beatriz Heyermann, op.cit.
- (60) PDC/Subcomisión de Organización y Estructura de la Comisión Técnica de Salud, *Informe del enero de 1993*, p. 8-9.
- (61) Roberto Fuentes/Redactor: *Sistema Nacional de Servicios Públicos de Salud...*, op.cit., p. 8.
- (62) PDC/Comisión de Organización y Estructura..., op.cit., p. 9-10.
- (63) Roberto Fuentes, Red.: *Sistema Nacional de Servicios de Salud*, op.cit., p.18.
- (64) PDC/Subcomisión de Organización y Estructura, op.cit., p.9.
- (65) PDC/Subcomisión de Organización y Estructura, op.cit., p.10.
- (66) *ibidem*.
- (67) Fuentes, op.cit., p.10
- (68) PDC, op.cit., p.17.
- (69) PDC/ Subcomisión de Organización y Estructura, op.cit., p.10.

(70) Minsal/División de Planificación y Presupuesto: Descentralización y Antecedentes legales, op.cit., p. 10ff.

(71) Belmar, Roberto: Atención primaria de salud y estrategias de participación social, Santiago, sin fecha y Minsal/División de Programas de Salud: Departamento de Atención Primaria: Memoria 1990/1991, Santiago, agosto 1992, p.18f.

(72) Paganini, José María; Capore, Roberto (Eds.): Los sistemas locales de salud, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, No.519, Washington, 1990, p.5ff.

(73) Minsal/División de Programas de Salud, op.cit., p. 18-19.

(74) ibidem, p.20.

(75) Dr. Patricio Silva: «No somos contrarios a la descentralización», en: Rev. Administración en Salud, No.9, Santiago, 1990, p.7.

(76) ibidem, p.7.

(77) ibidem.

(78) ibidem, p.7.

(79) Entrevista con Roberto Tapia, Jefe Programa Salud Rural, Minsal/DAP, Santiago, 19 de agosto de 1993 y MINSAL/División de Programas de Salud: Departamento de Atención Primaria: Memoria 1990/1991, op.cit., p.31.

(80) ibidem.

(81) Jiménez de la Jara: Análisis de la evolución ..., op.cit., p.5.

(82) República de Chile, Ministerio de Salud: División de Planificación y Presupuesto: Descentralización: Antecedentes legales, conceptos y su aplicación en el período 1979-1990, Documento preparatorio para la 2da. sesión del Grupo de Trabajo de Planificación, Santiago, enero, 1991, p.17.

(83) op.cit., p.18.

(84) Minsal/DAP: Proyecto de Ley sobre Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal, Santiago, 3 de enero de 1992.

(85) Minsal/División de Programas de Salud/Departamento de Atención Primaria: Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal. Guía de Discusión y Análisis, Santiago, abril 1992, p.1.

- (86) ibidem, p.2-3.
- (87) Minsal/División de Programas de Salud/DAP, op.cit., p.4; Minsal/División de Programas de Salud/DAP: Atención Primaria a nivel de la Comuna, Documento de Trabajo, D-747, Santiago, agosto de 1991, p.2.
- (88) Proyecto de Ley que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Senado, Boletín No.598-11.
- (89) Colegio Médico: Llamado del Presidente del Colegio Médico de Chile convocado al país a dar «Un Proyecto de Salud para Chile», Santiago, 3 de julio 1993, p.1.
- (90) Instituto Libertad: Comentarios al Anteproyecto de Estatuto de Atención Primaria de Salud del Sector Municipal, Santiago, sin fecha, p.3.
- (91) Instituto Libertad: Comentarios al anteproyecto..., op.cit., p.1.
- (92) ibidem, p.1.
- (93) ibidem.
- (94) ibidem, p.3.
- (95) ibidem, p.3.
- (96) ibidem.
- (97) Fuentes, Roberto: Sistema Nacional de Servicios de Salud. Aportes para..., op.cit., p.21.
- (98) Ortiz, Nancy: Desafíos legislativos en materia de salud, en: Administración en Salud, No.17, año VI, 1992, p.15.
- (99) ibidem.
- (100) Encuesta Ilpes, marzo 1993.
- (101) Heyermann, Beatriz: El Sistema de Salud ante la descentralización política y administrativa. Área Percepción de Actores, Minsal/Ilpes/OPS, Santiago, agosto de 1993, p.13.
- (102) ibidem.
- (103) Cámara despachó proyecto ley: Fue Aprobado Estatuto para la salud municipal, en: El Mercurio, 7 de mayo de 1993.

- (104) ibidem.
- (105) Jiménez de la Jara, Jorge: Análisis de la evolución de ..., op.cit., p.22.
- (106) ibidem, p.23.
- (107) ibidem, p.23.
- (108) Esto se ha confirmado por opiniones expresadas en el Taller «ad hoc» Ilpes (6 de agosto 1993) en que participaron representantes del Minsal.
- (109) Mideplan/División Social/Depto. de Información y Evaluación Social: ¿Cómo evalúan los beneficiarios la Atención Primaria en Salud?, Santiago, enero 1993, p.4.
- (110) Fuentes, Roberto: Sistema Nacional de Servicios Públicos de Salud, op.cit., p.21).
- (111) Heyermann, Beatriz, op.cit., p.10.
- (112) Mideplan/División Social, op.cit., p.11.
- (113) Heyermann, Beatriz, op.cit., p.23.
- (114) Jiménez, Jorge, op.cit., p.3.
- (115) Oyarzo, César, op.cit., p.20.
- (116) Minsal/Dirección de Financiamiento Internacional/Depto. de Planificación: Principales Indicadores Biométricos y de Producción. Sector Salud 1989-92, 14/7/1993, p.1.
- (117) Ministro de Salud, Dr. Julio Montt: Propuesta de Salud para un nuevo gobierno de la Concertación, Santiago, julio 1993.
- (118) Minsal, julio 1993.
- (119) Jiménez, Jorge: Análisis de la evolución..., op.cit., p. 4ff.
- (120) ibidem, p.4ff.
- (121) Minsal/Depto. de Coordinación e Informática, op.cit.
- (122) Jiménez, op.cit., p.15.

(123) Oyarzo, César, op.cit., p.1.

(124) Mideplan y Cooperación División Social/Depto. de Información y Evaluación Social/ Programa de Monitoreo de la Política Social: ¿Cómo evalúan los beneficiarios la atención primaria de salud?, Santiago, enero de 1993, p.2.

(125) CEP-Adimark: Percepciones y opiniones sobre la calidad de la Salud en Chile, Santiago, agosto 1993 y Encuesta CEP-Adimark: Voz de Alarma en la Salud, en: El Mercurio, 8 de agosto 1993, D15.

(126) César Oyarzo, op.cit., p. 19.

(127) Colegio Médico: Llamado del Presidente del Colegio Médico de Chile convocando al país a dar «un proyecto de salud para Chile», 3 de julio de 1993, p.1.

(128) Roberto Fuentes/Daniel Verdesi: Sistema Nacional de Servicios de Salud, op.cit., p.5.

(129) ibidem, p.24.

(130) Jiménez, Jorge, Paper no publicado, Santiago, junio 1993, p.1.

(131) Minsal: Modernización integral del sector salud chileno, Santiago, sin fecha. Se trata en este caso del «relanzamiento» de la conocida «Agenda para el Cambio». Los contenidos de este programa corresponden a la «Agenda para el Cambio» que fue diseñada en su línea gruesa durante los primeros quince meses del gobierno actual, por el entonces ministro de Salud, Jorge Jiménez de la Jara, vea: El fantasma del ministro, en: Qué Pasa, 10 de abril de 1993, p.15.

(132) Incluso el doctor Giaconi, quien fue el último titular de la cartera del gobierno anterior, elogió la rigurosidad técnica del plan (Detallan cirugía reparadora del sector salud, en: La Epoca, 1 de abril 1993, p.17; En Marcha Plan de Ampliación y Modernización de la Salud, en: El Mercurio, 1 de abril de 1993).

CAPITULO IV: ORGANIZACION, ADMINISTRACION Y GESTION DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD OPCIONES PARA SU REFORMA

Esta cuarta parte del estudio se divide en dos capítulos. En el primero se darán algunas opciones en cuanto a la organización y la gestión de la administración pública de salud. Señalaremos posibles caminos para reformar el sistema chileno de salud. En el segundo capítulo se hará primero un análisis de los principales defectos del actual sistema de gestión en la administración pública de salud, para a continuación desarrollar los rasgos generales de un modelo moderno, humano y dinámico de gestión (Management by Systems). El capítulo se cierra con la presentación de una estrategia flexible de implementación de modelos de dicha gestión.

1. OPCIONES PARA REFORMAR LA ORGANIZACION Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD Y SU INSERCIÓN INSTITUCIONAL EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

Se trata aquí de desarrollar algunas opciones para una reforma del sistema público de salud en su dimensión institucional, para lo cual consideramos el Sistema de Servicios Públicos de Salud constituido por las instituciones dependientes del Ministerio de Salud y las pertenecientes a las municipalidades. Con fines analíticos se divide este capítulo en tres subcapítulos; cada uno trata niveles diferentes del sistema, a saber: a) el nivel central (Minsal), b) el nivel regional (Seremis) y Servicios Regionales de Salud), y c) el nivel local (Servicios de Atención Primaria Municipal).

A. NIVEL CENTRAL DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD

A nivel central es preciso optar por una redefinición de la misión del Ministerio de Salud, en lo que concierne a los perfiles de las autoridades del sector. Además es necesario redefinir su forma de organización, su concepción de gestión y la cultura organizacional.

1. Misión del Minsal

Es preciso modificar el fin del Ministerio de Salud.. Este debe abandonar las actividades operativas que continúan realizando y entregárselas a los Servicios de Salud, es decir reubicarlas a nivel local/regional. El Ministerio debe continuar como elaborador de políticas y normas de tipo general o nacional. Es oportuno recalcar este carácter nacional.

En consecuencia, cualquier modelo de organización debe contemplar como elemento esencial un Estado que cumple a cabalidad su rol normativo y contralor en el plano de las acciones y subsidiario en el área financiera. En el rol ejecutor, debe propender a entregar estas funciones a otras entidades.

El Ministerio debe ser por definición la institución rectora del sector salud. Tal Ministerio de Salud tendría que cumplir ciertas responsabilidades de acuerdo con su carácter de institución rectora del sector salud. En su relación con los Servicios de Salud, el ministerio debe actuar como un organismo que determina objetivos, evalúa y controla su cumplimiento, supervisando al mismo tiempo la gestión.

El documento del Minsal «Readecuación del Sistema de Salud Chileno» apunta precisamente en esta dirección: «Fortalecer la capacidad normativa del Ministerio de Salud, con el fin de que exista un proceso continuo y eficiente de revisión y puesta al día del marco legal e institucional en que el sector se desarrolla. Lo mismo ocurre respecto de la capacidad de supervisión, tanto del Ministerio de Salud y de sus instituciones autónomas, como de los mismos Servicios de Salud sobre el sistema que cautela. Se deberá también fortalecer la capacidad no sólo teórica, sino real, de modo que el subsector público pueda mantener una evaluación continua de su gestión. El Ministerio de Salud debe desprenderse en forma completa de todas las acciones de políticas y concentrar su actividad en la formulación de políticas, normas, planes, su supervisión y posterior evaluación, así como velar por el desarrollo integrado, coordinado y armónico del sistema de salud chileno como un todo» (1).

Una misión como la descrita podría tomar la siguiente forma: «El Ministerio de Salud es la máxima instancia nacional a cargo de la formulación de estrategias, políticas y normas de salud, que propendan a garantizar el ejercicio del derecho a la salud de toda la población, en un esquema de creciente igualdad de oportunidades y eficaz y eficiente aprovechamiento de los recursos; a la coordinación y desarrollo armónico e integrado del conjunto del sistema de salud chileno; y a la supervisión, evaluación y mejoramiento permanente de las orientaciones y normas que genera» (2).

2. Funciones y responsabilidades del Minsal

Tal ministerio de Salud tendría que cumplir ciertas responsabilidades de acuerdo con su carácter de institución rectora del sector salud. Entre las más importantes se podrían consignar las siguientes, propuestas por la Organización Panamericana de la Salud (3):

- a) Formular oficialmente la política nacional de salud, a través de un proceso participativo y pluralista, pero siempre dentro del marco de referencia de las políticas generales y de los planes de desarrollo del gobierno;
- b) Influir en la formulación de las políticas generales de gobierno, y en las de los otros sectores la consideración de planteamientos y medidas favorables a la salud y la revisión de aquellos que pudieran ser perjudiciales a ellas;

- c) Promover en las instituciones del sector el desarrollo de los procesos tendientes al logro de la meta de «Salud para Todos» en el año 2.000, especialmente aquellos orientados a la participación activa de la comunidad, la descentralización y desconcentración, la acción multisectorial, el uso de tecnologías apropiadas y la formación, capacitación y adiestramiento de los recursos humanos indispensables para cumplir dichos procesos;
- d) Gestionar la promulgación de la legislación general y específica que facilite una efectiva descentralización de las decisiones de todo tipo y del manejo de los instrumentos administrativos pertinentes (presupuesto, personal, abastecimiento, información, etc.), así como una efectiva desconcentración de responsabilidades en la producción de acciones y actividades de salud. En el mismo sentido, promulgar la gestión de los dispositivos legales y administrativos que faciliten la operatividad de dicha legislación en las instituciones del sector;
- e) Promover la acción multisectorial a través de mecanismos y organismos multiministeriales de responsabilidad compartida, para estudiar, hacer planteamientos y enfrentar, conjuntamente, problemas de salud específicos cuya naturaleza es significativamente multisectorial y que escapan a la acción aislada del sector salud;
- f) Promover la acción coordinada con universidades, institutos científicos, escuelas e institutos educacionales, en la programación de los recursos humanos que el sector salud necesite y requiera, de acuerdo a la política nacional de salud;
- g) Promover, dentro del marco de referencia de la política nacional de salud y de los procesos orientados al logro de la meta de «Salud para Todos», la programación coordinada de las acciones de las instituciones del sector y del sistema de salud, a través de programas conjuntos o coordinados - interinstitucionales, multiinstitucionales, sectoriales o del sistema - tanto en lo que se refiere a las inversiones físicas y de recursos humanos, como a los programas de actividades;
- h) Promover la coordinación de los sistemas de servicios de salud de las distintas instituciones del sector y del sistema en cuanto a su funcionamiento;
- i) Formular participativamente las normas técnicas y administrativas de carácter general, que sirvan de base y de marco para la formulación de las normas de detalle descentralizadas;
- j) Promover la uniformidad de los sistemas administrativos en el sector salud dentro de los límites óptimos que garanticen, tanto la consideración de las realidades propias de cada institución, como las necesidades de una acción sectorial coordinada;

- k) Organizar los procesos y mecanismos participativos que permitan el seguimiento y la supervisión de la ejecución de los planes y programas en los ámbitos institucional, del sector y del sistema, e igualmente en lo que respecta a la evaluación;
- l) Promover medidas y procesos tendientes a una progresiva integración funcional de los servicios de salud de las distintas instituciones del sector y del sistema, para lograr un uso más eficiente y común de los recursos, tanto de dichas instituciones, como los de la comunidad; y,
- m) Coordinar, facilitar y canalizar la cooperación externa, técnica, financiera y política, a las instituciones del sector salud y, cuando corresponda, a las de otros sectores y del sistema.

Según las recomendaciones elaboradas en la «Reunión Intrarregional sobre la Mezcla Pública y Privada de Salud en los Sistemas de Salud Nacional y el Rol de los ministros de Salud», las funciones fundamentales que deberían seguir siendo de responsabilidad del gobierno (Minsal) son (4):

- a) Asegurar la disponibilidad de financiamiento para servicios de salud para los más vulnerables;
- b) Asegurar un cuidado aceptable y accesible: Un gobierno debe asegurar condiciones mínimas en la calidad del servicio, o por lo menos, seguridad; aun si decide llevar a cabo estos controles a través de entidades profesionales;
- c) Financiar los bienes públicos;
- d) Proporcionar un estándar de atención compatible con los recursos disponibles en el país; y,
- e) Recolectar información para la planificación y regulación de los servicios.

¿Cuáles son las implicancias que tienen estas funciones para la estructura y poderes del Ministerio de Salud? Las funciones mínimas identificadas arriba «no necesariamente incluyen el suministro gubernamental de estos servicios. El rol esencial del Ministerio de Salud está, en cambio, contemplado como uno que determina las políticas, planifica, regula, coordina y recolecta información. El suministro de los servicios de salud probablemente continuará siendo el elemento clave en cuanto a las responsabilidades ministeriales, pero el análisis aquí indica una función de coordinación importante, si es que no lo es más» (5).

3. Minsal como conductor del proceso descentralizador en salud

Es necesaria la reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector salud y el desarrollo de los sistemas regionales y locales de salud. En este sentido, el reforzamiento de la capacidad y el liderazgo del nivel central es un aspecto fundamental para la conducción de los procesos tendientes a su desarrollo.

El Ministerio de Salud como entidad rectora del sector, debe tener la capacidad de orientar la acción del resto de las instituciones, organizaciones y personas, en el sentido de la política nacional de salud y de las políticas de desarrollo socioeconómico del gobierno dentro de los procesos de democratización, descentralización y desconcentración. Esta función rectora de conducción del sector es lo que le otorgará la debida coherencia al desarrollo de los sistemas locales y regionales y contrarresta las actuales tendencias desarticuladoras.

Para que los sistemas regionales/locales de salud logren su completo desarrollo, se requiere seguir con la transferencia de competencias y poderes de decisión a otros niveles de la estructura del sistema nacional de salud. La descentralización y la desconcentración del sector salud son elementos vitalizadores del desarrollo de los sistemas regionales/locales de salud, que deben ser instrumentados en coherencia con la organización política y administrativa del país.

Para que este proceso se cumpla, es preciso que se den los siguientes requisitos:

- a) Reforzamiento de la voluntad y la decisión política de llevar efectivamente este proceso adelante;
- b) Transferencia real del poder político necesario desde el nivel central, no sólo a través de disposiciones legales y administrativas, sino proporcionando efectivamente los recursos financieros, económicos, humanos y tecnológicos necesarios;
- c) Desarrollo de la capacidad de gestión en la prestación de servicios, lo que significa una capacidad técnica en la coordinación de recursos y en la definición, ejecución y evaluación de salud.

El rol del nivel central es precisamente dar coherencia a la estrategia de aplicación de la descentralización. Esta es un proceso que debe llevarse a cabo por etapas, pero de acuerdo con estrategias especialmente formuladas y reajustadas permanentemente por elementos específicos y bien definidos, según una programación debidamente detallada. Así, por ejemplo, no basta definir bien el elemento que se transfiere, sino que hay que adecuarlo a la realidad y a las posibilidades propias del ámbito descentralizado, a la conveniencia del uso de nuevas tecnologías

y a la necesidad de sustentación política que requiere hacer visibles los beneficios de la descentralización.

4. Evaluación del proceso descentralizador

La evaluación del desarrollo y el impacto del proceso descentralizador han de ocupar un lugar privilegiado dentro del rango de esfuerzos a emprender por el Minsal. La evaluación es «la brújula que guía los pasos a dar hacia el futuro y las modificaciones a operar sobre lo ya transitado» (6). La evaluación no debe ser una actividad ajena al proceso administrativo.

Lo importante es generar algunos indicadores claves que ayuden a probar de manera simple la descentralización, su desenvolvimiento y sus efectos. Para el examen de la problemática de salud y las políticas sanitarias, la Organización Panamericana de Salud (OPS) propone los siguientes tipos de indicadores (7):

- * de estructura (recursos según dependencia administrativa, camas por 1000 habitantes, médicos o enfermeras por 1000 habitantes, etc.);
- * de procesos institucionales (relación, consultas-egresos, promedio de estadía, etc.);
- * de protección (consultas por habitantes al año, relación inmunizaciones/población pediatra, etc.); y
- * de resultados (esperanza de vida, mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad por causas, morbilidad, etc.).

En relación a la descentralización, la OPS recomienda complementar estos indicadores ortodoxos con otros que midan intrínsecamente la descentralización, el grado de cumplimiento de sus criterios y principios y la extensión y funcionamiento de los sistemas locales y regionales. Algunos indicadores importantes serían:

- * Número y tipo de funciones que se han descentralizado por unidad: manejo presupuestario, de personal, de medicamentos, de otros suministros, de adaptación de normas técnicas, etc.;
- * Proporción del territorio nacional en que están funcionando plenamente los sistemas locales y regionales;
- * Recursos (físicos, humanos, etc.) integrados al sistema local y regional: totalidad de los recursos existentes en el área geográfica respectiva;

- * Referencias monitoreadas por el sistema local y regional a establecimientos fuera y dentro del área, sobre el total de referencias desde los niveles de atención del área;
- * Número y tipo de instituciones extrasectoriales de carácter estatal y paraestatal que están vinculadas a las acciones del sistema local y regional de salud;
- * Programas horizontalizados en relación con el total de programas que se ejecutan en el área;
- * Distribución del gasto nacional en salud según jurisdicciones de aplicación político-administrativas (nación, regiones, provincias, municipios, niveles centrales, sistemas locales y regionales de salud, etc.); y,
- * Número, tipo y grado de representatividad de entidades comunitarias que se han involucrado en el sistema local y regional de salud, etc.

5. Redefinición de la estructura, organización y gestión de Minsal

El tipo de organización y gestión prevaleciente en el sector salud puede ser descrito como una organización clásica y tradicional de tipo burocrático, que hoy no es adecuada. Urge modernizar la organización y la gestión del sector. Para eso es preciso desarrollar e implementar un nuevo modelo de organización y de gestión. (vea capítulo 3.2).

B. SUBSISTEMA REGIONAL DE SALUD (SEREMIS Y SERVICIOS DE SALUD)

El desarrollo del sistema regional de salud está fuertemente condicionado por la puesta en marcha de los gobiernos regionales, la que recién se ha iniciado.

En el año 1993, el gobierno actual ha dado gran importancia a la instalación de los gobiernos regionales, lo que es considerado «de importancia vital para el éxito de esta importante transformación modernizadora del Estado» (8). Sin embargo, éste ha reconocido que una empresa de tal envergadura «trasciende ampliamente la capacidad del Estado central para sustentarlo y garantizarlo plenamente» (9).

La reforma regional introduce un conjunto de interrogantes y desafíos. Un desafío se refiere a la forma de gestión pública (10) y consiste en saber gobernar una región. Tarea fundamental y prioritaria será la generación de las condiciones necesarias para una real descentralización.

La descentralización conlleva el reemplazo «de la gestión del simplismo a la gestión de la complejidad», es decir se pasa «desde un único centro decisional (la capital y sede del Ejecutivo y ministerios), a otro donde coexisten el centro, sus representantes geográficamente desconcentrados (Seremis), los gobiernos regionales, gobernaciones y municipalidades» (11). En el futuro, la cultura y la capacidad de concertación dentro del sector público serán precondition para una buena gestión.

Otra gran tarea será la de construir «socialmente la región». Esto significa «potenciar su capacidad de autoorganización, transformando una comunidad inanimada, segmentada por intereses sectoriales, poco perceptiva de su identidad territorial (...) en otra, organizada, cohesionada, consciente de la identidad sociedad-región, capaz de movilizarse tras proyectos políticos colectivos, es decir capaz de transformarse en sujeto de su propio desarrollo»(12).

Para tener éxito en la descentralización -y esto vale también para el sector salud- hay que profesionalizar profundamente el aparato de gobierno y de administración regional. No bastan los cursillos o seminarios de corta duración, cuyo propósito es más socializar que capacitar. «Hay que formar verdaderos 'gerentes de gobierno' (alta gerencia pública), ... Las autoridades políticas regionales y a lo menos la alta burocracia regional deben ser sistemáticamente entrenadas en el campo del desarrollo regional (...) con una moderna visión de gestión, en el campo de las políticas públicas y en la ciencia de gobierno»(13).

La factibilidad de la implementación a nivel regional depende así, en forma crítica, del mejoramiento de la capacidad a nivel regional.

Para la profundización de la descentralización se requiere que «el poder político redistribuido mediante un proyecto descentralizado tenga como depositario un receptor socialmente adecuado, que en el caso de las regiones no puede ser sino la propia sociedad o comunidad regional organizada como tal» (14).

De otra forma, el poder «podría tener como destinatario una estructura meramente burocrática o, lo que es peor, grupos sociales dominantes oligárquicos y retardatarios». En Chile, señala Boisier, las regiones delimitadas en el mapa aún «no tienen una contrapartida en la realidad social y, por lo tanto, todo proyecto político descentralizador en términos territoriales presupone la simultánea construcción social y política de las regiones»(15).

1. Sistema regional de salud

Los Servicios de Salud y las secretarías regionales ministeriales de salud deben ejercer una actividad esencialmente colaboradora y de apoyo para que se logren el objetivo común de mejorar la capacidad y la calidad de la salud y la articulación del sistema de salud en la respectiva región

geográfica, más restringida en el caso de los Servicios de Salud, y más amplia en el caso de los Seremis.

Un esquema adecuado podría estar dado por:

- a) Un Ministerio de Salud fuerte, que debe ser el gran normador del sistema, tanto público como privado, y el gran contralor, de tal manera de garantizar que las políticas dictadas se cumplan,
- b) Las Seremis como entes desconcentradas (Minsal) ejerciendo una función reguladora que, a través de su acción integradora y articuladora, influyen en la selección de objetivos y definen las medidas de efectividad en relación a las políticas nacionales, evaluando el logro alcanzado en su aplicación.
- c) Los Servicios de Salud como entidades con autonomía real, con patrimonio propio y funcionalmente descentralizada, que realizan funciones operativas, y;
- d) Los hospitales independientes regionales (sean empresas autónomas del Estado o empresas privadas con o sin fines de lucro) con reglas claras de administración sustancialmente distintas a las que tienen hoy día, que permitan a los directores administrar.

2. Secretarías Regionales Ministeriales (Seremis)

Al subsector público de salud le corresponde la definición de políticas, normas, planes y programas, y la supervisión de su cumplimiento en lo que compete al sector salud. El organismo de mayor jerarquía en este subsector es el Ministerio de Salud. Las Seremis forman parte de este complejo organismo y son unidades de desconcentración de esta Secretaría de Estado. Su entorno inmediato es el correspondiente al subsistema regional de salud.

3. Rol de las Seremis

Las Seremis son organismos encargados de cumplir y aplicar, dentro del marco nacional, las políticas y estrategias de desarrollo regional. Han de concebirse como «un cuerpo intermedio que opera en un nivel de decisiones estratégicas dentro del sector» (16). Su rol radica en «reducir la complejidad sectorial en la región, en función del sentido establecido en las políticas nacionales de salud» (17). De esta forma, las Seremis se transforman en una entidad encargada de integrar y coordinar los sistemas de decisión de la planificación regional, es decir en una instancia de planificación intermedia con un rol significativo en la regulación y coordinación del sector.

Las Seremis deben ejercer una función reguladora, pues «a través de su acción integradora y articuladora, influyen en la selección de objetivos y definen las medidas de efectividad en relación a las políticas nacionales, evaluando el logro alcanzado en su aplicación». Y, por último, estas instancias han de cumplir un rol comunicador, promoviendo «la imagen pública del sector a nivel regional y sirviendo de canal de acogida e información ascendente de las necesidades emergentes y descendentes respecto de las posibles respuestas a estas demandas» (18).

4. Objetivos de las Seremis

Los objetivos de las Seremis deberían ser (19):

- a) Integrar las decisiones de planificación y acción de los organismos del sector;
- b) Reducir la complejidad del sector;
- c) Generar la imagen pública del sector en la Región; y,
- d) Contribuir significativamente al desarrollo regional.

5. Tareas de las Seremis

A partir de su rol y de sus objetivos señalados anteriormente, es posible deducir una serie de áreas específicas de acción para las Seremis. Fueron formuladas por el Proyecto Minsal/AID/CPU de la siguiente manera (20):

Compatibilización de las acciones regionales con las políticas nacionales.

Estas tareas comprenden:

- * Interpretar las políticas nacionales ejerciendo una acción de selección en función de las prioridades establecidas a nivel regional;
- * Definir las medidas de efectividad que permitirán conocer el impacto esperado de estas acciones;
- * Informar al nivel regional y nacional las necesidades sociales del sector salud y los logros esperados como resultado de las acciones desarrolladas.

Diagnóstico de la realidad local para las decisiones del gobierno regional;

A fin de orientar las decisiones del gobierno local, es necesario considerar:

- * Identificación de los problemas locales;
- * Necesidades «sentidas» de la comunidad;
- * Recursos posibles de movilizar;
- * Limitaciones o debilidades; y,
- * Grado de participación local en la resolución de sus problemas.

Constituir el nexo articulador de la relación regional/local;

En este aspecto se considera la posibilidad de informar, influir y orientar el logro de metas nacionales en el nivel local. A nivel organizativo, ello significa la gestación de canales de comunicación, de mecanismos de participación y de nuevas formas de relación y acción conjunta y coherente con el desarrollo regional.

Organización interna.

Para ello se hace necesario crear una estructura organizacional que enfatice la flexibilidad en su gestión. En este sentido, se requiere: capacitar al recurso humano, mantener un clima organizacional positivo, identificar sus fortalezas y debilidades y definir un sistema de información eficiente para las tareas de planificación y articulación regional.

El Proyecto emprendido por el Ministerio de Salud a través de CPU, denominado «Proceso de Desarrollo Institucional Aplicado a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud» constituye un paso relevante destinado a potenciar el rol y las tareas de las Seremis, de forma que estén capacitadas, funcional y estructuralmente, para asumir los campos de acción que les son propios.

Para fortalecer la gestión de las Seremis, es preciso que el Ministerio asuma un compromiso permanente con ellas. Además es preciso definir «un marco de acción válido que les dé un real sentido de cuerpo, legitimando su gestión a nivel nacional y regional, definiendo metas, objetivos y medios institucionales adecuados para la coordinación y articulación, desde y hacia el nivel central y, entre las instituciones regionales del sector» (21).

Los mayores esfuerzos de un proceso de desarrollo institucional deben estar dirigidos a potenciar la capacidad interna de gestión, fortaleciendo el uso de herramientas que permitan a las Seremis actuar como equipos calificados para el diseño, asesoría y seguimiento de políticas sectoriales de carácter regional.

6. Fortalecimiento del Rol de las Seremis

Para potenciar el rol y las tareas de las Seremis, es preciso actuar en los siguientes niveles:

Superar la ambigüedad de la definición de las Seremis de Salud

Esto significa resolver lo más rápido posible la incongruencia entre metas, organizaciones, atribuciones y medios establecidos para lograrlas;

Superar los obstáculos a nivel intraorganizacional

Esto requiere de acciones en cuatro niveles:

a) Nivel administrativo y de gestión

Diseño de un sistema nuevo que permita mejorar la actual capacidad gerencial de las Seremis, específicamente en las áreas de: formación de políticas regionales, planificación y programación, regional y local intra e intersectorial; monitoreo y evaluación de programas; asignación de recursos de inversión y de operación, y dirección de personal.

b) Nivel desarrollo de recursos humanos

El desarrollo de recursos humanos es un elemento clave. Se trata de formar equipos altamente capacitados y comprometidos con una perspectiva de futuro, promotora, articuladora y coordinadora de políticas de salud. El desarrollo de personal tiene dos subcomponentes esenciales:

Elaboración de plantas esquemáticas, descripción de cargos y criterios, y reclutamiento; y,

Elaboración de programas de capacitación del personal necesario (incluyendo objetivos de formación, contenidos, metodología y técnicas educativas, y métodos de evaluación) y ejecución del programa de capacitación.

c) Nivel del sistema de información

Es urgente la implementación de un Sistema de Información para la Gestión que constituya una herramienta esencial de apoyo para la acumulación y análisis de la información que debe procesar la Seremi en su rol coordinador de tareas. El objetivo final sería proporcionar a las Seremis -en forma regular y suficiente- información intra e intersectorial, para una más adecuada formulación de políticas regionales, una elaboración de planes y programas intra e intersectoriales, y una eficiente y eficaz gestión de los mismos en materias epidemiológicas, administrativas, financieras y técnico-operacionales.

d) Nivel de infraestructura material

En este nivel es necesario potenciar la capacidad de acceso a recursos materiales y tecnológicos por parte de estas instituciones.

Superar los obstáculos a nivel del entorno organizacional

La superación de estos obstáculos a nivel de las relaciones inter-sistémicas se puede lograr mediante:

- a) La participación de las Seremis en la resolución de las decisiones centrales del nivel central (Minsal);
- b) El nivel central (Minsal) debe hacer cumplir las funciones asignadas a las Seremis;
- c) Mayor participación de las Seremis a nivel central en la definición de las políticas regionales del Minsal y en las decisiones de planificación de la salud en la región; y,
- d) Mejorar las comunicaciones y la coordinación con los Servicios de Salud.

C. SERVICIO DE SALUD

7. Mayor autonomía

Es necesario descentralizar en forma efectiva y completa los Servicios de Salud, dándoles mayor autonomía. El Servicio de Salud debe ser autónomo en su manejo financiero y gestión de personal. Actualmente existen Servicios de Salud en condiciones de operar autónomamente de inmediato. Sin embargo, es oportuno supeditar el proceso a la capacidad de gestión.

Obviamente, la descentralización no implica el fraccionamiento ni la atomización del sistema de salud. Su desarrollo puede fortalecer a toda la organización, permitiendo que cada una de sus partes logre su máxima capacidad operativa. La descentralización constituye una forma de enfrentar las necesidades de desarrollo de estas instituciones de salud. Es un instrumento idóneo para buscar mayor equidad, eficacia y eficiencia en la gestión administrativa de los sistemas y para potenciar los progresos de democratización, justicia social y participación.

El Ministerio de Salud debería -tal como se ha planteado en el documento «Agenda para el Cambio»- desprenderse completamente de todas las acciones de ejecución. Esto significa, en cuanto a los Servicios de Salud, que éstos «deben asumir a plenitud la tarea fundamental de coordinar la ejecución y de administrar los recursos que les son asignados para satisfacer las necesidades de la población a su cargo» (22). Además, la ejecución debe radicar en los establecimientos de salud bajo coordinación del Servicio, que deben contar con total autonomía en la gestión de sus recursos. De este modo se evitaría una reproducción del esquema centralista a nivel regional.

8. Ajustes legales y reglamentarios

Los cambios y modificaciones propuestos necesitan ajustes legales y reglamentarios; es deseable que un nuevo Reglamento sea flexible. Es decir, que permita la innovación y el ajuste constante a las condiciones del medio.

Para ello, es adecuado normar las líneas gruesas, entregar un marco, cuyos detalles serán definidos por el nivel local. Es necesario entregar facultades reglamentarias sobre organización, estructura y funcionamiento institucional, al director del Servicio de Salud. Por lo tanto, es preciso reanudar el trabajo en torno a la elaboración de un proyecto respecto de un nuevo Reglamento para los Servicios de Salud.

9. Mejorar gestión de los Servicios de Salud

La administración se complica hoy en día por la insuficiente capacidad de decisión que existe en los niveles locales. El manejo de sumas importantes de dinero, el mantenimiento de equipos sofisticados, las exigencias crecientes de la población, entre otros factores, explican esta nueva realidad. Los problemas de los Servicios tienen en gran parte su origen en la incapacidad administrativa. Todo esto hace necesario el desarrollo de un nuevo concepto de gestión.

Es preciso que el administrador sea un técnico experto. No es suficiente un médico aficionado o de buena voluntad. Se requieren administradores capaces no sólo de manejar presupuestos y personal, sino de idear formas adecuadas y modernas que permitan optimizar el uso de los recursos siempre escasos. Hoy la sofisticación del sistema hace que sea exigible otro nivel de preparación

del estamento administrativo. Podría, por ejemplo, crearse el cargo de gerente del servicio, ejercido por un especialista en gestión de salud.

También es preciso concretar la idea de crear una gerencia de operaciones en el ministerio (equivalente a una gerencia general de una empresa), cuyo objetivo final sea convertir los hospitales o servicios de salud regionales en empresas autónomas del Estado. Los médicos serán así capacitados en administración y economía, y los servicios recibirán una suma determinada de dinero, firmando un compromiso de gestión, y según eso se les evaluará, premiará o penalizará.

Sin embargo, un mejoramiento de la eficiencia de los Servicios de Salud (y de los hospitales complejos) requiere de la implementación gradual de un concepto moderno de gestión y de administración. El camino para solucionar los problemas de gestión es complejo y requiere tiempo.

10. Mejorar la coordinación entre APS, Servicio de Salud y Seremis

Con el fin de lograr un adecuado funcionamiento del sistema de salud regional, es necesario efectuar los cambios que sean necesarios para mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de gestión en las regiones. Esto debe centrarse en la coordinación entre el nivel de los Seremis, los Servicios de Salud y las corporaciones o departamentos de salud municipalizados.

11. Mejorar sistema de información

En el área informática es preciso efectuar una desconcentración de funciones. Se deben crear las condiciones necesarias para que cada Servicio de Salud sea autónomo en el procesamiento de la información a través del desarrollo de procesos, tales como: a) poner en marcha un sistema de monitoreo y evaluación, administrado por cada Servicio de Salud, acerca del perfil de morbilidad de la población; y b) procesar información referida a atenciones prestadas, egresos hospitalarios, enfermedades notificables y otros (23).

12. Mejorar clima organizacional

Es necesario mejorar el clima organizacional mediante «una nueva filosofía que modifique sustancialmente los estilos de administración y relaciones entre estamentos y funcionarios» (24).

13. Mejorar capacitación de personal

Para mejorar la capacitación de personal es conveniente crear, a nivel de los Servicios de Salud, un Departamento de Capacitación de los Recursos Humanos (25).

Deben intensificarse los programas de capacitación en gestión, no sólo para directivos sino también para el nivel intermedio (jefaturas clínicas y de unidades y equipos operativos (26).

14. División Político-Administrativa del Sistema de Salud

En el subsistema de Servicios de Salud, es necesario hacer coincidente la división político-administrativa general de la nación (país, región, provincia) con la propia de salud (ministerio, Seremi, Servicios de Salud).

15. Reforma de los hospitales

En Chile, la situación se focaliza particularmente en una «crisis hospitalaria». Se requieren modificaciones profundas que hagan efectiva la descentralización con hospitales autónomos en lo administrativo y en lo financiero, con gran componente de responsabilidad regional (27). Si no «se hace una transformación profunda de la gestión de los hospitales, el solo aumentar los recursos destinados a ellos será totalmente ineficiente» (28).

Entre las reformas más urgentes se deberá contemplar una redefinición de la normativa que regula a los hospitales públicos, con el fin de otorgarles competitividad y autonomía administrativa e, incluso, hacer partícipe al sector privado en dicha gestión. La actual crisis de atención secundaria y terciaria no responde solamente a un problema de recursos, sino más bien a la falta de autonomía en la gestión y a la ausencia de incentivos para una acción eficiente.

Simultáneamente, es necesario incrementar la capacidad de gestión, especialmente productiva.

En los establecimientos complejos, es necesario realizar modificaciones profundas. Debe buscarse una organización nueva y formas de propiedad adecuadas a los tiempos. Una alternativa podría ser crear hospitales independientes, probablemente empresas autónomas del Estado. Se deberá además estudiar la factibilidad de crear empresas privadas con y/o sin fines de lucro, de carácter regional.

Para lograr mejorar la calidad del servicio, es necesario redefinir la formas de organización y de propiedad de los establecimientos de salud (hospitales tipo 1 y 2). Lo anterior requiere otorgarles un nuevo marco para su gestión. Y en esta materia existen varias alternativas:

Empresas Autónomas del Estado

Es posible transformar por ley genérica los hospitales tipo 1 y 2 en Empresas Autónomas del

Estado o Sociedades Autónomas Estatales, continuando sus actuales relaciones con el Servicio de Salud al cual pertenecen (29). Esto permite la ventaja de (30):

- a) Darles una estructura administrativa gerencial en relación a la cuantía de los recursos que manejan (financieros, personal, equipamiento etc.) y a la complejidad de su organización;
- b) Crear directorios representativos de las fuerzas vivas de la provincia o región. Esta es una forma de incorporar la comunidad local a su manejo y conseguir la colaboración de otros sectores; y,
- c) La transparencia de recursos debe modificarse, no haciéndola depender de las acciones ya realizadas, sino de mecanismos diferentes.

En caso de que los hospitales sean de propiedad del Servicio o del Ministerio, una forma más eficiente de organización de tales hospitales-empresa podría ser la de prever «un directorio con participación multisectorial (privados, Ministerio de Hacienda, autoridades regionales involucrados en salud u otros) de reconocida capacidad de dirección empresarial y/o en salud» (31). Sería conveniente crear la gerencia del hospital a cargo de un profesional especialista en gestión de salud. Tanto el director como el gerente serían nombrados y removidos por el directorio. El presidente del directorio podría ser el director del Servicio de Salud.

Transformación de los hospitales públicos en empresas.

La propiedad de estos hospitales será, en una primera etapa, del fisco y de los trabajadores que allí trabajan, abriéndose a la participación privada a través de aportes de capital para mejorar la infraestructura (32);

Organizaciones privadas de salud con fines lucro

Entregar en concesión a entidades privadas la administración de los establecimientos de salud, para que dichos concesionarios administren los establecimientos con un esquema similar al del sector privado. El otorgamiento de la concesión obliga al concesionario a cumplir las cláusulas del contrato. En el caso contrario, éste caduca y se licita nuevamente (33);

Organizaciones privadas de salud sin fines de lucro

Por iniciativa de la comunidad se crean corporaciones de derecho privado, sin fines de lucro, que cubren a poblaciones de diferentes territorios. La autoridad máxima de éstas podría ser «un

directorio en el que estarán representados los trabajadores organizados, las juntas de vecinos, los municipios, los empresarios agrupados, los médicos, los trabajadores de la corporación» (34);

No hay una fórmula óptima. Todas las alternativas mencionadas arriba presentan ventajas y desventajas. Además, pretender diseñar un modelo único para todos los establecimientos significaría desconocer la diversidad de realidades presentes en Chile.

Es recomendable ensayar o experimentar fórmulas múltiples, es decir permitir una pluralidad de formas de organización y de propiedad (entidades estatales autónomas, entidades privadas con y sin fines de lucro), como se observa en los países europeos (por ejemplo, RFA y España).

La opción por un avance rápido y decidido hacia la descentralización del sistema no puede significar una desintegración de éste, con los riesgos de macroeficiencia que ello conllevaría. Por esto, deben definirse mecanismos que -respetando la autonomía de los establecimientos- aseguren que las acciones de éstos estarán dirigidas a las metas y prioridades nacionales definidas a través del Minsal.

Habría que destacar la necesidad de un cambio gradual y progresivo de implementación de reformas; por ejemplo, iniciándolas en los establecimientos que cuentan con mayor capacidad gerencial.

Cualquier cambio que se produzca en el sector debe incorporar una revisión completa y sustancial de las reglas de administración civil que rigen los hospitales. Se requiere de reglas de administración sustancialmente distintas a las que se tiene hoy día, que permitan a los directores administrar autónomamente.

D. Subsistema de Atención Primaria Municipal

A pesar de los actuales problemas que se presentan en el ámbito del nivel primario de salud y de las críticas de los alcaldes y de muchos representantes de los Servicios de Salud, creemos que la difícil situación del nivel local de salud no se debe al fracaso de la idea de la descentralización. Ella es más bien producto de graves deficiencias en su implementación.

La descentralización y la participación local constituyen una forma satisfactoria de enfrentar las necesidades de desarrollo de las instituciones de salud.

La estrategia global de la atención primaria de salud ha de considerarse como una estrategia válida para contribuir al desarrollo integral con justicia social y para mejorar la calidad de vida de amplios sectores de la población.

La descentralización y el desarrollo local pueden ser instrumentos idóneos para buscar mayor equidad, eficacia y eficiencia en la gestión administrativa del subsistema. Pero habrá que advertir que no es oportuno considerar la descentralización como un dogma. Como se ha señalado en el World Development Report 1993, una «extrema descentralización puede crear ineficiencia» (35). La municipalización de la atención de la salud primaria requiere de un equilibrio delicado entre normativa y control central y/o regional e iniciativa y realidad local.

Se pueden identificar diversos aspectos fundamentales para el desarrollo del nivel local de salud, a saber:

1. Rol del nivel central y desarrollo local

El rol del nivel central debe centrarse en asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo del subsistema local de salud.

El reforzamiento de la capacidad y el liderazgo del nivel central es un aspecto fundamental para la conducción de los procesos tendientes al desarrollo del subsistema local de salud. El Ministerio de Salud, como entidad rectora del sector, ha de aumentar su capacidad de orientar la acción del resto de las instituciones, organizaciones y personas, en el sentido de la política nacional de salud.

La conducción sectorial ha de ir acompañada del desarrollo del liderazgo, por lo cual es necesario promover el desarrollo de los recursos humanos que contemple los aspectos de planificación, formación, capacitación y utilización del personal, que tenga en cuenta las incidencias y perspectivas de los próximos años en el aspecto sanitario y educativo, y que provea los elementos esenciales para un manejo científico de la estrategia de APS.

Esta función rectora de conducción del sector es lo que puede otorgar una mayor coherencia al desarrollo del subsistema local de salud.

Es recomendable que el Minsal tome un papel más activo en el control del proceso de la atención primaria de la población. Por lo tanto, aparece como básico generar un mayor «poder para actuar» (36).

Las formas de ejercer el control derivan de: a) disposiciones legales, y b) exigencias y competencia técnica del Minsal. La primera forma de control tiene, en el caso de los servicios municipalizados, carácter precario y escasamente operativo. La segunda forma (control técnico) tiene posibilidades concretas de ejercitarse (37).

Las herramientas concretas podrían ser (38): a) preparación de programas orientados a mejorar el desarrollo gerencial, b) observación y control del cumplimiento de los convenios, c) control del cumplimiento de los programas del Minsal, d) observación de la respuesta a la demanda (rechazos, tiempo de espera), e) cumplimiento del P.N.A.C., f) control del cumplimiento del PAI, h) observación de la capacidad resolutive del consultorio (tasa de referencia al nivel secundario y sus causas), i) control de la calidad de la atención sobre bases simples, pautadas, iguales para diferentes consultorios, j) observación del grado de satisfacción del usuario (encuestas simples, libro de reclamos), y k) observación de la cantidad de personal frente a las acciones que se realizan.

Es indispensable que el sector salud (Minsal) «penetre el sistema Municipal y llegue a establecerse una forma de trabajo conjunto y concertado para la atención primaria» (39).

Algunas líneas de acción pueden ser:

- a) Fortalecer las DAP (dotar a los DAP de una dirección enérgica y de personal que incluye las diferentes asesorías de control y evaluación);
- b) Implementar seminarios de análisis y estrategias para el personal de las DAP con coordinación de la respectiva Secretaría Regional Ministerial, como instancia de relación con la Intendencia Regional;
- c) Crear una instancia de trabajo para perfeccionamiento de la atención primaria en el nivel Intendencia Regional y convocada por el Intendente, donde esté el Seremi, las DAP y los Encargados de Salud de las Corporaciones Municipales o de los Departamentos de las Municipalidades.

2. Participación social y desarrollo del subsistema local

Otro aspecto fundamental para el desarrollo del subsistema local de salud lo constituye el apoyo a los procesos de participación social. La participación de la comunidad cada vez reviste más importancia para el logro de la meta de «Salud para Todos», constituyéndose en el eje central de la estrategia de atención primaria.

Las acciones recomendadas para incorporar la opinión de la comunidad en el quehacer de los servicios de salud son:

* Crear canales de participación

* Conformar comités locales de salud

- * Reuniones periódicas entre los actores
- * Desarrollo de políticas por parte de los servicios
- * Capacitación e información a la comunidad y a los equipos de salud.

Las instancias de canalización de la participación podrían ser:

- * Consejos locales de salud
- * Consultorios de nivel primario
- * Juntas de vecinos
- * ONG's (Organizaciones No Gubernamentales)
- * Centros de padres y apoderados en las escuelas
- * Comisión de salud y educación.

3. Intersectorialidad

Otro de los ejes fundamentales de la estrategia global de la atención primaria de salud corresponde a la acción intersectorial en el contexto del desarrollo integral. El proceso de salud-enfermedad está condicionado por múltiples factores económicos, sociales, culturales y políticos que influyen directa o indirectamente en la situación de salud de las personas y del ambiente. El trabajo coordinado localmente para promover la salud y prevenir la enfermedad implica realizar acciones simultáneas en los niveles de educación formal e informal, mejorar la vivienda, aumentar empleos, garantizar estabilidad laboral, realizar acción cultural y de recreación, entre otras. La delimitación de espacios territoriales puede contribuir a facilitar la planificación intersectorial local.

4. Refuerzo de la capacidad administración o de gestión

En la mayoría de los casos, la insuficiente capacidad operativa de los servicios y el gasto improductivo son consecuencia de sistemas, procedimientos y prácticas de administración y de gerencia deficientes.

Habría que mejorar la gerencia, entendida como una acción que permite la optimización de los recursos para el logro de los objetivos de las instituciones de salud mediante un proceso continuo de planificación, programación, organización y coordinación de recursos para el desarrollo de las acciones, todo bajo una dirección adecuada en la ejecución y en supervisión, seguimiento y evaluación.

Es preciso desarrollar sólidos programas para el desarrollo de la capacidad de gestión. La aparente incapacidad, inmadurez o falta de experiencia para tomar decisiones en el nivel local, no debe ser utilizada por el nivel central como un argumento para demorar o entorpecer la descentralización. Es aquí donde la asesoría, la capacitación y la supervisión técnica del nivel central, acompañadas de un alto grado de motivación y preparación de los recursos humanos en los niveles ejecutivos locales, se vuelven fundamentales para apoyar el proceso y colaborar en la solución de problemas y en la corrección de faltas.

El proceso de cambio debería centrarse en un aumento de la efectividad y del uso racional de los recursos financieros, tecnológicos y humanos disponibles. Sólo después de una evaluación apropiada de la eficiencia y eficacia del uso de los recursos existentes, se debería considerar una inversión adicional. Por otra parte, debe darse consideración especial a los recursos necesarios para consolidar la capacidad de gestión y la capacitación adecuada de los recursos humanos.

Es preciso el fortalecimiento del sistema local de planificación e información; un sistema de información que permita recolectar datos sobre situación de salud y prestación de servicios, que incorpore la posibilidad de análisis estadístico, epidemiológico y administrativo de esa información y que utilice el análisis elaborado para el proceso de gestión.

5. Capacitación de recursos humanos

Es urgente el desarrollo adecuado de los recursos humanos de salud, es decir un conjunto mínimo de recursos humanos, adecuadamente adiestrados, que permita cubrir los siguientes tipos de actividades: administración, atención médica, sistema de información, servicios de salud y servicios de apoyo.

6. Coordinación

Lo que parece más urgente es aumentar la capacidad resolutoria de los casos más complejos, a través de una eficiente coordinación con los niveles secundario y terciario de atención. La eficacia de la atención primaria de salud pierde mucho de su capacidad de impacto si no dispone de canales expeditos de referencia y seguimiento de los casos que no se pueden resolver en el nivel

primario. La municipalización de la atención de la salud primaria requiere de un equilibrio delicado entre el rol normativo y de control central y la iniciativa y realidad local.

Es necesario elaborar mecanismos para una mayor integración y coordinación con el Sistema de Servicios de Salud.

Un elemento para mejorar la coordinación es la creación de un Consejo Comunal (o intercomunal) de Salud, previsto en el Estatuto de la Atención Primaria de Salud. Su función principal tendría que ser integrar a nivel local los organismos públicos y privados y las agrupaciones de base de la comunidad y coordinar los recursos para la producción de servicios dirigidos a la solución de los problemas de salud a este nivel. Este Consejo Comunal debería formar parte de una estructura de coordinación a través de Consejos Provinciales y Regionales.

7. Formas organizativas

La creación de una red de atención progresiva, con base en la definición de las atribuciones y de la capacidad resolutoria de cada nivel de atención, implica la necesidad de buscar un esquema flexible en cuanto a los modos de organización. No hay un modelo ideal; la búsqueda de la forma organizativa adecuada habrá de partir de cada realidad local.

Esto significa sentar una pluralidad de formas organizativas en cuanto al sector salud. Es posible la coexistencia de variados modelos:

- a) En algunas comunas es recomendable el retorno de los consultorios hoy municipalizados a la dependencia administrativa del Servicio de Salud respectivo, manteniendo la necesaria descentralización ejecutiva, con base en una legislación apropiada;
- b) Departamento de Salud Municipal o corporaciones de derecho privado con o sin fines de lucro.

César Oyarzo ha propuesto una interesante fórmula: que el proceso de descentralización sea voluntario. Es decir «debe otorgarse la libertad para que los agentes que deseen desarrollar esta labor -en el marco de una política clara y con adecuados incentivos- puedan llevarla a cabo, accediendo a la gestión de estos establecimientos. Uno de estos agentes son los municipios, pero no tienen por qué ser los únicos. Por la vía del pago per cápita es perfectamente posible incorporar como prestadores de servicios en la atención primaria otras instituciones privadas que puedan desarrollarlas de manera idónea. Este paso sería un importante avance tanto en lo que respecta a la libertad de elección de los beneficiarios del sector público como en la posibilidad de expandir la oferta de servicios en corto tiempo» (40).

8. Estatuto de Atención Primaria de Salud

Como vimos, el Estatuto que se encuentra actualmente en el Congreso adolece de una serie de defectos. En términos ideales sería aconsejable integrar el estudio parlamentario de este proyecto, con la discusión global acerca de la reestructuración que se propone para el sector salud, haciendo coherente la normativa de la atención primaria con este concepto general.

2. MODERNIZACION DEL SISTEMA DE GESTION DEL SECTOR PUBLICO DE SALUD LA GRAN TAREA PENDIENTE

En esta parte se efectuará primero un diagnóstico global del actual sistema de gestión en la administración pública del sector salud, identificando las principales deficiencias. A continuación se procederá a presentar, en rasgos principales, un nuevo modelo de gestión moderna y dinámica para la administración pública. El capítulo se cerrará con reflexiones acerca de la implementación de un nuevo modelo de gestión (estrategia flexible de implementación).

En la parte II del estudio, se han señalado algunas deficiencias del sistema de gestión del sector público de salud (40). El actual sistema de gestión de la administración pública es anticuado y deficiente. Las deficiencias del sistema administrativo se han acentuado, obstaculizando el uso racional, oportuno y eficiente de los recursos y produciendo serias deficiencias en la capacidad operativa de los Servicios de Salud. El sistema estatal de salud hoy en día es incapaz de administrarse y gestionarse eficientemente y eso trae un sinnúmero de problemas.

En Chile, la situación en el sector público contrasta con lo que se observa en el sector privado: «El gran avance experimentado por la sociedad, tanto en la administración de los negocios como en las comunicaciones y la tecnología, fue siendo absorbido al interior de las empresas del sector privado. El sector público de salud fue quedando atrás sin adquirir nuevos conceptos de gestión y administración que se imponían en el mercado» (41). Según Héctor Sánchez, la crisis del sector tiene su origen en la falta de capacidad de gestión que existe en el sector público de salud: «Esta falta de capacidad, por un lado, es la respuesta a una estructura administrativa rígida que impide una real administración de los diferentes factores claves del proceso de producción de servicios de salud» (42).

La crisis del sistema público de salud es estructural, administrativa y no sólo de financiamiento. ¿Cómo resolverla? La solución es encararla en forma global. Esto no es posible sino a través de un profundo esfuerzo de «modernización» del sistema de gestión, basado en una descentralización que potencie la integralidad del sistema público de salud.

La profunda reforma o modernización de la administración del sistema público de salud y la introducción de principios y procedimientos modernos de «management» es un imperativo actual. Pretender parchear sería un grave error. La capacidad gerencial, condicionante de la capacidad de resolución del sistema, habrá que ser asumida como «factor gestor de cambio» (43). Para cumplir el reto de generar las condiciones adecuadas para la administración del sector público de salud con características de eficiencia, eficacia, equidad y participación, la gerencia de los sistemas de salud tiene que tener funciones propias de una conducción integral de las instituciones que la conforman.

El gobierno ha elaborado numerosos informes acerca de la problemática de la modernización del sistema de gestión de la administración pública de salud. No obstante, no existe una clara concepción global respecto de la modernización del sistema de administración y gestión de la salud pública.

El retraso en la modernización se debe, en parte, a la falta de voluntad política; pero también a la falta de una visión global del problema y a la ausencia de propuestas claras. Esto último se explica con el virtual «subdesarrollo» que se observa en el ámbito de la administración y gestión. En las principales escuelas de administración pública se siguen difundiendo concepciones anticuadas de administración y de gestión. Hasta ahora no ha habido un proceso de «aculturación activa» (44). No ha habido una recepción de conceptos modernos de gestión desarrollados en los países desarrollados, donde abundan las experiencias en cuanto a la modernización de la administración pública, introduciendo nuevos conceptos desarrollados y experimentados en el sector privado.

A. ASPECTOS TEORICO-ANALITICOS DE LOS SISTEMAS DE DE GESTION PARA LA ADMINISTRACION PUBLICA

Antes de efectuar un diagnóstico, es preciso describir brevemente el marco de referencia teórico que forma la base para la evaluación del sistema actual de gestión de la administración pública (45).

1. Marco de Referencia Teórico del Estudio de Organizaciones Administrativas

Hay una multiplicidad de teorías científicas sobre la organización de la administración que contienen afirmaciones sobre la estructura administrativa, a saber: a) la Teoría clásica de Organización (Max Weber); b) las Teorías de Relaciones Humanas; c) la Teoría de Decisión; y d) la Teoría Sistémica (46).

La teoría moderna de organización, en forma de «teoría sistémica», reviste la enorme ventaja

de superar la reducida capacidad de conocimiento de las teorías tradicionales de organización, dado que entrega un planteamiento amplio e interdisciplinario (47).

En efecto, este enfoque toma en consideración importantes problemas y aspectos que hasta ahora no han sido abarcados de manera suficiente. Entre ellos se destacan (48):

- a) Problema de interdependencia: las relaciones de una organización (un sistema) con su ambiente;
- b) Problema de complejidad: las interrelaciones de los componentes de una organización (elementos de un sistema);
- c) Problema de la efectividad o eficiencia y de la adaptación o flexibilidad: el mantenimiento de una organización mediante la realización de metas y/o de la adaptación a condiciones cambiantes; y,
- d) El intercambio de medidas organizativas (principios de «equivalencia funcional»).

La utilidad de este marco de referencia (modelo sistémico) se debe a su «apertura estructural». Se define un «sistema» (en este caso la administración) como una «unidad abierta» en relación a su ambiente, conformada por elementos que se relacionan tratando de realizar determinadas metas. El marco de referencia sistémico, por naturaleza, no contiene u opta por un modelo estructural determinado o único (como, por ejemplo, la teoría clásica, que considera el modelo jerárquico como modelo único posible, es decir como el único modelo «óptimo» y «racional») (49).

La concepción de una organización administrativa moderna aspira a crear una administración eficiente, con capacidad de adaptación y orientada a aspectos socio-sicológicos de los componentes y actores intervinientes. Por tanto, una moderna organización debe (50):

- a) asegurar y promover una realización eficiente de las tareas de la administración;
- b) garantizar una organización administrativa con capacidad de adaptación; y,
- c) promover una organización administrativa orientada a aspectos socio-sicológicos.

2. Aclaraciones conceptuales y marco de referencia

Se define management como «la regulación de la conducta humana orientada hacia metas en sistemas sociales con el objetivo de realizar en la forma más óptima posible tanto las metas de la institución, como las de los individuos que colaboran en ellas» (51). O dicho en otras palabras: management es «la regulación de personas (conductas) y de procesos o sistemas orientados hacia metas» (52). Esto incluye la fijación y la realización de metas, el desarrollo del sistema y la regulación de los procesos de consecución de metas. Esta regulación se logra mediante varios elementos sistémicos. Según Werner Hugger, son cinco los sistemas básicos que constituyen un sistema de management: sistema de metas, sistema de gestión, sistema organizativo, sistema de información y sistema de planificación e información (53)

Los sistemas de gestión constituyen «el compendio del instrumental con el cual se cumplen tareas de gestión» (54). Estos están constituidos por diversos componentes, que contribuyen al cumplimiento de las funciones parciales y que están estrechamente interrelacionados (integración) (55).

A través de modelos o conceptos de gestión se elabora una idea más definida sobre las formas concretas de estos determinantes del sistema. Ellos representan «ideas-deber» sobre la estructura y el modo de funcionamiento de los sistemas de gestión (56).

3. Elementos estructurales de un sistema de gestión

Se desarrollarán a continuación los elementos estructurales que constituyen una especie de referencia para analizar la gestión en las administraciones públicas. Se presenta un «sistema-marco» de gestión.

Los elementos estructurales de gestión que se presentan se derivan de un análisis tanto de la literatura existente acerca de problemas de gestión, como de los conceptos de gestión existentes y aplicados con éxito (praxis).

Los elementos estructurales de un sistema o modelo de gestión se pueden agrupar en las siguientes categorías (57):

Elementos que se pueden asignar de manera unívoca al sistema de gestión

Se trata de los siguientes elementos: estilos de gestión, medios de gestión, técnicas de gestión, técnicas para la toma de decisiones, sistema de motivación y de incentivo y sistema de desarrollo del personal;

Elementos que se ubican en la frontera límite entre el sistema de gestión y el sistema de rendimiento.

Los elementos principales son: sistema de organización, sistema de metas, sistema de planificación, sistema de control, sistema de información.

El gráfico 20 presenta en forma sinóptica los elementos estructurales (y subelementos) que constituyen los elementos principales de un sistema marco de gestión, los cuales se han de considerar como los componentes pertinentes y básicos de una adecuada administración pública.

B. DIAGNOSTICO/EVALUACION DEL ACTUAL SISTEMA DE GESTION EN LA ADMINISTRACION PUBLICA DE SALUD

A continuación, se efectuará una evaluación del actual sistema de gestión en la administración pública de salud. Se intentará hacer un inventario de los defectos más notorios del actual sistema de gestión (58).

1. Estilo de gestión

Por estilo de gestión se concibe «un determinado procedimiento o modo de adopción de decisiones» (59).

Para hacer una estimación del perfil del actual estilo de gestión en la administración pública de salud, se empleará primero el esquema desarrollado por Reinhard Baumgarten, que se basa en una serie de criterios asignables a dos tipos de categorías: a) categorías organizativas y b) categorías socio-sicológicas (60).

La tabla 31 muestra el perfil del estilo actual de gestión, que es relativamente autoritario/autocrático.

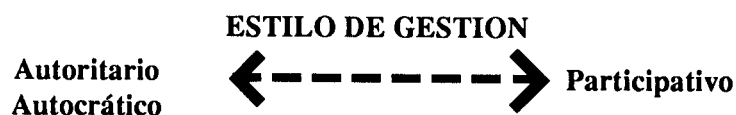
Tabla nº 31
Perfil del estilo de gestión

		1	2	3	4	5	6	7
1. Tipo de gestación de decisiones	individual	•						colegial
2. Distribución de tareas de decisión	centralizada	•						descentralizada
3. Tipo de imposición de decisión	bilateral	•						multilateral
4. Tipo de control	control por el superior	•						autocontrol
5. Grado de formalización y de organización	alto	•						bajo
6. Actitud del superior hacia el colaborador	desconfianza	•						sinceridad, franqueza
7. Actitud del colaborador hacia el superior	respeto, resistencia	•						aprecio, estima, confianza
8. Frecuencia de contacto entre superior y colaborador	baja	•						alta
9. Móvil de actuación superior	conciencia deber, rendimiento	•						integración
10. Móvil de actuación del colaborador	seguridad, coacción	•						independencia, comprensión
11. Vinculación del colaborador con el sistema de gestión	débil	•						fuerte
12. Clima social	tenso	•						pacífico

NOTA: a) Un estilo autoritario o autocrático en su forma extrema existe en el caso del valor 1

b) Un estilo cooperativo en su forma extrema existe en el caso del valor 7

Usando como criterios principales los criterios de confianza, motivación, comunicación, toma de decisiones y fijación de metas, se llega al siguiente resultado en cuanto al estilo de gestión en la administración pública de salud:



a) Confianza

• ¿Cuánta confianza se manifiesta respecto al colaborador?	muy poca	poca	bastante	mucha
• ¿Cuán libre se sienten los colaboradores al hablar con su superior?	muy cohibido	algo cohibido	bastante libre	totalmente libre
• ¿Son deseadas sugerencias de parte de los colaboradores y son las propuestas útiles rechazadas?	pocas veces	a veces	en la mayoría de los casos	siempre

b) Motivación

• ¿Cómo son los colaboradores motivados?	mediante presión y sanciones	mediante dinero	mediante reconocimiento	mediante colaboración y autogestión
--	------------------------------	-----------------	-------------------------	-------------------------------------

c) Comunicación

• ¿Cuanta comunicación se emplea para dar a conocer las metas de la administración?	muy pocas	poca	bastante	mucha
• ¿Cuál es la dirección del flujo de información?	solamente hacia abajo	normalmente hacia abajo	hacia abajo-hacia arriba	hacia todos los lados
• ¿Cómo se reciben los informes hacia abajo?	con mucha desconfianza	con desconfianza	con cuidado	con ninguna desconfianza
• ¿Cuán fiel (auténtico) fluyen las comunicaciones hacia arriba?	frecuentemente incorrectas	arregladas por el jefe	algo filtrado	no filtrado
• ¿Cuán exacto conocen los superiores?	muy impreciso	impreciso	bastante impreciso	muy preciso

d) Toma de decisiones

• ¿En cuales niveles se toman decisiones?	siempre arriba	instrucciones (arriba)	instrucciones (arriba)	en casi todos los niveles
• ¿Hasta qué grado los colaboradores toman decisiones que corresponden a su ámbito de trabajo?	de ningún modo	algo de delegación a veces	mucha delegación frecuentemente	casi siempre

e) Fijación de metas

• ¿Cómo se fijan las metas de la administración?	mediante instrucción/orden	mediante instrucción/orden	mediante instrucción/orden	mediante instrucción/orden
• ¿Cuán fuerte es la resistencia frente a estas metas?	muy fuerte	muy fuerte	muy fuerte	muy fuerte
• ¿Desde cuál nivel se ejerce el control?	desde muy arriba	desde muy arriba	desde muy arriba	desde muy arriba

El estilo autocrático/burocrático de gestión, acompañado de falta de participación, conduce a una desmotivación y a un clima organizacional perturbado. La participación y un estilo participativo de gestión son capaces de revertir un mal clima organizacional, generando la necesaria motivación y el ambiente de beneficio recíproco que conducen al funcionario y a la organización a un sentimiento de relación exitosa.

2. Medios de gestión

Por medios de gestión se conciben «las diferentes medidas singulares que sirven de medios auxiliares para la realización de determinados estilos de gestión» (61).

Los medios de gestión más relevantes son principios o instrucciones de gestión fijados por escrito, medios auxiliares organizativos, medios de control y formas de aplicación (imposición) de decisiones (62).

Principios o instrucciones de gestión fijados por escrito

Mediante las normas o instrucciones de gestión «se fijan por escrito los principios de gestión de una organización» (63). Representan «un resumen de los principios para la conducta de superiores y colaboradores respecto del proceso de gestión en cuanto al cumplimiento de sus tareas» (64).

Las instrucciones contienen una descripción de: a) los elementos del estilo de gestión, b) el procedimiento respecto del colega y de terceras instancias, c) las vías de reclamo, d) la calificación y la promoción del colaborador, e) el sistema de control, f) el modo de información y, g) derechos y deberes de los colaboradores y superiores.

En el caso de la administración pública de salud no existen principios o instrucciones explícitas de gestión. Cierta clase de principios de gestión revisten los reglamentos que, sin embargo, son muy anticuados y no contienen los elementos esenciales de instrucciones de gestión. El reglamento actual está constituido por un conjunto de disposiciones que demoran los procesos habituales administrativos o que hacen más rígida su administración.

Debido a la ausencia de principios de gestión se pierden las ventajas que ellos brindan, a saber: a) el efecto de transparencia, b) el efecto de control (evitar arbitrariedades); y c) el efecto de economía.

Medios auxiliares

Los medios auxiliares organizativos más importantes en el ámbito de gestión son: descripción de cargo, diagrama de funciones, organigramas, etc.

En cuanto a la administración pública de salud, se observa que los medios auxiliares mencionados no existen o, en el caso de existir, son rudimentariamente desarrollados e incompletos.

Descripciones de cargo no hay o, en el caso contrario, solamente en forma rudimentaria, incompleta y poco sistematizada. Tampoco es usual el uso de diagramas de funciones. Lo que sí se emplea son los organigramas.

Especialmente la descripción de cargo y el diagrama de funciones son elementos esenciales para una gestión eficiente. La descripción de cargo fija la forma de inserción de un determinado cargo en la estructura administrativa y es condición para el funcionamiento de la delegación de tareas y competencias. Es una herramienta para un ordenamiento lógico de competencias. El diagrama de funciones constituye una condición importante para la coordinación de tareas y funciones.

Formas de aplicación (adopción) de decisiones

Predominan formas autocráticas o autoritarias en la adopción de decisiones (orden, instrucciones o disposiciones por escrito). No se da mucha importancia a formas cooperativas o participativas de aplicación de decisiones (por ejemplo, aplicación mediante convencimiento y previa escucha de los funcionarios).

3. Técnicas de gestión

Las técnicas de gestión son «técnicas que deben asegurar una gestación eficiente de las funciones de gestión y un aumento del rendimiento de los funcionarios» (65).

En la actual administración del sector salud se emplea primordialmente la «gestión mediante control y dirección», que se basa en el principio tradicional jerárquico o autoritario/burocrático. No hay participación del funcionario, que es considerado como mero objeto.

A este estilo corresponde una cultura administrativa burocrática y autoritaria que se caracteriza por elementos como: subordinación y obediencia (falta de «civildourage»), orden o jerarquía, falta de humanidad, falta de cooperación, falta de sinceridad y rectitud, falta de autodeterminación y poca creatividad.

4. Métodos para la toma de decisiones

El proceso de toma de decisiones es determinante para el funcionamiento adecuado de las organizaciones públicas de salud. Se pueden identificar fallas severas que necesitan superación. La toma de decisiones debe fundamentarse en el proceso cognoscitivo de análisis y síntesis que permite conocer un problema, sus factores causales y condicionantes.

Las técnicas de solución de problemas, es decir técnicas para la toma de decisiones, son bastante tradicionales y anticuadas. No se emplean métodos científicos de razonamiento para tomar decisiones (técnicas del «Force-Fit»: por ejemplo, simulación, «systems analysis», métodos heurísticos, etc.). Es necesario modernizar los procedimientos de toma de decisiones.

5. Sistema de incentivo y motivación

El Sistema de Incentivo abarca «todos los instrumentos para aumentar el rendimiento de los funcionarios y la satisfacción de los funcionarios en el lugar de trabajo» (66).

En el sector salud no hay un sistema desarrollado y coherente de incentivos y de motivación (incentivos monetarios, sociales, relacionados con la carrera y con el contenido del trabajo).

Existe una «rigidez total en la administración de recursos humanos» que se traduce en plantas inflexibles, inamovilidad total de los funcionarios e imposibilidad de premiar a los funcionarios que se destacan en el desempeño de sus funciones (67). En este punto se puede señalar «que casi no existen incentivos correctos que permitan a los administradores, a los encargados de dar las prestaciones de servicios de salud y finalmente al personal administrativo de servicio y apoyo administrativo, aumentar productividad, rendimiento y calidad de los servicios que entregan» (68).

Esto explica en gran parte el descontento de los funcionarios con la actual administración y el clima organizacional negativo. Ello genera frustración e incide negativamente en el funcionamiento eficaz de la organización. Se observa un profundo daño en la motivación y en el compromiso y la responsabilidad del personal del subsector. La disposición anímica constituye un punto débil de la estructura organizacional actual, debido principalmente a la falta de incentivos y desafíos.

6. Sistema de Desarrollo del Personal («Recursos Humanos»)

El recurso humano es el bien máspreciado para el sistema. Esto vale especialmente para el personal de gestión.

No existe un sistema de desarrollo del personal (capacitación perfeccionamiento, calificación y promoción de personal y «Management Development»).

Lo más grave es la falta de un desarrollo sistemático del personal de gestión, elemento clave de un sistema de gestión. No hay «Management Development», es decir una política de desarrollo del personal de gestión. Esto tiene como consecuencia lógica el subdesarrollo del personal de gestión, que no posee las «calificaciones o aptitudes claves» para una gestión eficiente (69).

La capacitación formal o experiencia práctica en gestión es baja. A esto hay que agregar como agravante que la gran mayoría del personal no tiene formación en gestión pública y alcanza sus puestos por una combinación de liderazgo gremial y cuoteo político.

El manejo de personal es una pieza clave de la eficiencia. Gran parte de las funciones de la administración de personal se encuentran reguladas por el Estatuto Administrativo, lo que ha generado una enorme inflexibilidad en la aplicación de esfuerzo y en la motivación de las personas. Da lo mismo ser eficiente y de alta productividad o lo contrario, pues los ascensos se manejan casi exclusivamente según el criterio de antigüedad.

No existe una formulación explícita sobre políticas de recursos humanos.

Es necesario incorporar técnicas adecuadas de selección de personal. Este debe incorporar métodos que se inicien con la definición de un perfil al cual debe ceñirse el postulante para cumplir con las funciones inherentes al cargo, pero fundamentalmente deben tenerse en cuenta capacidades individuales, rasgos de personalidad (liderazgo, etc.) y rendimiento en los cargos previos. Lo anterior adquiere preeminencia cuando se trata de cargos directivos.

La capacitación es insuficiente y no institucionalizada. La calificación y promoción del personal carece de objetividad. El sistema de evaluación debe perfeccionarse, considerando factores objetivos que permitan y favorezcan el perfeccionamiento funcionario y personal.

7. Sistema de organización

La organización constituye una función central del «management» de una administración.

El actual sistema de organización es jerárquico e ineficiente. No se han considerado formas más modernas en cuanto a la estructura organizativa (tales como, por ejemplo, departamentalización funcional o por producto, departamentalización por divisiones, diseño matricial).

Las estructuras organizacionales son extremadamente rígidas. Las estructuras actuales obstaculizan la fluidez de la funcionalidad del sistema e impiden un trabajo cohesionado y

consistente. Las decisiones son lentas, rutinarias, centralizadas y sancionan planes o programas elaborados en departamentos y divisiones segmentados y se ejecutan sin claridad de objetivos.

A nivel de las instituciones del sector, el proceso de desgaste y deterioro organizacional alcanza un alto grado, repercutiendo en la ejecución de sus funciones. El desgaste produce un deterioro recurrente de las instituciones, conduciéndolas hacia una pérdida de sus objetivos sociales y una desarticulación de sus componentes, lo que lleva a la inactividad funcional.

Es muy necesario y urgente modificar las estructuras organizacionales de las instituciones del sector salud (Minsal, Servicios de Salud, hospitales) para superar estas deficiencias severas: conflicto de autoridad, duplicación de actividades, intereses dispersos y objetivos divergentes.

Por ejemplo, la estructura organizacional de los Servicios de Salud es la misma desde 1979. Se propuso en 1991 un proyecto de reglamento nuevo, que no satisfizo las aspiraciones de todos. Es preciso, pues, revisar la estructura organizacional.

El marco legal y administrativo de la administración pública resta enorme flexibilidad a la gestión. Toda decisión y toda acción son de ejecución extremadamente lentas, lo que afecta seriamente la oportunidad en la implementación de soluciones y aumenta la complejidad del manejo de todos los factores. Esto, pues, establece procedimientos que -aunque son aplicados dentro de la organización- no tienen una orientación hacia el logro de los objetivos concretos de las instituciones públicas de salud, sino que simplemente se orientan hacia el cumplimiento de la ley, sea o no útil.

La departamentalización o el agrupamiento de los trabajos no se efectúa de acuerdo a un esquema lógico.

La heterogeneidad y el volumen de las funciones asignadas a cada división, departamento y unidad ponen en evidencia la falta del recurso organizacional que agrupe funciones similares en áreas o departamentos que hagan posible su conducción. La confusión sobre la ubicación de unidades en el esquema confirma que el desglose de unidades dependientes se encuentra además insuficientemente definido. Como consecuencia de lo anterior, estas unidades y servicios han perdido el objetivo unitario. No comparten un sentido de misión y se encauzan por senderos diversos, esterilizando la búsqueda de resultados conjuntos. Esto tiene como consecuencia que el funcionario tenga un horizonte muy estrecho y limitado y exista una gran duplicación de esfuerzos, superposición de funciones y potestades y, en consecuencia, pérdida de recursos.

En cuanto a la organización administrativa, el modelo de organización imperante en la administración pública se puede clasificar como «variante jerárquica» (burocrática) (70).

Los principales criterios de esta forma organizativa («burocracia») son:

- a) la competencia decisional se sitúa en el nivel superior de la administración;
- b) un ordenamiento jerárquico de las relaciones de autoridad entre los miembros de la organización (orden de competencias y rango verticalmente escalonado);
- c) una fuerte división de trabajo, con la especialización de los funcionarios en sus ámbitos parciales; y;
- d) una amplia formalización de las secuencias de trabajo y competencias (derechos y obligaciones) de los diferentes superiores y colaboradores.

Esta forma organizativa muestra una serie de «consecuencias disfuncionales» que hacen necesaria su modificación (71). Entre las más importantes deficiencias, habrá que destacar las siguientes:

- a) La amplia división del trabajo, junto con la extrema formalización del proceso decisional, lleva consigo una captación y un procesamiento selectivo de informaciones y obstaculiza una adaptación flexible de la organización a nuevas situaciones;
- b) Este hecho dificulta una planificación activa que vaya más allá de los ámbitos parciales y sea integrativa de problemas complejos y dificulta también una coordinación de las diferentes unidades administrativas;
- c) El orden jerárquico de competencias se basa en el supuesto de que el superior dispone de mayores conocimientos. Esto dificulta la necesaria contratación e integración de especialistas y conduce a conflictos organizativos internos (conflictos entre «autoridad formal» y «autoridad funcional»);
- d) Las relaciones verticales de autoridad y comunicación, enfatizada por la jerarquía, impiden tanto una colaboración horizontal que va más allá de los diferentes ámbitos e impide un estilo cooperativo de trabajo. Este sistema jerárquico acentúa el surgimiento de conflictos organizativos internos (por ejemplo respecto de competencias, procedimientos y personas) y causa frustraciones en los funcionarios;
- e) La orientación de los procesos decisionales hacia los cargos máximos, condicionado por la jerarquía, conduce a un «sobrecargo» de la directiva. Esta se encuentra «inundada» con tanta información proveniente del aparato y del entorno, de manera que no está en condiciones de procesarlos adecuadamente. Este hecho, y la tendencia a dar

preferencia a decisiones de corto plazo y rutinarias, a decisiones complejas y de largo plazo, conduce a una disminución de la capacidad de la directiva para el desarrollo y la regulación de procesos decisionales complejos.

Por las desventajas descritas, es necesaria una reforma de la organización administrativa. Para superar estas desventajas existen un serie de variantes estructurales organizativas alternativas o complementarias.

8. Sistema de planificación

En la administración pública de salud predomina la planificación tradicional que, debido a la mayor complejidad de los problemas, se ha vuelto hoy en día obsoleta. No se emplean formas modernas de planificación (planificación participativa, planificación «contra la corriente» como combinación de la planificación inductiva y deductiva, «Operations Research», Planificación estratégica, etc.).

Esto origina una serie de deficiencias, a saber: a) falta de planificación sistemática de alternativas, b) fijación de metas sin previa planificación, c) falta de actualización de planes (ajuste de planes), d) insuficiente involucramiento de las diferentes unidades administrativas especializadas en la planificación, etc. Además, futuros desarrollos en el sector salud, cambios en las necesidades de largo plazo y el surgimiento de nuevos campos de problemas no son captados de manera sistemática e incorporados mediante una planificación y pronóstico de largo plazo (diagnóstico precoz), de manera que la administración se enfrenta frecuentemente con situaciones imprevistas, lo que la obliga a improvisar.

Los hechos concretos han demostrado que los supuestos sustentadores de la planificación tradicional son cada vez menos realistas, pues el presente se caracteriza por la discontinuidad, los cambios bruscos -globales y estructurales- los riesgos inesperados y una turbulencia creciente. Somos testigos de un período de cambio sin precedente, con creciente competencia y mayor incertidumbre. Esta situación cambiante e incierta determina, «per se», que las instituciones dependan para el logro de sus objetivos de la calidad interpretativa que hagan del futuro y la calidad de las decisiones que tomen en función de ese futuro previsible.

Las debilidades de la planificación tradicional, como herramienta para responder a los requerimientos del mundo moderno, ha llevado a muchos expertos y gobiernos en EE.UU. y Europa, a buscar alternativas más eficaces (Modelo Planning-Programming-Budgeting-System/ PPBS).

9. Sistema de metas

No hay un sistema desarrollado de gestación y fijación (operacionalización) de metas. Esto provoca severas deficiencias en la gestación de metas. Los más importantes son:

- a) La gestación y fijación de metas ocurre de manera reactiva y sin mayor planificación. Esto significa que frecuentemente se efectúan cambios «ad hoc» en las metas y prioridades y sin suficiente coordinación horizontal y vertical en el aparato;
- b) Fijación de metas sin planificación. La fijación de metas no es respaldada en cuanto al aspecto recursos mediante una planificación previa;
- c) Falta de actualización de metas;
- d) Insuficiente traducción de metas. Las metas y los planes son muy generales y no suficientemente operacionalizados y traducidos en metas concretas de trabajo para las unidades inferiores; y,
- e) La cultura organizacional se caracteriza por su orientación a normas y procedimientos, más que a metas.

En fin, no existe un sistema de gestación y fijación de metas. No existe una formulación clara de políticas nacionales de salud. En los Servicios de Salud no existe una formulación explícita de políticas propias. Se adoptan políticas nacionales vagas para la orientación de su quehacer. Además, las políticas adoptadas o formuladas tácitamente son conocidas sólo a un nivel jerárquico superior del Servicio. Existe dificultad en la difusión de éstas hacia los niveles operativos, lo que impide su utilización como guía y orientación para el logro de los objetivos planteados. Actualmente estas situaciones gravitan en la conducción del sector.

10. Sistema de control

No existe un sistema coherente y desarrollado de control de metas. No se practica la técnica de análisis de desviación, vale decir, un control sistemático en cuanto al funcionario y a las tareas. Debido a que no se efectúa un desglose continuo de las metas y tareas globales en metas parciales operacionales para las diferentes unidades organizativas y sus correspondientes funcionarios, no es posible un control de éxito de las diferentes unidades de trabajo. Así, falta además una base para una calificación y una promoción objetivas de los funcionarios que se oriente hacia objetivos.

11. Sistema de información

Las consecuencias negativas de las deficiencias de los sistema de planificación y gestación de metas son acentuadas por deficiencias en el sistema de información. Así, el flujo de información es restringido por tramos demasiado largos, surgen filtraciones y se produce la monopolización de información en ambas direcciones (hacia arriba y hacia abajo) e importantes informaciones no son intercambiadas entre los diferentes niveles de gestión.

El actual sistema de información no es adecuado a las exigencias del sector salud. El sistema está obsoleto, pues se basa en procedimientos manuales y metodologías de evaluación para decisiones de gasto muy primariamente desarrolladas. La calidad, suficiencia, actualización y oportunidad de la información al interior del sistema de salud son absolutamente deficientes. Por otra parte, el déficit de profesionales y técnicos de la informática es severo.

En consecuencia, tanto la disponibilidad como la utilización de la información deben perfeccionarse. La información es elemento fundamental para la toma de decisiones.

Está en sus inicios una reforma a los sistemas de información, pero no se comenzó por identificar al tipo y cantidad de información a recolectar. La tecnología informática no producirá resultados si no es acompañada por el diseño de nuevos sistemas de información.

Se ha mejorado la infraestructura, pero no hay capacidad de generar y procesar adecuadamente las informaciones para fines de gestión.

En resumen: se puede constatar que el sistema existente de gestión en la administración pública de salud es altamente insuficiente. Entre los elementos estructurales no hay coherencia. El sistema es incompleto y sus elementos principales son anticuados. Esto explica la baja capacidad de gestión dentro del sector público de salud. El actual sistema de gestión no considera la mayoría de los elementos y principios de los sistemas modernos de gestión (Tabla 32).

Un problema adicional es el predominio de médicos en la administración pública de salud. La falta de capacidad se deriva también por «la tradición de que la administración de los servicios de salud la pueden realizar profesionales que normalmente se destacan en sus respectivas especialidades médicas o clínicas, aunque éstos no tengan formación formal en administración y gestión de instituciones de salud» (72).

Tabla 32:
Comparación de los diferentes conceptos de gestión

Elementos y Principios (x - considerado) Conceptos de Gestión	Fijación de funciones	Iniciativa de gestión	Autoregulación	Delegación	Estilo participativo de gestión	Reglas de excepción	Descripción de cargos	Metas y standards de rendimiento	Análisis periódico de meta-resultado	Datos de control - feed back (sistema de control)	Información	Sistema revolutivo de planificación	Ciclo periódico de management	Reglas para los procesos de gestación, adaptación y coordinación de metas	Clasificación del personal orientada hacia metas y éxito	Motivación de aprendizaje y de rendimiento orientada hacia metas	Sistema de incentivo orientado hacia metas	Sistema del desarrollo de potencial del personal de gestión (Management Development)	Sistema integrado de información de gestión (IM-PCS)
Gestión mediante "auto-ejecución" (Seudo Gestión)																			
Gestión mediante encargo singular (individual) (Management by Direction and Control)	-	X																	
(Laissez-faire) Gestión mediante renuncia de intervención	-	-	X																
Gestión mediante delegación de funciones (Modelo de Harzburg)	X	X	X	X	X	X	X												
Gestión mediante intervención por excepción (Management by exceptions)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Gestión mediante concordancia de metas (Management by objetivos)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Gestión mediante regulación del sistema (Management by system)	+	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Es también posible evaluar un sistema de gestión de acuerdo a criterios tales como: aumento de motivación, mejoramiento de participación, desarrollo de capacidad de gestión, incentivo a la innovación, generación de transparencia de metas, aumento de eficiencia, mejoramiento del flujo de información, aumento de capacidad de decisión, control flexible, mejoramiento de coordinación y manejo racional de conflictos (73).

Aplicando estos criterios al sistema actual de gestión en el sector público de salud, se llega a la conclusión que éste no brinda un aporte significativo respecto del cumplimiento de los criterios (Tabla 33).

Tabla 33:
Evaluación del sistema actual de gestión según criterios evaluativos específicos administrativos

CONCEPTOS DE GESTION	ASPECTOS DE EVALUACION (Capacidad de rendimiento)													
	a) Criterios orientados a la conducta						b) Criterios orientados al rendimiento							
	(1) Aumento de motivación			(2) Mejoramiento de participación	(3) Desarrollo de capacidad de gestión	(4) Incentivo a la innovación	(5) Generación de transparencia de metas	(6) Aumento de efectividad	(7) Aumento de eficacia	(8) Mejoramiento del flujo de información	(9) Aumento de capacidad de decisión	(10) Control flexible	(11) Mejoramiento de coordinación	(12) Manejo racional de conflictos
	(a) Motivación Directa	(b) Motivación indirecta	(c) Motivación social											
I) Modelo Jerarquico	0	0	B	0	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
IV) Modelo MBS	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Nota explicatoria:

- + El concepto de gestión promete brindar un aporte significativo respecto al aspecto expresado por el criterio.
- (+) se puede esperar un aporte positivo
- o no se puede esperar un aporte significativo
- el concepto de gestión brindará con alta probabilidad un aporte negativo

C. MANAGEMENT BY SYSTEMS (MBS): UNA CONCEPCION DINAMICA Y CIBERNETICA DE GESTION

Hoy en día, una serie de tendencias de desarrollo (creciente dinámica y complejidad del entorno, creciente tamaño de las instituciones, etc.) ponen nuevas exigencias al sistema de «management» y a la administración pública. Somos testigos de un período de cambio sin precedentes, con creciente competencia y mayor incertidumbre. Esta situación cambiante e incierta requiere poner el sistema de «management» al día.

Las funciones claves del «management», tales como identificación de problemas, gestación y fijación de metas, planificación y control, adquieren una importancia mucho mayor que en el pasado. Estas funciones no deben ejercerse de manera aislada, sino más bien han de ser vinculadas de manera sistemática mediante una «relación procesal»; esta relación puede ser descrita como «ciclo cibernético de management» que encuentra su máxima expresión en el modelo «Management by System» (MBS). Para lograr un «management» eficiente del sistema de salud es preciso institucionalizar organizativamente este «ciclo de management» (74).

El Management by Systems es un modelo de «management» que puede crear las condiciones para una realización óptima de las metas de la administración. Es un concepto moderno y dinámico de gestión. El MBS es considerado hoy como el modelo más completo de gestión y ha sido implementado en los EE.UU. y en Europa, primero en las empresas privadas, y después en la administración pública (75).

Este modelo general de «management» puede constituir un «modelo básico» (modelo matriz) para el desarrollo de modelos más concretos para determinados ámbitos de la administración pública (76).

Habrà que dejar en claro que la implementación de un nuevo modelo de gestión requiere cambios profundos en las actuales formas de pensar. Es preciso alejarse del «pensar estático». Los futuros gestores han de «pensar dinámica y sistémicamente».

1. Principios y características del MBS

El MBS: es un modelo de gestión dinámico, cibernético e integrativo de gestión (77).

El MBS se basa en la idea básica que las instituciones societales (empresas y administraciones públicas) son «sistemas abiertos orientados hacia una finalidad» (78).

Ahora bien, el MBS parte del supuesto evidente que cada «socio-sistema» (sistemas gubernamentales, empresas, etc.), que se orienta hacia metas y pretende ser eficiente, persigue metas que él mismo se fija considerando su ambiente. Estas metas no son simplemente preexistentes, sino que han de ser generadas mediante de un proceso de gestación y de planificación. Todos los niveles de gestión han de orientar su quehacer hacia metas claras y operacionalizadas, sincronizadas entre sí (79). Esta gestación e imposición de metas representa, sin embargo, solamente una parte del proceso. Habrá que agregar otro aspecto relativo a la realización de las metas.

Para lograr integrar ambos aspectos, se requiere de procesos e instrumentos de regulación y coordinación. Las ideas fundamentales para el desarrollo de estos procesos son (80):

- a) El rol y la responsabilidad del «manager» consisten en regular la gestación y la realización de las metas, es decir conducir al funcionario hacia el logro de éstas;
- b) Los procesos de gestación de metas (identificación, planificación y adopción de metas) y los procesos de realización de metas (regulación de la realización, inclusive control) están estrechamente interrelacionados;
- c) El éxito (grado de logro de metas) y la satisfacción del funcionario no dependen solamente de su capacidad de rendimiento (calificaciones, habilidades), sino también de su disposición respecto al rendimiento (motivación, querer) y de su rol en el proceso de rendimiento;
- d) La conducta y una gestión orientadas hacia el rendimiento, sin metas (= resultados deseados no son posibles; por lo tanto, se ha de dar gran importancia a una amplia identificación con las metas (o por lo menos aceptación de las metas).

Por lo tanto, para lograr un alto grado de cumplimiento de metas en la administración, han de:

- a) generarse primero estas metas, mediante procesos de planificación y de gestación de metas, y «distribuir las» (asignarlas) a los diferentes funcionarios (gestación y asignación de metas);
- b) conocer los funcionarios sus metas parciales y aceptarlas ampliamente («conocer y querer»); razón por la cual no se «prescribe» en el MBS las metas, sino se las genera mediante participación de los funcionarios, y se las hace concordar con ellos (commitment);

- c) estar los funcionarios en condiciones alcanzar sus metas (poder) y controlar su consecución (autocontrol); y,
- d) desarrollar permanentemente el potencial de rendimiento de los funcionarios mediante medidas apropiadas del «*Management Development*».

Para esto es fundamental un análisis de desviación respecto de las metas y los resultados, y la calificación del personal.

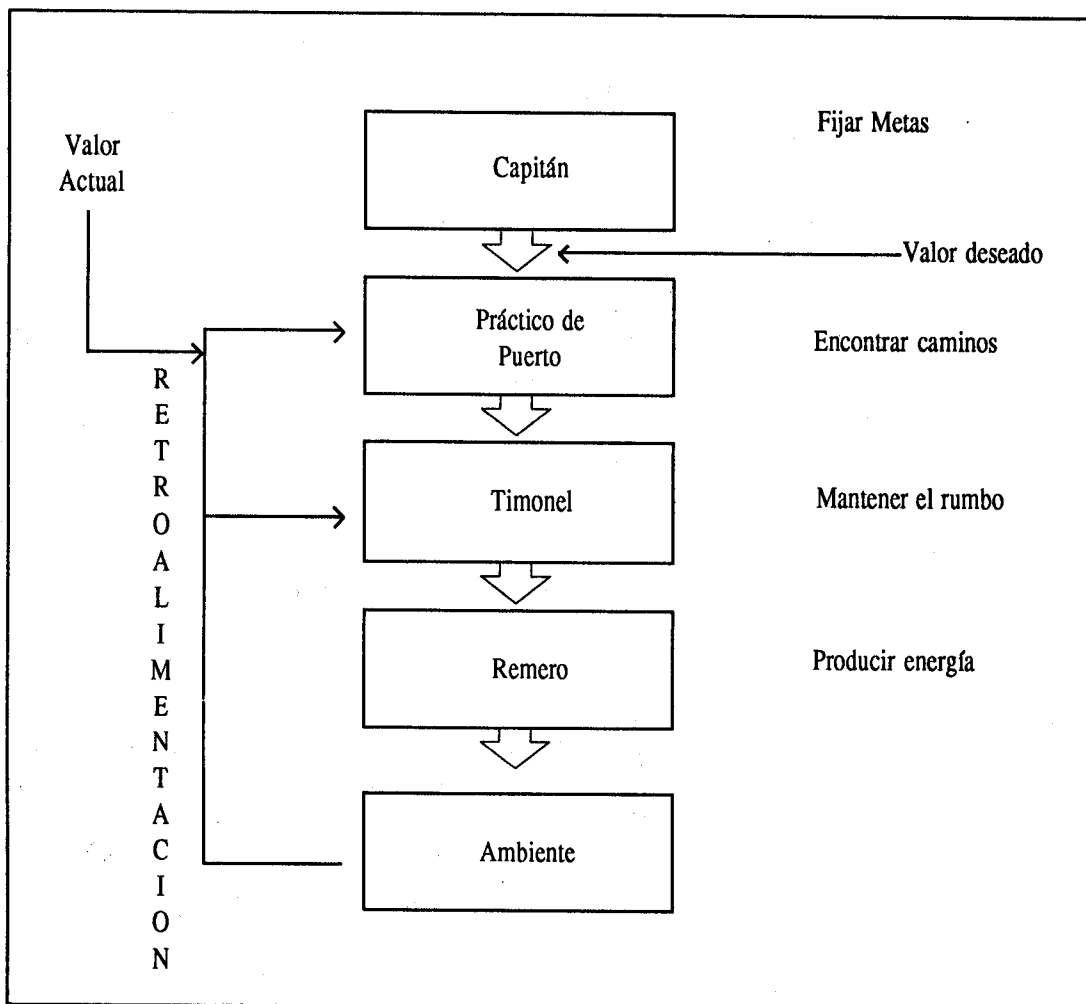
El MBS se basa en la idea del «Management by Integration & Self Control», es decir en el concepto de la gestión participativa o cooperativa hacia la cibernética. El funcionario ya no es considerado como mero «objeto» de la gestión. Es un modelo de gestión orientado hacia el rendimiento y la satisfacción de los miembros de la organización. Los colaboradores de cada superior son integrados en los procesos de gestión (gestación de metas, planificación, control), ambos se apoyan recíprocamente, su quehacer se orienta hacia metas comunes y además realizan sus funciones parciales según un concepto uniforme (81).

Habría que destacar el aspecto cibernético como «idea fuerza» del modelo, pues el MBS debe conducir a:

- a) que cada funcionario actúe dentro de su ámbito de delegación de forma autorresponsable y orientado hacia resultados, y que se comporte según el concepto cibernético de la autorregulación (autocontrol). De esta manera se «descarga» la directiva (intervención solamente en casos excepcionales);
- b) que se logre una mayor motivación hacia el rendimiento, una mayor iniciativa propia, una calificación objetiva de rendimiento, una clara responsabilidad respecto de los resultados y un actuar de acuerdo a metas concordadas;
- c) que se analicen las desviaciones de los resultados logrados respecto de las metas fijadas y sus causas, y se les supere mediante medidas planificadas de mejoramiento, de manera de que los efectos de aprendizaje sean traducidos sistemáticamente en cambios del sistema, de la conducta y de capacitación; y,
- d) que cada persona con responsabilidades de gestión realice de manera sistemática e integrativa, dentro de su ámbito de responsabilidad, sus funciones centrales de gestión, es decir que planifique las metas y las medidas, orientándose a las metas superiores, comprometiéndose a sí mismo y a sus colaboradores con estas metas, y supervisando permanentemente el logro de las mismas.

«Management» se puede caracterizar como regulación de personas (conducta) y procesos o sistemas orientadas hacia metas. El circuito de regulación es un modelo universal para la descripción del acontecer en la administración.

El concepto de regulación proviene de la teoría cibernética. El término «cibernética» es de origen griego «*kybernetes*». Platón habló de «conocimiento de regulación» y Plutarco denominaba el «práctico de puerto» como «*kybernetes*». Este concepto se ha aplicado a la empresa y a la administración. En la administración -como un sistema probabilístico altamente complejo- se intenta manejar y regular el desarrollo del sistema mediante la cibernética. En recuerdo del «práctico de puerto» se ha desarrollado el siguiente esquema cibernético de instancias, que puede ser comparado con la estructura de la administración o empresa:



Fuente: Demmer, Karl (Ed.): Die neuen Management-Techniken, München, 1969, p. 157

El capitán - como empresario o manager - fija las metas y señala así el «valor deseado». El práctico de puerto ha de encontrar mediante la permanente comparación con el «valor actual», los caminos para la consecución de la meta, es decir establecer el programa. Al práctico de barco le corresponde en la empresa o en la administración el «staff», es decir los planificadores. El timonel (en la empresa: el director, jefe de sección) «mantiene el rumbo», es decir es él quien traduce el programa en instrucciones y toma medidas correctivas en el caso de desviaciones. A los remeros corresponden las «fuerzas ejecutivas» (encargado de despacho, trabajador, etc.); son ellas las que realizan el rendimiento.

El circuito de regulación se compone de dos elementos básicos: el tramo (objeto) de regulación y el regulador. Las relaciones entre estos componentes (elementos) del sistema de regulación son descritas mediante las siguientes medidas: medidas de regulación (Regelgröße), medida real/actual (Ist-Größe), medida deseada (Soll-Größe), medida de ajuste (Stellgröße), medida de suministro (Versorgungsgröße) y medida de interferencia (Störgröße) (Tabla 34).

Tabla nº 34
Componentes y medidas del circuito de regulación

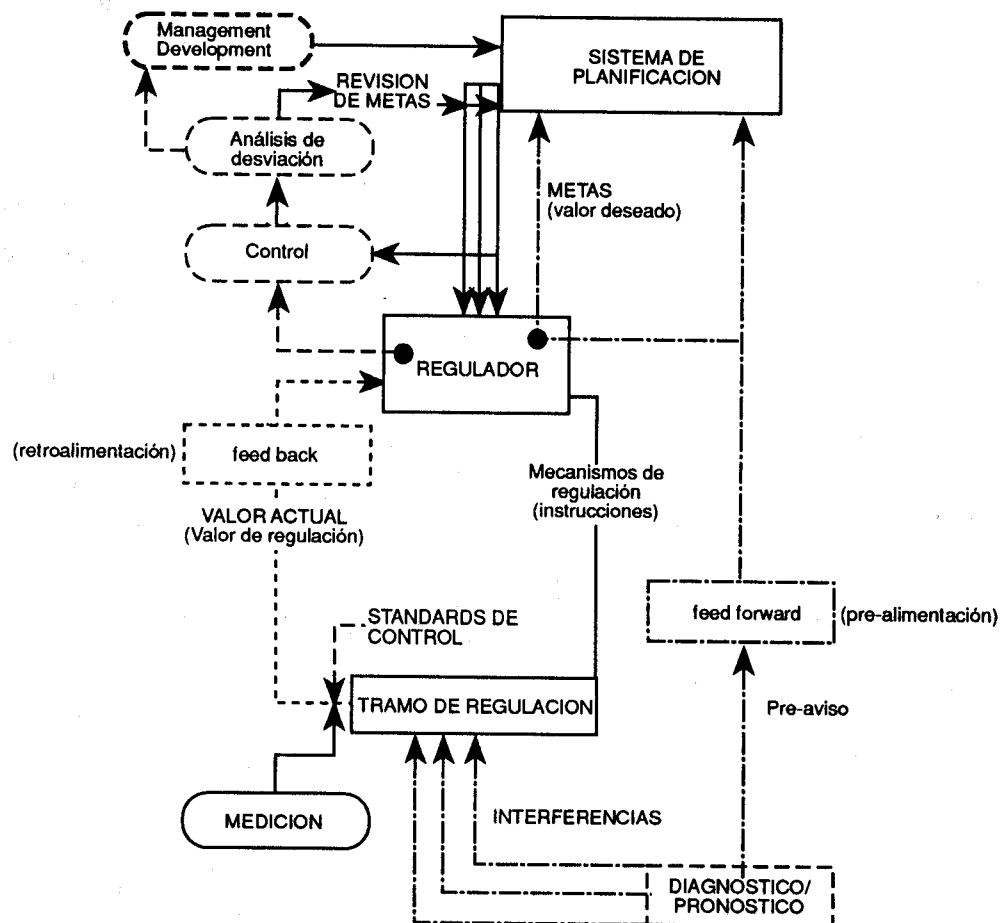
SISTEMA DE REGULACIÓN			
Sistema	Modelo de circuito	Hombre- máquina de regulación	Empresa (Sistema de ventas)
Componentes del sistema	Regulador Tramo (objeto) de regulación	Práctico de un barco Barco y tripulación regulación del rendimiento del motor y del timón	Mercado (cliente) Departamento de marketing (Sondeo de mercado y publicidad)
Relaciones sistémicas	Medida de regulación Regelgröße	Posición y velocidad del barco	Venta
	Medida real (Ist-Größe)	Posición y velocidad actual, medida	Ventas Realizadas
	Medida deseada (Soll-Größe)	Puerto destino	Plan de venta
	Medidas de posicionamiento/ajuste (Stellgröße)	Instrucciones del Práctico de barco a la tripulación para regulación del rendimiento y del timón	Medidas de publicidad
	Medida de suministro (Versorgungsgröße)	Energía, información	Productos finales de la producción
	Medidas de interferencia (Störgröße)	Variaciones (viento, agua, transmisión deficiente de información)	Fluctuaciones del mercado (reacciones de la competencia, cambios en las preferencias del cliente).

Fuente: Management für alle Führungskräfte in Verwaltung und Wirtschaft, Stuttgart, 1972, p.96 y 105

En el gráfico 21 se presenta el «proceso de management» como un modelo de circuito de regulación.

Aplicando los términos cibernéticos, es posible describir el proceso de «management» como «acto dinámico de regulación». Estos términos describen la función del «manager» como una regulación mediante medidas deseadas (metas), medidas de regulación/ajuste (instrucciones), «*feed back*» (medidas reales), datos de control, «*feed forward*» (preavisos, pronósticos), estándares de control (medidas para el estándar de rendimiento) y medidas de desviación (diferencia entre estado deseado - estado actual) (Gráfico 21).

Gráfico 21:
Management como circuito de regulación



Fuente: Wild, Jürgen: Management-Prozesse und Informationsverarbeitung, en: Datascope, 4, 1971, p. 3

En el caso de una administración, el tramo (objeto) de regulación es la unidad subordinada al superior que ha de regularse. Esto puede ser el funcionario, la sección o la administración en su conjunto. En el circuito de regulación, el «manager» es el regulador. Como tal realiza las funciones de decisión, realización, medición y comparación. Es él quien da al objeto de regulación, la medida de regulación (metas/objetivos) y mide el valor actual/real.

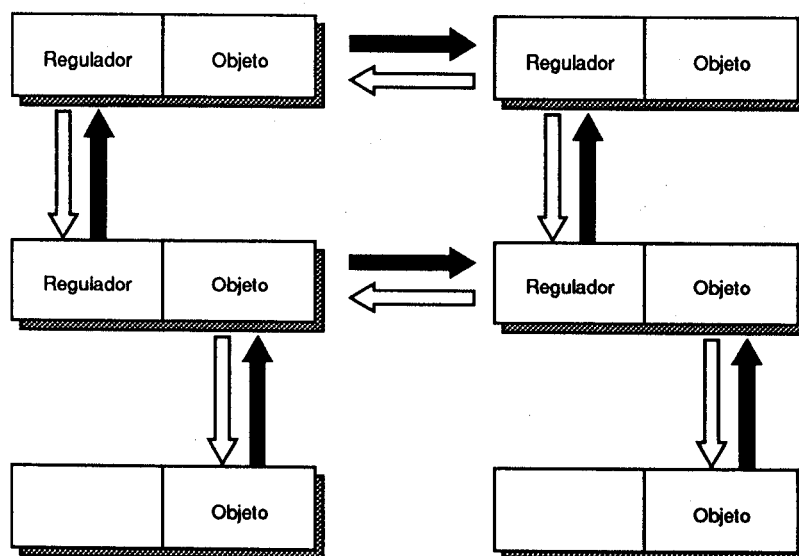
Hasta ahora hemos considerado como circuitos de regulación solamente segmentos del quehacer administrativo.

El complejo interactuar dentro de una administración (sistema) puede ser concebido también como un interactuar de muchos circuitos singulares de regulación. Según la tarea, tanto un colaborador, un cargo como un departamento o un ámbito entero pueden ser regulador u objeto de regulación.

La regulación transcurre dentro del marco de la jerarquía de competencias o de dirección. Se ha de concebir como jerarquía de circuitos vinculados el uno con el otro, dentro de la cual el «manager» actúa como órgano de regulación.

Cada administración puede considerarse como una red de circuitos de regulación entrelazados o sincronizados, tanto horizontal como verticalmente (Gráfico 22). Cada «manager» es regulador (en cuanto a la unidad subordinada) y objeto de regulación (en cuanto a la unidad superior). Es decir, cada «manager» es parte de por lo menos dos circuitos de regulación.

Gráfico 22:
Red de circuitos de regulación entrelazados vertical- y horizontalmente

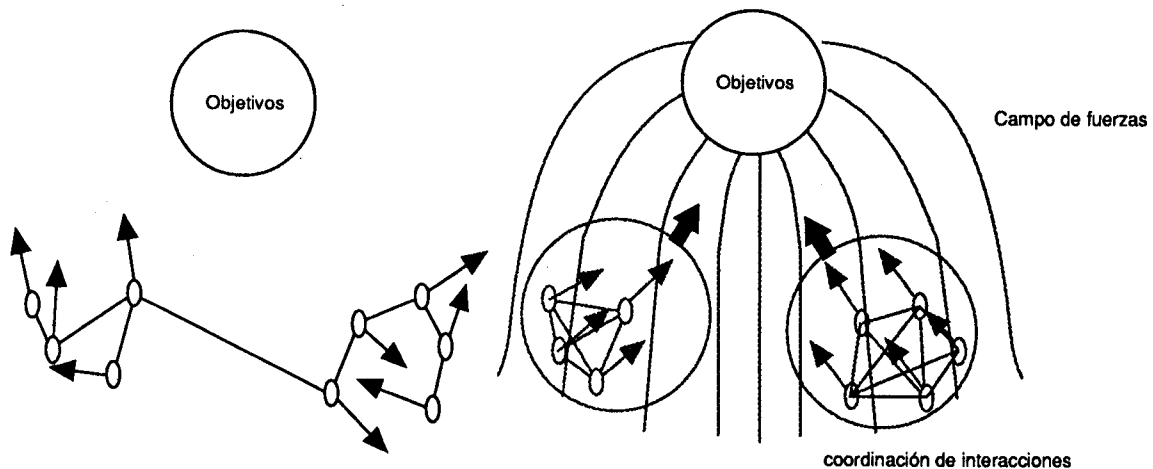


Fuente: Management für alle Führungskräfte in Wirtschaft und Verwaltung, Stuttgart, 1972, p.117

Mediante esta perspectiva dinámica y de conjunto es más fácil solucionar problemas organizativos.

El MBS es un sistema cibernético-dinámico de «management» (orientado hacia procesos). El «ciclo procesal» de las funciones de «management» -que va desde la gestación de metas y la planificación hasta la realización (ejecución), el control, el análisis de desviación y la actualización de estas metas- es reiterado periódicamente en cada nivel de gestión y para cada funcionario. Junto con ello se realiza la coordinación recíproca entre los niveles de gestión/coordinación vertical y horizontal, y se regula sistemáticamente, es decir se institucionaliza. Esta idea matriz atraviesa como un hilo rojo la construcción del modelo y determina el ritmo del sistema. El MBS, a la vez, toma en cuenta una de las exigencias elementales del circuito cibernético: el «*feed forward*» (pronóstico) y «*feed back*» de procesos vinculados funcionalmente. De esta manera, el sistema no regulado es transformado en un sistema regulado (autorregulado) (Gráfico 23).

Gráfico 23:
Sistema no regulado - sistema regulado



El análisis cibernético del proceso de «management» es una condición importante para el desarrollo de los componentes y los principios del «management». Los requisitos de la regulación son: a) clara delimitación de las competencias de regulación, b) metas claras, c) instrucciones de coordinación, e) medición del grado de cumplimiento de la meta mediante estándares de control apropiados, f) retroalimentación expedita y precisa (*feed back*), g) pronóstico de los cambios esperados (*feed forward*), h) realización de controles (comparación: estado deseado-estado actual) y i) análisis de desviación para detectar las debilidades y proponer innovaciones.

Este proceso se repite permanentemente: Mediante el «*feed forward*», control y análisis de desviación (efecto de aprendizaje), las metas y las medidas (planes) son revisadas permanentemente y son refijadas para el período siguiente de planificación. De esta manera se da un ciclo de «management», al cual se pueden agregar principios y componentes de otros conceptos de «management» (por ejemplo, delegación de competencias, concordancia de metas, autocontrol, motivación, sistema de información, etc..).

Para la implementación de un ciclo de «management» tal, han de cumplirse por lo menos los siguientes requisitos:

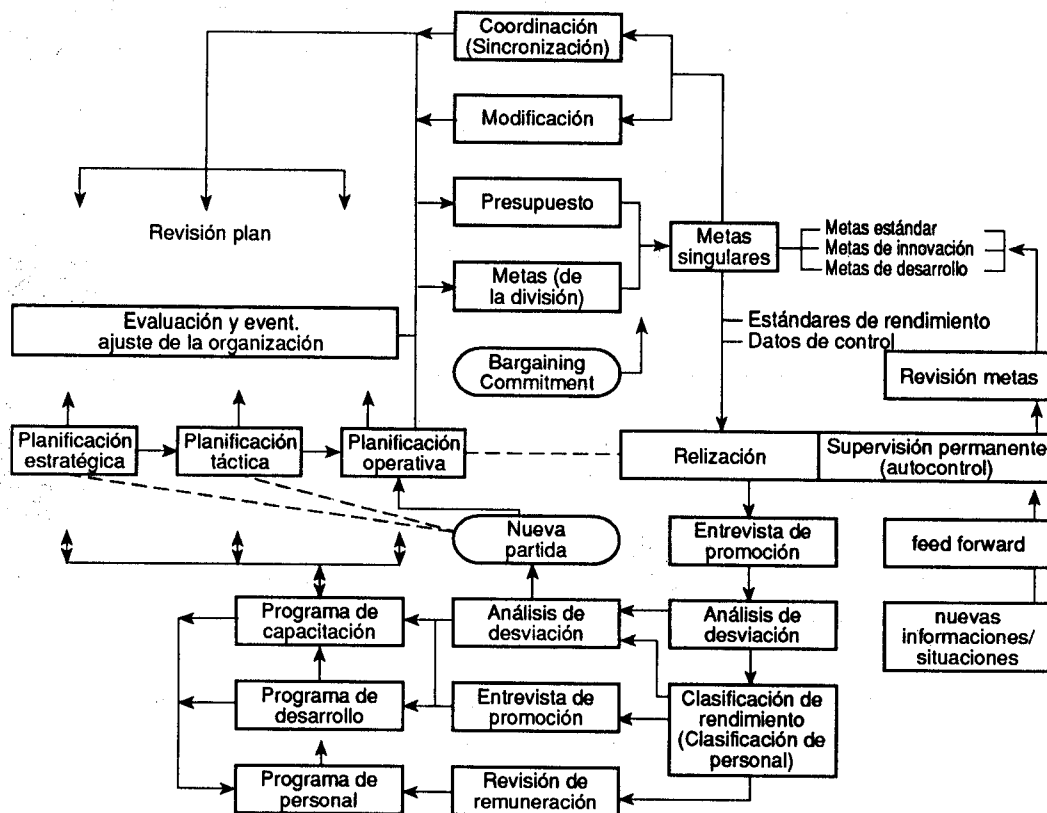
- a) Han de existir imágenes-meta claras en todos los niveles de gestión que además han de ser operacionalizadas mediante estándares de rendimiento;
- b) La gestación de metas ha de efectuarse mediante un proceso descendente y ascendente de planificación (principio del «contra la corriente»);
- c) Han de existir planteamientos de tareas claramente delimitados (descripción de cargo, delimitación de competencias y responsabilidades);
- d) Debe existir una identificación con las metas mediante motivación y participación (incentivos);
- e) Existir un nivel adecuado de informaciones;
- f) Existir un correspondiente «*know how*» (conocimientos de técnicas de gestión, planificación y de trabajo);
- g) Ha de estar garantizado un «*feed back*» expedito y preciso (retroalimentación de los resultados de rendimiento, es decir datos de control);
- h) Ha de efectuarse, sobre la base de los datos del «*feed back*», una comparación

permanente entre estado deseado y estado actual (control del avance del plan y control de resultados);

- i) Después del control ha de efectuarse un análisis de desviación, a fin de detectar las debilidades (aprendizaje), de manera de poder elaborar medidas de mejoramiento en el sistema de management, en la capacitación (lagunas de conocimientos) y para hacer correcciones respecto de las metas; y,
- j) Ha de estar garantizado un feed forward permanente (preaviso de interferencias, «look out», (pronóstico) para reconocer a tiempo posibilidades de desviación.

El gráfico 24 presenta en forma sinóptica todo el ciclo de «management» dentro del marco de un «management» orientado hacia metas (Management by Objectives/MBO).

Gráfico 24:
Ciclo de Management



Fuente: Wild, Jürgen: Management-Prozesse und Informationsverarbeitung, en: Datascope, 4, 1971,

El ciclo se inicia con la planificación de las metas de largo, mediano y corto plazo (planificación estratégica, táctica y operativa). El ciclo continúa con la desagregación o desglose de las metas y el «*budgeting*» a través de procesos de negociación (bargaining, commitment) respecto de los departamentos y funcionarios. Aparte de las metas singulares se fijan también los «estándares de rendimiento» y los datos de control para que los funcionarios, es decir las subunidades organizativas, estén en condiciones de regular sus procesos vía «autocontrol» (autoregulación cibernética). Después de la realización, se lleva a cabo el control de éxito, el análisis de desviación (calificación de rendimiento), el desarrollo del programa del «*Management Development*» (con planificación del personal y de carreras), la revisión de la gratificación, y, sobre todo, la nueva fijación de las metas. Con esto se cierra el ciclo.

La función central del «manager» consiste en la regulación de conductas y procesos orientada hacia metas. Para eso, se han de fijar metas y prioridades, identificar problemas, gatillar iniciativas de solución de problemas, planificar decisiones, adoptarlas y controlar los resultados. Estas funciones están vinculadas de manera procesal. A su vez, se pueden interpretar como fases o secuencias del proceso de «management» en su conjunto, o como funciones de gestión, apareciendo relaciones de «*feed forward*» y «*feed back*» entre las fases o funciones parciales.

El gráfico 25 presenta en forma simplificada esta estructura secuencial o de fases de las funciones de gestión.

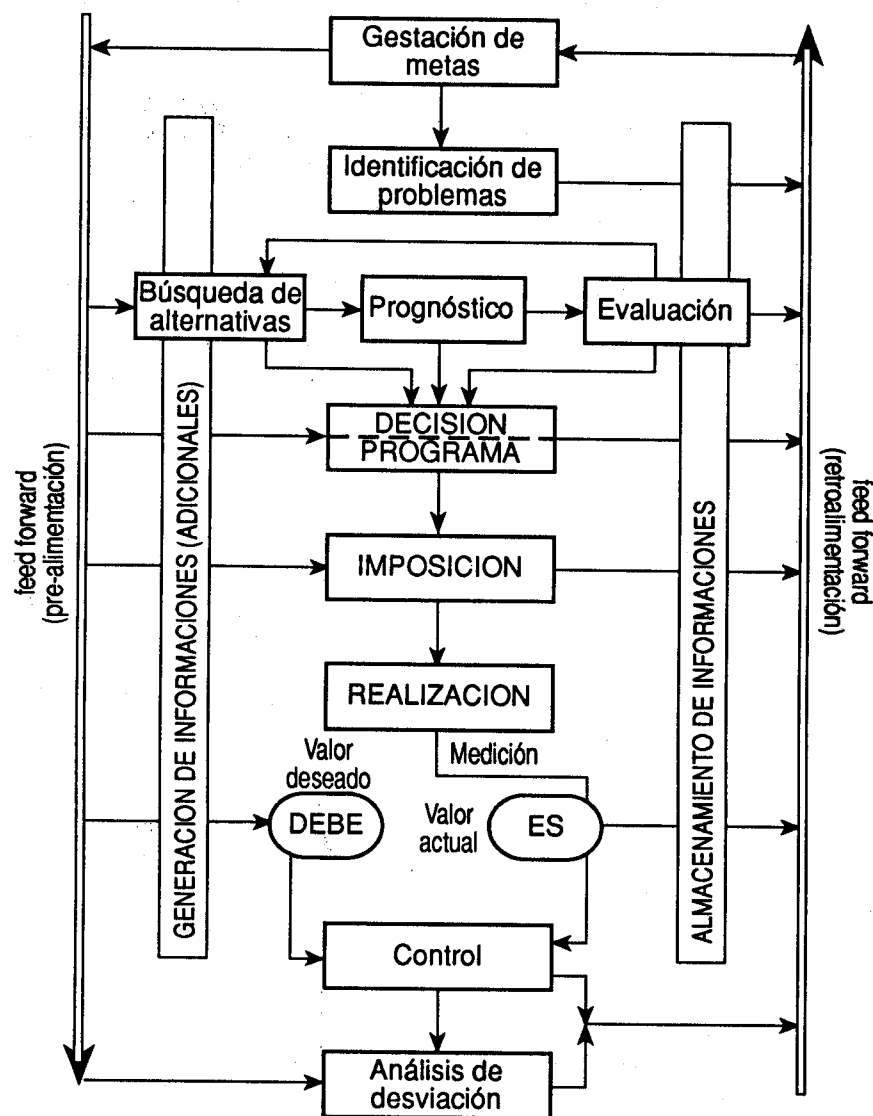
El MBS es un concepto integrado de gestión, pues integra los diferentes elementos y procesos parciales del sistema de gestión en una forma no conocida hasta ahora.

El MBS integra los siguientes sistemas o elementos parciales de gestión (82):

- a) Estilo de gestión,
- b) Medios de gestión (como, por ejemplo, instrucciones de gestión, medios auxiliares organizativos como descripción de cargo, diagrama de funciones, etc.),
- c) Técnicas de gestión (Management by delegation, participation y motivation),
- d) Métodos para la toma de decisiones,
- e) Sistema de gestión de metas,
- f) Sistema de control y análisis de desviación,

- g) Sistema de motivación y de incentivo,
- h) Sistema de desarrollo de personal (Management Development),
- i) Sistema de planificación y
- j) Sistema de información (Management-Information-System/MIS).

Gráfico 25:
Estructura Secuencial de las Funciones de Management



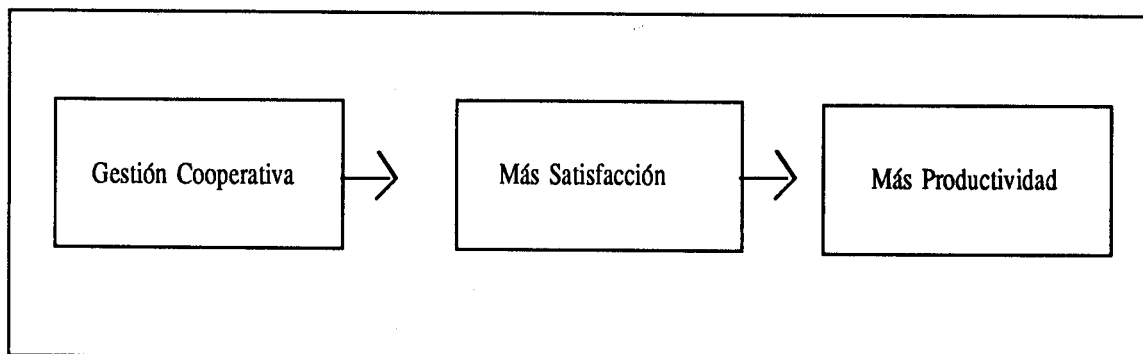
Fuente: Wild, Jürgen: Management-Prozesse und Informationsverarbeitung, en: Datascope, 4, 1971, p.7

2. Estilo de gestión

El MBS privilegia un estilo participativo de gestión, que integra a los funcionarios de manera funcional en el proceso de gestión. Este estilo se basa en el principio de la delegación de tareas y ámbitos de responsabilidades (como técnica de gestión) (83).

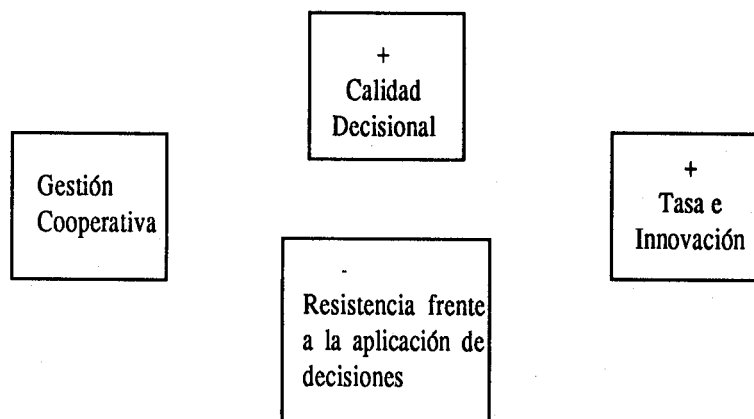
Este estilo participativo de gestión parte del supuesto que la participación de los funcionarios en los procesos decisionales dentro de su ámbito de trabajo, aumenta la productividad del individuo y del grupo. La gestión participativa mejora la calidad decisional y la realización de las decisiones y aumenta la satisfacción del funcionario (Tabla 35 y 36).

Tabla 35:
Relación entre gestión cooperativa, satisfacción y productividad



Fuente: Zepf, Günter: Kooperativer Führungsstil und Organisation, Wiesbaden, 1972, p.50

Tabla 36:
Relación entre gestión cooperativa, calidad decisional y la aplicación de decisiones



Fuente: Zepf, Günter: Kooperativer Führungsstil und Organisation, Wiesbaden, 1972, p.62

Este estilo de gestión aprovecha las ventajas del «trabajo grupal» que mejora la identificación de problemas, dado que el grupo funciona como «generador de ideas» (84).

La aplicación de un estilo participativo de gestión requiere de una serie de requisitos Organizativos. Algunos son (85):

- a) capacitar el personal en trabajo grupal; y
- b) capacitar el personal para una conducta cooperativa de gestión.

Esto se logra mediante el «*Human Relations Training*» o «*Laboratory Training*», es decir los métodos del entrenamiento grupal (T-Group Method, Sensitivity Training y Development-Group) (86).

El estilo participativo de gestión no es compatible con un sistema jerárquico rígido y requiere de sistemas decisionales descentralizados (lo que implica la transformación de las unidades decisionales unipersonales en unidades decisionales multipersonales) (87).

3. Medios de gestión

Instrucciones de gestión

La fijación de normas o instrucciones de gestión arroja las siguientes ventajas (88):

- a) Efecto de transparencia (el proceso de gestión llega a ser transparente tanto para los superiores como para los colaboradores);
- b) Efecto de control (el proceso de gestión ya no es manejable de manera arbitraria); y,
- c) Efecto de economía.

Reinhard Baumgarten señala los siguientes criterios de orientación para la elaboración de instrucciones (normas) de gestión (89):

- a) Criterios para el éxito de gestión;
- b) Principios para la delegación (fijación de tareas, competencias y responsabilidades; separación entre la «responsabilidad de gestión» y la «responsabilidad de actuación»; intervención en el ámbito de delegación solamente en casos de excepción);

- c) Reglamentación de los deberes de los superiores;
- d) Reglamentación de los deberes de los colaboradores;
- e) Principios para la información;
- f) Principios para el control;
- g) Principios para el trabajo en grupo; y;
- h) Reglamentación de la subrogancia.

Medios auxiliares organizativos

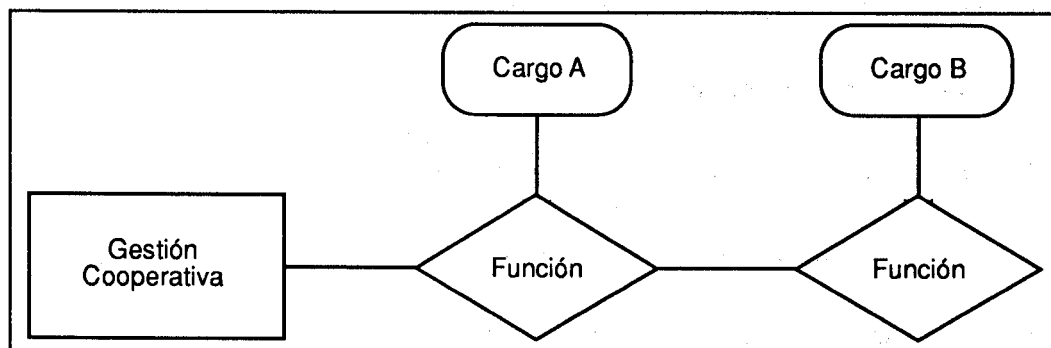
Los medios auxiliares organizativos más importantes en el ámbito de gestión son (90):

Diagrama de funciones

Un diagrama de funciones es «la presentación gráfica del desglose (desagregación) de las tareas en funciones y su asignación a los cargos» (91). Por «función» se entiende la participación responsable de un titular de cargo en el cumplimiento de una tarea compleja (92).

El diagrama de funciones visualiza la interacción de los diferentes cargos en cuanto al cumplimiento común de tareas. En forma matricial se relacionan las tareas organizativas con la división organizativa; en las intersecciones es descrito el tipo de competencia de los cargos (puestos) en relación a las tareas presentadas.

Un diagrama de funciones tiene esquemáticamente la siguiente estructura:



Fuente: Baumgarten, op.cit., p.162

Tarea 1	Cargo 1 F11	Cargo 2 F12		Cargo j F1j
Tarea 2	F21			
-				
-				
-				
-				
Tarea i	Fi1			Fij

Por línea: todas las funciones de diferentes cargos para el cumplimiento de la tarea *i* compleja

Por columna: Todas las funciones del cargo *j* en cumplimiento de diferentes tareas complejas

El diagrama posibilita

- una sinopsis de los cargos que colaboran en el cumplimiento de una tarea (línea); y,
- una sinopsis de las funciones que son realizadas por un cargo (columna).

El diagrama de funciones constituye una condición importante para la coordinación de tareas y funciones en una administración.

Descripción de cargo

La descripción del cargo en forma escrita fija la inserción de un cargo en la estructura de la administración (93).

La descripción del cargo contiene las siguientes indicaciones:

- * la denominación del cargo
- * una breve descripción de sus metas (objetivos)
- * la enumeración de sus tareas y funciones
- * la fijación de sus responsabilidades y competencias
- * las habilidades y cualificaciones de su titular

- * los deberes de información y de control
- * importantes relaciones con otros cargos
- * rango del titular del cargo
- * colaboradores subordinados
- * subrogancia.

La descripción del cargo es condición para el funcionamiento de la delegación de tareas y competencias; ella implica un ordenamiento de competencias sin contradicciones.

4. Métodos para toma de decisiones y técnicas de solución de problemas

Como dijimos, hoy en día somos testigos de un período de cambio sin precedente y de mayor incertidumbre. Esta situación cambiante e incierta determina, «per se», que las instituciones dependan, para el logro de sus objetivos, de la calidad interpretativa que hagan del futuro y la calidad de las decisiones que tomen en función de ese futuro previsible.

La observación de la realidad política muestra que las situaciones decisionales han vuelto a ser más complejas en los últimos años. Pero la creciente inseguridad pone dificultades a los decisores en cuanto al pleno ejercicio de su función de gestión. Por lo tanto, hoy más que nunca se requiere de ayudas decisionales.

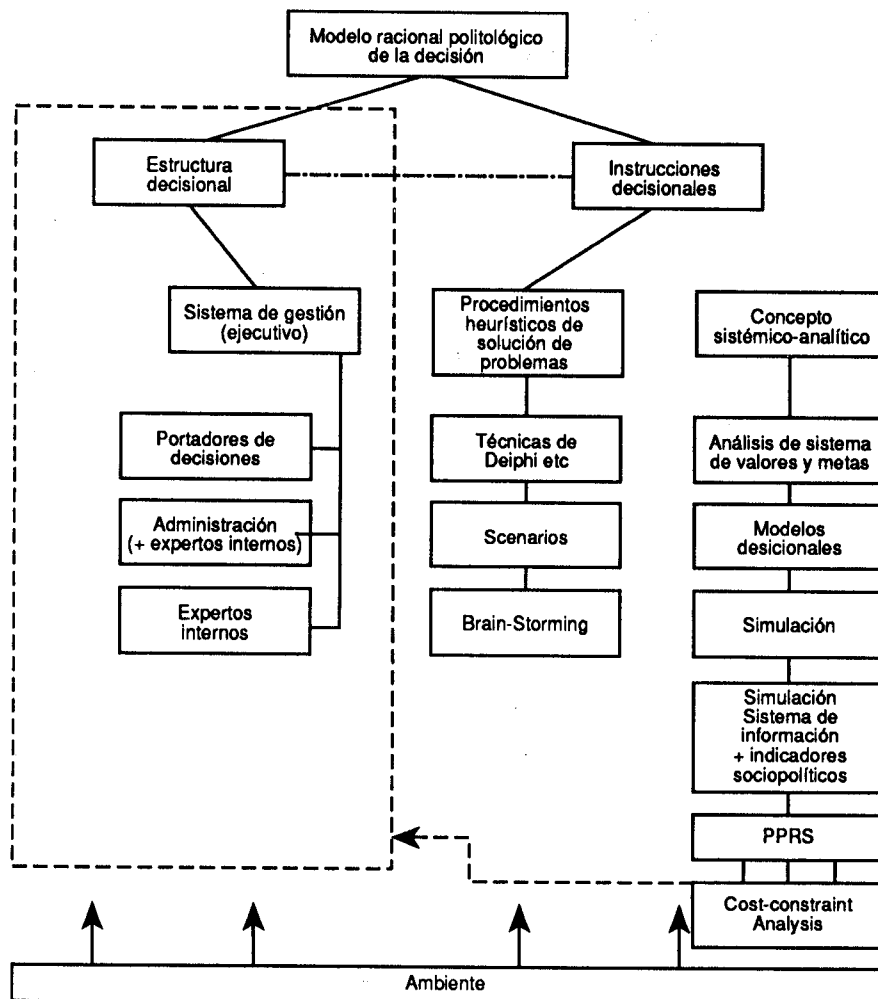
Para un «manager» exitoso es característico saber estimar de manera correcta el riesgo de las decisiones bajo circunstancias de incertidumbre. Muchos ámbitos son accesibles al tratamiento con métodos científicos. Las técnicas decisionales modernas apuntan precisamente a delimitar el ámbito de la incertidumbre, haciéndolo en parte calculable y permitiendo una mayor seguridad en la toma de decisiones.

La calidad de las decisiones del «management» depende en gran medida del uso de métodos decisionales adecuados. Esto significa la implementación de nuevos modelos decisionales, es decir de formas racionales de toma de decisiones.

En el caso de un ministerio (administración política), es preciso implementar un modelo politológico de decisión racional como marco de orientación para el desarrollo de instrumentos de decisión que facilitan al gobierno comportarse en concordancia con el criterio de racionalidad

política (Gráfico 26). Se trata del empleo de la «tecnología social» (técnica social), que constituye la base para una mayor racionalidad de la política racional (peaceful social engineering) (94).

Gráfico 26:
Estructura decisional e instrumentos decisionales

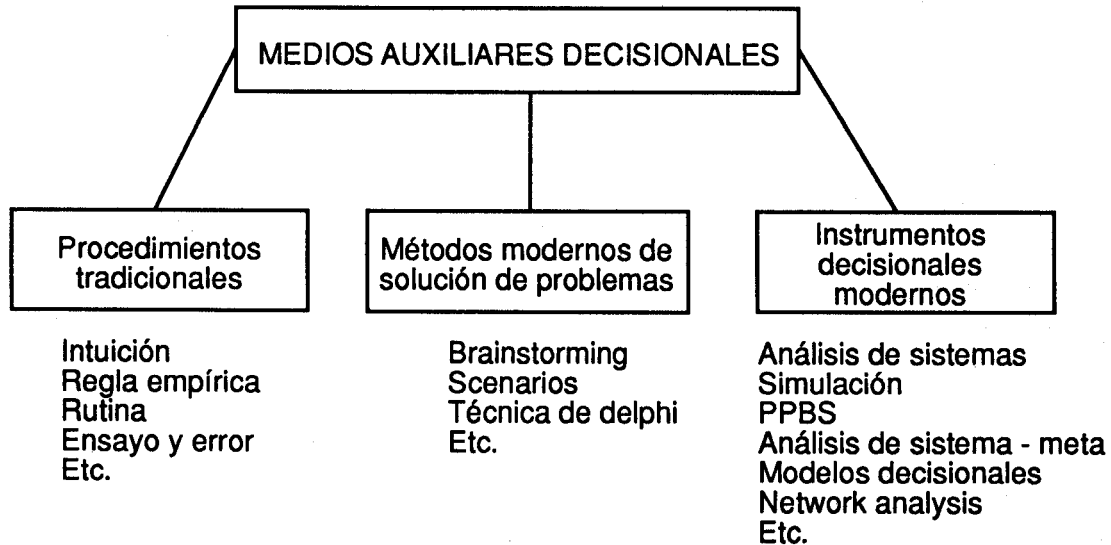


Fuente: Böhret, Carl, op.cit., p.222

En cuanto a instrumentos de decisión, H.A. Simon distingue entre dos tipos decisionales: los programados y los no-programados. Por «decisiones programadas» se conciben «las decisiones repetitivas, rutinarias (administrativas)» y por «decisiones no-programadas», las «decisiones únicas, nuevas y complejas (políticas)» (95).

El «system analysis» es un método decisional que combina los procedimientos no programados con los programados. El gráfico 27 da una sinopsis de los diferentes medios auxiliares.

Gráfico 27:
Tipos de instrumentos de decisión



Fuente: Böhret, Carl: Entscheidungshilfen für die Regierung, Opladen, 1970, p.66f

Hay dos procedimientos decisionales de relevancia:

- los procedimientos «heurísticos», que hacen uso de manera sistemática de la «intuición creativa» y de la «fantasía controlada»; y,
- el enfoque sistémico-analítico que identifica sistemáticamente todos los factores que intervienen en un problema decisional y efectúa un cálculo cuantitativo con el fin de escoger la mejor estrategia (o programa) entre muchas alternativas de acción.

Los «procedimientos heurísticos» son métodos con los cuales se generan nuevos conocimientos mediante la producción sistemática de ideas. Estos procedimientos son especialmente aptos para el análisis de situaciones decisionales, puesto que ellos hacen uso sistemático de la intuición y la creatividad. Esta «producción de ideas» es también de importancia en el caso de situaciones decisionales complejas. Se trata frecuentemente de las «decisiones gerenciales auténticas», que han de ser tomadas por los mismos titulares de decisión sobre la base de insuficientes informaciones (96).

Procedimientos específicos de solución de problemas son: el «scenario-writing» (imaginative thinking), método de conferencia (brain-storming), método Delphi, etc.

«System analysis» como instrumento para la toma de decisiones.

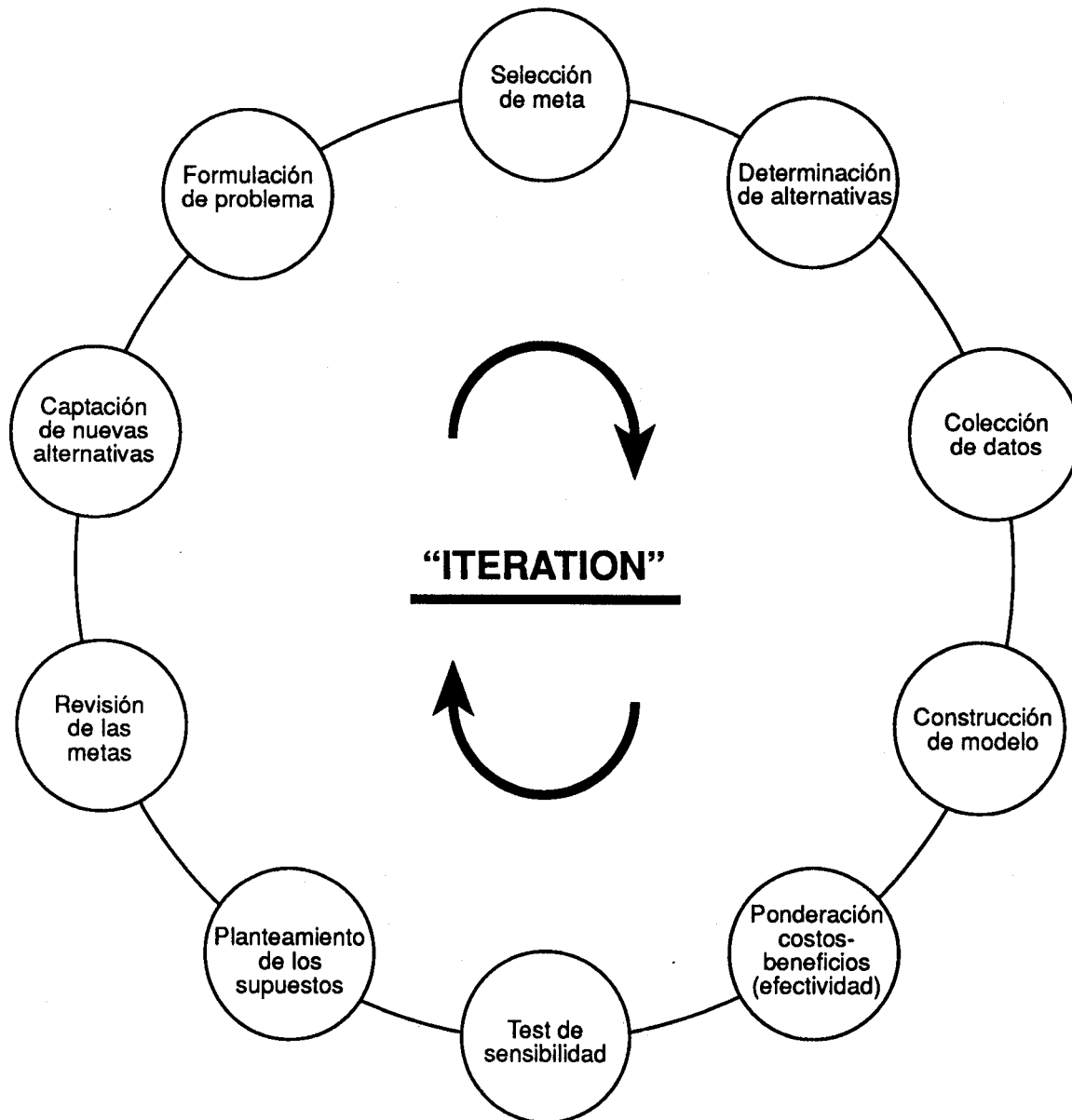
Por «system analysis» se concibe un método para la racionalización de la gestión de decisiones. Constituye «una base sistematizada para el desarrollo de instrumentos y procedimientos decisionales mediante los cuales es posible comprender mejor los problemas y las situaciones políticas y encontrar de manera más expedita caminos para su solución» (97).

Los componentes básicos de este concepto son: a) la delimitación del problema decisional, b) comprensión o penetración del campo decisional (es decir los factores y influencias que se ha de considerar en una situación determinada), y c) generación de datos relevantes (informaciones) (98).

Mediante la aplicación del «system analysis» se trata de definir las metas deseadas, identificar las alternativas adecuadas de acción y averiguar sus costos. Las relaciones entre estos elementos se determina mediante modelos. Mediante un determinado criterio se ordenan las alternativas de acuerdo a la preferencia y se prepara la selección definitiva: *«To start the process of evaluation or comparison, the various alternatives (which may have to be discovered or invented as part of the analysis) are examined by means of the models. The models tell us what consequences or outcomes can be expected to follow from each alternative; that is, what the costs are and the extent to which each objective is attained. A criterion can then be used to weigh the costs against performance, and thus the alternative can be arranged in the order of preference»* (99).

La idea básica de este procedimiento y la clave para un análisis exitoso son un ciclo continuo («proceso de iteración») de formulación de problemas, selección de metas, determinación de alternativas, colección de datos, construcción de modelos, comparación entre costos y rendimiento (efectividad), prueba de la sensibilidad del análisis y de las premisas, evaluación de metas, hallazgo de nuevas alternativas, construcción de mejores modelos, etc. (Gráfico 28).

Gráfico 28:
Ejemplo para un proceso de «iteración» (ciclo continuo) en el sistem analysis

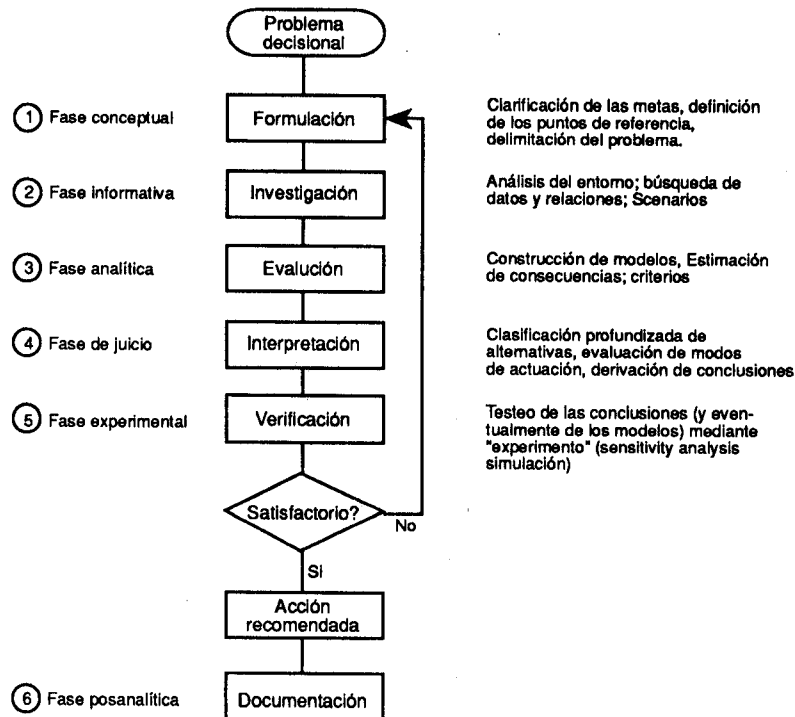


Fuente: Böhret, Carl: Entscheidungshilfe für die Regierung, Opladen, 1970, p.75

«In brief, a systems analysis attempts to look at the entire problem and looks at it in his proper context. Characteristically, it will involve a systematic investigación of the decision-maker's objectives and of the relevant criteria; a comparison -quantitative insofar as possible - of the cost, efectiveness, risk, and timing associated with each alternative policy or strategy for achieving the objetivies; and attempt to design better alternatives and select other goals if those examined are found wanting» (100).

El gráfico 29 muestra las fases típicas de un «system analysis».

Gráfico 29:
Fases típicas de un «systems analysis»



Fuente: Böhret, Carl, op.cit., p.76

El system analysis es un medio auxiliar muy útil para el ámbito decisional. El «andamio» para un análisis sistemático de problemas decisionales políticos puede ser construido por los siguientes componentes (101):

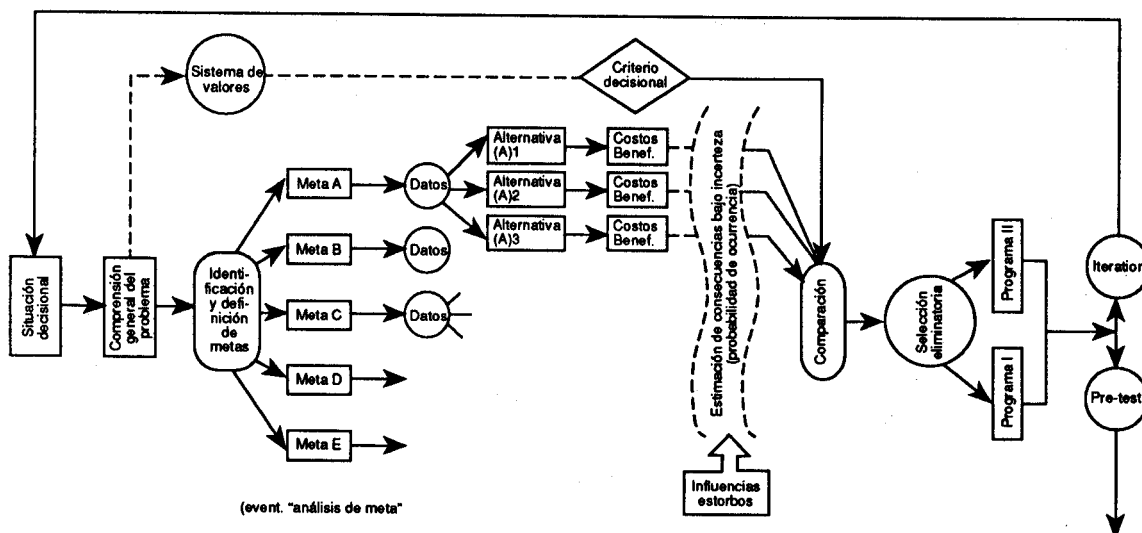
- Identificación del ámbito de problema («situación decisional»),
- Fijación del alcance y la delimitación del problema a analizar;
- Definición exacta de las metas;
- Averiguación de alternativas de acción relevantes en cuanto a las metas seleccionadas;
- Identificación de las variables de influencia (influencias «externas») y supuestos sobre

el grado de la incerteza («riesgo») de futuros acontecimientos, es decir estimación de la probabilidad de consecuencias que han de esperarse en cuanto a las diferentes alternativas de acción;

- f) Examen de las alternativas de acuerdo a los aspectos de costos/beneficios (efectividad);
- g) Fijación de criterios de decisión para seleccionar entre los programas alternativos;
- h) Sincronización de los alternativas analizadas con las metas y los recursos financieros a disposición, mediante la formulación de programas orientadas hacia metas;
- i) Simulación de los programas como prueba experimental para mejorar las razones decisionales y para la examinación de supuestos;
- j) Selección de programas alternativos.

Mediante el «system analysis», por lo tanto, se intenta lograr una observación completa (visión global) de todos los factores de un ámbito de problema definido (campo decisional) desde una perspectiva sistémica, que hace visible el contexto global de los componentes y los pasos que intervienen en una decisión (Gráfico 30).

Gráfico 30:
System analysis como técnica decisional



Fuente: Böhret, Carl, op.cit., pág. 78

Por último, hay que dejar en claro que los instrumentos decisionales no pueden sino tener una «función auxiliar». Ellos ayudan al «*decisionmaker*» responsable que toma decisiones (políticas) a mejorar su capacidad de juicio, desde la derivación de metas hasta la selección de programas, y a concentrarse en los puntos neurálgicos del proceso decisional, y aplicar la asesoría interna y externa en los lugares precisos. Estos instrumentos lo apoyan en su «función gerencial y decisional», pero ellos no se lo reemplazan: *«This leaves the decisionmakers essentially where he has always been and where he always will be: Forced to use his own judgement, intuition, and faith in determinimg what to do and what not to do. But that judgement and faith can be far better informed than they now tipically are better are of costs, more sensitive to alternatives, equipped with estimates of likely benefits, and conscios of the relevant criteria»* (102).

Técnicas de solución de problemas: Exito con «Force-Fit»

El rendimiento y el éxito de la gestión de una administración dependen de cómo los hombres despliegan sus capacidades. Para un «management» eficiente se precisa la aplicación de técnicas modernas de solución de problemas.

Para la búsqueda de nuevas soluciones e ideas han de facilitar a los funcionarios los medios auxiliares adecuados que les permitan mejorar su capacidad, es decir estimular un «pensar creativo». Se trata de «ejercitar la creatividad» (103). El «management» de una «administración creativa» promociona la creatividad en todos los niveles (Management de Creatividad).

Hay un amplia gama de medios auxiliares para el ejercicio de la creatividad, es decir procedimientos sistemáticos para una planificación consecuente de ideas.

La tabla 37 contiene un resumen de las técnicas más importantes de técnicas creativas para la solución de problemas.

Tabla 37:
Técnicas creativas

A. Brainstorming y sus variantes

- Brainstorming clásico
- Brainstorming anónimo
- Brainstorming didáctico (Técnica Little)
- Brainstorming destructivo-constructivo
- Método «and also»
- Técnica de colaboración creativa
- Buzz-session (discusión 66)
- Brainstorming imaginario
- Método de SIL (Integración sucesiva de elementos de solución)

B. Métodos de Brain writing

- Método 635
- Brianwriting-Pool
- Ideas Delphi
- Consulta de tarjetas
- Engineering de ideas
- Método del «Collective-Notebook»
- Técnica de Trigger

C. Métodos de Orientación Creativa

- Blonik
- Búsqueda de soluciones según principios heurísticos

D. Métodos de la confrontación creativa

- Sinéctica Clásica
- Conferencia sinéctica
- Sinéctica visual
- Método BBB
- Juego Force-Fit
- Método Tilmag
- Intuición semántica
- Forced Relationship
- Técnica del Catálogo

E. Búsqueda de soluciones mediante estructuración semántica

- Caja morfológica
- Análisis funcional
- Attribute-Listening
- Presentación de campo de problemas
- Morfología secuencial
- Arbol de problemas

F. Métodos de la especificación sistemática de problemas

- Abstracción progresiva
- Análisis epistemológico
- Método K-J
- Método N-M
- Hipótesis matriciales
- Arbol de relevancia

5. Sistema de gestación y fijación de metas

El concepto «Management by Objectives» (MBO) que forma parte integral del MBS, se caracteriza -aparte de procurar un actuar administrativo orientado hacia metas- por el principio de la formulación cooperativa de metas (gestión mediante concordancia de metas). Las ventajas del estilo cooperativo o participativo de gestión frente al estilo autoritativo radican en los aspectos técnico-motivacionales: Mejora la creatividad y el desempeño de los funcionarios en su trabajo (104).

Insistimos en que la participación del funcionario en la gestación y la fijación de las metas mediante de un estilo cooperativo de gestión constituye la base para una mejor formulación de metas y tiene además como efecto positivo el aumento de la disposición hacia actividades orientadas a metas.

El principio de la fijación por escrito de las metas concordadas es parte integral del MBS. El proceso de gestación de metas concluye con la concordancia definitiva de metas (acuerdo definitivo) entre el superior y el colaborador, mediante una «descripción de metas» («imagen-meta»).

Tal descripción de metas (no confundir con la descripción de cargo que solamente indica tareas y contenidos de actividades) fija por escrito las metas concordadas. Las competencias que corresponden a un titular de cargo pueden ser descritas aparte en una «imagen-competencia» (diagrama de funciones). La práctica de concordar metas es, a la vez, la base para un control de éxito orientado hacia funcionarios y un análisis de desviación para la calificación y promoción del personal. El MBS pone el acento en la responsabilidad del funcionario respecto de la meta o resultado, y parte de la hipótesis que el individuo trabaja más efectivamente dentro del marco del ámbito de tareas que le ha sido traspasado, es decir se logra mayor rendimiento y mayor satisfacción individual, si el superior fija claras metas con sus funcionarios colaboradores con las cuales el funcionario se identifica, y si dispone permanentemente de retroalimentación de resultados y puede controlarse a sí mismo y si es calificado objetivamente, remunerado y promovido de acuerdo a su rendimiento.

La «descripción de metas» (imagen-meta) es una descripción breve que se limita - en la parte de las tareas - a las tareas claves («key tasks») del titular del cargo.

En la tabla 38 se presenta un esquema de «imagen-meta». Las metas son clasificadas según tres categorías de metas:

- a) Las «metas estándar» (metas de rutina), que designan las tareas corrientes (normales).

- b) Los «estándares de rendimiento» son medidas operacionales que miden el grado deseado de cumplimiento de las metas, es decir indican cuando se considera la meta lograda. Como estándares de rendimiento se consideran tanto medidas cuantitativas (duración, cantidad de rendimiento, costos, cifras numéricas, etc.) como estándares cualitativos. Los últimos describen las calidades esperadas (características) del resultado de rendimiento del cargo correspondiente. El estándar de rendimiento describe los resultados deseados del titular del cargo como metas de rendimiento que expresan criterios de éxito. Ellos son asimismo medidas (estándar) para el control de éxito y se basan en el supuesto de un rendimiento (estándar) normal;
- c) Las «metas de innovación» que describen los resultados deseados de actividades que procuran la realización de innovaciones (importantes mejoramientos o cambios internos); y,
- d) Las metas de desarrollo individual (del funcionario) expresan las metas individuales de carrera y de aprendizaje del titular del cargo. Ambas constituyen una base importante para el sistema del «Management-Development» y para la integración de las metas individuales del funcionario con las metas administrativas de la unidad.

Tabla nº 38
Esquema de una Imagen - Meta (Descripción de Meta)

Cargo:	Nombre:	Superior:	Fecha:	Válido hasta
TAREAS	METAS	ESTÁNDARES		DATOS DE CONTROL
Tareas (ámbitos) Claves	Metas-Estándar	DE RENDIMIENTO Estándares cualitativos		Informaciones de retroalimentación (para el control)
Ámbitos de competencia	Metas- Innovación Metas de proyecto Metas de largo plazo	Estándares cuantitativos Acciones		
Metas de desarrollo individual (del funcionario)				

Fuente: Wild, Jürgen, op.cit., p.29

Aparte de estas metas, se pueden considerar metas para tareas especiales o proyectos. Además, se deberían alistar aquellas metas que van más allá de un año, es decir van más allá del período del plan operativo.

6. Control y análisis de desviación

El control y el análisis de desviación forman parte del «ciclo de management». Característica del MBS es la reiteración periódica de planificación, gestación de metas, control de éxito y análisis de desviación.

Si cada titular de cargo conoce sus metas, es decir «estándares de rendimiento», y si dispone de suficientes informaciones de respaldo (datos de control), entonces será posible un continuo autocontrol (control de avance) como también un control de éxito, tanto por él mismo como por el superior (105).

Los datos de control son también fijados por escrito, puesto que el funcionario ha de saber los criterios según los cuales es medido su rendimiento y según qué criterios él mismo puede autocontrolarse y autocalificarse. Para eso sirve el esquema de la descripción de metas («imagen-meta») que contienen las tareas, metas, estándares claves de rendimiento y los datos de control. Los datos de control constituyen, al mismo tiempo, el punto de orientación para el desarrollo de un adecuado sistema de control de informaciones (106).

En la práctica se efectúan después de cierto período conversaciones entre el superior y el colaborador (check up). Cada funcionario presenta a su superior un «informe de éxito» (breve descripción de las metas y los resultados), que contiene afirmaciones sobre las metas, es decir standards logrados/no logrados. Este es la base para un análisis de desviación (análisis de comparación: meta - resultado) en el cual se discuten las posibles causas para la desviación y también las posibles medidas para su superación (107).

Los resultados del análisis de desviación sirven:

- a) para fijar nuevas metas y estándares de rendimiento para el próximo período de planificación;
- b) para la identificación de posibilidades de mejoramiento (necesidades e innovaciones); y,
- c) como base para la calificación del rendimiento («performance appraisal»), la promoción y la fijación de metas individuales de desarrollo del funcionario.

7. Motivación de funcionarios y sistema de incentivo

El MBS es un modelo de gestión que se basa en los conocimientos de la teoría de gestión

moderna. Es un modelo orientado hacia el rendimiento y la satisfacción. Su lema es «Satisfacción a través de rendimiento y su reconocimiento» (108).

A través de la identificación con las metas se incentivan los motivos como autorrealización y autoiniciativa, y la satisfacción con el rendimiento logrado (sensaciones de éxito y confirmación a través del trabajo, y no primariamente mediante estatus, rol, rango organizativo, etc).

Al respecto, se debe establecer una clara relación entre el rendimiento y la gratificación (como reconocimiento, remuneración, etc.). El MBS pretende lograr:

- a) aceptación y transparencia de las exigencias de rendimiento y de los criterios de calificación (metas, estándares de rendimiento y datos de control);
- b) una calificación objetiva y justa y un reconocimiento del rendimiento;
- c) un sistema transparente de incentivos y gratificación; y
- d) más autorrealización, autorresponsabilidad, autoiniciativa, seguridad y motivación de aprendizaje.

El MBS emplea una amplia gama de incentivos. Esta oferta de incentivos debe:

- a) incentivar la colaboración del funcionario con el fin de aumentar su rendimiento;
- b) incentivarle para explotar sus capacidades; y,
- c) contribuir al aumento de su satisfacción en el trabajo.

Los instrumentos de incentivo sirven «para orientar la conducta de trabajo hacia el cumplimiento de las metas organizativas» (109).

Se emplean las siguientes tipos de incentivos:

- a) Incentivos monetarios, en especial remuneración y sistema de propuestas (incentiva la colaboración y la responsabilidad mediante un sistema de premios para propuestas de mejoras y contribuye a la racionalización de las unidades organizativas);
- b) Incentivos sociales, tales como: estilo cooperativo de gestión; trabajo en grupo (se basa en los contactos personales en grupos de trabajo que pueden tener un efecto alto de motivación); condiciones de trabajo (el mejor arreglo del ambiente físico del trabajo

tiene un impacto positivo en la conducta de trabajo; medidas son: satisfacción de las necesidades por seguridad, mejoría de la protección del ambiente, tipo del establecimiento y coloración, etc.); reconocimiento y crítica;

- c) Incentivos que dicen relación con la carrera, como: capacitación y ascenso, es decir promoción; y,
- d) Incentivos que dicen relación con el contenido de trabajo, como: enriquecimiento del trabajo (Job Enrichment) y delegación amplia de tareas y competencias decisionales.

8. Desarrollo del personal y Management Development

El MBS parte de la idea central que tanto el personal de gestión como los funcionarios requieren de suficiente motivación (primaria y secundaria) y reconocimiento para preservar su motivación, y además requieren posibilidades de promoción y experiencias de ascenso.

El MBS da especial importancia al recurso «personal». El personal, es decir sus capacidades y su know how, conforman la base fundamental para el futuro éxito de la organización. Por eso, se ha de considerar el desarrollo de este potencial como una tarea clave de gestión.

Desarrollo del personal

Las medidas del desarrollo del personal apuntan «a un mejoramiento de la estructura cualitativa del sistema del personal» (110). Esto significa:

- a) Adecuar las capacidades y la conducta de los colaboradores a las exigencias que se originan en las metas actuales y futuras de la organización; y,
- b) Dar a los colaboradores la posibilidad de un mejoramiento en cuanto a sus actividades, ascenso, y su posición de status.

El desarrollo del personal abarca las siguientes ámbitos (111):

- a) Capacitación y perfeccionamiento; y.
- b) Calificación y promoción del personal

La calificación del personal (calificación del rendimiento) y su promoción han de basarse en una evaluación sistemática y planificada de la aptitud y rendimiento individual sobre la base de criterios objetivizados de calificación (112).

Para la calificación de rendimiento se emplea la técnica de la «calificación analítica del rendimiento», que requiere de determinadas bases (descripción de cargo, delegación de tareas y competencias y fijación clara de metas singulares). Las metas («estándares de rendimiento») son la base para la calificación del rendimiento y el grado de logro de la meta, y por ende, son la base para la gratificación (113).

La calificación sirve para diferentes finalidades. Sus resultados son la base para:

- a) una remuneración acorde al rendimiento;
- b) una promoción planificada de los miembros de la organización (capacitación, promoción, ascenso) y,
- c) una motivación racional de los miembros de la organización.

Una condición importante para la promoción del personal es una calificación objetiva. Ella se ha de dividir en calificación de aptitudes/habilidades (calificación de conocimientos, capacidades, destrezas y intereses del colaborador) y en la calificación del rendimiento, que se refiere al resultado de trabajo.

Para el logro de una objetividad máxima en la calificación del personal y en especial en la evaluación de su «potencial», se ha desarrollado el instrumento del Assessment-Center (AC) (114).

Management Development

Por «Management Development» se concibe la promoción, la capacitación y el desarrollo del personal de gestión (115). El personal de gestión ha de considerarse como «el motor, la fuerza matriz para desarrollar el éxito» de una organización (116). El MD es un «acto de planificación» (planificación del personal en el ámbito de gestión).

Se trata de desarrollar un grupo cohesionado de gestores o «equipos de gestión»; pues lo que hoy se necesita desarrollar ya no es «el manager» como individuo, sino «Los managers» altamente calificados, cuyos rendimientos se multiplican a través del trabajo en el equipo. El trabajo en grupo, arroja mejores y más equilibrados resultados. Además, el grupo es más creativo, genera más ideas que un individuo que trabaje aisladamente (117).

«Management Development» abarca todas las actividades de una dirección de administración, las que están orientadas a:

- a) la adaptación continua de las cualidades del personal de gestión a las exigencias actuales;
- b) el desarrollo de las cualidades del personal orientadas hacia las tareas futuras; y
- c) la generación de una cantidad suficiente de personal futuro de gestión para la administración, en concordancia con la planificación de la organización.

Principios de la Política del Management Development

«Management Development» o Política de Personal de Gestión significa: «Desarrollo de las fuerzas energéticas más importantes de la empresa» (118).

La Política de «Management Development» consta de tres áreas principales (119):

- a) «Development», que abarca todas las medidas para la provisión de la organización con el personal suficiente en cuanto a calidad y a cantidad (reclutamiento y capacitación);
- b) «Deployment» (empleo), que abarca el ámbito que responde a la pregunta: ¿Quién es el hombre más adecuado en un determinado cargo? Se trata de los asuntos de calificación, selección, y asignación de cargos, e incluye promoción;
- c) «Maintenance», que se refiere al esfuerzo permanente por mantener el rendimiento del «management» en su conjunto en un nivel óptimo. Esto implica el desarrollo permanente de todo el personal de gestión.

La realización de política de «*Management Development*» abarca cuatro fases principales, a saber (120):

Previsión o pronóstico

La base para el pronóstico constituye la planificación. Otro requisito es la existencia de descripciones de cargo que, además, constituye la base para la calificación (Job Evaluation, Job Classification);

Inventario del potencial de management

Es decir, la evaluación del potencial del personal de gestión. El medio auxiliar para identificar

los talentos de la organización constituye un buen sistema de calificación, que ha de ser objetiva. Habrá de plantear las siguientes preguntas: a) el cargo que ocupa el funcionario calificado, ¿es el cargo más adecuado?, o en el caso afirmativo, ¿cuáles medidas habrán de tomarse para lograr su máximo desarrollo en la función actual?, y b) En el caso que no, es decir si el funcionario no es apto para el actual cargo, ¿cuál es el cargo más apto para él?

Capacitación

Una vez elaborado el inventario habrá que desarrollar planes respecto de la promoción de los funcionarios.

9. Sistema de planificación

El MBS recomienda el Planning-Programming-Budgeting-System (PPBS) en una versión modificada. El PPBS, o el PPES, (Planning-Programming-Evaluating-System) han sido desarrollados en una serie de países (EE.UU., RFA, Gran Britania, Suecia y Bélgica) para superar dificultades, especialmente las que dicen relación con la identificación de problemas y necesidades sociales, el desarrollo de una concepción de metas consistente y el uso económico de los recursos (121).

El MBS considera el PPBS como un sistema de planificación que forma parte integral del sistema de «management».

Tal sistema de planificación se caracteriza por los siguientes elementos centrales (122):

Niveles de planificación

Es un sistema de planificación que se compone de tres niveles de planificación, a saber:

La «planificación de largo plazo» (planning) o planificación estratégica (planificación global de largo plazo) (análisis de situación y elaboración de la estructura de metas considerando las necesidades sociales y las restricciones políticas);

La «programación» (programming) o planificación táctica (conversión de las metas en medidas y elaboración de un «set» de medidas/programas orientados hacia el output considerando los costos-beneficios); y

El «presupuesto» (budgeting) de mediano y corto plazo o planificación operativa (como conversión de los programas en un plan financiero de corto y mediano plazo);

«Revolving System»

Otro aspecto importante del sistema moderno de planificación es la concatenación de los diferentes niveles de planificación y la existencia de mecanismos de ajuste. El PPBS es un Revolving System (procesos de «feed back» y «feed forward»). La detección de desviaciones, los cambios en las metas y las premisas, la menor disponibilidad de recursos, etc., tienen como consecuencia la reformulación de los planes en todos los niveles.

Integración

El sistema asegura la integración vertical y horizontal de los diferentes planes.

Dinámica jerárquica

La planificación puede efectuarse de diferentes maneras:

Planificación Tradicional o Clásica:

En el caso de la planificación tradicional o clásica, hay dos versiones:

Planificación deductiva (descendente): El nivel superior de gestión fija las metas y los planes marco de las cuales se derivan planes detallados. El proceso de planificación transcurre en este caso de arriba hacia abajo («top-down»);

Planificación inductiva (ascendente): La planificación transcurre desde abajo hacia arriba («bottom-up»), es decir parte de los planes singulares de las unidades organizativas inferiores e incluye éstos en planes globales superiores.

Ambos tipos de planificación presentan una serie de desventajas.

Planificación Down-up

Debido a las desventajas de ambos tipos tradicionales de planificación, ha surgido una tercera alternativa: Se trata de la planificación que se basa en el principio del «contra la corriente» o «down-up».

Descentralización

El sistema de planificación es un sistema descentralizado.

Otros aspectos

Otros aspectos importantes del sistema de planificación son:

existencia de «look-out-institutions» (búsqueda sistemática de problemas),

flexibilidad de planificación (planes alternativos), y

vinculación del sistema de planificación con los otros componentes del sistema de gestión.

Los hechos concretos han demostrado que los supuestos sustentadores de la Planificación Tradicional son cada vez menos realistas, pues el presente se caracteriza por la discontinuidad, los cambios bruscos, globales y estructurales, los riesgos inesperados, y una turbulencia creciente.

Las debilidades como herramienta para responder a los requerimientos del mundo moderno, mostradas por la planificación tradicional, han llevado a muchos estudiosos de la administración, así como planificadores expertos, a buscar alternativas más eficaces.

Un enfoque alternativo es la Administración o Planificación Estratégica (123).

Un método más sofisticado de planificación es la Operation Research (OP). Por Operations Research se concibe todos los procedimientos que permiten resolver problemas de optimización (124). Es una técnica moderna de planificación que se basa en métodos matemáticos y el procesamiento electrónico de datos.

Además, hoy en día la amplia gama de conocimientos necesarios solamente puede ser reunida por un equipo. Un equipo típico para tareas complejas de planificación puede, por ejemplo, componerse de los siguientes miembros: especialistas de los ámbitos involucrados, especialistas OP, organizadores, analistas de sistemas y programadores.

Habría que señalar que el «manager» no ha de disponer de conocimientos fundados en matemática y procesamiento de datos. Para eso dispone precisamente de un equipo de planificación. El especialista en «Operations Research» prepara las variables relevantes que influyen sobre un problema, y las combina en un modelo. El desarrollo del modelo matemático y el cálculo de la solución son tareas del especialista en OP. El asesora al manager en la interpretación de los resultados.

Las técnicas más modernas de planificación y de decisión son:

- a) la optimización lineal,
- b) la optimización no-lineal,
- c) la optimización dinámica,
- d) el Branching y Bounding,
- e) los procedimientos heurísticos,
- f) la simulación,
- g) el network-technique,
- h) los métodos de pronóstico, y
- i) la teoría de decisión.

El «network analysis» (network technique o critical path scheduling) es un instrumento para la planificación, supervisión y regulación de proyectos y programas (125).

Los cuatro métodos más relevantes de la Network Technique son (126): a) Critical Path Method (CPM), b) Program Evaluation and Review Technique (PERT), c) PERT/Cost y d) Metra Potencial Method (MPM).

11. Sistema de organización

La organización constituye una función central del management de una administración. Por las desventajas del sistema jerárquico, el MBS ha desarrollado una serie de variantes estructurales organizativas.

El MBS no opta por una variante estructural única, sino recomienda mezclas de diferentes variantes de estructura organizacional. Las variantes más conocidas son: a) la organización matricial y b) la organización línea-staff.

En la tabla 39 se presenta de manera sinóptica las metas principales, los componentes, los requisitos y la calificación global del MBS.

Tabla N° 39
Management by Systems

DEFINICION	Gestión mediante regulación sistémica, es decir gestión con delegación y autoregulación óptima sobre la base de sistemas de información y de regulación, respaldado por computación.
Metas Principales	• “Descargo del Top Management • Promueve la motivación hacia el rendimiento, la autoiniciativa, la disposición de asumir responsabilidades y la capacidad de “autoregulación” de las funciones. • Gestión participativa, identificación de los funcionarios con las metas de la organización. • Los funcionarios orientan su actuar hacia metas claras, y ellos son calificados objetivamente y pagados de acuerdo a su rendimiento y promovidos de acorde a sus capacidades. • Mejor planificación y coordinación de metas, mejor organización. • Consideración sistemática de posibilidades de mejoramiento (innovaciones). • Regulación casi automática de procesos rutinarios de gestión mediante el uso de computación. • Mejor suministro de todos los niveles de gestión con información. • Rápido reconocimiento de efectos de decisiones que trascienden el nivel del departamento. • Dinamización de todos los procesos de management.
Componentes/ Instrumentos más importantes	• Proceso de gestación de metas y de planificación que está institucionalizado organizativamente, derivado de las metas parciales de las metas globales a través de una planificación que se basa en el principio del “contra la corriente” (“down-up”). • Reiteración periódica de un ciclo cibemético de management. • Imágenes de metas, descripciones de cargo (MBO) y Reglas de Excepción (MBE). • Precisión de las metas concordadas mediante de Estándares de Rendimiento y Datos de Control. • Análisis continuo de meta - resultado (ZEA). • Calificación de rendimiento y de personal objetivizada y orientada hacia metas. • Remuneración acorde al rendimiento. • “Entrevista de promoción” y concordancia de metas del desarrollo personal. • Sistema de Management Development que está vinculado con el ZEA y que está integrado en el Ciclo de Management. • Estilo participativo de gestión/Delegación. • Revisión continua de la congruencia entre el sistema de metas y la organización. • IMPICS (Sistema Integrado de Management-Planificación Información-Control) • Integración de las técnicas, métodos e instrumentos de gestión en el IMPICS. • Máxima descentralización de decisiones y máxima delegación.
Requisitos	• Delegación (MBD) Descentralización de decisiones. • Organización orientada hacia metas (Congruencia entre el sistema de metas y la estructura organizacional). • Sistema de planificación, información y de control bien organizado y eficiente. • Un correspondiente suministro de funcionarios con informaciones y adecuada capacitación de funcionarios. • los instrumentos mencionados arriba • IMPICS
Clasificación global	• el MBS es la concepción más moderna, más amplia y más desarrollada de todas las concepciones de management. • considera el estado actual de la teoría moderna de management. • considera el rol central de las metas para la regulación de procesos sociales. • Integra el MBE, MBD y MBO.

Fuente: Wild, Jürgen: Unterentwickltes Management by, en: Manager Magazin, N°10, Octubre 1972, págs. 313-315

3. NOTAS DEL CAPITULO IV.

- 1) Minsal: Readecuación del sistema de salud chileno, Santiago, sin fecha, p.8.
- 2) Partido Demócrata Cristiano/Comisión Técnica de Salud /Subcomisión de Organización y Estructura, Santiago, enero de 1993, p.21
- 3) Paganini, José; Capote, Roberto: Los sistemas locales de salud. Conceptos - Métodos - Experiencias, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 519, Washington, 1990, p. 89-90
- 4) Reunión Intrarregional sobre la mezcla público - privada en los Sistemas de Salud Nacional y el Rol de los Ministerios de Salud, Documento de antecedentes, Hacienda Cocoyoc, Estado de Morelos, México, 22-26 de julio de 1991, p. 29 -30
- 5) ibidem p. 30
- 6) Paganini, José; Capote, Roberto, op. cit., p. 79
- 7) ibidem
- 8) Ministerio Secretaría General de la Presidencia: Sistema de apoyo a la instalación de los gobiernos regionales, Santiago, 1993, p.2
- 9) ibidem, p.2
- 10) Sergio Boisier: La gran apuesta de la descentralización chilena, en: La Nación, 10 septiembre de 1992, p.14
- 11) Julio Rufz Fernández: Niveles de descentralización en el marco de la nueva legislación sobre administración regional y local, CPU, Documento de trabajo N° 28, Santiago, p.9
- 12) ibidem, p. 14
- 13) ibidem, p. 14
- 14) Boisier, Sergio: Notas sobre regionalización, descentralización y desarrollo social, Ilpes, Documento 90/7, Santiago, 1990, p.13 -14.

- 15) ibidem, p. 14
- 16) Proyecto Minsal/AID/CPU, Proceso de desarrollo institucional aplicado a las Secretarías Regionales Ministeriales de salud, Tercer estado de avance, Santiago, agosto 1992, p. 17
- 17) ibidem p. 17
- 18) ibidem p. 17
- 19) ibidem, p 17-18
- 20) ibidem, p. 23-24
- 21) Proyecto Minsal/AID/CPU, Proceso de desarrollo institucional aplicado a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Informe Final, Santiago, marzo 1993, p.14
- 22) Minsal/Gabinete del ministro: Readecuación del sistema de salud chileno, Santiago, sin fecha, p.8
- 23) Minsal/Depto. de Planificación, Int, nº 96; Ord. Nº 3B, Santiago, sin fecha, Anexo
- 24) Fuentes, Roberto; Verdessi, Daniel: Esbozos para un Plan Nacional de salud, II, Propuesta, Valparaíso, enero de 1993, p. 19
- 25) Minsal/ Depto. de Planificación, op. cit., p. 3
- 26) Fuentes, Roberto; Verdessi, Daniel, Op. Cit., P.19
- 27) El actual Ministerio de Salud ha expresado su firme voluntad de «establecer la autonomía de los hospitales cuanto antes» (Rev. Administración en Salud, año 1992, Nº 19, Santiago, pág. 18 -19). Según Héctor Sánchez, «el proceso de descentralización también debe llegar a los establecimientos, principalmente los hospitalarios de mayor complejidad, los que deben alcanzar una verdadera autonomía administrativa que les permita una real administración de los recursos humanos, financieros y materiales para alcanzar los resultados de generar servicios de alta calidad y al menor costo» (Rev. Administración en Salud, año VI, N º19, Santiago, 1992, p. 11)
- 28) Sandoval Hernán: Crisis del sector salud en Chile, en : Cuad. Méd.-Soc., XXXIII,1, 1992, p.45

- 29) Giaconi, Juan: El sector Público de Salud, en: Cuad. Méd.-Soc.,XXXIII, 1, 1992 p. 12
- 30) ibidem, p. 12
- 31) PDC/Comisión Técnica de Salud/Subcomisión de Organización y Estructura, op. cit., p. 23
- 32) Instituto Libertad:Propuesta Programática para el sistema público de salud, Informe especial, Vol. IV, Nº 21, Noviembre de 1992, p. 9
- 33) ibidem p. 9
- 34) Comisión Técnico-Política PDC: Programas e Reformas, Documento de discusión, junio 1993
- 35) World Bank: World Development Report 1993, Investing in Health, April 1993, Washington, p. 7.11
- 36) Minsal/Secretaría Regional Ministerial: Definición de responsabilidades del Ministerio de Salud en la atención primaria de salud municipal, Santiago, sin fecha, p. 1
- 37) ibidem
- 38) ibidem
- 39) ibidem
- 40) Ver también Encuesta Ilpes, Santiago 1992 y el trabajo de Beatriz Heyermann: Percepción de actores de salud, Ilpes-OPS, Santiago, agosto 1993
- 41) PDC/Subcomisión de Organización y Estructura de la Comisión Técnica de Salud, Informe, Santiago, enero de 1993, p.8
- 42) Sánchez, Héctor: La crisis de..., op.cit., pág.10.
- 43) Segovia, Miguel: La capacidad gerencial en el proceso de los sistemas locales de salud, en: Paganini, José Maria; Capote Mir, Roberto: Los Sistemas Locales de Salud, OPS, Publicación Científica No.519, Washington, 1990, p.204.

- 44) Nohlen, Dieter, Ed.: Lexikon Dritte Welt, Baden-Baden, 1980, p.18.
- 45) Friedmann, Reinhard; Vallespín, Patricio: Conceptos de gestión para la administración pública y municipal: Bases para la Construcción de Modelos, CED, Santiago, 1993.
- 46) Baars, Bodo A.: Strukturmodelle für die öffentliche Verwaltung, Bonn, 1973, p.4-11.
- 47) ibidem y Anriquez, Carlos: Aplicación de la Teoría de Sistemas a la administración pública, Paper presentado al Curso «Teoría de la Administración Pública», Santiago, Nov. 1979.
- 48) ibidem, p.8-9.
- 49) ibidem, p.8f.
- 50) Baumgarten, R.; Kessler, A.; Treuz, W.: Weg zur Erarbeitung einer Führungskonzeption für die öffentliche Verwaltung, en: Zeitschrift für Organisation, vol.42, 1973, p.135.
- 51) Wild, Jürgen: Unterentwickeltes Management by..., en: Manager-Magazin, No.10, octubre 1972, p.62.
- 52) Wild, Jürgen: Management-Prozesse und Informationsverarbeitung, en: Datascope, 4, 1971, p.2.
- 53) Hugger, Werner: Verwaltungsadäquates Management. Plädoyer für praktikable Managementssysteme der Verwaltung, Speyerer Arbeitshefte, No.5, Speyer, 1977, p.3.
- 54) Wild, Jürgen; Schmidt, Peter: Managementsysteme für die Verwaltung: PPBS und MBO, en: Die Verwaltung, vol.6, no.1, p.146.
- 55) Böhret, Carl; Junkers, Marie-Therese: Führungskonzepte für die öffentliche Verwaltung, Stuttgart, 1976, p.24.
- 56) Wild, Jürgen; Schmidt, Peter, op.cit., p.146.
- 57) Böhret, Carl; Junkers, Marie Therese, op.cit., p. 25.
- 58) La evaluación se basa en una serie de documentos oficiales y no oficiales y entrevistas efectuadas a representantes del sector salud.

- 59) Böhret, Carl; Junkers, Marie Therese, op.cit., p. 28.
- 60) Reinhard Baumgarten: Führungsstile und Führungstechniken, Berlin, 1977, p.27.
- 61) Böhret, Carl; Junkers, Marie Therese, op.cit., p. 32.
- 62) ibidem.
- 63) Baumgarten, Reinhard, op.cit., p.158.
- 64) ibidem, p.158.
- 65) Böhret, Carl; Junkers, Marie Therese, op.cit., p. 39.
- 66) Böhret, Carl; Junkers, Marie Therese, op.cit., p.41.
- 67) Héctor Sánchez: La crisis de los..., op.cit., p. 11.
- 68) ibidem.
- 69) Estas aptitudes son: a) la capacidad de manejar nuevas técnicas, b) la capacidad de reaccionar a situaciones de manera flexible y adecuada, c) la capacidad de desarrollar nuevas ideas que se adapten a las condiciones marco, y de realizarlas en la praxis, d) la capacidad de sacar provecho del «potencial de aprendizaje» de una organización, e) la capacidad de conducir una organización, f) la capacidad de manejarse con las fuerzas políticas y sociales que influyen sobre la organización, y g) la capacidad de emplear de manera efectiva su propia identidad profesional (vea en:KGst; Heranbildung von Führungskräften, Bericht Nr. 7, Köln, 1990, p.18).
- 70) Baars, Bodo, op.cit., p.20-21.
- 71) Baars, Bodo, op.cit., p.23-25.
- 72) Sánchez, Héctor: La crisis de los servicios..., op.cit., p. 11.
- 73) Böhret, Carl; Junkers, Marie Therese, op.cit., p...
- 74) Wild, Jürgen; Schmidt, Peter: Managementsysteme für die Verwaltung: PPBS und MBO, en: Die Verwaltung, Vol.6, No.1, 1973, p.148f.

- 75) Holliger, Hermann: Dynamische Management-Modelle, en: Industrielle Organisation, 40, 1971, No. 11, p. 485f.; Reinermann, Heinrich; Reichmann, Gerhard: Verwaltung und Führungskonzepte. Management by Objectives und seine Anwendungsvoraussetzungen, Berlin 1972; Wild, Jürgen: Unterentwickeltes Management by..., en: Manager-Magazin, No. 1, 1973, No. 10., Oct. 1972, p. 61f.
- 76) Ulrich, Hans; Sidler, Fredy: Ein Management-Modell für die öffentliche Hand, Bern, 1977, p. 14.
- 77) Wild, Jürgen: MBO als Führungsmodell für die öffentliche Verwaltung, en: Die Verwaltung, No. 6, 1973, p. 289.
- 78) Wild, Jürgen: Management, op.cit., p. 146.
- 79) Wild, Jürgen: MBO als Führungsmodell, op.cit., p. 286; Steinle, Claus: Führung. Grundlagen. Prozesse und Modelle der Führung in der Unternehmung, Stuttgart, 1978, p. 161.
- 80) ibidem.
- 81) ibidem.
- 82) ibidem.
- 83) Zapf, Günter, op.cit., p. 65.
- 84) ibidem, p. 128f.
- 85) ibidem, p. 128f.
- 86) ibidem, p. 137.
- 87) Baumgarten, Reinhard, op.cit., p. 158f.
- 88) ibidem, p. 158f.
- 89) ibidem, p. 162.
- 90) Baumgarten, Reinhard: op.cit., 162.

- 91) ibidem, p.162.
- 92) ibidem, p.166.
- 93) ibidem.
- 94) Alberts, Hans: Wertfreiheit als methodisches Prinzip, en: Logik der Sozialwissenschaften, Köln, 1975, p.181f.
- 95) Böhret, Carl: Entscheidungshilfe für die Regierung. Modelle, Instrumente, Probleme, Opladen, 1970, p.61.
- 96) ibidem, p.61.
- 97) ibidem.
- 98) ibidem.
- 99) Rowen, Henry S.: Statement before the Special Subcommittee on Scientific Manpower Utilization of the U.S. Senate Labor and Public Welfare Committee, Washington, D.C., 1966, p.170.
- 100) Quade, E.S.: Systems Analysis Techniques for Planning-Programming- Budgeting, The Rand Corporation, P-3322, Santa Monica, 1966, p.11.
- 101) Böhret, Carl, op.cit., p.77.
- 102) Erfolg mit Force-Fit, en: Manager, No.11, noviembre 1972, p.51.
- 103) ibidem.
- 104) Fiertz, Alden: Management by Objectives, en: Management-Enzyklopädie, Vol. IV, München, 1971, p.256f.; Wild, Jürgen: MBO als Führungsmodell.
- 105) op.cit., p.295ff.
- 106) Wild, Jürgen: MBO als..., op.cit., pág. 299.
- 107) ibidem.

- 108) ibidem.
- 109) Wild, Jürgen, op.cit., p.301.
- 110) Böhret, Carl; Junkers, Marie Therese, op.cit., p.43ff. y Steinle, Claus: Führung. Grundlagen, Prozesse und Modelle der Führung in der Unternehmung, Stuttgart, 1978, pág. 43ff.
- 111) Böhret, Carl; Junkers, Marie Therese, op.cit., p.46.
- 112) Kgst: Fortbildung in der Kommunalverwaltung, Köln, 1974.
- 113) Böhret, Carl, op.cit., p.47.
- 114) Tenckhoff, Philipp: Führung mit Zielsetzung und analytische Leistungsbeurteilung, en: Zeitschrift für Organisation, Vol. 43, 1974, pág. 423f.; Kappel, Heinz: Arbeits- und Leistungsbeurteilung als Instrumente der Personalführung, en: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, XXX, 1976, p.17f.
- 115) Kgst: Heranbildung von Führungskräften, o p.cit., p.21.
- 116) Oster, Dieter, op.cit., p.272).
- 117) ibidem, p.273.
- 118) ibidem, p.273.
- 119) Bower, Marvin: The will to manage, Düsseldorf, 1967, p.67.
- 120) Oster, Dieter, op.cit., p.274.
- 121) ibidem, p.276.
- 122) Wild, Jürgen: Managementsysteme für die Verwaltung, op.cit., p.155f.
- 123) ibidem.
- 124) Silva, Patricio; Salinas, Hugo: Aporte de la planificación estratégica en el Desarrollo de los Servicios de Salud en Chile, en: Rev. Administración en Salud, Año VI, No.18, Santiago, págs. 33-36.

125) Wilkenloh, Friedhelm: Grundzüge moderner Managementmethoden und die Möglichkeiten ihrer Anwendung in der öffentlichen Verwaltung en Archiv für Post- und Fernmeldewesen vol.23 1971, p125.

126) Falkenhausen, Hasso: Netzplantechnik, en: Grochla, op cit., p.1026 1039.

IV. BIBLIOGRAFIA

I. LIBROS

Baars, Bodo: Strukturmodelle für die öffentliche Verwaltung, Bonn, 1973.

Baumgarten, Reinhard: Führungsstile und Führungstechniken, Berlin, 1977.

Bennis, Warren; Nanus, Burt: Führungskräfte: Die vier Schlüsselstrategien erfolgreichen Führens, Frankfurt, 1985.

Beske, F.; Brecht, J.G.; Reinkemeier, A.-M.: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur - Leistungen - Weiterentwicklung, Deutscher Ärzteverlag, Köln, 1993.

Böhret, Carl: Entscheidungshilfen für die Regierung. Modelle, Intrumente, Probleme, Opladen, 1970.

Böhret, Carl; Junkers, Marie Therese: Führungskonzepte für die Öffentliche Verwaltung, Stuttgart, 1976 .

Demmer, Karl (Ed.): Die neuen Management-Techniken, München, 1969.

Deppe, Joachim: Quality Circle und Lernwerkstatt: ein integrativer Ansatz, Wiesbaden, 1990.

Dullien, Manfred: Flexible Organisation. Praxis, Theorie und Konsequenzen des Projekt- und Matrix-Management, Opladen, 1972.

Friedmann, Reinhard: Chile unter Pinochet. Das autoritäre Experiment, Freiburg, 1990.

Grochla, Erwin (Ed.): Handwörterbuch der Organisation, Stuttgart, 1969.

Hugger, Werner: Verwaltungsadäquates Management. Plädoyer für praktikable Managementsysteme der Verwaltung, Speyerer Arbeitshefte 5, Speyer, 1977.

Jiménez de la Jara (Ed.): Medicina Social en Chile, Ed. Aconcagua, Santiago, 1976.

Jiménez de la Jara, Jorge (Ed.): Sistema de Salud en Transición a la Democracia, Editorial Atena, Santiago, 1991.

Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGst): Funktionelle Organisation; Arbeits- und Projektgruppen, KGst-Bericht Nr.3, Köln, 1973.

KGst: Probleme der Mitarbeiterführung in der öffentlichen Verwaltung, KGst Bericht Nr. 6/1976, Köln, 1976.

KGst: Fortbildung in der Kommunalverwaltung, KGst-Gutachten, Köln, 1974

KGst: Heranbildung von Führungskräften, KGst-Bericht Nr. 7, Köln, 1990.

Konrad-Adenauer-Stiftung/Institut für Kommunalwissenschaften: Aufgaben praktischer Kommunalpolitik, no.4: Soziales und Gesundheit, Kommunal-Verlag, Bonn/Sankt Augustin, 1983.

Konrad-Adenauer-Stiftung/Institut für Kommunalwissenschaften: Projekt Fortbildungseminare für Bürgermeister, kommunale Mandatsträger und leitende Verwaltungsmitarbeiter/innen in den neuen Bundesländern, Seminarnappe zum Thema: K. Organisation/Personalwirtschaft/Personalführung, Sankt Augustin, 1991.

Kompa, Ain: Assessment Center: Bestandsaufnahme und Kritik, München, 1989.

Kotter, John: Erfolgsfaktor Führung: Führungskräfte gewinnen, halten und motivieren. Strategien aus der Harvard Business School, Frankfurt, 1989.

Lavados, Hugo (Ed.): Desarrollo social y salud en Chile, vol.2: Bases de un Sistema de Salud, CPU, Santiago, 1980.

Lavados, Hugo (Ed.): Desarrollo social y salud en Chile, Vol.3: Perspectivas del sistema de salud, CPU, Santiago, 1982.

Livingstone, Mario;Raczynski, Dagmar (Eds.): Salud Pública y bienestar social, Cieplan, Santiago, 1976.

Management-Enzyklopädie. Das Managementwissen unserer Zeit in 6 Bänden, München, 1971.

Management für alle Führungskräfte in Wirtschaft und Verwaltung, Begleitmaterial zur gleichnamigen Fernsehreihe in Zusammenhang mit dem Südwestfunk und dem Norddeutschen Rundfunk, Deutsche Verlagsanstalt Lerntechnologie, 1972.

Ministerio del Interior: Manual de Gestión Municipal, Santiago, 1992.

Organización Panamericana de la Salud: Análisis de las organizaciones de salud, Serie PALTEX No.4, Washington, 1987.

Organización Panamericana de la Salud (OPS): Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, Washington, noviembre de 1990.

Palma Le Blanc, Arturo: Dirección de Organizaciones, Santiago, 1993.

Reinermann, Heinrich; Reichmann, Gerhard: Verwaltung und Führungskonzepte. Management by Objectives und seine Anwendungsvoraussetzungen, Berlin, 1978.

Rieckhof, Hans (Ed.): Strategien der Personalentwicklung, Wiesbaden, 1989.

Rodriguez, Dario: Diagnóstico Organizacional, Santiago, 1992.

Romero, María Inés (Ed.): Eficiencia y calidad del Sistema de Salud en Chile, CPU, Santiago, 1990.

Schuster, Augusto: Salud. Mensajes y Reflexiones, Santiago, 1989.

Steinle, Claus: Führung. Grundlagen, Prozesse und Modelle der Führung in der Unternehmung, Stuttgart, 1978.

Ulrich, Hans; Sidler, Fredy: Ein Management-Modell für die öffentliche Hand, Bern, 1977.

Zepf, Günter: Kooperativer Führungsstil und Organisation, Wiesbaden, 1972.

II DOCUMENTOS NO PUBLICADOS Y MANUSCRITOS

Asociación Nacional de Municipalidades: Pauta de trabajo; Tema: Personal y capacitación, Comisión Técnica, Santiago, enero 1993.

Asociación Nacional de Municipalidades: Pauta de trabajo; Tema: Participación ciudadana, Comisión Técnica, Santiago, enero de 1993

Asociación Nacional de Municipalidades: Pauta de trabajo, tema: Planificación y proyectos, Comisión Técnica, Santiago, enero 1993.

Aylwin, Patricio: Presentación de Patricio Aylwin, Seminario Coyuntura de Salud. Asociación de Isapres, mimeo, Santiago, 27 de septiembre de 1989.

Anríquez, Carlos: Aplicación de la teoría de sistemas a la administración pública. Paper para ser presentado al Curso «Teoría de la Administración Pública», mimeo, Santiago, Noviembre de 1979.

Astica, Juan B.: Lo regional y lo comunal: Consideraciones sobre ambas alternativas para la descentralización territorial, Santiago, sin fecha.

Cámara de Diputados: Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Boletín No. 598-11, Santiago, 3 de enero de 1992.

CED: Informe Final del Proyecto: El Sistema de Salud ante la descentralización política y administrativa, Santiago, 1993.

Corporación de Promoción Universitaria (CPU): Proyecto. Proceso de desarrollo institucional aplicado a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Primer estado de avance, Santiago, marzo de 1992.

Corporación de Promoción Universitaria (CPU): Proyecto. Proceso de desarrollo institucional aplicado a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, segundo estado de avance, Santiago, mayo de 1992.

Corporación de Promoción Universitaria (CPU): Proyecto. Proceso de desarrollo institucional aplicado a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, tercer estado de avance, Santiago, agosto de 1992.

Corporación de Promoción Universitaria (CPU): Proyecto. Proceso de desarrollo institucio-

nal aplicado a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, cuarto estado de avance, Santiago, noviembre de 1992.

Corporación de Promoción Universitaria (CPU): Proyecto. Proceso de desarrollo institucional aplicado a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Informe Final, Santiago, marzo de 1993.

Consultores en Ingeniería de Sistemas (CIS): Acciones de corto plazo en Área Salud. Planteamiento CIS, Documento de Trabajo, Santiago, enero 1990.

Fasani, Roberto: El Área de la Salud en el Gobierno de la Concertación, Santiago, sin fecha.

Friedmann, Reinhard; Vallespin, Patricio: Conceptos de gestión para la administración pública y municipal: Bases para la construcción de modelos, CED, Santiago, 1993.

Fuentes, Roberto; Verdessi, Daniel: Esbozos para un Plan Nacional de Salud, Valparaíso, enero de 1993.

Fuentes, Roberto (Ed.): Sistema Nacional de Servicios Públicos de Salud. Aportes para un perfeccionamiento de su Estructura y Funcionamiento, Santiago, mayo de 1993.

Heyermann, Beatriz: El Sistema de Salud ante la descentralización política y administrativa. Percepción de Actores, Minsal/Ilpes/OPS, Santiago, agosto 1993.

Hevia Rivas, Patricio: La estrategia de atención primaria de salud, base para una propuesta de organización de sistemas comunales de salud en Chile, mimeo, Santiago, agosto de 1989.

Informe Comisión Salud, Santiago, octubre 1989.

Jiménez de la Jara: Informe Comisión Salud, Santiago, octubre 1989.

Ministerio Secretaría General de la Presidencia: Sistema de Apoyo a la instalación de los gobiernos regionales, mimeo, Santiago, 1993.

Ministerio de Planificación y Cooperación/División Social/Depto. de Información y Evaluación Social/Programa de Monitoreo de la Política Social: ¿Cómo evalúan los beneficiarios la atención primaria en salud? Monitoreo de la opinión, expectativas y participación de los beneficiarios respecto de la atención primaria en salud de las regiones I-V-VII-IX y Región Metropolitana, Santiago, enero de 1993.

Montt, Julio: Propuestas de Salud para un nuevo gobierno de la Concertación, Santiago, julio de 1993.

Oyarzo, César: Evolución de la situación financiera del sector salud en la década del 80, mimeo, Santiago, sin fecha.

Oyarzo, César: La mezcla público -privada: Una reforma pendiente, Documento de Trabajo, Santiago, 1993.

Partido Demócrata Cristiano/Comisión Técnica de Salud/Subcomisión de Organización y Estructura: Informe, Santiago, enero 1993.

Proyecto Infosal: Una propuesta de informática para la Salud, mimeo, Santiago, 8 de enero de 1990.

Renovación Nacional: RN se preocupa de ..., Santiago, sin fecha.

Reunión Interregional sobre La mezcla pública y privada en los sistemas de salud nacional y el rol de los Ministerios de Salud. Documento de antecedentes, Hacienda Cocoyoc, Estado de Morelos, México, julio de 1991.

Senado de Chile: Proyecto de ley que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Boletín No. 598-11, Valparaíso, 1993.

World Bank: World Bank Report 1993. Investing in Health, Report No.11778, Washington, 1993.

III DOCUMENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD

Belmar, Roberto: Atención primaria de salud y estrategias de participación Social, Santiago, sin fecha.

Belmar, R.: La Salud en el período de transición democrática, Santiago, sin fecha.

División de Planificación y Presupuesto/Depto. de Coordinación e Informática: Sistema de Información en Salud, Santiago, 1992.

Minsal: Chile: Situación de Salud, Santiago, 1978.

- Minsal/Depto. Coordinación e Informática: Indicadores de Salud, Santiago, sin fecha.
- Minsal/Depto. de Planificación: Int.No.96/Ord.No.3B, Santiago, sin fecha.
- Minsal: Anteproyecto para el desarrollo y fortalecimiento institucional de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremis), Santiago, noviembre de 1990.
- Minsal/Subsecretario: Análisis de los cambios estructurales del sistema de salud chileno: Costos, logros e implicancias futuras, Santiago, noviembre de 1990.
- Minsal/División de Planificación y Presupuesto: Descentralización: Antecedentes legales, conceptuales y su aplicación en el período 1979-1990, Documento preparado para la 2da. sesión del Grupo de trabajo de Planificación, Santiago, enero de 1991.
- Minsal/Depto. Recursos Humanos: Bases para el Estatuto del Personal de la Salud, Documento de Trabajo, Santiago, febrero de 1991.
- Minsal/Oficina de Crédito Multilateral/Proyecto Minsal-Banco Mundial: Anexo II: Reade-cuación del sistema público de atención de salud, Santiago, enero de 1992.
- Minsal/División de Planificación y Presupuesto/Depto. de Planificación: Sistema de salud chileno, Santiago, 30 de marzo de 1992.
- Minsal/Depto. Coordinación e Informática: Estadísticas e indicadores de atenciones. Chile 1978-1991, Santiago, noviembre 1992.
- Minsal/Gabinete del Ministro: Readequación del Sistema de Salud Chileno, Santiago, sin fecha.
- Minsal: Fundamentos y perspectivas de los programas de salud para 1991, Santiago, sin fecha.
- Minsal: Informe ejecutivo, Santiago, abril de 1993.
- Minsal/División de Planificación y Presupuesto/Depto. Planificación: Políticas de Salud: Años 1990-1993, Santiago, 1 de julio de 1993.
- Minsal: Situación y atención de la salud en Chile, Santiago, 1993.

Silva Rojas, Patricio: Análisis de los cambios estructurales del sistema de salud chileno: Costos, logros e implicancias futuras, Minsal/Subsecretario de Salud, Santiago, noviembre 1990.

Minsal/Depto. Asesoría Jurídica: Memorandum No.2C/391; Mat.: Observaciones al proyecto de reforma contitucional sobre gobierno regional, Santiago, 1991.

Minsal/Secretaría Regional Ministerial: Definición de responsabilidades del Ministerio de Salud en la atención primaria de salud municipal, Santiago sin fecha.

Minsal/Secretaría Regional Ministerial: Ord.No. 000500, Santiago, 27 de diciembre 1990.

Minsal/Subsecretario: Memo No.2A/459, Santiago, 1990.

Minsal/Depto. de Planificación: Dificultades en la aplicación de las políticas, Santiago, enero de 1991.

Minsal/Depto. de Planificación: Circular No. 3B, Int.No. 43, Santiago, sin fecha.

Minsal: La salud en Chile. Informe Nacional del Proyecto Disal, Santiago 1992.

Minsal: Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Santiago, diciembre 1986.

Minsal/División de Planificación y Presupuesto/Depto. de Planificación: Descentralización en Salud, II (Documento en preparación). Sondeo de Opinión entre entidades descentralizadas, Santiago, sin fecha.

Minsal: Antecedentes para un diagnóstico de la gestión de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Santiago, sin fecha.

Minsal: Redacuación del Sistema Público de Atención de Salud (Marco de referencia para inversiones en Salud), Santiago, junio de 1991.

Minsal: Proyecto Nuevo Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Santiago, marzo 1991.

Minsal/Secretaría Regional Ministerial: Definición y perfil de las Secretarías Regionales de Salud, Dra. Gabriela Venturini, Santiago, sin fecha.

Minsal/División de Planificación y Presupuesto/Depto. de Planificación: Sistema de Salud Chileno, Santiago, 30 de marzo de 1992.

Ministro de Salud: Informa sobre adecuaciones funcionales en el Ministerio de Salud, Santiago, 5 de octubre de 1990.

Minsal/División de Planificación y Presupuesto/Depto. de Planificación: Plan Nacional de Salud 1992-1994, Santiago, 1993.

Minsal: Tarjeta de Presentación. Situación y atención de la salud en Chile, Santiago, 1991.

Minsal: Fundamentos y perspectivas de los Programas de Salud para 1991, Santiago, sin fecha.

Minsal/DAP: Proyecto de Ley sobre Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal, Santiago, enero de 1992.

Minsal/Dirección de Financiamiento Internacional/Depto. de Planificación: Principales indicadores biomédicos, de recursos y de producción sector salud y/o SNSS Chile 1989-92, Santiago, 14 de julio 1993.

IV. DOCUMENTOS DE TRABAJO

Ahumada, Jaime: Planificación e inversión local, Ilpes, LC/IP/R.128, abril 1993.

Ahumada, Omar: Administración y Control de Gestión, Programa en Gestión Directiva Municipal, Texto Especializado No. 1/93, CPU, Santiago, marzo 1993.

Atención primaria, en: La Epoca, 1 de julio de 1993, p.8.

Avances en Salud, en: La Epoca, 2 de agosto de 1993.

Boisier, Sergio: Notas sobre Regionalización, Descentralización y Desarrollo Regional, Ilpes, Serie Ensayos, documento 90/7, Santiago.

Centro de Estudios del Desarrollo (CED): Seminario El Municipio: Tarea de Hoy, Santiago, 1991.

CEP: Percepciones y opiniones sobre la salud en Chile, Santiago, 1993.

Covarrubias, Alvaro: El sistema de salud en Chile: Una visión crítica y una solución, CPU, Documento de Trabajo No.28, Santiago, 1991.

Duarte, Dagoberto: La municipalización del nivel primario en Chile, Documento de trabajo CPU, no.32, Santiago, 1992.

Friedmann, Reinhard; Micco, Sergio: Descubriendo la comuna. Manual de Ciencias Comunes, Cuadernos del CED, No.18, Santiago, 1993.

Hernández, Héctor/Corporación de Promoción Universitaria (CPU): Programa Gestión Directiva Municipal, Texto Especializado No.5/93, Servicios Traspasados, Santiago, 1993.

Instituto Libertad: Análisis Legislativo Estatuto de Atención Primaria, Santiago, sin fecha.

Instituto Libertad: Análisis del Proyecto de Ley que modifica la normativa que rige a las Instituciones de Salud Previsional, Informe Especial, Vol. III., no. 13, Santiago, julio de 1992.

Ilpes/Didesco/PNUD: Manual de capacitación municipal, Santiago, 1992.

Jiménez de la Jara, Jorge: Análisis de la evolución Salud Pública. Chile 1990-1993, Contrato Minsal-OPS/CED, ID/1850, marzo de 1993.

Programa de Asesoría de la Fundación Friedrich Ebert (FAUS): El Sistema Financiero Municipal Chileno: Problemas, desafíos y propuestas, Materiales para el Desarrollo Local y Regional, Santiago, enero 1992.

Romero, Inés: Rol del Estado en Salud: Visión para Chile en el Período de Transición, Documento de Trabajo No.64, CPU, diciembre 1991.

Ruiz, Julio: Niveles de Descentralización en el marco de la nueva legislación sobre Administración Regional y local, CPU, Documento de Trabajo No.28, Santiago, 1992.

V. ARTICULOS EN LIBROS, REVISTAS Y DIARIOS

Araiz, Sonia; Puentes, Germán: Algunos indicadores de la situación de salud, en: Mideplan: Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza. Casen 1990, Santiago, 1992, págs. 239-242.

Arellano, José Pablo; Sáez, Raúl Eduardo: Reforma de la previsión y la salud, en: Lavados, Hugo (Ed.): Desarrollo social y Sistema de salud, CPU, Vol. 3, Santiago, 1982, págs. 145-189.

Barilari, Enrique: Apreciaciones de los trabajadores de atención primaria respecto del Estatuto de Salud Municipal, en: Cuadernos Médico Sociales, Vol. XXXIII, No. 2 y 3, Santiago, págs. 45-46.

Banner, Gerhard: Ziel- und ergebnisorientierte Führung in der Kommunalverwaltung. Erfahrungen mit «Management by Objectives» in Duisburg, en: Archiv für Kommunalwissenschaften, vol.14, no.1, 1975, págs.22-40.

Belmar, Roberto: Perspectivas del Ministerio de Salud, Estatuto de la Salud del sector municipalizado, en: Cuadernos Médico Sociales, Edición Especial, Vol. XXXIII, No. 2 y 3, Santiago, págs. 15-27.

Berwertung von Managerqualitäten, en: Der Betriebswirt, vol.33, no.1, 1992, págs. 11-15.

Bichet Requena, Mariano: Crisis del sistema chileno de cuidado de la salud, en: Cuad. Méd.Soc., XXXIII, 1, 1992, págs. 23-36.

Bize, Ricardo: Mecanismos y procedimientos de operación del Fondo Nacional de Salud, en: Lavados, Hugo (Ed.): Desarrollo social y Sistema de salud, CPU, Vol. 3, Santiago, 1982, págs. 101-143.

Boisier, Sergio: La construcción (democrática) de las regiones en Chile: Una tarea colectiva, en: Sociedad Chilena de Planificación: Primer Congreso Nacional de Planificación, vol.3, Santiago, 1989, págs. 27-57.

Boisier, Sergio: La gran apuesta de la descentralización chilena, en: La Nación, 10 de septiembre de 1992, p. 14.

Bofill C., Begofía: Un balance difícil de alcanzar, en: El Mercurio, 24 de abril de 1993, p.D4.

Brady, Rodney: MBO goes to work in the public sector, en: Harvard Business Review, vol. 51, 1973, págs. 65-74.

Bravo, Alfredo Leonardo: Principios básicos para la organización de un sistema de servicios de salud: El caso chileno, en: Lavados, Hugo (Ed.): Desarrollo social y salud en Chile, vol.2, CPU, Santiago, 1980, págs. 21-44.

Bravo, Alfredo Leonardo: Problemas y ventajas de algunos modelos de organización de Servicios de Salud: Lecciones de la experiencia, en: Lavados, Hugo (Ed.): Desarrollo social y salud en Chile, vol.3, CPU, Santiago, 1983, págs. 11-47.

Bresser, Rudi: Der Realitätsgehalt der MBO-Forderung nach kooperativer Zielformulierung, en: Zeitschrift für Organisation, vol.42, 1973, pags.329-322.

Brightford, Eric: Warum Management by Objectives?, en: Industrielle Organisation, vol. 40, no.11, 1971, págs. 503-507.

Britt, Alexander: Übersicht über marktgängige Führungsmodelle, en: Industrielle Organisation, 40, no.11, 1971, págs. 489-493.

Carmona, Oscar: Experiencia de la Corporación Municipal de Santiago, en: Cuadernos Médico Sociales, Edición Especial, Vol. XXXIII, No.2 y 3, Santiago, págs. 7-13.

Chile, Quinto en Ranking de Competividad Mundial, en: El Mercurio, 22 de junio 1993, p. B1 y A12.

Coordinadora Nacional de Federaciones, Sindicatos y Asociaciones Gremiales de Atención Primaria Municipalizada, en: Cuadernos Médico-Sociales, Vol. XXXIII, No. 2 y 3, Santiago, págs 53-57.

Conferencia de Ministros de Salud, en: El Mercurio., 17 de junio de 1993, p. A2.

Cuarenta años S.N.S., en: Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 1, Santiago, 1992, págs. 7-19.

Departamento de Salud Pública del Honorable Consejo General del Colegio Médico: Análisis sobre el Proyecto de Ley que establece un Estatuto de Personal de los Servicios Municipalizados, en: Cuadernos Médico-Sociales, Vol. XXXIII, No. 2 y 3, Santiago, págs. 58-60.

Detallan cirugía reparadora del sector salud, en: La Epoca, 1 de abril de 1993, p.17.

De Matini, María Isabel: Todo listo para mostrar la nueva cara de las Isapres, en: La epoca, 11 de julio 1993, págs. 7-8.

Documento Programa Comisión de Salud Concertación de Partidos por la Democracia, en: Jiménez de la Jara, Jorge (Ed.): Sistema de Salud en Transición a la Democracia, Editorial Atena, Santiago 1991, págs. 185-192.

Dintrans, Rene: Hacia un modelo de sistema, en: Boletín Mesa Directiva Nacional Colegio Médico, julio 1993, no.1, p. 3.

Encuesta CEP-Adimark: Voz de alarma en la salud, en: El Mercurio, 8 de agosto de 1993, p. D15.

En marcha plan de ampliación y modernización de la salud, en: El Mercurio, 1 de abril de 1993.

Erfolg mit Force-Fit, en: Manager, no.11, noviembre 1972, págs. 51-57

Escudero, Pedro: Crisis del Sector Salud en Chile, en: Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 1, 1992, págs. 14-22.

Escudero, Pedro: La salud, una preocupación política prioritaria, en: Rev. Administración en Salud, Año VI, No.18, Santiago, 1992, págs. 42-43.

Espinosa, Consuelo; Puentes, Germán: Los sistemas previsionales de salud. Cobertura y perfil de los beneficiarios, en: Mideplan: Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza. Casen 1990, Santiago, 1992, págs. 217-235.

Flexibilizan paro trabajadores de salud municipalizada, en: El Mercurio, 3.8.1993, p. A1.

Fiertz, Alden: Management by Objectives, en: Management-Enzyklopädie. Das Managementwissen unserer Zeit in 6 Bänden, Vol.4, München, 1971, págs.256-271.

García Soms, Esteban: Descentralización y gestión democrática, en: Sociedad Chilena de Planificación (Sochiplan): Primer congreso de Planificación, Vol.3, Santiago, 1989, págs. 1-12.

Gasto social creció 30% en 1989-1992, en: La Segunda, 22 de julio de 1993, p.17.

Giaconi, Juan: Funcionamiento del sistema de Servicios de Salud, en: Lavados, Hugo (Ed.): Desarrollo social y salud en Chile, CPU, vol.3, Santiago, 1982, págs. 91-99.

Giaconi, Juan: Nos hemos preocupado..., en: Rev. Administración en Salud, Santiago, No. 4, 1988, págs. 4-12.

Giaconi, Juan: «Con los recursos disponibles, el sistema de salud fue extraordinariamente eficiente», en: Rev. Administración en Salud, No.8, 1990, Santiago, págs. 4-7.

- Gobierno concreta respuesta a las demandas de la atención primaria, en: La Epoca, 30.7.1993.
- Goic, Alejandro: Salud pública en Chile, en: Rev. Méd. Chile, 105, Santiago, 1977, págs. 649-653.
- Goic, Alejandro: Visión crítica del Servicio Nacional de Salud 1978, en: Mensaje, No.273, octubre 1978, págs.625- 632.
- González, Jose Luis: Situación de la salud municipalizada de Valdivia, en: Cuadernos Médico-Sociales, Edición Especial, vol. XXXIII, No. 2 y 3, Santiago, págs. 35-38.
- Hahn, Dietger: Strategische Unternehmensführung: Stand und Entwicklungstendenzen, en: Zeitschrift Führung + Organisation, 1989, No.3 y 5.
- Hevia, Patricio: Modelos de participación de la comunidad en los programas de salud, en: Educ. Méd. Salud, Vol.11 , No.3, 1977, págs. 258-274.
- Holliger, Hermann: Dynamische Management-Modelle, en: Industrielle Organisation, 40, 1971, no.11, págs. 485-488.
- Ipinza, Manuel: Propuestas de política de salud al programa de gobierno 1993-2001, en: Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 2 y 3, Santiago, 1993, págs. 37-42.
- Isapres: Tendencia alcista en costo de prestaciones, en: La Tercera, 16 de julio de 1993, p.20.
- Jiménez de la Jara, Jorge: El S.N.S. y las nuevas políticas de salud, en: Política y Espíritu, octubre 1975, págs. 38-43.
- Jiménez de la Jara, Jorge; Gili, Margarita: Municipalización de la atención primaria en salud, en: Romero, María Inés (Ed.): Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile, CPU, Santiago, 1990, págs. 323-366.
- Jiménez de la Jara, Jorge: Elementos para una política de salud. Problemas y desafíos del sistema de salud chileno, en: Jiménez de la Jara, Jorge (Ed.): Sistema de salud en transición a la democracia, Editorial Atena, Santiago 1991, págs. 193-201.
- Jiménez, Jorge: «Sin salud no hay estabilidad democrática, en: Rev. Administración en salud, No.8, Santiago, 1990, págs. 8-11.

Jiménez de la Jara, Jorge; Gili, Margarita: Subsistema mutuales de seguridad, en: Jiménez de la Jara, Jorge (Ed.): Sistema de salud en transición a la democracia, Editorial Atena, Santiago 1991, págs. 117-147.

Jiménez de la Jara, Jorge: Municipalización de la atención primaria en salud, en: Jiménez de la Jara, Jorge (Ed.): Sistema de salud en transición a la democracia, Editorial Atena, Santiago 1991, págs. 149-182.

Jiménez de la Jara, Jorge: La salud no es ajena al cambio de fin del siglo, en: La Epoca, 27 de junio de 1993, págs. 16-17.

Kaempffer, Ana María: Evolución de la organización de la salud en Chile, en: Hospisalud, Santiago, No.1, Septiembre 1990, págs. 18-21.

Kappel, Heinz: Arbeits-und Leistungsbewertung als Instrumente der Personalführung, en: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, vol. XXX, 1976, págs. 17-20.

Kübler, Hartmut: Modernes Management in der öffentlichen Verwaltung, en: Die Verwaltungspraxis, vol.30, octubre 1972, págs. 217-222.

Ley de servicios de urgencia, en: La Tercera, 14 de julio de 1993, p.3.

Manicini, Roberto: Observaciones sobre atención primaria de salud, en: Cuadernos Médico Sociales, vol. XXXIII, No. 2 y 3, Santiago, págs. 64-66.

Medina Lois, Ernesto: Evolución de la salud en Chile en los últimos 25 años, en: Rev. Méd. Chile, 105, Santiago, 1977, págs. 739-745.

Medina Lois, Ernesto: El desarrollo del sistema de servicios de salud en Chile: Perspectivas históricas, en: Rev. Méd. Chile, 107, Santiago, 1979, págs. 1135-1140.

Medina Lois, Ernesto: Problemas y perspectivas del desarrollo del sistema de servicios de salud en Chile, en: Lavados, Hugo (Ed.): Desarrollo social y salud en Chile, vol.2, CPU, Santiago, 1980, págs. 11-20.

Medina Lois, Ernesto: Indicadores de salud, en: Romero, María Inés (Ed.): Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile, CPU, Santiago, 1990, págs. 19-90.

Medina Lois, Ernesto: Situación de salud en Chile, en: Jiménez de la Jara, Jorge (Ed.): Sistema de salud en transición a la democracia, Editorial Atena, Santiago 1991, págs. 13-47.

Medina Lois, Ernesto: Factores que condicionan la eficacia del sistema de salud: Relación entre las tendencias de los problemas sanitarios en Chile, la atención médica y la estructura del sistema, en: Lavados, Hugo (Ed.): Desarrollo social y salud en Chile, vol.3, CPU, Santiago, 1982, págs. 49-88.

Merino, Rene: Crisis del sector salud en Chile, en: Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 1, 1992, págs. 37-41.

Ministro Montt: «El sector de la salud no se encuentra en crisis», en: La Epoca, 23 de julio de 1993, p.16.

Ministro descarta crisis en salud, en: La Epoca, 2 de agosto de 1993, p.16.

Ministro Montt: «El sector de la salud no se encuentra en crisis», en: La Epoca, 23 de julio de 1993, p.1.

Montt, Julio: La mezcla público-privada en salud. Entrevista, en: Rev. Administración en Salud, Santiago, 1992, No. 14, págs. 18-22.

Mobilización en salud, en: La Epoca, 7 de agosto de 1993, p.8.

Navarette, Gonzalo: Municipalización, en: Cuad. Méd.-Soc., XXXII, No.4, Santiago, Dic. 1991, págs. 5-7.

Niederhoff, Reinhard: Führungs- und Entscheidungssysteme, en: Data Report, vol.5, no.1, 1970., págs. 18-23.

Nueva crisis en salud, en: El Mercurio, 16 de octubre de 1992, p. A2.

Oppermann, Hans: Experiencia en la municipalización, en: Cuadernos Médico Sociales, Edición Especial, Vol. XXXIII, No. 2 y 3, Santiago, págs. 39-42.

Ortíz, Francisco: El sector salud y sus recursos financieros: Análisis de la década, en: Lavados, Hugo (Ed.): Desarrollo social y salud en Chile, vol.2, CPU, Santiago, 1980, págs. 139-180.

Ortíz, Nancy: Cooperación Internacional, en: Hospisalud, Santiago, No.1, Septiembre 1990, págs. 22-25.

Oyarzo, Cesar: Análisis crítico de las transformaciones financieras del sector salud en la

década de los 80 y propuestas para una reforma, en: Jiménez de la Jara, Jorge (Ed.): Sistema de salud en transición a la democracia, Editorial Atena, Santiago 1991, págs. 49-77.

Rajs, Danuta: Crisis en el sector salud, en: Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 1, 1992, págs. 6-10.

Ramírez, Rolando: Prestaciones de salud, en: Rev. Administración en Salud, Año VI, no.17, Santiago, 1992, págs.23-29.

Reichert, Eberhard: Management Games: Entscheidungshilfe oder Spielerei?, en: Data Report, 3, no.4, 1968, págs. 28-33.

Rioseco, Alfredo: Hacia un nuevo modelo prestador de atención médico, en: Rev. Administración en Salud, No.11, 1990, págs. 13-20.

Reiteran rechazo a ley sobre atención primaria, en: El Mercurio, 58.1993.

Romero, Hernán: Hitos fundamentales de la medicina social en Chile, en: Jiménez de la Jara, Jorge: Medicina social en Chile, Ed. Aconcagua, Santiago, 1986, págs. 45-80.

Romero, María Inés: Evolución de la atención de salud en Chile, en: Romero, María Inés (Ed.): Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile, CPU, Santiago, 1990, págs. 307-322.

Quiskamp, Dieter: Das Assessment-Center als Verfahren zur Auswahl von Führungskräften, en: VOP Verwaltungsführung - Organisation - Personal, no.6, 1989, págs. 340-356.

Salomón, Carlos: Un análisis sobre el Sistema Nacional de Servicios de Salud, en: Vida Médica, sept.-octubre 1975, págs. 18-21.

Salud Municipalizada, en: El Mercurio, 6 de febrero de 1993, p.A2.

Salud privada busca transparencia, en: La Nación, 7 de junio de 1993, p.13.

Salud: Invertirán 350 millones US-Dólares para modernizar el sistema público, en: La Segunda, 30 de marzo de 1993, p.19f.

Sánchez, Héctor: Análisis subsistema Isapres. Período 1981-1989, en: Romero, María Inés (Ed.): Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile, CPU, Santiago, 1990, págs. 401-439.

Sánchez, Héctor: Diagnóstico sobre la operación y financiamiento del sector, en: Revista Administración en Salud, No.9, Santiago, 1990, págs. 20-28.

Sánchez, Héctor: Análisis del subsistema privado Isapre. Período 1981-1990, en: Jiménez de la Jara, Jorge (Ed.): Sistema de salud en transición a la democracia, Editorial Atena, Santiago 1991, págs. 81-116.

Sánchez, Héctor: Antecedentes para una discusión sobre sistema de financiamiento en salud en América Latina, en: Revista Administración en Salud, año VI, no.18, Santiago, 1992, págs. 2-11.

Sánchez, Hector: La crisis de los servicios de urgencia: Un desafío y una oportunidad. La descentralización del sistema público de salud, en: Administración en Salud, Santiago, 1992, págs. 8-12.

Sánchez, Jorge: Jornadas sobre la salud a nivel local: Estado del sistema municipalizado de salud, en: Cuadernos Médico Sociales, Edición Especial, vol.XXXIII, No.2 y 3, Santiago, págs. 5-6.

Sandoval, Herman: Crisis del sector salud en Chile, en: Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 1992, págs. 42-46.

Scheibler, Albert: Entscheidungsformen und Führungsstile, en: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, vol.45, no.12, 1975, págs. 765-792.

Schuster, Augusto: Conferencia Sr. ministro de Salud (S) III Seminario sobre coyuntura en Salud. Asociación de Isapres de Chile A.G., en: Schuster, Augusto: Salud. Mensajes y Reflexiones, Santiago, 1989, págs. 306-344.

Schuster, Augusto: Año 2000. Metas salud, en: Schuster, Augusto: Salud. Mensajes y Reflexiones, Santiago, 1989, págs. 306-344.

Serrano, Claudia: Política social en salud a nivel local, en: Colección Estudios Cieplan, No.27, Santiago, diciembre de 1989, págs. 119-147.

Silva Rojas, Patricio; Salinas, Hugo: Aporte de la planificación estratégica en el desarrollo de los Servicios de Salud en Chile, en: Rev. Administración en Salud, No.18, Año VI, Santiago, 1992, págs. 33-36.

Sistema de Información Gerencial. Enfoque estratégico para la administración de los sistemas locales de salud, en: Revista Administración, no.9, 1990, págs.29-42.

Somis, Abraham: Técnicas de dirección. El enfoque sistémico en la administración de salud, en: OPS: Análisis de las organizaciones de salud, OPS/Serie Paltex No.4, Washington, 1977, págs. 175-200.

Soza, Maria Teresa: El fantasma del ministerio, en: Qué Pasa, 10 de abril de 1993, págs. 15-16.

Steiffert, Hans-Georg: Forschungsansätze zu 'Verwaltung und politische Entwicklung', en: Oberndörfer, Dieter (Ed.): Verwaltung und Politik in der Dritten Welt, Berlin, 1981, págs. 29-57.

Stiefel, Rolf: Wie lernt man Führen?, en: Personal: Führungsreport 87, München, 1987.

Tapia, Ruth: Formación en capacidad gerencial en salud, en: Rev. Administración en Salud, No. 13, Año V, Santiago, 1991, págs. 4-6.

Tenckhoff, Philipp: Führung mit Zielsetzung und analytische Leistungsbeurteilung, en: Zeitschrift für Organisation, vol.43, 1974, págs. 423-432.

Timmermann, Manfred: Matrix-Management, en: Industrielle Organisation, 40, No.7, 1971, págs. 315-319.

Thom, Norbert: Zur Leistungsfähigkeit der Projekt-Matrix-Organisation, en: Industrielle Organisation, 42, 1973, no.3, págs. 123-127.

Ubilla, Soledad: La salud municipal, en: CED: Seminario El Municipio: Tarea de Hoy, Santiago, 1991.

«Un hospital es una empresa especial», en: Hospisalud, Santiago, No.1, Septiembre 1990, págs. 6-8.

Un proyecto de salud para Chile, en: Boletín Mesa Directiva Nacional, Colegio Médico, julio 1993, No.1, págs.1-2.

Un tercio de los chilenos aún sigue en la pobreza, en: La Nación, 20 de julio de 1993, p.15.

Wachendorfer, Ute: Sozialpolitik in Argentinien und Chile. Analyse einer Wende im Zeichen der Militärdiktatur, en: Prokla, RFA, No.65, diciembre 1986, págs. 101-120.

Weber, Pierre: Human Resources - eine neue Geisteshaltung, en: IO Management Zeitschrift, no.2, 1990, p. 39ff.

Wild, Jürgen: MBO als Führungsmodell für die öffentliche Verwaltung, en: Die Verwaltung, vol.6, 1973, págs.283-315.

Wild, Jürgen: Unterentwickeltes Management by..., en: Manager-Magazin, No.10, octubre 1972, págs. 60-64.

Wild, Jürgen: Managementsysteme für die Verwaltung: PPBS und MBO, en: Die Verwaltung, no.2, 1973, págs. 145-165.

Wilkenloh, Friedhelm: Grundzüge moderner Managementmethoden und die Möglichkeiten ihrer Anwendung in der öffentlichen Verwaltung, en: Archiv für das Post- und Fernmeldewesen, vol.23, 1971, págs. 99-125.

Wild, Jürgen: Management-Prozesse und Informationsverarbeitung, en; Datascope, 4, 1971, págs. 1-8.

Oster, Dieter: Management Development, en: Management-Enzyklopadie, vol.4, München, 1971, págs. 272-287.

Vaughan, J.P.: Lecciones aprendidas de la experiencia, en: Mills, Anne; Vaughan, Patrick; Smith, Duane; Tabibzadeh, Iraj (Eds.): Descentralización. Conceptos, aspectos y experiencias nacionales, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, sin fecha.

Venturini, Gabriela: Atención primaria de salud, en: Lavados, Hugo (Ed.): Desarrollo social y salud en Chile, CPU, vol.2, Santiago, 1980, págs. 55-67.

VI. ENTREVISTAS

Aquirre, Ramsés, Director del Servicio de Salud Iquique, Iquique, 2 de julio de 1993.

Ramos Belmar, Edgardo, Asesor Gabinete del Subsecretario, Santiago, 16 de junio de 1993.

Budinich, Ema, Economista, Instituto Libertad, Santiago, 30 de junio de 1993.

Jiménez de la Jara, Jorge, Ministro de Salud (1990-1992), Santiago, junio-julio de 1993.

Heyermann, Beatriz, Médico Cirujano, Master en Salud Pública (C), Santiago, junio/julio 1993.

Maldonado, Antonio, Secretario Regional Ministerial de Salud, Iquique, 2 de julio de 1993.

Molina, Cleofre: Coordinador General Proyectos Minsal/Banco Mundial, Santiago, agosto 1993.

Olgún, Eduardo, Director del Hospital de Iquique, Iquique, 2 de julio de 1993.

Representantes del Consejo Regional de la I.Región (Sres. Homero Varela, Emiliano Cholque, Sergio Espinoza), Iquique, 2 de julio de 1993.

Schuster, Augusto, Subsecretario del Ministerio de Salud (1981-1989), Santiago, junio de 1993.

Soria, Jorge, Alcalde de Iquique, Iquique, 2 de julio de 1993

Tapia H., Roberto: Jefe Programa Salud Rural, Minsal/DAP, Santiago, Julio/agosto 1993.

Vergara, Marcos: Director Financiamiento Internacional, Magister Administración Salud (PIAS), Jefe Unidad Minsal BID, Santiago, agosto 1993.

Parte Segunda

PERCEPCION DE ACTORES DEL SECTOR
PUBLICO ACERCA DEL SISTEMA
DE SALUD CHILENO

BEATRIZ HEYERMANN G.

4. Situación municipal	321
5. Soluciones	322
D. Recursos humanos	323
1. Cantidad	324
2. Incentivos	328
3. Distribución	328
4. Formación	330
E. Participación comunitaria	333
1. Rol de la comunidad	334
2. Actividades de participación a nivel de Servicios de Salud y municipios	336
3. Causas del bajo nivel de participación	337
4. Instancias de canalización de la participación	338
5. ONGs	338
F. Descentralización	339
1. Descentralización y estructura	340
2. Descentralización y mecanismos de financiación	341
3. Descentralización y recurso humano	341
4. Descentralización y participación comunitaria	341
IV. CONCLUSIONES	343
A. ¿Qué es descentralización?	343
B. ¿Por qué la descentralización?	344
C. Descentralización y sector salud	345

INDICE SEGUNDA PARTE

I.	INTRODUCCIÓN	285
II.	SISTEMA DE SALUD Y DESCENTRALIZACIÓN - Generalidades	287
a.	Salud y enfermedad: un proceso histórico	287
b.	Salud pública y sistemas de salud	288
c.	Descentralización y sistema de salud	290
III.	EL SISTEMA DE SALUD ANTE LA DESCENTRALIZACIÓN POLÍTICA Y ADMINISTRATIVA	292
A.	Sistema de salud chileno	292
B.	Organización y gestión.	296
1.	Rol del sector	296
2.	Estructura	297
3.	Organización del sistema - Virtudes y defectos	298
4.	Problemas de gestión a nivel regional y provincial.	304
5.	Relación intersectorial	305
6.	Prevención, educación y fomento de la salud	306
7.	Atención primaria	308
C.	Modelo de financiamiento	314
1.	Déficits de inversión	316
2.	Capacidad de toma de decisiones	317
3.	Acciones específicas para resolver la falta de capacidad de decisión	320

<i>D. Atención primaria municipalizada</i>	<i>347</i>
<i>E. Desafíos de la descentralización</i>	<i>348</i>
V. ANEXOS	
<i>1. Anexo n. 1: Cuestionario Reformulado</i>	<i>357</i>
<i>2. Anexo n. 2: Tablas resumen Proyecto Disal 1992</i>	<i>367</i>
<i>3. Anexo n. 3: Entrevistas, encuestas, reuniones</i>	<i>384</i>

EL SISTEMA DE SALUD ANTE LA DESCENTRALIZACIÓN POLÍTICA Y ADMINISTRATIVA

ÁREA PERCEPCIÓN DE ACTORES

I. INTRODUCCIÓN

Los cambios que se han producido en el país en estos últimos años en la estructura administrativa del Estado, han determinado la necesidad de hacer una reflexión sistemática sobre el impacto de éstos en el sistema de salud chileno. Principalmente, en lo que se refiere al impulso a la descentralización política y administrativa en que se encuentra abocado en estos momentos el Gobierno. Esto determinó la necesidad de realizar -ante este proceso de descentralización política y administrativa- una investigación aplicada sobre el Sistema de Salud chileno. En el desarrollo de la investigación, se vio como un elemento determinante el conocer la percepción de actores del sistema sobre diferentes temas, entendiendo como actor, las personas que participan activamente en las diferentes áreas de la salud, vale decir, Directores de Servicio, Seremis, Jefes de División, Departamentos o Unidades, dirigentes gremiales, etc.

Durante el transcurso del año 1992, se elaboró una encuesta que fue entregada en enero de 1993 a los Directores de los Servicios de Salud y Seremis¹. La información obtenida por medio de este instrumento constituyó el principal sustrato para el trabajo que se presenta más adelante.

Debido a que el número de encuestas respondidas fue bajo y a que sólo correspondían a la percepción del nivel de Directores de Servicio y Seremis, se decidió readecuar el cuestionario de la encuesta mencionada, transformándolo en una pauta para realizar entrevistas semidirigidas a informantes clave². Los temas básicos de la encuesta se mantuvieron, de modo de poder analizar toda la información suministrada en su conjunto. Para complementar la información entregada por la encuestas y las entrevistas, se revisó con diferentes diagnósticos realizados y la literatura disponible sobre los diferentes temas en estudio.

Los temas que se revisan en la encuesta Ilpes se refieren a la percepción de los actores del sistema de salud del país sobre el proceso de descentralización y a los problemas existentes en las áreas de organización y estructura, gestión financiera, recurso humano y participación comunitaria.

Debido al escaso número de encuestas respondidas (14), y al hecho de que la mayor parte de las preguntas son de respuesta abierta, las respuestas a la encuesta se agruparon por áreas temáticas

ordenadas según la frecuencia con que fueron consideradas. En las preguntas que así lo permitieron, se realizó un análisis de frecuencia porcentual.

Cabe señalar que aun considerando que el número de encuestas respondidas fue bajo, se considera que la información entregada es relevante, porque corresponden a la opinión de un Director de Servicio o de un Seremi, y esta opinión lleva implícita la pauta que guía la toma de decisiones en el nivel directivo que ocupa, determinando la definición de las políticas regionales y locales.

Durante el mes de julio del presente año se realizó una visita a la Primera Región, a la ciudad de Iquique, en la cual se sostuvieron entrevistas con representantes del Gobierno Regional, Alcaldía y Servicio de Salud. En Santiago se han realizado entrevistas con representantes del Minsal, Colegio Médico y otros. Durante el mes de agosto, se llevó a cabo un encuentro-taller, en el cual se presentó un informe de avance del proyecto, a representantes del Ministerio y del nivel comunal.

El presente informe se compone de varias partes. En la primera, se muestra en forma resumida la evolución de los conceptos de salud y enfermedad, y la forma de enfrentarlas hasta llegar al concepto actual de la salud pública, según la entendemos en el país. En la segunda parte se realiza una análisis de la situación del sistema de salud chileno, usando como base de trabajo la información generada luego del análisis de las encuestas, de las entrevistas realizadas y de la revisión de la bibliografía. El análisis se ha organizado en los siguientes capítulos³:

- * Organización y gestión del Sistema de Salud;
- * Estructura, criterios y mecanismos de financiamiento del Sistema de Salud;
- * Recursos humanos en el Sistema de Salud Chileno;
- * Modelo de participación de la comunidad en las prestaciones de salud;
- * Descentralización y Sistema de Salud.

La última parte corresponde a las conclusiones generales, emanadas de la información entregada en los capítulos anteriores. Finalmente, en los anexos se entregan las referencias, el cuestionario reformulado, el listado de las personas entrevistadas y una tabla resumen del análisis del diagnóstico realizado por Sistemas Integrales durante el año 1992.

II. SISTEMA DE SALUD Y DESCENTRALIZACIÓN- Generalidades

a. Salud y enfermedad; un proceso histórico

Los conceptos de salud y enfermedad han ido evolucionado en el transcurso del tiempo. En la Antigüedad, el fenómeno de la enfermedad se asociaba a eventos mágicos producidos por medio de la brujería o por la intermediación de los dioses; por lo tanto, los mecanismos de curación eran también mágicos y estaban encargados a sacerdotes y brujos. Tanto la enfermedad como su curación se vinculaban a este pensamiento mágico.

Los griegos fueron los primeros en introducir los conceptos de salud y enfermedad como fenómenos de la naturaleza⁴ y no ligados a un castigo enviado por los dioses o a la intervención de poderes sobrenaturales. Este concepto avanzado de la salud y la enfermedad se pierde en la Edad Media, época en la cual se recupera el pensamiento mágico. En el Medioevo, las enfermedades dejan de ser por causa natural y pasan a ser un fenómeno divino; son una expiación de los pecados del hombre, un castigo de Dios por las malas conductas. El cristianismo -con su concepción centrada en la supremacía del espíritu sobre la materia- llevó a descuidar el cuidado del cuerpo, hecho considerado pecaminoso, con lo que se desdeñó la higiene personal y la de las ciudades medievales. Todo esto llevó a un auge vertiginoso de las enfermedades infecciosas, que tomaron en muchos casos un carácter epidémico.

Por otro lado, la preocupación de los cristianos por los débiles y desamparados condujo a la creación de numerosos hospitales, leprosarios y manicomios⁵, para el cuidado de los enfermos, huérfanos, inválidos y, en general, desamparados.

Al iniciarse los Tiempos Modernos resurge la concepción racional de los fenómenos de la naturaleza y, por lo tanto, la idea de que las enfermedades no son de origen divino o de causas imposibles de conocer. Al tratar de explicarse el origen y la forma de transmisión de estas enfermedades, surgen dos grandes corrientes: La Teoría Miasmática y la Teoría del Contagio.⁶

Los seguidores de la Teoría Miasmática atribuyeron la enfermedad a factores atmosféricos asociados a una susceptibilidad especial del cuerpo, la «*constitución epidémica*». Los factores atmosféricos se relacionan con las miasmas, «*sustancias sutiles*» originadas en la putrefacción de materia orgánica que emponzoña el aire. Esta teoría -errónea en su concepción- tuvo una enorme importancia en la acción sanitaria, ya que se desarrollaron actividades para «*limpiar el aire*» y eliminar las fuentes de contaminación, lo que llevó a una gran mejoría de las condiciones sanitarias de las grandes ciudades.

El otro grupo atribuía la causa de las enfermedades al contagio provocado por pequeños organismos vivos que se transmitirían de persona a persona, independientemente de otros factores.

Las dos corrientes tenían elementos de verdad que se conjugan en la moderna teoría bacteriológica y epidemiológica, pero en aquella época ambas posiciones implicaban actitudes diferentes ante las enfermedades: la Teoría Miasmática preconizaba el tratamiento del medio ambiente, lo que condujo a preocuparse de las condiciones de vida; la Teoría del Contagio preconizaba el aislamiento de los enfermos y condujo hacia la investigación biológica.

Con la Revolución Industrial se inicia un lento y progresivo cambio en la sociedad y por consiguiente también en la salud, hacia el «*pensamiento social*». Este implicaba el mejoramiento de las condiciones de vida de las clases bajas y de la emergente responsabilidad del Estado sobre la salud y el bienestar de las personas. A mediados del siglo XIX ya estaban formuladas las ideas centrales de lo que posteriormente sería la salud pública. Sin embargo, éstas tuvieron que esperar todavía un siglo para legitimarse.

La última concepción desarrollada es la concepción «*ecológica de la salud*». En ella existe unidad e interrelación entre la biología-psiquis y el entorno natural y social⁶. Esta concepción determina el desarrollo de actividades de prevención, promoción, y recuperación, selectivamente -para individuos- o conjuntamente -para poblaciones- posibilitando una nueva orientación de los servicios de salud.

En la actual etapa de desarrollo tenemos que considerar que conviven aún las concepciones de salud y enfermedad, como hemos visto en su desarrollo en el tiempo. Esto es fundamental para entender las creencias, valores y actitudes de los diferentes actores, ante los procesos de salud y de enfermedad en la actualidad⁷.

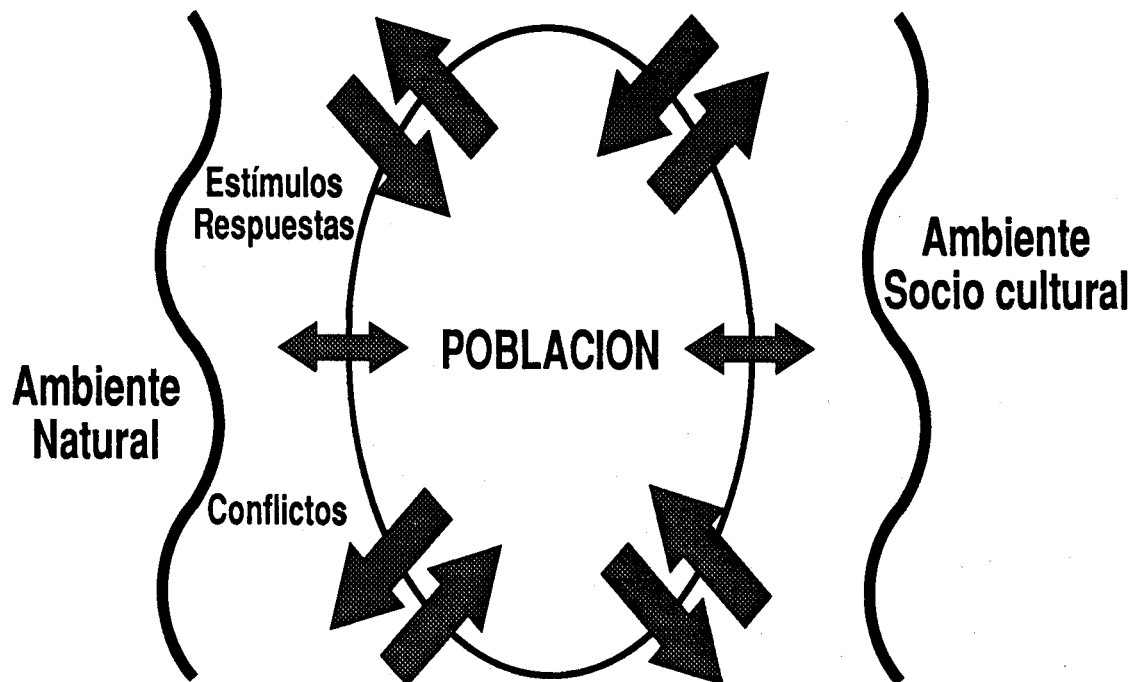
b. Salud pública y sistemas de salud ⁸

Cada época tiene una estructura propia de patología y atribuye a diferentes mecanismos la salud y la enfermedad. La salud pública, como la entendemos ahora, se sustenta en dos pilares fundamentales: el concepto ecológico de la salud y el concepto de salud integral.

El concepto ecológico afirma que el hombre -como miembro de un ecosistema-vive (sano o enfermo) según las características de su entorno social y natural. De este concepto deriva la función de fomento y protección de la salud.

Este concepto ecológico ha sido llamado últimamente, «*enfoque sistémico de la salud*». En él, los procesos de salud y enfermedad -tanto a nivel individual como colectivo- se explican como procesos dinámicos de búsqueda del equilibrio en la interacción sistema-ambiente, existiendo siempre una situación de conflicto, que origina tensión en el sistema.

Figura nº 1
Enfoque sistémico de la salud de la población



Tomado de, «*Los Sistemas Locales de Salud. Participación Social y Sistemas Locales de Salud*», Publicación Científica nº519. OPS, 1990.

El concepto de salud integral reúne las funciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, que hasta hace poco funcionaban descoordinadamente.

Para cumplir con estos postulados, la salud pública estudia la situación de salud concreta de un país o una región, y propone la organización de los recursos de salud que correspondan a la solución de los problemas detectados.

La forma concreta en que se organizan los recursos de salud en un país se denomina Sistema de Salud.

El concepto de atención de salud puede ser entendido como la «..activación individual o social de los mecanismos estimuladores, defensivos o reparativos de la integridad biopsicosocial de las personas..»⁹. Esta atención de salud puede estar dada en varios niveles.

El primer nivel en esta escala de atención de salud es el individual, lo que se denomina autocuidado de la salud. El segundo lo constituye la familia, que ofrece el soporte psicosocial y

la tecnología básica para el mantenimiento de la salud y la atención de la enfermedad. El tercero está constituido por las estructuras sociales de apoyo, dentro de las cuales podemos considerar los sistemas de atención de salud¹⁰.

Existen múltiples propuestas para clasificar los modelos de sistemas de atención de salud, pero a modo general se pueden resumir en tres grandes tipos¹¹: el modelo liberal, el modelo de servicios nacionales de salud, y modelos mixtos.

El modelo liberal se basa en el acto médico individual, con un énfasis en la medicina curativa y regido por la ley de la oferta y demanda.

El Servicio Nacional de Salud trabaja en base a planes y programas surgidos del diagnóstico de los problemas de salud del país. Es único, y su acción se dirige a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de toda la población por igual. La organización y el sistema de financiamiento varían de un servicio nacional a otro.

Los modelos mixtos presentan una combinación de los dos anteriores.

El modelo del sistema de salud chileno ha pasado por diferentes etapas durante su historia. Actualmente es definido como un «sistema mixto público-privado, con predominio del Estado»¹²¹³.

c. Descentralización y Sistema De Salud

El Presidente Aylwin planteó en su discurso en las Primeras Jornadas de Regionalización (Valparaíso 1990) que «...la descentralización es una de las formas concretas de realizar uno de los compromisos de mi gobierno con Chile, que es la democratización de nuestra sociedad...Descentralizar significa ampliar a un mayor número de gente la capacidad de decisión sobre los problemas que le afectan.» (Aylwin, 1990)¹⁴

Durante los últimos años, organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud han propiciado la descentralización política, administrativa y territorial de la salud, en los países de la región, como una estrategia que permite que las autoridades locales respondan a las necesidades individuales, familiares y/o comunitarias de la población del área bajo su responsabilidad, de manera más apropiada y oportuna que cuando el proceso es dirigido y administrado por el nivel central.

En Chile, con la dictación de la Ley de Gobiernos Regionales (Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional; Ley Núm. 19.175; 11-nov-1992), «se desarrolla una

descentralización administrativa inédita dentro del ordenamiento constitucional chileno»¹⁵(Nogueira, 1993). Este proceso es la culminación de un cambio gradual que se ha venido produciendo en el país desde la década de los sesenta, primero como planificación del desarrollo¹⁶; posteriormente, con la regionalización y la desconcentración territorial de los ministerios (Serremis), culminando con la creación de los Gobiernos Regionales¹⁷.

El proceso de descentralización en salud también se ha ido produciendo gradualmente en el país. El sistema de salud que el país posee actualmente es el resultado de una serie de cambios introducidos al modelo prevaleciente durante la década de los años sesenta y gran parte de los setenta. El modelo de carácter nacional, solidario y centrado en el rol del Estado, pasó a un modelo de 27 Servicios de Salud autónomos, pero los en que aún existe una gran cantidad de decisiones radicadas en el nivel central.

Existe la percepción generalizada de que la descentralización efectivamente se quedó en el papel^{18 19}, y que a pesar de que el sector salud presenta una organización y estructura aparentemente descentralizada, en la práctica, existe un alto grado de centralización en la toma de decisiones y en la responsabilidad sobre el manejo del sector²⁰. En un documento del Departamento de Planificación del Minsal se plantea que «..La descentralización es una realidad en el Sistema pero su aplicación deja mucho que desear, en atención a que los directores de servicios no hacen uso debido de ella por desconocimiento de sus facultades o por falta de manejo administrativo.»²¹(Depto. de Planificación, 1991)

Al parecer, las dos posturas serían reales existiendo, por un lado, una normativa legal insuficiente para la práctica descentralizada y por otro, una incapacidad real de las unidades operativas para llevar a cabo la descentralización.

En los capítulos siguientes, se presentan los resultados obtenidos del análisis de las respuestas de los directivos del sector público a la encuesta realizada por el proyecto. Dichas respuestas fueron complementadas con información entregada en entrevistas y reuniones, y proveniente de revisión bibliográfica.

Los temas que se revisan se refieren a la percepción de los actores del sistema de salud del país sobre el proceso de descentralización, y los problemas existentes en las áreas de organización y estructura, gestión financiera, recurso humano y participación comunitaria. Cabe señalar que aun considerando que el número de encuestas respondidas fue bajo (14), la opinión de un Director de Servicio o de un Seremi es de suma importancia, ya que lleva implícita la pauta que guía la toma de decisiones en el nivel directivo que ocupa.

III. EL SISTEMA DE SALUD ANTE LA DESCENTRALIZACIÓN POLÍTICA Y ADMINISTRATIVA

A. Sistema De Salud Chileno ²²

El actual gobierno planteó los siguientes principios básicos, orientadores de las políticas de salud, para el sistema de salud chileno:

- *Solidaridad*: Reconocer que la salud de cada chileno es responsabilidad de toda la sociedad y que la pobreza no debe constituir un obstáculo para recibir atención cuando sea necesario;

- *Universalidad*: Asegurar una adecuada cobertura de salud a toda la población;

- *Integralidad*: Realizar las acciones necesarias para la promoción, fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, dirigidas a las personas y al medioambiente; y,

- *Justicia social*: Garantiza la igualdad de derechos a toda la población, sin discriminaciones sociales ni económicas, aplicando un criterio redistributivo.

Estos principios son operacionalizados a través de criterios orientadores: mayor equidad, mayor eficiencia social, participación social, respeto a la dignidad de los beneficiarios, solidaridad y descentralización. Por otro lado, mejorar el acceso y la eficiencia del sector público constituyen tareas prioritarias para el gobierno^{23 24}

El Dr. Julio Montt Momberg -en una reunión del Frente de Profesionales del PDC en julio de 1993- planteó respecto de la situación del sector salud, que existe la «...carencia de una política general de tipo humanista que apunte a la integralidad, la solidaridad y la justicia social en la atención de salud; en la falta de descentralización real que acerque la solución de los problemas de salud a la población; en el desarrollo sobredimensionado e ineficaz del aparato burocrático ministerial; en la ausencia de una política educativa y comunicacional, que hubiese llevado a la gente a asumir su propia responsabilidad en los problemas de salud, sin entregarlos totalmente como tarea del Estado; en la falta de preparación para la gestión de muchos de los encargados de decisiones, tanto a nivel nacional como local; en la búsqueda exclusiva de lucro de los empresarios privados de la salud; en la falta de un presupuesto suficiente para la salud del sector público, que satisfaga las necesidades básicas de las personas en un marco de equidad»²⁵(Montt, 1993)

Estos mismos problemas fueron detectados al aplicar la encuesta a los Directores y Seremis y consultárseles sobre los factores que influyen en el acceso, en la universalidad, en la oportunidad, en la eficiencia y en la integralidad del sistema de salud chileno. Ya que los problemas definidos

por los encuestados se repetían para las diferentes preguntas (accesibilidad, integralidad, oportunidad, eficiencia, universalidad), éstas se agruparon en un solo cuadro general (Tabla nº 1).

El análisis de las respuestas muestra una imagen general de los mayores problemas percibidos en el sector público chileno, desde el punto de vista de directivos del sector público de salud.

La insuficiencia de los recursos del sector, el bajo nivel de inversiones y el manejo centralizado de los recursos, son los principales problemas que percibe actualmente el nivel local provincial y regional de salud.

Llama la atención la gran importancia dada a los problemas relacionados con los recursos humanos, tanto en su cantidad como en su calidad, y en la preocupación por el tema de la política de personal, por sobre los problemas clásicamente importantes como son las áreas de infraestructura y equipamiento.

Por otro lado surge como importante el tema de la gestión o de la necesidad de tener sistemas administrativos adecuados a la realidad actual.

La preponderancia de las actividades de tipo curativo -centradas en la actividad médica- y la percepción de la existencia de una preponderancia excesiva de la visión «médica» (medicalización), es vista como un factor negativo para la salud pública.

Aparece como destacable la mención de características de la comunidad como condicionantes de los problemas de la salud, siendo nombrados el desconocimiento del sistema de salud y de los sistemas previsionales de salud, y el nivel educacional de la comunidad como factores importantes para el adecuado funcionamiento del sector.

Tabla Nº 1
Factores que influyen negativamente para poder acceder a una salud pública universal, oportuna, eficiente e integral en Chile

Factores económicos

- Recursos insuficientes
- Bajo nivel de inversiones
- Asignación de recursos centralizada

Recursos humanos

- Insuficientes en número
- Mal capacitados
- Escaso incentivo, malas remuneraciones
- Distribución inadecuada del personal, falta de especialistas en el nivel local
- Alta rotación
- Apatía funcionaria, desmotivación
- Inexistencia de carrera funcionaria
- Inexistencia política de recursos humanos

Estructura física y equipamiento básico

- Insuficiente estructura o inadecuada (establecimientos insuficientes, escaso desarrollo del nivel secundario)
- Equipamiento insuficiente u obsoleto
- Subutilización de equipo e instalaciones
- Carencia de soporte computacional

Gestión

- Centralismo
- Falta de coordinación: intersectorial, entre los diferentes niveles del sector salud; con el sector privado; con sector solidario
- Burocracia excesiva
- Gestión antiquada
- Desarrollo desigual de áreas
- Falta información para toma de decisiones y sistemas de control y supervisión

Modelo médico

- Enfoque en lo curativo
- Medicalización del sistema

Trabas legales

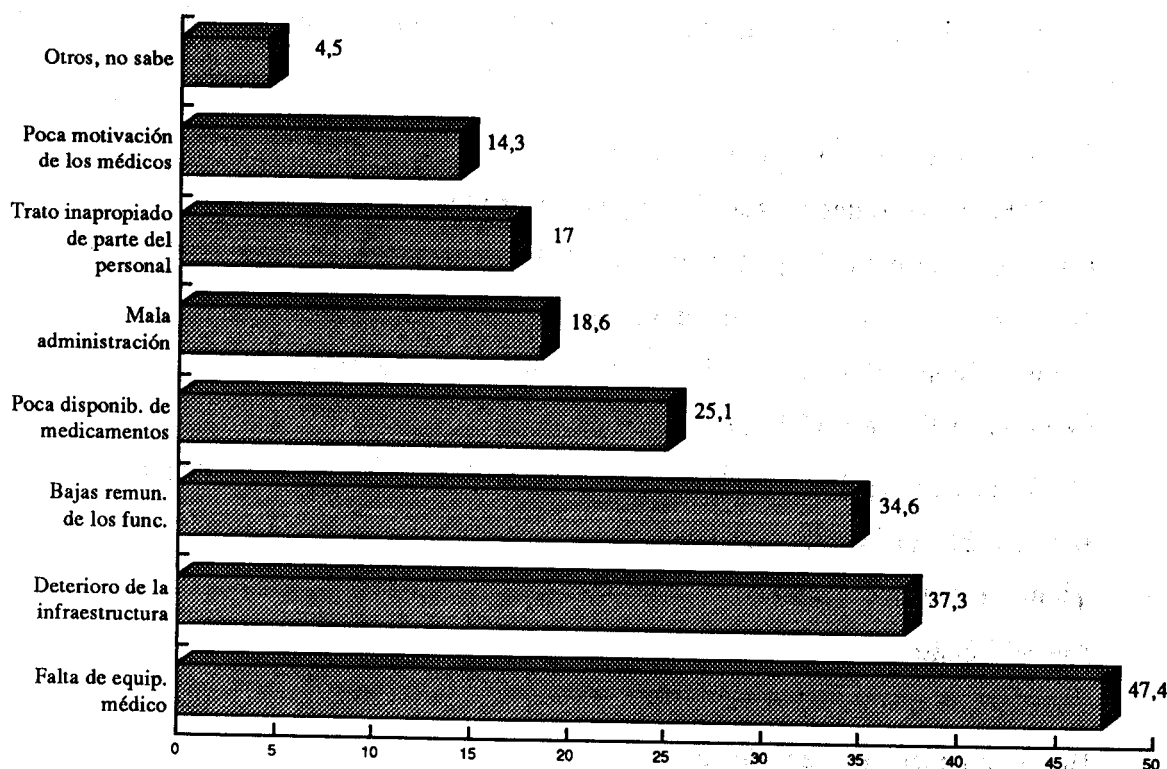
- Municipalización
- Rigidez del Estatuto Administrativo

Comunidad

- Desconocimiento por parte de la población produce sobredemanda y mal uso del sistema
- Existe desconocimiento de los sistemas previsionales y de la organización del sistema
- El mejor nivel educacional de la población determina una mayor demanda
- Lo que se da gratuitamente es percibido como de baja calidad
- El usuario del sector es pobre

En la encuesta CEP-Adimark²⁶, realizada en junio-julio de 1993, a una muestra de 1783 personas mayores de 18 años, de las ciudades de Arica, Iquique, Antofagasta, Valparaíso, Viña del Mar, Talca, Concepción, Talcahuano, Temuco, Osorno, Gran Santiago y Rancagua, se les consultó sobre cuál era, a su modo de ver, el mayor problema del sector público de salud chileno. Los resultados se grafican a continuación (Figura nº 2)

Figura Nº 2
¿Cuál es el mayor problema del sector de salud público en Chile?
(Total Menciones: Suma 1ª y 2ª menciones)



Tomado de Estudio CEP Adimark, junio-julio 1993.

Como se puede observar en la figura, el principal problema percibido por los usuarios es la falta de equipamiento, seguido del deterioro de la infraestructura. En relación a la tabla anterior (Tabla nº1), se ve una mayor preponderancia de los factores estructurales, seguido por factores relacionados con el recurso humano. Cabe señalar que los encuestados debieron escoger las alternativas a partir de opciones predeterminadas por los encuestadores, lo que podría estar enmascarando problemas no definidos, como podrían ser los referidos al presupuesto en salud.

B. Organización y gestión

El Decreto de Ley 2763 de julio de 1979 define como Sector Salud :»Todas las personas, naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma.»²⁷(D.L. 2763, 1979).

En este marco, el sistema de salud chileno se compone de los subsectores público y privado. El subsector público se descompone a su vez en un extrasistema²⁸ (universidades, Codelco, Enami, FFAA) y el Sistema Nacional de Servicios de Salud²⁹(SNSS)

1. Rol del sector

La percepción del rol del sector público por parte de los encuestados se puede sistematizar como sigue:

Asegurar el acceso y la cobertura universal, en forma equitativa y oportuna

Coordinar y dar pautas a los sectores público y privado

Rol curativo prioritario y progresivo a la salud, focalizada en sectores más vulnerables

Fomento de la salud, educación, prevención, promoción del autocuidado

Rol normativo - Nivel central (fijar políticas, planes y programas)

Protección del medio ambiente

Fiscalización y supervisión del sistema privado y de la gestión del sector público

Rol regulador en la política de precios

Vigilancia epidemiológica

Rol subsidiario

Capacitar técnica y profesionalmente

Ejercer un liderazgo tecnológico

Velar por la calidad de atención y el nivel de vida de la población

Llama la atención la importancia que se le da a la coordinación entre el sector público y el privado (segunda prioridad), en relación a la fiscalización del sector privado por parte del sector público, que se ubica en la séptima prioridad. Esto muestra la importancia dada al trabajo coordinado y cooperativo entre sectores, en desmedro de la tradicional inspección de un sector hacia el otro. Por otra parte, aparece el rol de capacitación técnica y profesional, que siempre ha realizado el sector, como un rol explícito que debiera ejercer el sector público.

2. Estructura

La actual configuración administrativa y funcional del Sistema Nacional de Servicios de Salud está determinada por el desarrollo que tuvo el SNS entre los años 1952 y 1980, orientado por una planificación estatal centralizada, que determinó una homogeneidad en el funcionamiento asistencial, con extensión de las coberturas y distribución paulatina de la población, debidos a los incentivos al desempeño en lugares rurales y aislados³⁰. La estructura organizacional de los Servicios de Salud está definida en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud³¹. En este reglamento se determina que los Servicios debieran componerse de una Dirección, Subdirecciones Médicas y Administrativas, Departamentos Técnicos (Departamento de las Personas, DPP; Departamento del Ambiente, DPA; Departamento de Atención Primaria, DAP), Departamentos Administrativos (de Recursos Físicos, Unidad de Estudios), Asesorías (Jurídica y Auditoría, Bienestar, Compín) y finalmente los establecimientos (hospitales de alta y baja complejidad, consultorios de especialidades, consultorios de atención primaria, consultorios diferenciados). Esta estructura no es idéntica a lo largo del país, ya que en muchos casos no existen subdirecciones, estando concentradas las funciones en la dirección, o existen funciones delegadas al no existir la estructura.³²

Existe acuerdo en un número importante de directivos del país, de que la estructura organizacional tal como existe actualmente debe revisarse, tanto en lo que se refiere al Servicio de Salud propiamente tal, como a la de los establecimientos hospitalarios, principalmente los más complejos.³³ En el ciclo de conferencias, «Crisis del Sector Salud en Chile, ¿Hacia una legislación integral de salud?» realizado por el Departamento de Salud Pública del Consejo General del Colegio Médico de Chile A. G., en agosto de 1991, se dijo: «..el fin último del sector, su misión social, la de dar salud a través de la prestación eficiente y equitativa de servicios que generen impactos favorables y detectables sobre la salud colectiva, parece no poder ser cumplido con la estructura organizativa y con los recursos actualmente disponibles para su funcionamiento.»³⁴ (Rajs 1992)

En la definición del SNSS, los Servicios de Salud son autónomos³⁵, por lo que no existe dependencia administrativa con el Minsal ni con sus organismos desconcentrados, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. A pesar de que el cuestionario contenía un error conceptual: «Se constata que la actual estructura del Minsal establece regiones con un Seremi y un servicio de salud y otras con dos o más servicios. Por otra parte, los servicios dependen jerárquica y administrativamente del nivel central, no de la Seremi de salud»³⁶, esto sólo fue resaltado por un encuestado, llamando la atención sobre el hecho que los Servicios de Salud sean autónomos.

Al preguntar a los encuestados su opinión respecto de la situación de autonomía de los Servicios, un 35,7% define esta situación como inconveniente, y un 50% lo estima conveniente.

Al analizar más en profundidad las respuestas, se puede observar que los que opinan que la situación consultada es inconveniente lo justifican porque de otro modo se generarían conflictos y confusión de roles entre los Seremis y el Servicio de Salud (al depender el Servicio de Salud de la Seremi). Por su parte, los que encuentran conveniente esta situación, subrayan el hecho de que debieran aclararse los roles y los ámbitos de competencia entre Servicio de Salud y Seremi. En algunos casos se sugiere que tratándose de una región con un Servicio de Salud, el cargo de Seremi y de Director de Servicio debieran residir en la misma persona.

Se les consultó alternativas de solución al problema planteado, encontrándose que los que están de acuerdo con la situación refieren que hay que fortalecer el Servicio de Salud, como entidad descentralizada de la región, delegando algunas atribuciones ministeriales a la Seremi y manteniendo actividades de coordinación local.

Por otra parte, los que están en desacuerdo plantean un fortalecimiento de la Seremi, dándole cierta autoridad sobre el Servicio de Salud, en la designación del Director del Servicio, con una definición clara de roles y funciones. En un caso se plantea eliminar la Seremi en los casos en que exista un solo Servicio.

Los que están en una situación intermedia plantean juntar en una persona los dos cargos, en el caso de existir un solo Servicio de Salud en la región, y fortalecer el rol coordinador y de planificación y fiscalización regional.

La situación de conflicto existente entre los Directores de Servicios de Salud y los Seremis es evidenciada en numerosos diagnósticos. En el informe final del «Proyecto de Desarrollo Institucional aplicado a las Seremis», se plantea que a los Seremis no se les concedió ni los medios ni las atribuciones para la realización de su labor,³⁷ y que el rol de esta institución debiera ser el de «articulador» de las políticas nacionales y regionales³⁸. Se puede concluir que existe una inconsistencia en la normativa vigente, por lo que se deben aclarar los roles, funciones y ámbitos de competencia de los Servicios de Salud y de las Seremis de modo de evitar los conflictos y optimizar la gestión del sector. Por otra parte, es necesario revisar la estructura del sector para adecuarla a las necesidades de funcionamiento actual.

3. Organización del sistema - Virtudes y defectos

Se solicitó a los encuestados que indicaran las virtudes y los defectos de la organización del sistema público del país, resultados que se resumen en la tabla siguiente (Tabla nº 2)

Tabla Nº 2
Virtudes y defectos de la organización del sistema público de salud

VIRTUDES	DEFECTOS
Estructura y organización a nivel nacional	Falta de modernización de su gestión
Amplia cobertura, protección universal y fiscalización	Burocracia administrativa
Antigüedad como servicio público, vocación histórica	Rigidez y ausencia de iniciativas
Consistencia en sus políticas nacionales gracias a la normativa central unitaria	Descordinación entre los distintos niveles
Existencia de programas estructurados verticales	Insuficiencia del presupuesto, sistema de financiamiento obsoleto
Integridad (acciones de prevención y de curación)	Carácter centralizado, principalmente presupuestario
Capacidad de responder a las emergencias	Escasa formación administrativa
La descentralización de los servicios	Municipalización
Eficiencia y efectividad	Doble dependencia de la Atención Primaria
Solidaridad	Escasa inversión en recursos humanos
Homogeneidad	Poco desarrollo en áreas de participación social e intersectorial
Carácter multidisciplinario y trabajo en equipo	Falta de incentivos a una buena gestión
Planes nacionales preventivos	Discontinuidad de las políticas por cambios políticos
Prestigio y credibilidad	Falta de compromiso social de los médicos
Decisiones adoptadas siempre con criterio técnico	Sistema de financiamiento obsoleto
Cambios graduales en el tiempo	Deshumanización progresiva del sistema
Excelencia de sus recursos humanos	Discontinuidad en las políticas por cambios políticos
Mística y compromiso social de sus funcionarios	
Formador de recursos humanos	

Las principales virtudes definidas se refieren principalmente a la tradición del sistema de salud chileno. Vale decir a la amplia cobertura, la antigüedad (experiencia) y la integralidad de las prestaciones provenientes del enfoque primitivo dado al Servicio Nacional de Salud, SNS.

Los principales defectos se refieren a los esquemas rígidos, burocráticos, que dificultan las iniciativas, a la descoordinación existente entre los distintos niveles, al insuficiente presupuesto y a la escasa formación administrativa del personal.

Llama la atención que las virtudes definidas en algunos casos se contraponen con los defectos (programas nacionales verticales, rigidez, centralización), lo que probablemente se deba a la imagen histórica que tienen los médicos del sector público, de las bondades del Sistema Nacional de Salud y de sus logros y, por otra parte, a la aparición reciente de conceptos modernos de administración en que se privilegian las iniciativas locales y se proponen sistemas más flexibles y dinámicos para mejorar y hacer más eficiente la gestión.

Un cuadro similar fue presentado por los doctores Rioseco y Ubilla en el artículo «Hacia un nuevo modelo prestador de atención médica»³⁹

Tabla nº 3
Fortalezas y debilidades del modelo prestador de salud estatal

Fortalezas	Debilidades
Personal con mística de trabajo y entrega solidaria al paciente	Incentivo al personal exclusivamente por antigüedad
Estructuración como sistema, aunque no totalmente desarrollada	Asignación presupuestaria por acciones realizadas, incentivando a la enfermedad y no al estado de salud
Pasado de servicio adecuado a las necesidades	Mínima o nula capacidad resolutive a nivel ambulatorio
Acciones en base a programas de salud	Privilegio al hospital y a la especialización
Existencia y aplicación del concepto de trabajo en equipo	Programas de salud en base a poblaciones globales y no sobre daños y poblaciones expuestas a riesgo
Regionalización de sus estructuras	Comunicaciones insuficientes
Descentralización de la operación	Administración temerosa
Infraestructura existente	Retraso en tecnología
Existencia de normas y reglamentos que regulan su accionar	Nulo mantenimiento preventivo de plantas físicas, maquinarias y equipos
	Gran rotación de directivos
	Desprestigio de directivos, sobrepasados por insuficiencias financieras
	Rigidez en la toma de decisiones y burocracia, que se traslada desde el nivel central al nivel regional o provincial

Oportunidades	Amenazas
«Único» para sus beneficiarios	Gran habilidad frente a la demanda creciente
Presencia nacional	Posibilidad de juicios por «Mal Practice»
Alternativa a la atención privada	Costos operacionales crecientes
	Aumento del promedio de edad de los beneficiarios
	Fácilmente politizable
	Sentimientos y valores básico humanos: vida, muerte, enfermedad, justicia social, siempre en juego y fácilmente explotables para desprestigio

Fuente: Rioseco Bezanilla, Alfredo; Ubilla, Carlos P. «Hacia un Nuevo Modelo Prestador de Atención Médica», en Revista Administración en Salud, nº11, 1990.

Como se puede observar en la Tabla nº 3, muchas de las fortalezas definidas por los investigadores son similares a las definidas por los encuestados, situación que se repite en el caso de las debilidades.

Una encuesta de opinión de usuarios realizada a 1.361 personas mayores de 17 años, en Santiago, Concepción y Antofagasta, en enero de 1992, mostró la siguiente percepción sobre el sector salud (Tablas 4, 5 y 6): Nivel de atención actual: (Tabla nº 4)

Se les solicitó que pusieran notas (de 1 a 7) según su percepción de la atención otorgada.

Tabla nº4
Evaluación atención en subsectores público y privado (promedio)

		S. Público	S. Privado
Grupo socioeconómico			
	Alto	4,1	6,0
	Medio	4,4	6,0
	Bajo	4,5	6,1
Sexo			
	Hombres	4,3	6,0
	Mujeres	4,6	6,1
Edad			
	18 - 24	4,4	6,1
	25 -44	4,3	6,0
	45 y más	4,5	6,0
Ciudad			
	Santiago	4,4	6,0
	Antofagasta	4,1	6,0
	Concepción	4,7	6,2

Fuente: «Encuesta de Opinión Pública:Imagen de los Médicos» enero 1992

La diferencia es significativa en todos los segmentos estudiados, percibiéndose la atención en los servicios privados muy superior a la otorgada en los servicios públicos.

Aspectos positivos y negativos de los sistemas de salud: (Tablas nº 5 y 6)

En relación a atributos predefinidos por los investigadores, se determinaron los aspectos positivos y negativos de los sistemas público y privado:

Tabla nº5
Aspectos positivos de los sistemas (porcentaje sobre el total de entrevistados)

Servicio público		Servicio privado	
Atención buena y rápida	22 %	Buena atención, buen trato	53 %
Acceso a más personas	17 %	Atención inmediata	24 %
Barato	11 %	Más infraestructura	11 %
Atención grata	8 %	Buenos profesionales	11 %
Más personal	6 %	Más tecnología	9 %
Ninguno	18 %	Ninguno	1 %

Fuente: «Encuesta de Opinión Pública:Imagen de los Médicos» enero 1992

En los servicios públicos, no existe ningún aspecto positivo que sea destacado por más del 22% de la población encuestada. En los servicios privados sólo es destacado como positivo (53%) la buena atención y el buen trato. Los demás atributos son señalados solamente por 24% o menos de la muestra.

En cuanto a los aspectos negativos definidos por los usuarios:

Tabla nº6
Aspectos negativos de los sistemas (porcentaje sobre el total de entrevistados)

Servicio público		Servicio privado	
Burocracia, tramitación	43%	Caro	61%
Mala atención	31%	Elitistas	11%
Falta de infraestructura	12%	Demasiado comercio	9%
No hay recursos económicos	9%	Burocráticos	3%
Mal trato	7%	Falta ética profesional	3%
Mala higiene	7%		
Faltan médicos	6%		
Falta personal	5%		

Fuente: «Encuesta de Opinión Pública:Imagen de los Médicos»enero 1992

Se señala la burocracia, con el 43%, y un 31% señala la mala atención. En el sector privado destaca el alto costo (61%), no siendo las demás características de relevancia.

4. Problemas de gestión a nivel regional y provincial

Como se vio en la tabla nº 1, la gestión es considerada un tema importante por los directivos del sector salud. En la encuesta se les consultó sobre los problemas de gestión más importantes en los niveles regionales y provinciales en los cuales ejercen su función, encontrándose lo que se muestra en la tabla siguiente (Tabla nº 7)

Tabla nº 7
Problemas de gestión en los niveles regional y provincial

Recurso Humano - Personal

- Falta de capacitación administrativa de los cuadros directivos
- Falta de personal, rigidez en las plantas
- Falta de incentivos
- Exceso de designaciones de personal por razones políticas
- Malos sueldos que incentivan el éxodo

Organización

- Centralismo, nacional y regional o provincial
- Insuficiente supervisión
- Burocracia excesivo
- Dispersión geográfica de los departamentos del Servicio de Salud

Gestión

- Ausencia de políticas regionales de salud
- Falta de información y de coordinación
- Problemas de gestión, principalmente a nivel municipal

Participación comunitaria

- Insuficiente participación social

Los principales problemas de gestión definidos para los niveles regional y provincial fueron: falta de capacitación administrativa de los niveles directivos, centralismo (nacional, regional y provincial), burocracia excesiva, ausencia de políticas regionales, falta de información y coordinación, e insuficiente participación social.

Destaca que no se nombra el financiamiento y que el tema más importante es el recurso humano. Esto fue ratificado en el taller ad-hoc realizado en el Ilpes⁴¹, en el cual se destacó que el problema más importante al cual se enfrenta el nivel local (municipal, y servicio de salud) es el manejo del recurso humano; existe una gran rigidez, producto de los programas verticales y de las numerosas normativas ministeriales. Por otro lado, en un documento de 1990, el Dr. Patricio Silva, Subsecretario de Salud, refiere: «...se constata,...un sector estatal debilitado,...y que se caracteriza por: Una baja capacidad de gestión de los servicios de salud, cuyas principales causales son la obsolescencia de los sistemas administrativos, caracterizados por un trabajo altamente burocratizado, que no incorpora el uso de la tecnología moderna y de la informática, la insuficiencia de profesionales y de personal capacitado y con experiencia, debido a las bajas remuneraciones e incentivos del sector»⁴²(Silva, 1990).

Por otra parte, en el Documento «Sistema Nacional de Servicios Públicos de Salud, Aportes para un Perfeccionamiento de su Estructura y Funcionamiento», de mayo de 1993, suscrito por diez Directores de Servicio, un Subdirector Médico y dos representantes gremiales, se señalan una serie de problemas de la gestión pública, a saber: «...Difuminación de Objetivos; conflictos de autoridad; deficiencias de administración clásica; confusión de responsabilidades entre niveles; severas fallas de gestión; invasión de ámbitos de competencia; duplicación de actividades y funciones; desmotivación de los directivos y del personal; atomización de operaciones; procesos de decisión-información deficientes, etc.»⁴³(Fuentes, Verdessi, 1993).

Como se puede observar, los problemas de gestión de los niveles regionales son similares a los definidos para el nivel nacional, a excepción del problema de financiamiento, que es relacionado principalmente al nivel central, posiblemente debido al manejo centralizado de los fondos del sector.

5. Relación Intersectorial

El SNSS cuenta entre sus objetivos el desempeñar un rol intersectorial integrado en torno a la salud y el desarrollo. «Sin embargo, este aspecto aún no se traduce en una coordinación más global con los otros sistemas de salud u otros, aunque existen factores que la predisponen como el funcionamiento de comisiones mixtas de salud y educación, de programas gubernamentales de intervención nutricional y de desarrollo rural. También existen factores predisponentes a la coordinación en las funciones de cada Intendencia Regional y en las Secretarías Regionales Ministeriales, en Serplac y en la coordinación comunitaria local mediada por las Municipalidades.»⁴⁴(Gattini, 1992)

A la pregunta de si se han desarrollado políticas de carácter intersectorial en los Servicios de Salud y Seremis, un 46,2% de los encuestados refiere que efectivamente se han ejecutado y un 53,85% considera que no se han desarrollado.

El 53,85% que refiere que no se realizan, lo justifican por problemas en las Seremis y Servicios de Salud (competitivos, autosuficientes), por la falta de planificación regional y la ausencia de instancias de coordinación, y comentan que se han llevado adelante en casos puntuales.

Los que opinan que sí se han realizado son principalmente Seremis, y lo refieren a su rol en el Gobierno Regional. En el caso de acciones concretas se mencionan el Programa de Salud Rural, la prevención de cólera y del SIDA.

En cuanto al conocimiento de programas y proyectos generados por otros sectores, el estar informado sobre los proyectos generados en los sectores de Educación, Vivienda y Urbanismo, y Obras Públicas, es percibido como prioritario. Siguen en forma menos importante los proyectos de Agricultura, Trabajo, Mideplan, Semam, y Justicia.

Los mecanismos de coordinación propuestos para reforzar el trabajo con estos sectores son:

Definir estructuras que se responsabilicen de la labor de coordinación. Se sugieren entre otros: Seremi, Intendente, un órgano regional de coordinación, Alcalde, Mideplan, Gobiernos regionales.

Mejorar los mecanismos de información entre los sectores, manteniendo una evaluación y un seguimiento permanentes. Promover la difusión de las actividades y de los proyectos de los diferentes sectores.

Actividades específicas: Realización de diagnósticos comunitarios con participación de otros sectores, realización de reuniones periódicas, desarrollo de planes anuales y desarrollo de planes conjuntos.

6. Prevención, Educación y Fomento de la salud

Al preguntar si la actividad de los Servicios de Salud, centrada en lo curativo, dificulta las actividades de prevención, educación y fomento de la salud, no se encuentra una opinión categórica, existiendo una leve preponderancia (57,1%) de los que opinan que el nivel primario cumple con estos programas y que es el Servicio de Salud el que los hace cumplir a través de la DAP.

Los que están de acuerdo en que el énfasis en las actividades curativas dificulta el desarrollo de actividades de promoción y prevención (35,7%), plantean que existe un subsidio a las acciones de tipo curativo, y que en los hospitales se tiende a la superespecialización. Por otro lado, se menciona que la escasez de personal y la desarticulación del nivel primario, dificultan las tareas de prevención, educación y fomento.

Al consultárseles qué modificaciones en la estructura y funcionamiento de los Servicios servirían para mejorar la realización de los programas de prevención, control y autocuidado, los encuestados plantearon soluciones en las áreas de coordinación, financiamiento, organización y gestión, y recurso humano. Estas se resumen en la tabla siguiente (Tabla nº 8).

Tabla nº 8

Modificaciones en la estructura y funcionamiento de los Servicios de Salud públicos, para mejorar los programas de prevención, control y autocuidado.

Coordinación

DDP, DPA, DAP
Organismos comunitarios
Coordinación intersectorial

Financiamiento

Sistema de financiamiento que incentive lo preventivo
Aumentar recursos y atribuciones a los servicios de salud
Sistema de presupuestos para programas concursables a nivel de consultorios municipalizados
Incentivos para mejorar indicadores
Nivelar el FAP FAPEM

Estructura física

Cambio de la estructura física

Organización y gestión

Favorecer la participación social
Formación Departamento de educación para la salud
Incentivar diagnósticos y programación local
Fundir DPP; DAP; DPA, Coordinar estos departamentos; fortalecer DPA, DAP
Favorecer estrategia de atención primaria a todo nivel
Incorporar actividades de prevención de riesgos de enfermedades y accidentes ocupacionales
Creación de un departamento para este fin

Personal y capacitación

Adecuación del personal al número de actividades programadas
Promover la especialidad de medicina primaria
Enseñanza de pregrado que privilegie lo preventivo
Capacitación profesional orientada a autogestión e independencia; orientada a salud pública
Desarrollar la medicina de nivel primario

Las soluciones propuestas son muy variadas, pero muestran un interés por estimular en los diferentes niveles de atención una estrategia de educación, prevención y fomento de la salud.

7. Atención Primaria

a. Salud Municipalizada

Los principales aspectos de la salud municipalizada, tanto positivos con negativos, detectados a través de la encuesta se resumen en la Tabla nº 9.

Llama la atención que en algunos casos los aspectos considerados positivos por algunos, son considerados negativos por otros (número de funcionarios).

Se requiere realizar un diagnóstico actualizado y profundo de la situación actual de la salud a nivel municipal, y evaluar la realidad de la gestión municipal en salud.

Tabla nº 9
Salud municipalizada

Aspectos positivos	Aspectos Negativos
Aumento de la conciencia de la población sobre la salud	Desarticulación del sistema
Aumento de la inversión en salud a través del aporte municipal	Mal manejo administrativo
Apertura de trabajo comunitario	Movilidad funcionaria
Involucrar autoridades locales en los problemas de salud	Problema de insumos
Aumento de las coberturas y número de prestaciones	Descoordinación
Mejoramiento de la infraestructura y la red vial	Falta carrera funcionaria
Trabajo Intersectorial local	Alcaldización, politización de la salud
Mejoramiento de la accesibilidad	Insatisfacción funcionaria
Mejor diagnóstico local	No priorización de la salud por los Alcaldes
Mejor integralidad	Migración del personal al sector privado
Más funcionarios	Falta personal
Humanización de la relación prestador-paciente	Falta de resolutiveidad
Posibilidad de negociar remuneraciones	Desarrollo inarmónico entre comunas
Descargar responsabilidades del Minsal y servicios de salud	Administración por parte de corporaciones privadas
Ninguno	Deterioro de la atención

b. Problemas del modelo de gestión

Los principales problemas de gestión a nivel de la atención municipalizada (Tabla nº 10), se refieren a la falta de financiamiento en un número importante de comunas, en que el aporte municipal es bajo o nulo. Por otro lado, la doble dependencia del nivel primario produce dificultades en la coordinación y en la supervisión por parte del Servicio de Salud. Toda esta situación se acompaña generalmente de un escaso conocimiento de técnicas de gestión. Esta opinión es compartida por los directivos firmantes del documento «SNSS, Aportes para un perfeccionamiento»⁴⁵, en el cual se afirma que: «...La Gestión del Sistema municipal es rudimentaria o no existe. La primera gran dificultad es...una dependencia doble que contradice todas las teorías y técnicas organizacionales»(Fuentes, Verdessi, 1992).

Los problemas en el área del recurso humano referidos a nivel de la atención municipalizada son principalmente la alta rotación del personal, el bajo nivel de remuneraciones e incentivos, y el número escaso. Esto último se refiere principalmente, al número de profesionales.⁴⁶

Tabla nº 10

Principales problemas de los modelos de gestión de la atención primaria de salud

Financiamiento

Falta presupuesto, Aporte municipal es bajo

Dependencia y Coordinación

Falta coordinación entre APS municipalizada y Servicio de Salud

Dualidad técnico - administrativa

Capacitación en administración

Faltan técnicas adecuadas de administración

Recurso Humano

Falta de personal adecuado

Mala situación del personal

Trato inadecuado del personal

Rotación de personal

Otros

Escasa o nula conciencia de salud del alcalde y de los directivos de las corporaciones privadas de salud

Discontinuidad de las políticas de salud por cambios políticos

En el documento «Atención Primaria a nivel de la Comuna» del Ministerio de Salud⁴⁷, se describen cinco razones por las cuales las Corporaciones de Derecho privado no han resultado ser un instrumento adecuado para el logro de los objetivos de la salud a nivel municipal. Estas son:

- * Incapacidad de permitir el trabajo en equipo, debido al manejo administrativo verticalizado y subordinado a decisiones unipersonales de los ejecutivos superiores de las corporaciones, permitiendo la politización del proceso de salud.
 - * Escasa participación comunitaria, por la incapacidad de establecer estructuras de diálogo o espacios para incorporar las organizaciones sociales de base al proceso de la atención primaria.
 - * Orientación economicista, al establecer los rendimientos como eje fundamental del quehacer de salud de los funcionarios de atención primaria, que tiene como subproducto la ausencia de capacitación del personal.
 - * Estructura jurídica, que permite una permanente inestabilidad laboral, ausencia de una carrera funcionaria y pérdida de los derechos laborales adquiridos cuando los funcionarios pertenecían a los Servicios de Salud.
 - * Desarticulación del sistema, la estructura y la concepción básica de la corporación, desarticula el sistema de salud al romper su continuidad funcional; tanto en la ruptura del flujo de la referencia-contrarreferencia del paciente, como en la diferente calidad funcionaria y dependencia administrativa del personal de salud municipal.
- c. Posibilidad de los equipos locales de desarrollo de iniciativas programáticas con autonomía

El proceso de descentralización lleva implícita la promoción de una mayor autonomía de los niveles locales. Al consultarse si pueden los equipos locales de APS desarrollar iniciativas programáticas con autonomía, las opiniones se dividen en proporciones similares.

Un 50% opina que sí pueden, ya que:

- Tienen facultades
- Se han impulsado diagnósticos y programas locales
- Tienen capacidad técnica
- Cuentan con apoyo de equipo municipal

El 47% que opina que no se desarrolla este tipo de iniciativas, refieren que la escasez de

personal, las exigencias de atención exageradas en los programas tradicionales, la rigidez de los programas centrales y la falta de capacitación o capacidades dificultan y, en ocasiones, impiden el desarrollo de iniciativas programáticas en el nivel local municipal.

d. **Proposición de un modelo más eficiente**

Al analizar las respuestas a la pregunta sobre la proposición de un modelo de gestión más eficiente para el nivel primario de atención (Tabla nº 11), se puede ver que no existe un planteamiento de un modelo claro para la administración municipal, entregándose una serie de soluciones específicas en las áreas de financiamiento, recursos humanos, gestión y sugerencias de posibles responsables de la administración de la salud de nivel primario.

Tabla nº 11

¿Qué modelo de gestión de la salud municipal es más eficiente para la administración de la atención primaria de salud?

Administración a cargo de:

- DAP con más facultades fiscalizadoras, de control y de toma de decisiones en el área administrativa
- Directorio en el cual participe el director de la DAP u otro funcionario nombrado por el servicio de salud
- Órgano decisorio integrado por las autoridades locales, servicio de salud, organizaciones sociales y técnicas en salud
- Modelo mixto que coordine e integre Servicio de Salud y municipalidad
- Equipo dirigido por profesional médico, adecuadamente coordinado con el
- Servicio de Salud y modernizando los medios de control
- Integrado al Servicio de salud

Financiamiento

- Per cápita corregido

Recurso humano

- Recurso humano con buen nivel de remuneraciones, estabilidad y capacitación.
- Equipo de salud dirigido por profesional médico

Técnicas de gestión

- Coordinación adecuada con Servicios de Salud
- Control realizado por S de S
- Competencia entre organismos gubernamentales y no gubernamentales bajo supervisión por objetivos por el Servicio de Salud

No hay modelo eficiente de gestión a nivel municipal

- Falta una evaluación diagnóstica
-

e. Estatuto APS

El Estatuto de Atención Primaria, actualmente en revisión en el Congreso Nacional, es un tema de discusión importante para los niveles locales, debido a los cambios que se producirían en las relaciones entre los diferentes actores, y por su relación de con lo establecido en la Ley de Gobiernos Regionales.

En la tabla nº 12 se analizan las respuestas dadas a las preguntas relacionadas con el Estatuto de Atención Primaria.⁴⁸

Tabla nº 12
Atención primaria municipalizada

Pregunta	SI %	Si y No %	No %	nº
De acuerdo al estatuto, la APS municipal deberá entenderse directamente con el Minsal sin recurrir al Servicio de salud o al Seremi; en lo que respecta a infraestructura y personal, el Minsal deberá entenderse con el servicio y no con la Seremi.				
¿Es esto adecuado ?	21, 4	-	78, 6	14
Las facultades normativas del Minsal, ¿permitirán que los programas municipales se encuadren en los planes del nivel central?	63, 6	-	36, 4	13
¿Son suficientes las facultades fiscalizadoras del Servicio de Salud?	28, 6	7,1	64, 3	14

Rol del MINSAL en la APS

Un 78,6% de los encuestados no están de acuerdo con la forma de relación del Minsal con la APS municipal, ya que estos procedimientos producen descoordinación entre los niveles, se opone a la Ley de Gobiernos Regionales 48; se pierde la visión regional, ya que es imposible para el nivel central conocer las realidades regionales y, por otro lado, atenta contra la capacidad de control de los Servicios de Salud. Algunos refieren específicamente que los municipios no estarían capacitados (por falta de personal y falta de capacitación adecuada) para administrar y gestionar estos fondos.

Según los encuestados, los principales conflictos que se podrían generar debido al Estatuto de Atención Primaria serían :

- * Conflictos entre los diferentes actores (municipio, Servicio de Salud, Seremi, Gobiernos Regionales)
- * Distribución arbitraria de los recursos por falta de los elementos necesarios para priorizar adecuadamente los recursos regionales (aspectos técnicos).
- * Descoordinación intersectorial en la región.
- * Problemas de supervisión y control hacia los municipios.
- * Tendencia al centralismo.
- * Diferencia en la administración del recurso humano a nivel municipal y en el Servicio de Salud, lo que provocaría conflictos laborales.

El 28,6% que considera adecuados estos procedimientos, recalcó que el rol de la SEREMI es de coordinación y fiscalización y, por lo tanto, cualquier cambio que aumentara la participación de éste, tendería a burocratizar más el sistema. Por otro lado, refieren que el nivel central es el responsable legal, y que éste actúa con criterios biomédicos objetivos.

Facultades normativas del Minsal

El 63,6% opina que las facultades normativas del Minsal respecto de la salud municipal, entregadas en el Estatuto de Atención Primaria, serán suficientes para que los municipios se encuadren en el marco de los planes del nivel central y que, en la práctica, deberán fortalecerse los Servicios de Salud, para poder ejercer en plena forma estas facultades.

Facultades fiscalizadoras del Servicio de Salud

Un 64,3% opina que las facultades fiscalizadoras del Servicio de Salud sobre la APS municipal son insuficientes. Las razones para respaldar esta afirmación son: la autonomía de los municipios que pueden negarse a la fiscalización; la no existencia de mecanismos claros de sanción (por ejemplo financieros); la falta de personal en los Servicios de Salud que se encargue de la fiscalización.

Como soluciones proponen:

- * Mecanismos de sanción o estímulos económicos en base a cumplimiento de objetivos;
- * Comisión fiscalizadora formada por Intendencia, Seremi, Servicios de Salud, concejales;
- * Otorgar más autoridad al servicio y Seremi; y
- * Establecer tutoría del Servicio de Salud sobre los departamentos de salud municipal.

El 28,6% que encuentra que las facultades son suficientes, opina que sólo hay que ejercerlas plenamente, para lo cual se requiere de personal capacitado y en número suficiente.

En el taller «ad-hoc» realizado en agosto de este año en el Ilpes, se sostuvo que los programas verticales dan un alto grado de rigidez al nivel local, sobre todo en lo que se refiere al manejo del recurso humano, y que el estatuto en de atención primaria, contribuiría a la rigidización de la gestión en el nivel municipal.

C. Modelo de financiamiento

Los recursos financieros que dispone el sector público de la salud están constituidos por⁵⁰:

- * Aportes fiscales, recursos entregados por el Estado a través de la Ley Anual de Presupuesto.
- * Aportes previsionales, cotizaciones de los trabajadores (no adscritos a Isapres).
- * Aporte del usuario, por copago en sistema de libre elección o atención particular.
- * Otros aportes o ingresos, venta de bienes, arriendos, ingresos propios, etc.

Aparte cabe mencionar el modelo de financiamiento correspondiente a la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. En este modelo existe participación del empleador en el copago, y este aporte fluctúa entre un 0,9% y un 3,4% de las remuneraciones imponibles, dependiendo del grado de riesgo de la empresa.

A partir de la transformación del Sistema de Salud y de la Reforma Previsional (1979-80) el Fondo Nacional de la Salud Fonasa administra el financiamiento y las prestaciones para los afiliados al sistema. Las prestaciones son efectuadas por los Servicios de Salud y el Sistema de Libre Elección (a través del Fonasa). Las Isapres administran el financiamiento y las prestaciones

para sus afiliados. En cuanto a la Ley de Accidentes, las empresas pueden cotizar los fondos a Mutuales (alrededor de 2 millones de trabajadores), o quedar bajo la responsabilidad del Sistema de Servicios de Salud, SNSS⁵⁰.

Las fuentes de financiamiento de los Servicios de Salud están conformadas por los aportes del Fonasa y las entradas propias. Los aportes del Fonasa son para remuneraciones, para gastos generales y para pagar atenciones⁵¹ otorgadas por los establecimientos que dependen, directamente o por adscripción, de los Servicios de Salud.

Estos aportes se concretan mediante el procedimiento Facturación de Atenciones Prestadas (FAP). Estos aportes cubren el costo estimado de producción de las prestaciones de salud. Los valores de las atenciones son fijados por el nivel central (arancel FAP) y se destinan a financiar los gastos en Bienes y Servicios de Consumo. Los gastos en personal continúan asignándose de manera centralizada. Otros aportes para financiar los insumos a nivel de los Servicios de Salud lo constituyen los incentivos, el reforzamiento de la atención primaria, y la gratuidad en la atención primaria.

Los consultorios traspasados a municipios también reciben aportes por las prestaciones que otorgan a los beneficiarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud a través de un mecanismo similar al FAP, denominado Facturación de Atenciones Prestadas en Municipios Fapem.

El actual modelo de financiamiento está en revisión, tanto en lo que se refiere a FAP como al Fapem. En el caso del FAP se está realizando un proyecto piloto en algunos establecimientos del país para probar un sistema de pago asociado a diagnóstico. El Fapem se estaría cambiando por un sistema per-cápita corregido, en estudio actualmente, y establecido en el Estatuto de Atención Primaria.

Sánchez definió las siguientes áreas en las cuales se concentrarían los problemas del financiamiento del sector salud⁵³:

Origen del financiamiento: Es necesario evaluar sistemas de financiamiento mixto (privado-Estado) en que las personas aporten en función de su capacidad económica y el Estado lo haga subsidiariamente.

Asignación de los recursos: la asignación que se haga de los recursos tendrá un efecto importante sobre la eficacia del sistema y sobre la equidad del mismo.

Aspectos de la operación interna del financiamiento: debe existir un balance entre el financiamiento de los diferentes niveles de resolución. La mala asignación de los recursos financieros escasos y la baja eficiencia y eficacia de los sistemas en los respectivos niveles de

atención, generan tiempos de espera prolongados y colas a las que las personas se deben someter para obtener los servicios.

Incentivos económicos del sistema: es necesario generar incentivos positivos para el uso racional del sistema por parte de los usuarios, y para el uso racional de los recursos por parte de los administradores y prestadores directos de los servicios.

Descentralización: Debe evaluarse en función de la capacidad de cada nivel descentralizado para tomar decisiones en este ámbito. El nivel central, por su parte, debe adecuarse al nuevo rol de supervisor y controlador de la ejecución financiera local.

Administración del financiamiento: Es necesario evaluar alternativas que permitan al Estado delegar en el sector privado la ejecución de programas de salud, guardándose el Estado un claro rol normativo, de control, fiscalización y supervisión.

A los encuestados se les solicitó su opinión respecto de las áreas en las que existe déficit de inversión, la capacidad de toma de decisión a nivel local, la situación del nivel primario municipalizado y posibles acciones específicas para resolver los problemas detectados. Sus respuestas se presentan en los siguientes puntos.

1. DEFICITS DE INVERSION

Se les consultó sobre los rubros en los que se concentrarían los déficit de inversión tanto en el área pública como en la privada. La mayoría se refirió exclusivamente al área pública. Los resultados se grafican en la tabla N° 13.

Tabla nº 13
Rubros en que se concentran los mayores déficits de inversión del sistema de salud público y privado

Área pública	Área privada
Recursos	
Equipamiento y tecnología Inversión en infraestructura hospitalaria	
Infraestructura	
Insumos	
Capacitación	
Remuneraciones	
Actividades	
Saneamiento básico	Promoción y prevención
Salud ocupacional	Optimización de los recursos según criterios de salud pública
Aspectos recuperativos	
Preventivo	

Los déficits de inversión del sistema público se dividieron en déficits en áreas (equipamiento y tecnología, infraestructura, etc..) y en actividades. Las más relevantes en cuanto a frecuencia fueron en el déficit de inversión en recursos y principalmente en equipamiento y tecnología. Esta priorización se invierte en el sector privado, en que principalmente se nombran los déficits en las actividades de promoción y prevención, siguiendo en importancia la inversión en infraestructura hospitalaria.

2. CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES

La capacidad de toma de decisiones en el nivel local, se consultó a través de la definición de los apartados del presupuesto que son resueltos a nivel regional y provincial.

Los encuestados refieren que se resuelve a nivel regional y provincial principalmente la inversión vía FNDR para inversión regional (principalmente referido por los Seremis), y el apartado de bienes y servicios de consumo (nombrado por los Servicios de Salud). También se refieren a la inversión con fondos propios.

Al preguntar si la capacidad local y regional de toma de decisiones en materia de recursos es suficiente, un 75,1% de los encuestados anota que es insuficiente debido a que el presupuesto está centralizado. Esto se debería a la desconfianza del nivel central en los niveles regionales, debido a la falta de capacitación administrativa y financiera que existe a estos niveles.

En cuanto al 8,3% que refiere que la capacidad de toma de decisiones es suficiente (una persona), comenta que los niveles administrativos, regionales y provinciales se están desarrollando actualmente para asumir este rol, no estando totalmente preparados aún.

Esta percepción se repite en el documento del Minsal «Sistema de Salud en Transición a la Democracia»⁵³, en que dice, refiriéndose a la autonomía:

«En realidad el grado de autonomía de los Servicios de Salud ha resultado ser menor que el enunciado. Entre los principales aspectos que muestran este hecho se encuentran los siguientes: primero, los Servicios no participan en las decisiones respecto del presupuesto; segundo, las plantas esquemáticas del personal están fijas, lo que deja una reducida posibilidad para efectuar modificaciones de acuerdo a los requerimientos percibidos por los servicios; tercero, éstos están sujetos al nivel central en lo que se refiere a inversiones y adquisición de equipo y otros elementos necesarios para su operación.»(Oyarzo, 1991)

Por su parte, Sánchez opina que «...el sistema de asignación en base a un mezcla de presupuesto histórico más un pago por FAP o Fapem (pago por evento), constituye un mecanismo de asignación de recursos financieros que tiene incentivos perversos que contribuyen, por un lado, a perpetuar las ineficiencias y por otro lado, a producir eventos médicos sin preocuparse por el costo o la calidad.»...«Los administradores no ven en la asignación de los recursos los incentivos necesarios que los hagan ser más eficientes en su gestión, los prestadores de Servicios de Salud no ven en sus esquemas de remuneraciones incentivos que los hagan incrementar su productividad, y tampoco se ven estimulados para aumentar la calidad de la atención que otorgan. Por otro lado, no están presentes los incentivos que permitan a toda la organización responsable de la producción de Servicios de Salud ser en conjunto más eficiente.»⁵⁵(Sánchez, 1991)

En el estudio realizado por Sistemas Integrales se concluye que «... la estructura de fuentes y usos de fondos de los Servicios de Salud del país se caracteriza por una elevada dependencia de las asignaciones presupuestarias provenientes del nivel central, un elevado porcentaje de gastos fijos, determinados en forma importante por el gasto en remuneraciones y tasas de inversión relativamente bajas. Todo lo anterior indica que la capacidad de gestión financiera de los servicios es muy baja.»⁵⁶ Por otra parte, al analizar el gasto per cápita en salud pública del país (\$ 16.895) resalta que «...la gestión en el sector público demuestra una muy elevada eficiencia, especialmente si se toma como elemento de comparación el gasto per cápita en el sector de salud privado o el de otros países con un nivel de desarrollo económico parecido al de Chile».⁵⁷

Como se observa de las diferentes anotaciones, existe acuerdo en que la libertad de acción de los servicios es escasa, siendo la mayor parte de las decisiones tomadas a nivel central.

Al grupo encuestado se le solicitó que asignara puntaje de uno a siete, en que uno representa la total centralización y siete la total descentralización, a los diferentes apartados de financiamiento, de modo de percibir el grado de autonomía que esperan tener. Se puede constatar que los puntajes oscilan entre 5,2 y 7,0, siendo el apartado con menor puntaje el pago del personal de planta, y el con mayor puntaje, el referido al combustible. Cabe destacar que en general los puntajes son bastante elevados, sobrepasando todos el punto de equilibrio (4,0) entre la asignación centralizada y la total descentralización. Los resultados se resumen en la tabla siguiente (Tabla nº 14).

Tabla nº 14	
Ítems que deberían ser resueltos en el nivel regional	
Ítems	Puntaje (1-7)
PERSONAL	
Personal Honorario	6,6
Personal de planta	5,2
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	
Combustible	7,0
Alimentos y servicios	6,8
Vestuario y calzado	6,8
Materiales de oficina	6,8
Arriendo de equipos	6,4
Productos farmacéuticos	6,3
Arriendo de inmuebles	6,0
Impresión, difusión y publicidad	5,8
Materiales y útiles quirúrgicos	5,7
Contratación de estudios	5,4
INVERSION REAL	
Infraestructura, equipamiento, terrenos, etc..	5,6

3. Acciones específicas para resolver la falta de capacidad de decisión

Las acciones específicas recomendadas para resolver la falta de capacidad de decisión del nivel local, principalmente se refieren a la capacitación del recurso humano del nivel local en gestión y finanzas, y a la definición de los requisitos técnicos y administrativos de los cargos directivos. Las otras acciones sugeridas se refieren a modificaciones en el mecanismo de asignación financiera dando una mayor capacidad de resolución al nivel regional (Tabla nº 15).

Tabla nº 15

¿Qué acciones específicas recomendaría para revertir esta situación ?

Capacitación del recursos humano

- En gestión
- En técnicas financieras

Administración del recurso humano

- Flexibilizar mecanismos para manejo del personal
- Definir y aplicar requisitos técnicos y administrativos para optar a cargos directivos
- Completar estructura de cargos directivos del Servicio

Mecanismos financieros

- Modificar el marco legal, de modo de aumentar la capacidad de resolución a nivel regional y/o flexibilizar los procedimientos
- Facultar al Seremi para asignar recursos a nivel regional
- Control por resultado final
- Bajar niveles de responsabilidad regional
- Establecer representantes regionales en instancias de asignación de recursos a nivel ministerial
- Implementar presupuestos regionales
- Establecer parámetros objetivos para asignación de recursos
- Establecer concursos para recursos de inversión
- Delegación presupuestaria
- Compendio actualizado de las normas y procedimientos del proceso de inversión pública.

Otros

- Aplicar la ley de regionalización
- Reestructuración de la organización
- Mejorar sistemas de información
- Mejorar coordinación entre Servicio y SEREMI
- Administración por objetivos
- Evaluación periódica por parte del nivel central

4. Situación municipal

El Fapem corresponde a una transferencia desde el Servicio de Salud a las municipalidades con el objeto de financiar las acciones realizadas (prestaciones) por los establecimientos traspa-sados. El reembolso se basa en la facturación de las prestaciones efectuadas por el establecimiento, hasta un «techo», fijado por el Minsal a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

En cuanto a los mecanismos financieros en el área municipal, las principales deficiencias definidas se refieren al monto, al mecanismo de asignación de los aranceles y montos, y al efecto sobre las actividades favoreciendo lo curativo en desmedro de las actividades de prevención, educación, promoción y fomento. (Tabla nº 16). Esta opinión es compartida por el Minsal que declara en el documento «Análisis Crítico de las Transformaciones Financieras»⁵⁸ que, «La presencia de un arancel único que no reconoce las grandes diferencias en los costos de las prestaciones, especialmente en las zonas rurales de difícil acceso geográfico, provoca una seria discriminación contra dichas localidades. Por otra parte, la estructura arancelaria desincentiva las atenciones preventivas en beneficio de acciones curativas, lo que dificulta llevar a la práctica un adecuado modelo de atención primaria.» (Oyarzo, 1991)

Tabla nº 16

Deficiencias del sistema de financiamiento de la salud municipal

Monto

Tiene un techo, es suficiente

Inexistencia de reajustabilidad de la unidad arancelaria

Asignación

Asignado con criterios arbitrarios

Asignación histórica

Asignación por población enferma, no por población sana

No hay participación local

No se incorporan otros elementos de valoración como ruralidad

Efectos en las actividades

Favorece lo curativo sobre lo preventivo

Subvaloriza acciones desestimulando acciones específicas

Carece de incentivo para mejorar la gestión

No estimula nuevas actividades

Administración del sistema

La administración de los fondos está centrada en el Secretario Ejecutivo de las corporaciones privadas

No hay sistemas de control

El Dr. Roberto Belmar E., en su documento «La Salud en el Período de Transición Democrática» se refiere al mecanismo Fapem como: «un mecanismo que preferencia la recuperación de la salud, desincentiva la educación de la comunidad y la capacitación del personal y tiende a perpetuar las diferencias entre las comunas pobres o ricas, rurales o urbanas e industriales o agrícolas del recurso recurso financiero al sector estatal.»⁵⁹

En el taller realizado en Ilpes, los participantes indicaron que los municipios utilizaban un alto porcentaje del Fapem en cubrir las remuneraciones del personal, lo que les dejaba muy bajo margen para la realización de otras actividades. Por otro lado, actualmente se les estaría entregando la totalidad del techo, independientemente de la facturación. La misma opinión es dada por el Dr. Gonzalo Navarrete, subdirector médico del Servicio de Salud Metropolitano Sur, en el artículo «Municipalización»: « Sus costos de personal son equivalentes o superiores al techo, motivo por el cual, de no entregarse ese techo financiero, no se podrían ni siquiera cancelar los sueldos». « Desde el año pasado (1990) se nos entrega el techo contra facturación, cualquiera esta sea, de lo contrario no pagan los sueldos...la asignación que existe en los techos está fundada con criterios poco claros»⁶⁰(Navarrete, 1991).

5. Soluciones

Se les consultó sobre los principales criterios (Tabla nº 17) que deberían utilizarse para otorgar el financiamiento a nivel municipal, acumulando los criterios de magnitud de la población, necesidades, casos resueltos, e índices de pobreza, resultando un 67,4% de la frecuencia. En cuanto a los mecanismos de asignación (Tabla nº 18), los más nombrados son: Per Cápita rectificado⁶¹, indicadores de eficiencia y cumplimiento de acciones por población asignada. Como se puede observar en las tablas, no hay acuerdo sobre el mecanismo y los criterios más adecuados para la asignación de recursos, siendo probablemente una combinación apropiada los criterios de población corregidos y algunos indicadores de cumplimiento y eficiencia en la gestión local.

Tabla Nº 17
Criterios para el financiamiento Municipal

Criterios	Frec.	F. acum. %
Magnitud población	11	22,5
Necesidades	9	40,9
Casos resueltos	8	57,2
Pobreza	5	67,4
Aislamiento	3	73,5
Ruralidad	3	79,6
Otros	10	100,0

Tabla nº 18
Alternativas de financiamiento municipal

Mecanismos	Frec.Nº	F. acum. %
Per cápita rectificado (pobreza, ruralidad, acceso)	7	36,8
Indicadores de eficiencia	3	52,6
Por población asignada y acciones realizadas	2	63,2
Otros	7	100,0

D. Recursos humanos

«El sistema público de salud enfrenta una escasez de recursos humanos calificados en atención de salud, causado principalmente por bajos sueldos relativos, falta de incentivos para el ejercicio de profesionales en ciertas localidades geográficas y/o nivel primario de atención, falta de formación de algunos profesionales por parte del Sistema Universitario Chileno»⁶² (Minsal, 1991)

«El sistema público de salud se enfrenta hoy en día a una escasez de personal calificado, en razón de los bajos sueldos, la falta de incentivos y la inexistencia de señales adecuadas que permitan a las universidades generar profesionales en cantidad y calidad adecuados.»⁶³(Silva, 1990)

1. Cantidad

En todos los niveles, en todos los establecimientos, en todos los servicios clínicos, hay una gran desproporción entre las necesidades de personal y el recurso humano con que se cuenta.

Contribuyen a ello un serie de factores:

- * La planta esquemática actual es rígida, no incluye un crecimiento proporcional al aumento de la población beneficiaria ni se adapta a los intereses y realidades de los Servicios, constituyendo un factor que es urgente corregir.
- * El personal que se desempeña en los hospitales carece de incentivos.
- * Las remuneraciones son muy bajas.
- * No existe carrera funcionaria.
- * Se han perdido los estímulos económicos y de otra índole (mayores vacaciones, jubilaciones anticipadas) para aquellas especialidades en falencia o de menor riesgo.
- * No existe el incentivo de un desarrollo tecnológico adecuado.
- * El ambiente de trabajo en general, no es grato: no se proporciona al personal servicios higiénicos adecuados, calefacción en los meses de invierno, salas de estar y comodidades adecuadas y suficientes.

Todo lo anterior condiciona una situación de deterioro que -confrontada con el sector privado- explica la permanente fuga del personal más calificado del Sistema hacia dicho sector.⁶⁴

En la encuesta CED, no hubo preguntas específicas sobre la cantidad de personal existente en el sector, aunque a todo lo largo de la encuesta se nombró la escasez de personal como un problema que limita el accionar del nivel local. A continuación se presenta información sobre el número de personal en el sector salud según diferentes fuentes.

Tabla nº 19
Recursos humanos - Subsector público de salud 1991-1992⁶⁵

Categoría	Razón por mil habts.		Municipal *		SNSS		Total	
	1991	1992	1991	1992	1991	1992	1991	1992
Médico **	0,58	0,70	1270	1270	6400	7988	7670	9258
Dentista	0,13	0,14	757	757	1012	1117	1769	1874
Enfermeras	0,30	0,27	871	871	2683	2702	3554	3573
Matronas	0,18	0,19	719	719	1753	1859	2472	2578
Auxiliares paramédicos	1,96	1,95	4702	4702	21106	21050	25808	25752

¹ Fuente: «Tarjeta de presentación, Situación y Atención de la Salud en Chile», Ministerio de Salud, Serie Documentos, años 1991-1992.

* Informe personal municipal 1990, Ministerio del Interior, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.

** El total de médicos según la inscripción en el Colegio Médico A.G. era de 14.203 para 1991 (razón 1,07 por mil habts.), y de 15.090 en 1992 (razón 1,14 por mil habts.)

Número de médicos

El estudio del «Proyecto Disal» realizado por Sistemas Integrales en 1992, calculó la tasa de médicos por cada mil beneficiarios, lo que dio una cifra promedio para el país de 0,69 médicos por mil beneficiarios para el año 1991. Estas cifras fluctúan de un Servicio de Salud a otro, siendo el Servicio con una menor tasa el Servicio de Salud La Araucanía (0,38 Médicos por mil beneficiarios) y el con la mayor tasa, el Servicio de Salud Metropolitano Oriente con una tasa de 1,06 por mil beneficiarios⁶⁶.

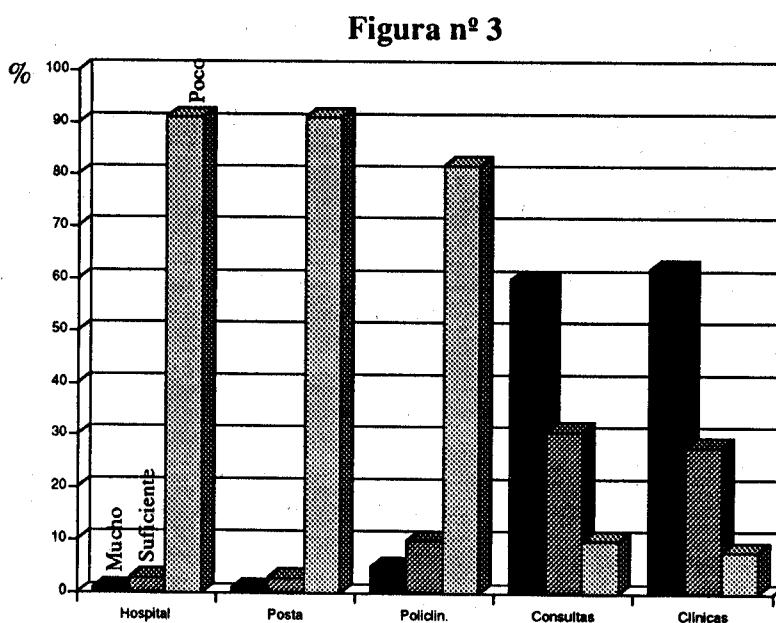
En cuanto a la relación entre médicos en el SNSS y la atención municipalizada, en términos globales, se detectó que la Región Metropolitana es la que presenta mayor peso relativo de médicos de salud municipal, siendo la mayor tasa del país la del Servicio de Salud Metropolitano Norte (25%). En las regiones, las tasas más elevadas se encuentran en el Servicio de Salud de la región Libertador Bernardo O'Higgins con un 21%, y Osorno y Llanquihue con un 20%. Los Servicios de Salud con más bajo peso relativo son: Antofagasta (13%), Viña del Mar - Quillota (7%), Magallanes y Coquimbo (9%).

Además de la baja disponibilidad relativa de profesionales médicos en el sector de salud municipalizado, el estudio destaca «..la elevada rotación y el ausentismo laboral, que generan una

menor disponibilidad real para resolver los problemas de salud de la población. Esta situación es generalizada y se concentra en las comunas más pobres del país (que son las con mayor proporción de población beneficiaria)⁶⁷

En relación a la falta de especialistas, señalan que los servicios de Bío-Bío, Araucanía, Iquique, Maule y Talcahuano como los servicios en los cuales la situación sería más crítica.

En relación a la percepción de la cantidad de médicos por parte de los usuarios⁶⁸, de la encuesta de opinión pública realizada por la revista Vida Médica en 1992, podemos definir que éstos opinan que en los servicios públicos hay pocos médicos; en cambio en el sector privado es a la inversa.



Tomado de «Encuesta de Opinión Pública: Imagen de los Médicos» enero 1992

Número de enfermeras

En relación a las enfermeras, la tasa según población beneficiaria en el país corresponde a 0,33 enfermeras por cada mil beneficiarios, siendo los servicios con una mayor concentración los de la Región Metropolitana, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso-San Antonio, Concepción-Arauco y Aysén. Las tasas más bajas se observan en los Servicios de Salud Sur-Oriente, con la tasa más baja del país (0,20), Atacama, Bío-Bío y Lib. Bdo. O'Higgins (Disal 92)

La disponibilidad relativa de enfermeras en el sector municipal es superior a lo observado con los médicos. Los servicios con mayor disponibilidad son: Metropolitano Sur Oriente, con un porcentaje de 38%, Atacama, San Felipe-Los Andes, y Maule, siendo el peso relativo de estos

últimos superior al 25%. Los servicios con menor disponibilidad corresponden a Iquique (7%), Coquimbo (8%) y Magallanes (9%).

Número de auxiliares

La disponibilidad de auxiliares paramédicos en el país corresponde a una tasa de 2,37 auxiliares por cada mil beneficiarios, siendo el Servicio de Coquimbo el con la tasa más alta (4,21) y correspondiendo al Servicio Sur Oriente la menor tasa nacional (1,25)

Los principales problemas definidos por los directores de Servicio de Salud y Seremis, en la encuesta realizada por el CED, en el área correspondiente a los recursos humanos en salud, se refieren a: la formación y posterior capacitación continua, la distribución y los incentivos.

La situación es percibida como mala en todas las áreas por la mayoría de los encuestados (Tabla N° 20).

TABLA n° 20 Recursos humanos			
Pregunta	SI %	No %	n°
¿ Existen incentivos para trabajar en sistema de salud pública?			
Servicio de salud	30,8	69,2	13
Municipalidad	15,4	84,6	13
La distribución del personal, ¿es adecuada?	0	100,0	13
La distribución de los centros de formación, ¿es adecuada?	15,0	75,0	13
Las alternativas de formación, ¿son adecuadas a las necesidades?	15,4	84,6	13
Las necesidades de formación, ¿son detectadas por medio de los diagnósticos de salud?	7,7	92,3	13
¿Están las universidades orientadas a la formación de especialistas?	92,3	7,7	13
¿Es esto negativo?			

2. Incentivos

La mayoría considera que no hay incentivos para trabajar en el sector público de salud, siendo más crítica la situación en el sector municipal (84,6%).

Al consultar cuáles serían los incentivos adecuados, se plantean:

- * Incentivos económicos (remuneraciones, vivienda)
- * Posibilidad de perfeccionamiento y de capacitación (especialización en el caso específico de los médicos)
- * Estabilidad y carrera funcionaria
- * Posibilidad de trabajo en equipo y de interacción con pares
- * Acceso a tecnología avanzada y a casos de interés clínico

«La .. dificultad está en la rigidez de las plantas de personal, que no permite introducir incentivos para favorecer la eficiencia»⁶⁹ (Montt, 1992).

3. Distribución

La totalidad de los encuestados opina que la distribución de los profesionales es inadecuada, siendo las zonas más afectadas las regiones extremas y los sectores rurales.

Las razones aludidas para explicar esta situación son principalmente la facilidad de acceso a centros de formación y especialización, factores extrínsecos como son el acceso a actividades culturales y recreativas, la falta de incentivos adecuados, y el centralismo.

Se les consultó acerca de los instrumentos más adecuados para corregir la distribución de los profesionales de la salud, siendo los principales los incentivos de tipo económico, la capacitación, y el acceso a equipamiento y tecnología modernos (Tabla nº 21).

Tabla nº 21
Instrumentos para corregir la distribución de los profesionales de la salud

Incentivos económicos

Capacitación y formación continua

- Becas de retorno
- Estadías de perfeccionamiento cortas en centros de alto nivel
- Cargos de general de zona urbano

Equipamiento y desarrollo tecnológico

- Mejoramiento del equipamiento y tecnología
- Mejorar capacidad resolutive de los establecimientos

Establecimiento de plantas esquemáticas en las regiones

Especialistas itinerantes

El Informe Disal 1992 realizó una correlación entre la disponibilidad de médicos según población beneficiaria, y el gasto per cápita en salud de los Servicios. El estudio mostró una importante asociación entre las variables (coeficiente de correlación de 0,636). Tres Servicios de Salud escapaban a este comportamiento general:

Aysén, el cual tiene el mayor gasto en salud (\$ 30.233 por persona-año), y una tasa no elevada de médicos. Esto probablemente se explica por las condiciones de aislamiento de los grandes centros urbanos y de perfeccionamiento docente, así como la gran dispersión geográfica de la población rural a atender.

Metropolitano Sur Oriente, el cual tiene el gasto en salud más bajo del país (\$ 8.246 por persona-año), con una tasa relativamente alta de personal médico. La situación probablemente se explica por pertenecer a la Región Metropolitana, y tener cercanía con centros formadores, acceso a múltiples fuentes de trabajo, acceso a actividades culturales y recreativas, y la disponibilidad de centros educativos para la familia, como se explicita en el informe Disal 92.

Araucanía, con un gasto cercano al promedio (\$ 16.106 por persona-año), y con las tasas de médicos más bajas del país (0,38). Esto probablemente se deba a la concentración de los médicos en la ciudad de Temuco con muy poca distribución intra servicio.⁷⁰

4. Formación

El problema de la formación universitaria, y especialmente en lo que se refiere a la formación médica, es un tema que se viene mencionando desde hace más de una década. Ya en la síntesis final del Seminario Nacional: «La Educación Médica en Chile»⁶⁹, realizado en junio de 1984, se habla del estado de la educación médica en el país. En el documento se realiza una síntesis de los factores que tienen efectos en la educación médica, los cuales se pueden resumir en:

Factores extra universitarios:

Situación y políticas económicas del país

Situación y políticas de los Servicios de Salud

Formación de la educación media y sistemas de selección

Factores universitarios:

Institucionales

Proceso docente.

En este último punto se dice, respecto de la formación dada por parte de especialistas que , «El peso de la enseñanza de Medicina interna está en manos de médicos especialistas, situación que señalan (docentes e internos) como no convenientes» (Donoso)⁷². Por otra parte, se refiere también que «la fuerte presencia del especialista induce a una inclinación temprana del estudiante de medicina a la especialización en un área o sub-área de la medicina.» (Venturini y Palma)⁷³. Estos mismos investigadores dicen que: «...la enseñanza de la medicina por especialistas y centrada en los niveles terciarios de atención, no pone al estudiante en contacto con la realidad de la atención primaria, al cual se le subestima como portador de lo que se cataloga como patología banal.»⁷⁴

Otro problema percibido en ese encuentro es el énfasis en la adquisición de conocimientos y habilidades intelectuales, sobre el desarrollo de habilidades y destrezas técnicas. Esto se ve enfatizado por la metodología docente centrada en técnicas de tipo pasivo.

En el encuentro se recalcó el grave defecto existente en la educación psicosocial del médico, con una pérdida importante del equilibrio entre ésta y el aspecto biomédico. Venturini y Palma comentan en su estudio que existe una «necesidad no satisfecha de conocimientos humanísticos tales como psicología social, sociología, antropología y ética médica, necesarios para ampliar la

visión de la salud en un estudio que se centra demasiado en la enfermedad, con prescindencia de una visión global ecológica del continuum Salud y Enfermedad»⁷⁵.

Al consultárseles a los directores de Servicio y Seremis cuál es el rol de los centros de formación profesional, se definieron principalmente tres grandes líneas: la formación de profesionales y técnicos, la capacitación del personal del sector salud, y la investigación. Se resaltó también el énfasis que deberían tener los centros formadores en adecuarse y trabajar en base a la situación local (Tabla N° 22).

Tabla n° 22
Rol de los centros de formación profesional

Formación

Formación de profesionales y técnicos de acuerdo a las necesidades del país y de la región (número, énfasis formar administradores en salud)

Formar personal para la APS

Secretariado adecuado

Informática

Capacitación

Capacitación permanente para personal no universitario

Capacitación en gestión

En la práctica (en servicio)

Investigación

Participación en el diagnóstico de salud local, investigación e identificación de problemas

Énfasis en situación local

Desarrollar docencia en el terreno mismo, a fin de convertir la rutina de trabajo en actividades educativas acreditadas. Integración docente asistencial

Adecuarse a las necesidades locales

En cuanto a la distribución de los centros de formación, la mayoría (75%) considera que es inadecuada, estando éstos concentrados desde la Zona Central hacia el sur. El norte queda desprovisto de centros de formación. Por otro lado, un 84,6% considera que las alternativas de formación son inadecuadas a las necesidades:

- * No hay estudios sobre las necesidades reales de especialistas por área, por lo que la oferta no responde a la demanda real

- * Existen áreas no consideradas, como la medicina general familiar. La regulación del mercado está determinada por las universidades, centros formadores y sociedades científicas

Las principales deficiencias de la formación definidas fueron:

- * Formación del recurso humano desconociendo la realidad nacional
- * Orientación elitista, hospitalaria y dirigida a la especialización
- * No capacita en gestión o en salud pública
- * Escaso compromiso con la medicina social

Un 92,3 % de los encuestados opina que la orientación de la universidades en la formación médica está dirigida a la formación de especialistas. Esto es considerado negativo por el 100% de los que así opinaron, ya que: a) se desalienta el fomento y la prevención en salud perdiéndose la Integralidad de la atención; b) aumentan los costos de la salud; y c) no corresponde a las necesidades del país.

«En momentos en que el auge de la especialización y de la cuantificación mediante aparatos parece para muchos el colmo de la maravilla, no es difícil demostrar que constituye uno de los más agudos peligros que enfrenta la medicina contemporánea. Y reclamar al generalista, ¿no es un poco retomar la vieja tradición de aquel clínico de otro tiempo?...»(Ernesto Sábato en, «La robotización del hombre y otras páginas»)

«La formación universitaria del recurso humano en salud se ha deteriorado al enfatizar la formación hacia la medicina reparadora de alta tecnología y despreferenciando al reforzamiento de actitudes y aprendizaje de destrezas hacia el desarrollo de estilos de vida adecuados a la salud, promoción de la salud y prevención específica de las patologías crónicas degenerativas.»⁷⁶(Belmar)

Las medidas recomendadas para evitar esta tendencia «especializadora» de los centros de formación son:

- * Reformulación de los programas académicos enfocándolos hacia la formación de generalistas
- * Reconocimiento económico al médico general
- * Concordar política de formación entre el Minsal y las universidades
- * Poner en contacto a las universidades con la comunidad y sus problemas reales
- * El Minsal debiera hacer un diagnóstico y detección de necesidades reales

Este último punto se refuerza ya que un 92,3 % opina que el diagnóstico de salud no identifica las necesidades de formación de recurso humano en el país.

Las principales especialidades médicas deficitarias definidas por los encuestados se presentan en la Tabla 23:

Tabla nº 23
Principales Especialidades deficitarias

País	Región
Anestesiastas	Radiología
Oftalmología	Traumatología
Radiología	Anestesiología
Psiquiatría	Oftalmología

Este análisis es de escasa utilidad ya que la variabilidad entre las necesidades de un servicio a otro son muy altas, lo que indica que es necesario establecer un diagnóstico claro de las necesidades locales de especialistas, y en base a esta información establecer líneas de acción locales y nacionales. A pesar de no haberseles consultado directamente, todos los encuestados se refieren a la falencia de personal de enfermería, principalmente fuera de la región metropolitana.

La falencia de enfermeras es un tema complejo, y las causas son múltiples. En general podrían resumirse en⁷⁷:

- * Migración hacia el sector privado: Instituciones privadas, Isapres, casas de reposo, asilos de ancianos, etc.
- * No han surgido nuevos centros de formación, y el número de enfermeras formadas es bajo.
- * Otros factores que hacen que un 20%, aproximadamente, no ejerza su profesión (Sistemas de turno, expectativas de mayores ingresos).

E. PARTICIPACION COMUNITARIA

«La comunidad debe ser un sujeto activo en la búsqueda, creación e implementación de las soluciones a los problemas sociales que la atañen. Por esta razón, deben crearse mecanismos que posibiliten su participación activa tanto en el diagnóstico y diseño de soluciones como en la ejecución de los programas»⁷⁶(Sánchez, 1993). «Todos debemos aportar a la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la curación de los males y la rehabilitación de los enfermos»⁷⁷(Aylwin, 1989). «(Una de las causas de la situación crítica de salud actual es)..la

ausencia absoluta de participación social en la búsqueda de mejores condiciones de salud, aun cuando en la actualidad no existe corriente alguna de la salud pública que niegue el carácter de requisito técnico indispensable que tiene la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud (en la toma de decisiones y en la gestión de los servicios de salud), para el éxito de los programas y de las acciones de salud»⁸⁰(Rajs, 1991)

El impulso a la participación comunitaria ha sido un énfasis importante que ha llevado adelante el actual gobierno. Aun así, existe la percepción de que el sistema de gobierno comunal vigente actualmente no garantiza la posibilidad de una real integración y participación de las personas en los temas que le atañen, y que una mayor participación comunitaria en la detección de problemas y en la búsqueda de soluciones en el área de la salud, pasa indispensablemente por la democratización real de los municipios⁸¹ y por un trabajo dirigido hacia la comunidad.

«La participación social no sólo se debe expresar en salud como resultado de una posición ideológica, sino que le es propia a la salud debido a que debe ser la sociedad misma la que reoriente sus hábitos y estilos de vida para prevenir las patologías emergentes como cardiovasculares, cánceres, accidentes y daños asociados a alteraciones del medio ambiente o consumo de sustancias nocivas (alcohol, drogas y tabaco)».⁸²(Belmar)

Es importante evaluar cómo es percibida esta situación por parte de los directivos de salud, que han actuado tradicionalmente en una forma «paternalista» hacia la comunidad.

Un alto porcentaje de los encuestados (92,9%) opina que la participación comunitaria contribuye a mejorar las condiciones de salud del país, tanto aplicando este principio en la salud a nivel comunal, como a nivel de los Servicios de Salud (Tabla nº 24).

Se les consultó sobre su percepción del rol de la comunidad en salud, las actividades de participación que se han realizado, las causas de la baja participación percibida, las instancias a través de las cuales canalizarían el trabajo con la comunidad y el rol que han tenido las ONG's.

Tabla nº 24
Participación comunitaria

Pregunta	SI %	No %	nº
¿Se ha logrado la participación comunitaria a nivel comunal?	84,6	15,4	13
¿Contribuye esta a mejorar la salud del país?	92,9	7,1	14
¿Se ha logrado la participación comunitaria a nivel de los Servicios de Salud ?	38,5	61,5	13
¿Consideran los Servicios de Salud la opinión de la comunidad?	35,7	64,3	14
¿Contribuye esta a mejorar las condiciones de salud del servicio?	92,9	7,1	14
¿Han contribuido las ONG's a la participación de la comunidad?	71,4	28,6	14

1. Rol de la comunidad: «La salud, tarea de todos»⁸³ (Minsal, 1990)

La percepción del rol que debería cumplir la comunidad en las acciones de prevención, control y autocuidado, propuestas y ejecutadas por el sector salud, está dirigida principalmente hacia las acciones siguientes :

- * Difusión y multiplicación de acciones
- * Diagnóstico, identificación y denuncia (acciones contra el medio ambiente)
- * Coordinación de acciones
- * Participación activa en el desarrollo de programas
- * Evaluación de las acciones de salud

Se destaca que los directivos del sector público ven a la comunidad, no como un sujeto pasivo a las acciones de salud, o solamente encargado de recibir y multiplicar conocimientos específicos, sino que también se la vincula a acciones de diagnóstico, coordinación, ejecución y evaluación, es decir, una participación en todas las etapas del proceso de entrega de la salud.

Esta opinión es similar a la dada por Belmar en las «Jornadas sobre la Salud a Nivel Local: Estado del sistema de salud municipalizado»⁸⁴,» ..(el país) es absolutamente incapaz de enfrentar este problema (la equidad en salud) y solamente lo tiene que hacer a través de un proceso descentralizado, donde la sociedad tome un rol participativo, fundamental y no simplemente

complementario, como muchas veces plantea el proceso de participación social, donde la sociedad viene a suplementar el rol del equipo técnico de salud.». «Tiene que haber un proceso donde la sociedad participe de los diagnósticos de salud, en definir las prioridades, en establecer y buscar recursos, en elaborar los programas y llevarlos a efecto, y en evaluarlos en conjunto.⁸⁵»

Existe un numero mayoritario de encuestados que opinan que la participación comunitaria contribuye a mejorar la salud del país (92,9%). Al pedirles que precisen cómo se produce este efecto de mejoría, refieren:

- * Se mejora el diagnóstico de salud y la evaluación de las políticas planes y programas.
- * Optimiza el uso de los recursos y mejora la eficiencia.
- * Facilita las acciones de prevención, protección, fomento, protección del medio ambiente, y de autocuidado.
- * Facilita acciones intersectoriales.
- * Mejora las relaciones y la comprensión entre usuarios y prestadores.
- * Vincula objetivos de la comunidad con objetivos del sector salud.

Un 84,6% de los encuestados opina que se ha logrado la participación comunitaria a nivel local (comuna), en relación al 38,5% que piensa que se ha logrado a nivel de los Servicios de Salud (Tabla nº 24). Esto probablemente se debe a la circunstancia de que las actividades en que tradicionalmente ha habido promoción de algún grado de participación de la comunidad, se localizan en el nivel primario de atención de salud, vale decir, postas y consultorios, las cuales se encuentran mayoritariamente en manos de la administración municipal.

2. Actividades de participación a nivel de Sistema de Salud y municipios

Se les consultó sobre cuáles serían las actividades en las cuales existiría participación de la comunidad, tanto a nivel de los Servicios de Salud como en los municipios. A nivel municipal nombraron principalmente:

- * Capacitación de monitores
- * Programas de autocuidado
- * Formación de líderes comunitarios

Las actividades de participación comunitaria desarrolladas por el Servicio de Salud, según los encuestados, serían:

- * Programa de Salud Rural y Proyecto de Salud Rural (Programa de salud y Bienestar Familiar en Sectores Rurales Pobres)
- * Proyectos de salud locales
- * Programas educativos para enfrentar el cólera y el SIDA
- * Programas de saneamiento básico

Como se puede observar, las actividades mencionadas se refieren principalmente a actividades de tipo puntual. Cabe destacar el «Programa de Salud Rural», el cual ha desarrollado todas las actividades nombradas (formación de monitores, desarrollo de programas de autocuidado, promoción de proyectos de salud locales, desarrollo de programas educativos y de saneamiento, diagnóstico participativo y programación local) a nivel de los establecimientos rurales de todo el país, focalizando su atención sobre las 104 comunas más pobres del país.⁸⁶

3. Causas del bajo nivel de participación

Las causas dadas por los que opinan que la participación ha sido escasa en el nivel local son:

- * Desmotivación de la comunidad y de los equipos de salud
- * Insuficientes medios y canales de participación
- * Falta de personal
- * Desorganización de la comunidad
- * Intereses diferentes del sector salud y de la comunidad

En el servicio se repiten las mismas causas.

La opinión de los encuestados es similar a la dada por el Dr. José Luis González (S. de S. Valdivia) en las «Jornadas sobre la Salud en el Nivel Local: Estado del Sistema Municipalizado de Salud», realizadas en Santiago el día 20 de Diciembre 1991⁸⁷. González plantea que el desarrollo de la participación comunitaria ha sido lento principalmente debido a :

- * Los diferentes grados de organización de las organizaciones comunitarias
- * La «autocensura», por la escasa conciencia de protagonismo social
- * La poca valorización de la participación comunitaria por parte de los municipios
- * La falta de continuidad en los equipos de salud (alta rotación del personal)
- * Las prácticas paternalistas de los equipos locales que desincentivan la participación.

El 64,3% de los encuestados opina que el Servicio de Salud no considera la opinión de la comunidad respecto de sus problemas y prioridades. Esto lo explican por la ausencia de canales de participación, desmotivación y escasez de tiempo. El 35,7% que opina que sí se toma en consideración, lo justifican diciendo que se ha hecho capacitación en trabajo comunitario, se han desarrollado diagnósticos participativos en algunos consultorios y se ha realizado un trabajo de identificación de problemas por áreas territoriales en algunos servicios de salud.

Las acciones recomendadas para incorporar la opinión de la comunidad en el quehacer de los Servicios de Salud son:

- * Crear canales de participación
- * Conformar comités locales de salud
- * Reuniones periódicas entre los actores
- * Desarrollo de políticas de participación comunitaria por parte de los servicios
- * Capacitación e información a la comunidad y a los equipos de salud

4. Instancias de canalización de la participación

Los Directores de Servicio y Seremis consultados opinaron que las instancias más adecuadas para la canalización de la participación de la comunidad serían:

- * Los consejos locales de salud
- * Consultorios de nivel primario
- * Juntas de vecinos
- * Las ONG
- * Centros de padres y apoderados en las escuelas
- * Comisión salud y educación

5. LAS ONG (Organizaciones No Gubernamentales)

Al consultárseles acerca de la contribución de las ONG a elevar el nivel de salud local, un 71,4% considera que estas instituciones sí han contribuido a la elevación de dicho nivel. Los mecanismos por los cuales se habría producido este efecto son: una mejor relación con la comunidad y sus organizaciones; el aporte de recursos humanos y financieros al sector; la mayor

disponibilidad de tiempo para realizar un trabajo comunitario; y la ampliación del campo de acción de la salud tradicional.

El 28,6% restante opina que no han contribuido a mejorar el nivel de salud de la población. Refieren que existe descoordinación entre las ONG y los Servicios de Salud, que las acciones efectuadas por estas ONG son limitadas en su cobertura y su efecto, y que abarcan temas no concordantes con las políticas, planes y programas del sector.

Sánchez, Alvayay y Salgado⁸⁸ encuestaron en 1992, a 29 ONG de las 34 que poseen programas de salud en la región metropolitana, considerando, entre otros, el impacto cuantitativo de su acción y las actividades que realizan.

Ellos concluyeron que las acciones curativas realizadas por las ONG son de poco impacto cuantitativo al compararlas con lo realizado por los Servicios de Salud, pero que es difícil hacer la comparación, ya que las ONG centran su trabajo en actividades de educación, de capacitación de monitores o agentes comunitarios, acciones que no se realizan, y si se hacen son muy puntuales, en el Sistema de Servicios de Salud. Las principales actividades realizadas por las ONG detectadas en este estudio fueron:

- * Prevención y promoción de la salud: Educación a través de charlas, cartillas, talleres, destinados a promover prácticas y conocimientos de autoayuda
- * Asistencia medica: Adultos, pediatria, ginecoobstetricia, psiquiatria y psicologia
- * Investigación
- * Capacitación
- * Publicaciones

El Ministerio de Salud ha desarrollado un proyecto de trabajo conjunto entre el sector público de salud y las ONG, a través del «Programa Ministerio de Salud-Organizaciones No Gubernamentales», que tiene por objetivos el promover un proceso de comunicación entre el sector público y solidario, contribuir al fortalecimiento de la estrategia de atención primaria, impulsar una gestión local participativa, y favorecer la formación de mecanismos de articulación entre ambos sectores en el nivel regional y local. En el año 1991 se aprobaron 71 proyectos de un total de 228 postulaciones. Un 71,8% fueron proyectos de promoción de salud, un 26,8% de atención integral y un 1,4% de investigación operativa, con una clara concentración de proyectos de salud mental y salud comunitaria en los tres grupos⁸⁹. No existe información sobre el impacto a nivel de la población, de la intervención de las ONG's en las actividades de salud regionales.

F. Descentralización

A pesar de ser la descentralización el tema central de este estudio, se decidió tratar aparte las preguntas en que se aludió directamente a la descentralización para tener una imagen de conjunto de las respuestas dadas por los encuestados (Tabla nº 25).

Tabla nº 25
Descentralización

Pregunta	SI %	No %	nº
¿Se puede conciliar la existencia de los 27 Servicios de salud, con el proceso de regionalización y constitución de los gobiernos regionales?	80,0	20,0	15
¿Ayuda la descentralización a la asignación de recursos financieros?	85,7	14,3	14
¿Contribuye la descentralización a la distribución del recurso humano en el país?	61,5	38,5	13

1. DESCENTRALIZACION Y ESTRUCTURA

Al consultárseles si se puede compatibilizar la estructura actual del sector salud con el proceso de constitución de los gobiernos regionales, el 80% opina que sí y el 20% restante que no (Tabla Nº 25). Pero al analizar las razones dadas para justificar la respuesta, se evidencia que el total de los encuestados opina que deben definirse claramente el rol y las funciones del Servicio de Salud y de la Seremi de Salud, que los servicios podrían adecuarse a la división administrativa y que el proceso de descentralización pasa por una mayor autonomía de estos.

Por lo que se puede observar de estas respuestas, tanto los que opinan que si como los que opinan que no, están de acuerdo en las razones de fondo, debiendo realizarse algunas modificaciones al sistema para viabilizar el proceso de descentralización del sector.

Por otro lado, llama la atención que a la pregunta sobre la estructura de salud y los gobiernos regionales, sólo se refieran al conflicto con el Seremi y no se piense en la perspectiva de la descentralización administrativa.

2. DESCENTRALIZACION Y MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO

Un 85,7% considera que la descentralización es positiva para la asignación de recursos financieros ya que permite priorizar mejor y focalizar en forma más efectiva los recursos al existir un mayor conocimiento de las necesidades locales. Por otro lado se facilita la ejecución de proyectos propios y se produce una mayor rapidez y eficiencia en la toma de decisiones. El 14,3% que opina que la descentralización no ayuda a la asignación de recursos, lo justifica porque el nivel central representado por Mideplan y el Minsal siguen manejando los recursos y la asignación presupuestaria, no delegando funciones al nivel regional y provincial.

3. DESCENTRALIZACION Y RECURSOS HUMANOS

En lo que se refiere al recurso humano, un 61,5% considera que la descentralización podría ayudar a una mejor distribución de éste si se llegan a definir incentivos locales y las necesidades de formación de la región.

4. DESCENTRALIZACION Y PARTICIPACION COMUNITARIA

«Para conseguir estos logros (descentralización), es indispensable una activa participación de la comunidad y sus organizaciones que podría concretarse, por ejemplo, en alguna forma de participación colaboración con el Servicio de Salud.⁹⁰»(Comisión de Crisis Hospitalaria, 1991)

El rol de la comunidad en este proceso de descentralización se percibe principalmente a nivel de:

- * Identificación de los problemas y proposición de soluciones;
- * Coordinación de acciones para medidas de prevención, fomento y autocuidado; y
- * Difusión de planes ministeriales y regionales de salud

Los encuestados definieron una serie de modificaciones que se deberían realizar al actual sistema de salud pública, para viabilizar el proceso de descentralización del sector salud (Tabla nº 26). Las modificaciones definidas se refieren principalmente a la entrega de mayor autonomía y capacidad de toma de decisión en el nivel local y de la capacitación necesaria para este fin.

Tabla nº 26
Modificaciones al actual sistema de salud pública imprescindibles para viabilizar el proceso de descentralización del sector

Financieras

Manejo descentralizado del presupuesto
Pago per cápita a nivel primario

Recurso humano

Mayor autonomía en el manejo del recurso humano
Capacitación en gestión administrativa
Mejorar condiciones del personal
Cargos directivos del servicio, por 5 años y por concurso

Administrativas y de gestión

Mayores facultades decisorias a los niveles locales
Modificar marco legal
Desburocratizar estructura
Definición clara de roles
Mejorar integración de los niveles primario, secundario y terciario
Mayor participación de los servicios en las políticas nacionales

Estructura - modelo

Subdividir megaservicios de salud
Compatibilizar estructura del sector, con división política y administrativa

Recursos físicos y equipamiento

Computarizar SOME y sistema estadístico

III. CONCLUSIONES

A. ¿QUÉ ES DESCENTRALIZACIÓN?

La descentralización es un proceso que está en marcha. El gobierno está llevando adelante un proceso de descentralización centrado principalmente en las regiones, «el gobierno apostará y apoyará a las regiones que sean capaces de presentar proyectos políticos regionales»⁹¹ (Boisier), y en los municipios, con el objeto de democratizar las decisiones y promover la participación de la comunidad en la solución de sus problemas.

El proceso de descentralización del Estado, que se asocia en forma muy importante a la democratización de éste, implica los siguientes cambios:

- * Ampliación del campo de derechos y libertades.
- * Progresiva incorporación de los sectores excluidos o marginados de las instituciones representativas del país.
- * Mayor control y participación populares en la actuación de las Administraciones Públicas.

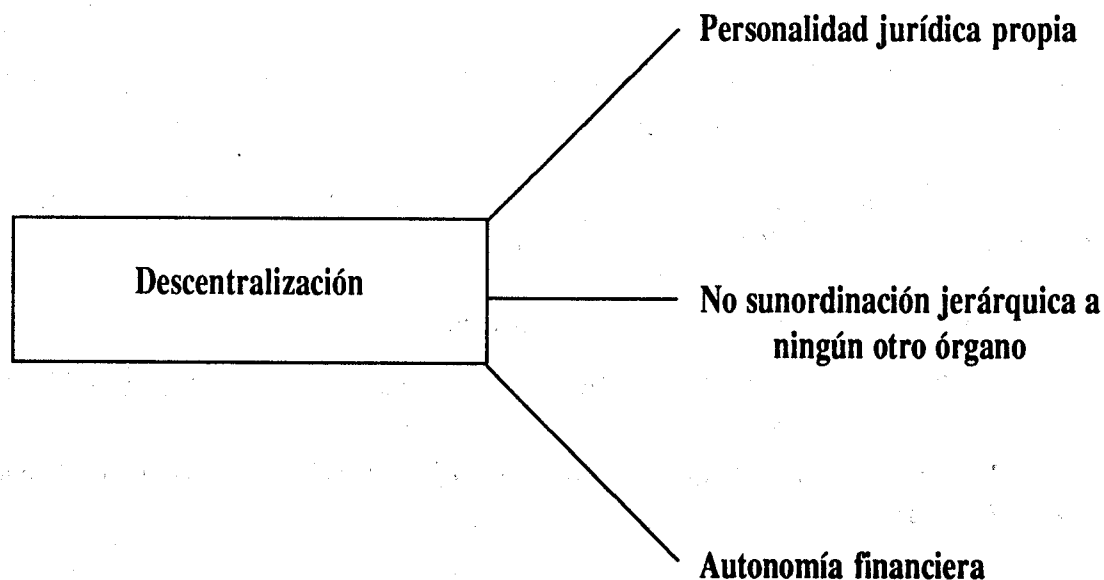
Pero, ¿qué se entiende por descentralización?

El proceso de descentralización del Estado para ser denominado efectivamente descentralización, debe cumplir con las siguientes características:

- * Traspaso desde el Estado o gobierno central, de funciones para que sean cumplidas por otras instancias con personalidad jurídica propia. En el caso chileno, éstas corresponden a los Municipios y a los gobiernos regionales.
- * Transferencia -vía norma jurídica- de competencias, al ente jerárquicamente inferior. Este corresponde a un suceso único, por lo que se interrumpe en el momento de ser llevado a cabo. Esto se produjo con la promulgación de las leyes de gobierno municipal y de gobierno regional.
- * Las instancias o entes descentralizados deben tener la misma legitimidad que el gobierno nacional, esto es, las autoridades han de ser democráticamente elegidas. Esto se ha realizado en forma indirecta tanto para los municipios como para los gobiernos regionales, al menos en algún grado.

Estas características se grafican en la figura siguiente.

Figura nº 4
Requisitos básicos de la descentralización



Fuente: Moreno B., Ernesto. «La Descentralización del Poder Local en Chile»(Breves reflexiones), Subdere, sin fecha.

Este proceso de descentralización administrativa debe ir seguido de un proceso de descentralización de las instancias técnicas del gobierno, de modo de que estas instancias descentralizadas políticas, tengan una contraparte técnica en el nivel local.

B. ¿POR QUÉ LA DESCENTRALIZACIÓN?

«Descentralización para lograr la democracia plena y descentralización para ser más eficientes en los procesos de decisión y gestión»⁹²(Soms, 1990)

La descentralización se ha impulsado en Chile, y en general, en Latinoamérica: para aumentar la participación en las decisiones de gobierno por parte de las entidades locales; para democratizar los gobiernos; para impulsar el desarrollo económico armónico del país; para dar más recursos a las regiones y, por lo tanto, para mejorar la distribución; para aumentar la

participación de los empresarios privados en el desarrollo; y para desarrollar la cultura; para establecer estándares mínimos similares en equidad y justicia social.

La mayoría de los problemas sociales y sus soluciones, son actualmente de causa y resolución de más de un sector del gobierno. Esto determina la necesidad de un mayor trabajo intersectorial tanto para establecer un diagnóstico adecuado de las necesidades y demandas de la población, como para definir pautas y estrategias de solución conjuntas. Para que este trabajo sea efectivo, y que las soluciones lleguen a la comunidad, este trabajo intersectorial debe llevarse lo más cercanamente posible a la población beneficiaria. Esto conlleva, necesariamente, una real capacidad de toma de decisiones por parte de los sectores a nivel local, representados por sus niveles municipales, provinciales y regionales, según el tipo de organización que posean estos sectores.

Debido a esto, el proceso de descentralización que está impulsando el gobierno exige una actitud activa de todos los sectores, pero no hay que olvidar que gran parte del proceso de decisión no radica en los sectores sociales (salud, educación o vivienda), sino que depende directa o casi directamente de los ministerios políticos (interior y hacienda) que han actuado tradicionalmente en forma centralizada. Es claro que un proceso de descentralización para ser viable, debe estar respaldado por una capacidad real de toma de decisiones de los sectores sociales, de modo de que éstos puedan entregar, a su vez, parte de esta capacidad a los niveles locales.

C Descentralización y sector salud

El sector salud ha estado discutiendo estos últimos años las implicancias y formas de implementación de un proceso de descentralización en el sector. A continuación se presentan un serie de opiniones sobre el proceso de descentralización, de personas vinculadas al sector salud:

«Si bien es cierto que los cambios organizacionales no constituyen una garantía de mejora en la gestión, no es menos cierto que mantener vigentes los esquemas de centralización de las decisiones resulta un obstáculo para mejorar la administración del sistema. Por ello resulta conveniente examinar modelos organizacionales orientados a una descentralización del sistema estatal de salud para que, sin perder el carácter eminentemente social que el Servicio de Salud tiene, logre un incremento en la eficiencia del uso de los recursos.»⁹³(Comisión de Crisis Hospitalaria, Ministerio de Salud).

En el ciclo de conferencias «Crisis del Sector Salud en Chile», realizado en agosto de 1991 por el Colegio Médico de Chile, en el cual participaron, los doctores Danuta Rajs, Juan Giaconi, Pedro Escudero, Mariano Requena, Hernán Sandoval y René Merino, se dijo respecto de la descentralización de los Servicios de Salud:

«En el proceso de transformación del sistema de salud es fundamental utilizar las estrategias de descentralización efectiva de la gestión, regionalización y subdivisión de las regiones con criterio geográfico-poblacional congruente con la división político administrativa del país, democratización de la gestión sectorial a través de la participación social y de la capacitación de los directivos».⁹⁴(Rajs, 1991)

«La descentralización es una necesidad; una descentralización real que dé poderes y capacidad de manejar los fondos a la gente que está en los niveles locales.»⁹⁵(Sandoval, 1991)

«En la medida que el sector estatal se descentralice con independencia real de gestión y económica, estas posibilidades aumentarán (remuneración de los médicos), beneficiando a una mayor cantidad de profesionales». «A no dudar, la responsabilidad regional que se producirá, estimulará la competencia por la contratación del personal que requieran y esto mejorará las condiciones de trabajo médico y la eventual mala distribución que hoy día existe y que se podría corregir en el futuro»⁹⁶(Merino, 1991)

Como se puede observar de la lectura de los párrafos anteriores, el sector salud enfrenta la descentralización principalmente como una técnica para optimizar la gestión del sector, o bien lo asocia principalmente al proceso de «municipalización» de la salud llevado a cabo durante el gobierno militar. Esto según la clasificación de Boisier⁹⁷, se corresponde al concepto de «Regionalización Funcional o Sectorial», en el cual agencias del sector público se organizan por medio de la delegación de funciones hacia los directivos locales, con el fin de administrar mejor las políticas, planes y programas de los sectores respectivos (Educación, Salud, Obras Públicas..). Este concepto se diferencia de los conceptos de: «regionalización de la planificación» (cortes horizontales para desagregar territorialmente planes y políticas de desarrollo); «regionalización administrativa o desconcentración» (para coordinar y acercar el Gobierno y la administración), y; «regionalización política» (redistribución del poder político).

El sector salud, como se puede percibir en las opiniones del sector, aún no enfrenta el problema de la descentralización como un proceso de reforma administrativa que involucra a todo el Estado y, por lo tanto, a las estructuras técnicas de todos los sectores públicos, percibiendo la descentralización como un instrumento administrativo interno destinado a mejorar su gestión y que, por consiguiente, puede ser aplicado o no, según la conveniencia de los objetivos del sector.

Desde este punto de vista, la opinión de los actores del sector sólo representa la visión sobre el proceso de «descentralización interna», si es posible referirse a este proceso como descentralización, no siendo posible aún determinar su percepción sobre el impacto de los cambios en la organización político-administrativa en el sector y, con menor razón, en el nivel «descentralizado» en el cual se desempeñan.

Por otra parte, los gobiernos regionales se encuentran en su proceso de constitución y han iniciado recientemente su trabajo. Esta situación determina, en gran medida, que los cambios aún no sean percibidos por el sector, ya que no ha existido, hasta este momento, una discusión a nivel regional sobre los problemas de salud de la región, de su priorización y del presupuesto regional.

D ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPALIZADA

«¿Es reversible la municipalización en salud?- Me parece poco probable. ¿Sería conveniente intentarlo?- Creo que no.-¿Pudo haberse hecho mejor que lo que se hizo?- Estoy convencido de que sí.¿Cree indispensable haberlo hecho?-Indispensable, no. Tal vez conveniente, pero no más que eso. ¿Funciona bien actualmente?...en general creo que no. ¿Podría hacerse mejor?-Definitivamente sí».⁹⁸

El sector relaciona en forma muy importante el proceso de municipalización en salud a la descentralización, por lo que es importante revisar las opiniones que existen sobre este tema en el sector.

Las opiniones sobre el proceso de municipalización de la salud son múltiples y variadas, y van desde la aprobación de esta, hasta la total negación. Aparentemente el párrafo presentado al principio, identifica el pensamiento de una gran mayoría de los agentes de salud del sector.

A continuación se presentan algunas opiniones sobre el proceso de municipalización de la salud:

«La municipalización de la atención de salud primaria, como se ha denominado a la descentralización de la atención externa, constituye una idea acertada y positiva en el desarrollo orgánico del sistema de salud chileno». «..Optimiza la eficiencia, y mejora los impactos. Además atrae el compromiso y la colaboración de los recursos locales institucionales y, muy importante, la participación de los propios beneficiarios.». «Es evidente que el proceso de descentralización de las municipalidades de la atención primaria requiere superar una serie de problemas no resueltos.»⁹⁹ (Requena, 1992)

«La historia de la transferencia de la atención primaria, desde el Ministerio de Salud a las municipalidades, fue un proceso doloroso, sin la participación de los trabajadores ni de las organizaciones gremiales profesionales. Sus objetivos más bien estuvieron enmarcados en la opción política de seguridad nacional y en un planteamiento estratégico del sector salud.» Actualmente la municipalización es concebida de dos modos: por unos, es una posibilidad para avanzar en la descentralización y la desconcentración. Para otros, la opción es revertir el proceso

de desmembramiento del sistema, devolviendo la administración a los Servicios de Salud.¹⁰⁰ (Navarrete, 1991).

«Recuerdo que cuando impusieron la municipalización todos los médicos nos sentíamos aterrados,.. Fué una decisión autoritaria, nos sentíamos agredidos porque pensábamos que se trataba de atomizarnos para hacernos perder el poder de cohesión que teníamos como cuerpo médico dentro de la sociedad chilena. Al parecer se logró aquello que se pretendía dar independencia a ciertas unidades, conocer la realidad local, pero también se logró que los equipos de salud.. fueran perdiendo cohesión... Yo estoy de acuerdo y en contra de algunos de los procesos de municipalización «¹⁰¹. (Carmona, Depto. de Salud Municipalidad de Santiago, 1992)

« ..queremos dejar establecido que los trabajadores de la salud municipalizada insistimos en rechazar categóricamente la municipalización de la salud, dado la pésima experiencia que ésta ha significado para la población y los trabajadores del sector.. Prácticamente, se destruye el trabajo en equipo y se atenta contra la calidad y la humanización de la atención en salud.»¹⁰² (Coordinadora Nacional de Federaciones, Sindicatos y Asociaciones Gremiales de Atención Primaria Municipalizada, 1992)

La Revista Vida Médica, Publicación Oficial del Colegio Médico de Chile A.G.¹⁰³, realizó un foro sobre la Atención Primaria en la cual participaron representantes de consultorios, Direcciones de Atención Primaria (DAP) de Servicios de Salud y Minsal, y Colegio Médico. En él se plantearon diferentes puntos de vista sobre el proceso de municipalización. Estos fueron desde el planteamiento «Fin a la municipalización» dado por el Presidente de la Federación de Trabajadores de Atención Primaria, Dr. Yuri Carvajal, hasta «la municipalización debe tener una oportunidad» (Dr. Ricardo Fábrega, Médico del Consultorio Rosita Renard)

Como se puede constatar de las diferentes opiniones, la municipalización del nivel primario de atención de salud despierta muchas polémicas y no existe un acuerdo al respecto. Probablemente sería necesario que se definiera mejor, por parte del gobierno, las posibilidades reales de cambio sobre el sistema, de modo de centrar la discusión en los cambios y adecuaciones que se deben hacer a este para su mejoramiento y adecuación a las necesidades del gobierno, del sector salud y de la población.

E DESAFÍOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN

El proceso de descentralización político-administrativa está avanzando en el país, y el sector salud se enfrenta a dos grandes desafíos sobre el tema:

- * Modernizar la gestión del sector, desarrollando una mayor capacidad de gestión de los niveles locales.
- * Desarrollar mecanismos internos para adecuarse a los cambios producidos por el proceso de descentralización administrativa y regionalización, que se encuentra impulsando el gobierno.

Con respecto al primer punto, el sector tiene que definir cuál va a ser su opción de administración, ir hacia una entrega de las funciones al nivel local regional y municipal, por medio de la autonomía legal de las dependencias regionales (Servicios de Salud), manteniendo el ministerio un rol de tutela, o bien sólo mejorar los mecanismos de articulación interna de modo de hacer más fluidas las decisiones, mejorando la eficiencia y manteniendo las estructuras como están definidas actualmente.

En relación al segundo punto, es de suma importancia que el sector salud inicie un trabajo de análisis, en el marco del proceso de descentralización administrativa del país, para determinar cuál va a ser su grado de participación en este proceso. Para ello deberá aclarar sus responsabilidades y las conductas a seguir, y definir en sus políticas y normativas internas los mecanismos que viabilicen esta inserción. El sector debe estar preparado para responder a las necesidades y requerimientos que van a surgir de los gobiernos regionales, que representan legítimamente a la comunidad en las regiones. El sector salud, tal como se encuentra estructurado actualmente, no va a poder responder a todos los requerimientos locales, por lo que debe definir una adecuación de su estructura, probablemente a través del desarrollo de las Seremis, y de una mayor capacidad de gestión de los servicios de Salud, para que el sector esté técnica y políticamente presente en el desarrollo regional.

Finalmente, un tercer desafío para el sector salud se sitúa en el hecho de que el proceso de descentralización y desarrollo económico sostenido que experimenta el país, le da una posibilidad real de volver a reposicionarse como un interprete válido de las necesidades de los más pobres y necesitados, frente a la nueva institucionalidad en formación. Es posible afirmar que gran parte de la percepción de crisis por parte de los gestores, y principalmente de los médicos, en torno al sector en los últimos veinte años, se origina en la pérdida del rol central en la generación y en la conducción del desarrollo social del país que poseyó durante años el sector salud a través del SNS, para pasar a ser un sector eminentemente prestador de servicios. La descentralización presenta una gran oportunidad para que el sector retome su rol de liderazgo en las políticas de desarrollo social, y recupere el prestigio y empuje que lo distinguió durante muchos años.

El tema de la descentralización y su efecto en el sector salud no se encuentra agotado, debiendo iniciarse un análisis más profundo de las implicancias del actual impulso descentraliza-

dor llevado adelante por otros sectores, en que gran parte de las atribuciones y responsabilidades se entregan a los niveles locales no técnicos, y cómo esto incide sobre la salud de la población, en especial sobre el sector salud.

Notas de Parte Segunda

- ¹ Ver listado de entrevistados en Anexos.
- ² Cuestionario reformulado en Anexos (Anexo 1)
- ³ Esta organización se utilizó también para presentar los resultados de la investigación.
- ⁴ Hipócrates. En: «El desafío de la Epidemiología- Problemas y Lecturas Seleccionadas». Publicación Científica, nº 505, OPS. New York. 1988 . pp 18-19.
- ⁵ Este tipo de establecimientos existían, ligados principalmente a actividades castrenses y a las guerras. No se asociaban al concepto de ayuda al desamparado que surgió en esta época.
- ⁶ «El desafío de la Epidemiología- Problemas y Lecturas Seleccionadas.», Publicación Científica , nº 505 ,OPS New York 1988, pp.4.
- ⁷ De Roux G, Pederson D, Pons P, Pracilio H. En: «Los Sistemas Locales de Salud» (Paganini JM, Capote R, editores). Participación Social y Silos. Publicación Científica nº 519. OPS New York. 1990. pp 28-49.
- ⁸ González Dagnino A. En: Teoría y Práctica de la Atención Primaria en España. El Marco teórico. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1990. pp 13-80.
- ⁹ De Roux G, Pederson D, «Los sistemas locales de salud...» Op Cit. pp 33.
- ¹⁰ Elementos del sistema social diferenciados, formal o informalmente, para brindar atenciones de salud a una población.
- ¹¹ Esta clasificación fue propuesta por el Dr. Alfonso González Dagnino en: «Salud pública y sistemas de salud». Serie Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud. España, 1990.
- ¹² Presentación de Don Patricio Aylwin A., en el «Seminario Coyuntura de Salud». Asociación de ISAPRES, Santiago, 27-09-89
- ¹³ Ministerio de salud. Departamento. de Planificación. «Sistema de Salud Chileno». Chile. 1992/1-2.
- ¹⁴ Aylwin A., Patricio. Discurso de clausura ,»Séptimas Jornadas de regionalización», Valparaíso, Junio 1990.

¹⁵ Nogueira H. «El Gobierno Regional en Chile y la Experiencia Comparativa», Cuadernos Universitarios, Serie Debates nº2, Universidad Nacional Andrés Bello. Chile. 1993

¹⁶ Rofman A. En :»Descentralización de los Servicios de Salud, Como Estrategia para el Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud». «Aspectos Conceptuales sobre Descentralización Político Administrativa en Latino América». CLAD -OPS. Quito, 28 mayo a 1º junio 1990. pp 15.

¹⁷ Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional. Ley Nº 19.175. 11 Noviembre de 1992. Diario Oficial.

¹⁸ «...la descentralización fue más bien un enunciado que un hecho práctico. La realidad mostró una injerencia permanente del Nivel central, en las decisiones locales».»...En los últimos tres años , si bien existe un respeto formal por el nivel local...no ha existido un progreso real en le camino de la descentralización * -Fuentes R. «Sistema Nacional de Servicios Públicos de Salud, Aportes para un Perfeccionamiento de su Estructura y Funcionamiento». Mayo 1993/10.

¹⁹ «...una descentralización que ha quedado en el papel.» Merino R. «Crisis del Sector Salud». Cuad. Méd.-Soc., XXXIII. Nº1. 1992/40.

²⁰ Sánchez H. « La crisis de los Servicios de Urgencia un desafío y una Oportunidad: La descentralización del sistema público de salud». Revista Administración de salud, nº19, año VI. 1992/8-9.

²¹ Ministerio de Salud. Departamento. de Planificación. «Dificultades en la Aplicación de las Políticas». Santiago - Chile. Enero 1991/5.

²² Este tema y el de organización y gestión, son tratados in extenso por Friedmann R. en el área diagnóstico institucional del Proyecto ILPES-OPS-MINSAL. Agosto 1993.

²³ Presentación de Don Patricio Aylwin A. en el «Seminario Coyuntura de Salud». Asociación de ISAPRES. Santiago, 27-09-89

²⁴ Ministerio de Salud. «Sistema de Salud Chileno, Una Agenda para el Cambio». Chile, Agosto 1991/1-3.

²⁵ Mont Momberg J. «Propuestas de Salud para un nuevo Gobierno de la Concertación», discurso en reunión del Frente de Profesionales del PDC, Julio 1993.

²⁶ Horwitz V. En: «Estudio Social y de Opinión Pública Nº20-Julio 1993». Percepciones y Opiniones de la calidad de la salud en Chile. CEP, Documento de trabajo nº 200, pp 109.

²⁷ Decreto Ley 2763, Julio 1979.

²⁸ El D.L. 2763 define extrasistema como *«todos aquellos establecimientos que no tienen obligación de regirse por las políticas, planes, normas y programas del Ministerio de Salud.»*

²⁹ MINSAL Departamento. de Planificación. «Sistema de Salud Chileno.» Op Cit./2-6.

³⁰ Friedmann R. «El sistema de salud ante la descentralización Política y Administrativa - Análisis Institucional». Parte I, Historia. Gattini C. «Adecuación del Sistema de Información Local para la gestión del Nivel primario de Atención. Informe de Investigación operacional.» Departamento. Planificación. Minsal. Santiago. Abril 1992/2.

³¹ República de Chile. Ministerio de Salud. «Reglamento Orgánico De Los Servicios De Salud». Diciembre 1986.

³² Ver Tabla Resumen Informe DISAL 1992 en Anexo 2

³³ Fuentes R. «Sistema Nacional De Servicios Públicos De Salud, Aportes Para Un Perfeccionamiento De Su Estructura y Funcionamiento». Mayo 1993/13.

³⁴ Rajs D. «Crisis Del Sector Salud». Cuad. Méd. -Soc., XXXIII. Nº1, 1992/6.

³⁵ «.. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio.» Minsal. «Sistema de Salud Chileno». Op Cit./3

³⁶ Encuesta ILPES, 1992.

³⁷ Galecio J, Vergara H, Heyermann B, Gundian X. «Informe Final, Proceso de desarrollo Institucional Aplicado a las Secretarías Regionales Ministeriales de salud», Proyecto Minsal/AID/CPU, Marzo 1993/ 22-23.

³⁸ Ibídem/50-51.

³⁹ Rioseco Bezanilla A, Ubilla CP. «Hacia Un Nuevo Modelo Prestador De Atención Médica». Revista Administración en Salud, nº11, 1990.

⁴⁰ «Encuesta Opinión Pública: Imagen de los Médicos». Revista Vida Médica, Volumen 44, nº2, Junio- Julio 1992/16-22

⁴¹ Durante el mes de Agosto se realizó una reunión de trabajo a la cual asistieron representantes del Ministerio de Salud y de corporaciones Municipales.

⁴² Silva Rojas P. Minsal. Subsecretaria de Salud. «Análisis de los cambios estructurales del sistema de Salud Chileno: Costos, logros e implicancias futuras», Noviembre, 1990/3

- ⁴³ Fuentes R. «Sistema Nacional de servicios Públicos de salud, Aportes ...». Op Cit./3.
- ⁴⁴ Gattini C. Minsal. Departamento. de Planificación «Adecuación del Sistema de Información Local para la gestión del nivel Primario de Atención en le SNSS. Informe de Investigación Operacional.» Santiago, abril de 1992/4.
- ⁴⁵ Fuentes R. «Sistema Nacional De Servicios Públicos De Salud, Aportes ...». Op. Cit./20.
- ⁴⁶ Este punto se analiza más en profundidad en el capítulo Recursos Humanos
- ⁴⁷ RBE, Ministerio de Salud. Departamento. de Atención Primaria» Atención Primaria a Nivel de la Comuna». Documento de Trabajo D-747, , 03-08-1991/1.
- ⁴⁸ Las preguntas fueron formuladas a mediados del año 1992, por lo que existe una variación respecto al estatuto actualmente en estudio.
- ⁴⁹ Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional, Ley Nº 19.175, 11 Noviembre de 1992. Diario Oficial.
- ⁵⁰ Salas Opazo V. En: «Política y Sistemas De Salud, Análisis Preliminar De La Década 74-83» (Jiménez J, editor). «Recursos Financieros y Evolución del Gasto en Salud». CPU. Santiago - Chile. 1985/ 41-46.
- ⁵¹ Montoya C, Ipinza M. «Financiamiento de una adecuada Atención de Salud para Chile: Las principales opciones», 1993. (Documento manuscrito)
- ⁵² Beneficiarios de las leyes 10.383 y 16.781 de medicina curativa.
- ⁵³ Sánchez Rodríguez H. «Antecedentes Para Una Discusión Sobre Sistema De Financiamiento En Salud En América Latina.». Revista Administración en Salud, nº 18, año VI 1992,/9-11.
- ⁵⁴ Oyarzo Mancilla C. En: «Sistema de Salud en Transición a la Democracia» (Jiménez J, editor).»Análisis critico de las Transformaciones Financieras del Sector Salud en la Década de los 80 y Propuestas para una Reforma». Minsal-Ops, Editorial Atena, 1991. pp.53
- ⁵⁵ Sánchez H. «La crisis de los servicios de Urgencia un desafío y una oportunidad: La descentralización del sistema Público de Salud». Revista Administración en salud. Nº 19, año VI, 1992/10.
- ⁵⁶ Sistemas Integrales. En: «Informe Nacional del Proyecto DISAL: La salud en Chile: 1992». Santiago. 1992. Capítulo 3.08.
- ⁵⁷ Ibídem.

- ⁵⁸ Oyarzo Mancilla C. «Análisis crítico de las Transformaciones Financieras» . Op Cit./54.
- ⁵⁹ Belmar R. «La Salud en el Período de transición Democrática». Sin fecha/6.
- ⁶⁰ Navarrete G. «Municipalización», Cuad. Méd.-Soc., XXXII, 4, 1991/6.
- ⁶¹ Opinión compartida por la Dra. Rajs, en su artículo, «Crisis del sector Público», Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 1, 1992/10.
- ⁶² Ministerio de Salud. «Sistema de salud Chileno, Una Agenda para el Cambio.». Chile, Agosto, 1991.
- ⁶³ Silva Rojas P. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud. «Análisis de los Cambios Estructurales del Sistema de Salud Chileno: Costos logros e Implicancias Futuras». Noviembre, 1990.
- ⁶⁴ Comisión Nacional de Crisis Hospitalaria. «Informe Final», Santiago 6 de Mayo de 1991/12-13. Esta comisión fue conformada por 15 personas, representantes de diferentes instituciones.

Anexo N° 1

Cuestionario Reformulado

1. Cuestionario Reformulado

El sistema de salud ante al descentralización política y administrativa

A. SISTEMA DE SALUD CHILENO

1. Principios de salud básicos, relacionados con el rol de los diferentes elementos del sistema de salud chileno, que deberían plantearse.

¿Cuáles principios básicos de la salud chilena debieran plantearse, a la luz de los cambios producidos tanto en la organización del Estado, como en las necesidades de salud de la población?

- Descentralización de la salud
- Sistema Mixto
- Universalidad del sistema público
- Solidaridad del sistema público
- Universalidad del sistema público
- Integridad del sistema público
- Otro.

¿Por qué?

2. Necesidades de salud

¿Cuáles serían las necesidades de salud que debiera cubrir el sistema de salud chilena? ¿Cuál sería un orden de prioridad ideal? ¿Cómo se relaciona con la demanda real?

B. ORGANIZACION Y GESTION DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

¿Cómo influyen los cambios en la estructura de organización del Estado sobre la organización del sistema de salud?. Los cambios en la estructura de la organización del Estado se refieren fundamentalmente a los elementos de descentralización contenidos en la Ley de Municipalidades, la Ley de Gobiernos Regionales y el Estatuto de Atención Primaria.

1. Análisis de la situación actual

Descripción de la situación actual del sistema de salud chileno en base a los criterios definidos a continuación:

- Rol del Ministerio de Salud, del subsector público y sus diferentes niveles, del subsector privado, del subsector solidario.

- Principales problemas del modelo de organización y gestión actual, a nivel general, y en los diferentes niveles.
- Areas en las cuales se produce conflicto entre los diferentes niveles (nivel central, regional, provincial, municipal, privado y solidario).
- Ventajas del modelo de salud vigente.

2. Proposición de soluciones, o de un nuevo Modelo, en el Marco de la Descentralización.

Definir una propuesta o soluciones que facilitaran un funcionamiento eficiente y descentralizado de la salud.

- Estructura del modelo general propuesto
- Roles de los diferentes niveles y sectores en el modelo propuesto
- Funciones de los sectores y niveles
- Soluciones específicas a los problemas detectados

C. ESTRUCTURA, CRITERIOS Y MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

1. Modelo de financiamiento actual

Análisis crítico del modelo de financiamiento actual

- Principales problemas del sistema de financiamiento actual
- Areas con falencias de financiamiento, tanto en el sector público como en el privado.
- Principales ventajas del sistema actual
- Principales problemas o deficiencias en la asignación de recursos municipales.

2. Proposición de nuevas alternativas de financiamiento

Definir una propuesta o soluciones que facilitaran un funcionamiento eficiente y descentralizado de la salud.

- Modelo general de la alternativa propuesta
- Cambios en los mecanismos de asignación de recursos, a nivel municipal, Servicios de Salud, Regiones, etc..., según el modelo propuesto.
- Qué rol le asignaría a los diferentes niveles en la asignación de los recursos de salud.
 - Central
 - Regional
 - Servicios de Salud

- Local (Hospitales y Consultorios)
- Municipal
- Sector Privado
- Sector Solidario
- Soluciones específicas a los problemas definidos

D. LOS RECURSOS HUMANOS EN UN SISTEMA DE SALUD DESCENTRALIZADO

1. Situación Actual

Situación diagnóstico del recurso humano en la situación actual:

- Tipo de formación entregado en pregrado y postgrado, en relación a las necesidades del sistema y de los usuarios.
- Calidad profesional
- Distribución del recurso humano en el país y entre el sector público y privado
- Determinación de áreas críticas o deficitarias en el sistema público:
 - Profesión o especialidad
 - Geográficas
 - Capacitación
- Incentivos del recurso humano
- Carrera funcionaria y permanencia en el sistema

2. Soluciones para los diferentes problemas definidos

Proposición de alternativas de solución para los problemas definidos en el área del recurso humano en salud.

- Formación
 - Pregrado
 - Postgrado
- Distribución
- Incentivos
- Capacitación
- Etc.

E. MODELO DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LAS PRESTACIONES DE SALUD

Situación de la participación comunitaria, y cómo ésta debiera darse en el marco de una salud descentralizada.

1. Rol de la comunidad en salud
 - ¿Es efectiva la participación de la comunidad como una estrategia para el mejoramiento de la salud en el país? ¿Por qué?
 - ¿Cuál debiera ser el rol de la comunidad?
 - ¿Cuáles debieran ser los ámbitos de la participación?
 - ¿Cuáles serían los límites de participación de la comunidad?
 - Rol de los gemios de la salud
2. Situación actual de la participación de la comunidad en salud

Descripción de la situación actual con respecto de la participación comunitaria:

- Niveles reales de participación
- Rol real de la comunidad en la determinación de las necesidades y de las soluciones para sus problemas de salud.
- Razones que han determinado la participación actual de la comunidad en salud (sea ésta considerada adecuada o insuficiente).

3. Alternativas de participación de la comunidad en salud

- Instancias de canalización de la participación de la comunidad en salud
- Areas sobre las cuales debiera participar la comunidad

F. DESCENTRALIZACION Y SISTEMA DE SALUD

1. Cómo influye la descentralización en la organización del sistema de salud

Definir los aspectos positivos y negativos de la regionalización de la administración pública, en el sector salud.

- Efectos negativos de la descentralización sobre el sistema de salud; áreas en que se produjeron conflictos durante su implementación.
- Efectos positivos de la descentralización en el sistema de salud.

2. Cómo afecta el proceso de descentralización a la asignación de recursos en el sistema de salud pública.

- Factores negativos de la descentralización en la asignación de los recursos.
- Factores positivos de la descentralización en la asignación de los recursos.

3. Cambios esperados en el área de recursos humanos

Cambios esperados, tomando en cuenta el proceso de descentralización

- Tipo de formación entregada tanto en pregrado como postgrado, en relación a las necesidades del sistema y de los usuarios. Distribución de los centros de formación.
- Distribución del recurso humano en el país y entre el sector público y privado
- Políticas de incentivos del recurso humano
- Carrera funcionaria y permanencia en el sistema
- Calidad profesional
- Determinación de áreas críticas o deficitarias en el sistema público:
 - Profesional
 - Geográfica
 - Capacitación

4. Descentralización y participación de la comunidad en salud

- ¿Debieran producirse cambios en la participación comunitaria debido al proceso de descentralización de la administración pública?
- ¿Cuáles debieran ser estos cambios?

Anexo Nº 2
Tablas de Resumen Proyecto Disal 1992

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Arica	Simple: 1 hospital tipo 1 1 consultorio adosado 4 consultorios 3 postas y estaciones rurales	No participa en la gestión financiera, no existen estudios de costo. Inversión total: 6% Remuneraciones: 46,1%. No hay políticas de recursos humanos Capacitación 2,9 horas promedio por funcionario año	0,62 médicos/mil 0,31 enfermeras/mil 2,24 auxiliares /mil	Regular Lo mejor: liderazgo Lo peor: relaciones interpersonales	La baja complejidad organizacional constituye una fortaleza para la mejora de la gestión. Por características geográficas se justifica la organización centrada en un hospital fuerte y autosuficiente
Iquique	1 hospital tipo 1, 5 consultorios, 11 estaciones médicas rurales. Escaso subsistema privado Estructura acorde al reglamento. No hay subdirecciones, las decisiones se concentran en el jefe del servicio	Énfasis coincidente con el Minsal: estructura y equipamiento. Poco desarrollo de estrategias intersectoriales Usuarios: insatisfacción a nivel terciario. Fortalezas: población urbana, cobertura amplia, reconocimiento del poder institucional. Buenos índices de endeudamiento y liquidez. 16% de los recursos son ingresos propios. La estructura de gastos es rígida (75% gastos fijos)	0,50 médicos/mil 0,26 enfermeras/mil 2,02 Auxiliares /mil falta de especialistas en Intensivo, psiquiatría, medicina, cardiología, pediatría, traumatología, otorrinolaringología. (estudio del servicio)	Regular. Lo peor: relaciones interpersonales Lo mejor: liderazgo Problema: alto ausentismo 20,47%	Se considera indispensable el desarrollo de un nivel de complejidad intermedia para mejorar la ocupación del nivel terciario.

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Antofagasta	1 hospital tipo 1, 1 hospital tipo 3 3 hospitales tipo 4 9 consultorios 20 postas y estaciones médico rurales	Desarrollo de énfasis propios de acuerdo a realidad epidemiológica Muy buena coordinación con Seremi y entre los diferentes hospitales del servicio Buen entendimiento con administradores de la APS	0,67 médicos/mil 0,46 enfermeras/mil 2,41 auxiliares /mil		Coordinación Desarrollo importante del sector privado, lo que produce éxodo del personal. El sector privado, Codelco, atiende exclusivamente a sus beneficiarios
Atacama	1 hospital tipo 1 3 hospitales tipo 4 22 consultorios 23 postas y estaciones médico rurales Organización según reglamento, DAP dependiente de Subdirección médica	Políticas definidas y participativas: Desarrollo de política de recursos humanos en conjunto con todo los establecimientos Gestión financiera aceptable.	0,63 médicos /mil 0,23 enfermeras /mil 2,33 auxiliares /mil Falcencias: Enfermeras Neonatalogía, dermatología, oncología, laboratorio clínico, microbiología, broncopulmonar infantil y adulto, cardiología infantil y adulto, gastroenterología y endocrinología	Regular Lo mejor: liderazgo Lo peor: relaciones interpersonales	Baja satisfacción de usuarios sólo un 3,4% en los tres niveles. Existe un desarrollo importante del sector privado

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Coquimbo	3 hospitales tipo 2 2 hospitales tipo 3 4 hospitales tipo 4 7 cons. urbanos 8 cons. rurales 39 postas 149 estaciones médico rurales	Orientaciones políticas coincidentes con Ministerial. El diagnóstico, las políticas y las estrategias son escasamente conocidas por el personal, lo que lleva a una desorientación para el cumplimiento de las metas	0,75 médicos /mil 0,48 enfermeras/mil 4,21 auxiliares /mil Radiología, oftalmología, otorinolaringología, anestesiología. Muy mala distribución, con concentración en la provincia del Elqui.		
Valparaíso San Antonio	1 Hospital tipo 1 1 hospital tipo 2 1 hospital tipo 3 2 hospitales tipo 4 18 consultorios 29 postas y estaciones rurales Estructura acorde con el reglamento	Se ha realizado un esfuerzo en el control sanitario marítimo. Los lineamientos políticos se han orientado hacia el desarrollo de los sistemas de información. Políticas específicas en el ámbito financiero, administrativo, de recursos humanos e infraestructura. Calidad total Si han de desarrollado política de recursos humanos	1,05 médicos/mil 0,60 enfermeras/mil 3,68 auxiliares/mil	Regular Lo mejor: Liderazgo Lo peor relaciones interpersonales	Escaso desarrollo del nivel primario

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Viña del Mar - Quillota	1 Hospital tipo 1 2 Hospitales tipo 2 8 Hospitales tipo 4 23 consultorios 3 consultorios no municipalizados 25 postas rurales 21 EMR Estructura: no cuenta con cargos de subdirección médica ni administrativa, funciones están delegadas. Gran cantidad de funciones delegadas en la subdirección médica	Políticas son reflejo de las nacionales enfatizando las de recursos humanos y las de mejoramiento de la capacidad resolutoria Escasa dotación de la Dirección lo que lleva a un diseño de proyectos sin coherencia con un mejoramiento integral y la no evaluación de la factibilidad de los planes	0,55 Médicos /mil 0,25 enfermeras/mil 1,78 auxiliares/mil Distribución en desmedro del hospital base Especialidades faltantes: neurocirugía, oncología, dermatología, psiquiatría, otorrinolaringología, oftalmología, y traumatología. se debe derivar al Van Buren	Intermedio Bien: liderazgo Mal: relaciones interpersonales	El hospital base tiene menos peso relativo que los otros de la red asistencial
San Felipe Los Andes	2 Hospitales tipo 2 1 hospital tipo 3 2 hospitales tipo 4 12 consultorios 42 postas y EMR Servicio pequeño con buena accesibilidad a sus establecimientos. poco sector privado.	Desarrollo de políticas tendientes a elevar el nivel de resolutoriedad, estimular el desarrollo del personal y de difusión de la misión institucional.	0,61 médicos/mil 0,27 enfermeras /mil 3,07 auxiliares/mil Déficit en especialistas enfermeras y matronas Rotación o desinterés por cargos municipales	Problemas de relaciones interpersonales	Equipo directivo dinámico, preocupado por mejorar aspecto en eficiencia, seguidor de lineamientos centrales y con interés en conocer en terreno la marcha de los programas y acciones de salud

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Metropolitano Norte	3 hospitales tipo 2 2 tipo 3 1 hospital tipo 4 4 consultorios de especialidades 14 consultorios 6 postas 2 EMR 8 clínicas dentales escolares 1 centro ETS importante desarrollo del sector privado (JJA.)	Políticas y estrategias basadas en definiciones ministeriales, con énfasis en infraestructura y equipamiento, el énfasis en la APS como estrategia de desarrollo local y la adecuación normativa de los programas a la realidad del servicio. Estilo de gestión elitista no autoritario, participación en la generación de proyectos. Grupo directivo con alto grado de afianzamiento y cohesión Misión clara con reconocimiento de los funcionarios y usuarios	1,02 médicos 0,29 enfermeras/mil 2,81 auxiliares/mil		

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Metropolitano Occidente	1 Hospital tipo 1 3 Hospitales tipo 2 2 Hospitales tipo 3' 1 Hospital tipo 4 31 consultorios 50 postas y EMR Subsistema privado Bajo Organigrama algo diferente DAP depende de Subdirección médica, existencia de una oficina de planificación y una unidad coordinadora de proyectos	Instituto traumatológico: Incentivo a la productividad, desarrollo de especialistas San Juan; modelo tradicional Félix Bulnes: modelo de desarrollo armónico	0,67 Médicos/mil 0,26 Enfermeras/mil 1,87 auxiliares/mil		Dificultad de coordinación en la red de atención debido a la extensión en tamaño del servicio
Metropolitano Central	1 hospital tipo 1 1 hospital tipo 2 7 consultorios no tras- pasados 1 postas y EMR ídem Subsistema privado fuerte	Los planes y programas se ciñen al Minsal La red de atención primaria es la mejor en infraestructura física del país. A pesar de no ser consultorios traspasados presentan los mismos problemas que en otros servicios (descoordinación)	1,34 Médicos /mil 0,45 enfermeras/mil 3,26 auxiliares /mil carencias de matronas y enfermeras		

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Metropolitano Oriente	1 Hospital tipo 1 3 hospitales tipo 2 1 hospital tipo 4 15 consultorios municipalizados Sector privado muy importante	Misión institucional: política de administración de recursos humanos, desarrollo computacional del servicio, consolidación del trabajo entre la APS y el servicio, fortalecer trabajo de equipo con los consultorios, lograr coherencia entre las necesidades de la población y la APS, mejoramiento de la infraestructura y equipamiento, y la redefinición de la política financiera. Mala coordinación con los consultorios	1,06 médicos /mil 0,50 enfermeras/mil 3,18 auxiliares/mil		la gestión se ve entorpecida por la fuerte presencia del Minsal. Tiene una buena imagen corporativa
Metropolitano Sur	1 hospital tipo 1 1 hospital tipo 2 4 hospitales tipo 4 24 consultorios 15 postas y EMR Bajo sector privado en relación a la región	Red de APS es la peor del país. Hay mala coordinación entre APS y consultorios	0,69 médicos/mil 0,26 enfermeras/mil 1,83 auxiliares/mil Déficit de médicos, odontólogos, enfermeras, y auxiliares en relación a índices nacionales		

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Metropolitano Suroriente	1 hospital tipo 1 1 hospital tipo 3 5 consultorios 11 postas y EMR Sector privado es bajo Baja disponibilidad de recursos físicos	La misiones concordante con el Minsal. Gran dependencia del nivel central, incapacidad de gestión financiera. La transferencia al sector municipal tiene un peso importante (17%), lo que indica una reducida presencia del sector secundario y terciario	0,57 médicos/mil 0,20 enfermeras/mil 1,25 auxiliares/mil las tasas más bajas del país		
Lib. Bdo. O'Higgins	1 Hospital tipo 1 1 Hospital tipo 2 1 hospital tipo 3 12 hospitales tipo 4 3 consultorios de especialidad 12 consultorios no Municipalizados. 21 consultorios 70 postas 25 EMR Estructura acorde al reglamento. Sin subdirecciones, estando las funciones encomendadas	Estilo de trabajo del tipo simbiótico. Gran manejo de información, incorporación de los directivos medios que ejecutan los programas elaborados por el equipo	0,60 Médicos /mil 0,25 enfermeras/mil 2,30 auxiliares/mil Especialidades en falcia: Traumatología infantil, Hematología, neuropsiquiatría infantil, Oncología, Intensivistas. Áreas críticas: Oftalmología, Neurología, psiquiatría, radiología, laboratorio, traumatología y cirugía.	Regular. Liderazgo bien Mal: sentimiento de que el servicio no retribuye adecuadamente los esfuerzos	

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Maule	1 Hospital tipo 1 2 hospitales tipo 2 3 hospitales tipo 3 7 hospitales tipo 4 46 consultorios 138 postas 195 EMR Ausencia de subdirecciones y otros cargos directivos, con concentración de decisiones en el jefe del servicio, seguido de un nivel intermedio formado por los directores de hospitales provinciales y las unidades de atención primaria dependientes de los hospitales provinciales.	La comunicación entre los establecimientos y la dirección es difícil por la dispersión geográfica. No hay estrategias para mejorar la capacidad resolutoria el nivel primario	0,52 Médicos/mil 0,31 enfermeras/mil 2,33 auxiliares/mil Alta rotación de personal lo que lleva a una dependencia de los ciclos de destinación		la gestión del servicio plantea el desafío dado por las condiciones epidemiológicas y geográficas, para desarrollar un modelo de gestión descentralizado, intersectorial y preventivo.

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Nuble	1 Hospital tipo 1 1 hospital tipo 2 5 hospitales tipo 4 3 consultorios g urb 14 cons rurales 49 postas 120 EMR Establecen convenios con el sector privado (diálisis, Isapres y FFAA) Estructura organizacional con cargos en la mayoría de sus áreas médicas y administrativas, con un diseño funcional a sus objetivos,	Directivos con permanencia en la institución, con mecanismos de coordinación dentro y entre las áreas Equipo coordinado con clara intencionalidad común hacia la solución pragmática de los problemas	0,62 médicos/mil 0,33 enfermeras/mil 2,11 auxiliares/mil		

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Concepción Arauco	1 hospital tipo 1 2 hospitales tipo 2 2 hospitales tipo 3 6 Hospitales tipo 4 22 consultorios problemas de acceso en los consultorios de la zona sur por la cordillera a de Nahuelbuta estructura organizacional existe un consejo de directores y de un gabinete para la dirección	hospital con déficit de recursos humanos, estilo de gestión basado en comisiones, con una disfuncionalidad entre lo técnico y lo administrativo Convenio con la Universidad acrecienta esta dificultad	0,74 médicos/mil 0,47 enfermeras/mil 2,93 auxiliares/mil		El servicio debiera re- visar como desarrollar la capacidad resolutive del resto de los centros hospitalarios tendiendo a un equilibrio con el hospital regional
Talcahuano	1 hospital tipo 1 2 hospitales tipo 4 4 consultorios 5 postas 1 EMR Sin subdirección médica y administrativa, sobrecargando a la dirección en sus tareas administrativas y generando problemas de superposición de áreas de competencia	Énfasis en programas infantil y de salud mental(de la población y del personal) DAP: acercamiento a la comunidad, lo que permitió la realización de diagnósticos de salud locales y propuestas de soluciones autogestionadas por las comunidades Carencia de sistemas de información y de equipo computacional Usuarios: Número de médicos suficiente, tratamiento malo	0,51 médicos/mil 0,31 enfermeras/Mil 1,96 auxiliares /mil Déficit en dermatología, endocrinología, neurología, psiquiatría y ginecología		La gestión debe resolver el estilo con que espera desarrollarse. La falta de autonomía, que exhibe principalmente en la generación de recuros debe ser abordada prontamente.

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Bío- Bío	1 Hospital tipo 1 6 hospitales tipo 4 7 consultorios 79 postas y EMR Servicio no cuenta con subdirecciones administrativas ni médica, sobrecargando la tarea de la dirección y delegando en las jefaturas departamentales.	Se creó una unidad especial para proyectos. Políticas concordantes con las nacionales El DPP se ha planteado objetivos programáticos orientados a la atención primaria	0,45 médicos/mil 0,24 enfermeras/mil 2,39 auxiliares/mil En el hospital base se estima un déficit de 49 médicos, especialmente en Psiquiatría, traumatología, radiología y neurosiquiatría infantil Para el personal médico el déficit es de 181 personas, especialmente enfermeras y matronas	Notablemente buena	servicio atrasado en la evolución del perfil epidemiológico y en aspectos operacionales por lo que está estancado y poco desarrollado en su oferta tecnológica. la red asistencial está desequilibrada
La Araucanía	1 Hospital tipo 1 2 hospitales tipo 2 3 hospitales tipo 3 14 hospitales tipo 4 17 consultorios 314 postas y EMR Estructura ajustada al reglamento, se estructuró una unidad de estudios con el objeto de apoyar la gestión del Director	Existen políticas formalmente establecidas para mejorar el acceso a la salud, resolver la crisis hospitalaria, fortalecer el fomento y la prevención, estimular la protección del medio ambiente, y avanzar en la modernización Existe ausencia de un sistema de información para la gestión	0,38 médicos/mil 0,28 enfermeras/mil 2,11 auxiliares/mil Carencia de especialidades en oncología, microbiología y laboratorio. Cerca de un tercio del personal se concentra en el hospital base de Temuco.	Regular en términos globales. Malas: las relaciones interpersonales. La retribución es mal calificada, considerando que uno de los atributos implícitos es el de las remuneraciones.	

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Valdivia	1 hospital tipo 1 6 hospitales tipo 4 6 consultorios urbanos(1 del servicio) 5 consultorios rurales 5 consultorios de APS adosado a hospitales tipo 4 58 postas 76 EMR Se complementa con un convenio con dos establecimientos privados: H. Panguipulli, H. Santa Elisa de San José de la Mariquina	Organización estructural de acuerdo al reglamento. no posee subdirección médica ni administrativa, siendo estas funciones atribuidas al director, que se apoya en el consejo técnico administrativo.	0,57 médicos/mil 0,40 enfermeras/mil 2,61 auxiliares/mil Oftalmología, cirugía infantil, anestesiología, radiología, traumatología y dermatología	Regular Positivo: liderazgo Negativo: Las relaciones interpersonales	Se plantea el desafío de desarrollar un modelo de gestión descentralizado, con mayor autonomía administrativa y técnica, que permita adaptar las políticas de salud a los problemas locales, con un enfoque intersectorial y preventivo que aborde con especial preocupación los problemas de salud de la pobreza y el daño materno infantil,

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Osorno	1 Hospital tipo 1 3 hospitales tipo 4 11 consultorios 80 postas y EMR existen zonas con baja accesibilidad a la red hospitalaria: Lago Ran-co, Futrono y Máfil	La estructura organizacional del servicio de salud presenta características que no favorecen el ejercicio de una buena gestión. La falta de subdirección médica tiene implicancia directa en la excesiva departamentalización dependiente de la dirección, con consecuencias como sobrecarga de tareas por supervisar, la concentración de autoridad e informalidad en la generación de políticas locales. la falta de sistemas de información para la toma de decisiones es una grave carencia. No hay participación en la formulación presupuestaria	0,64 Médicos/mil 0,37 enfermeras/mil 2,42 auxiliares/mil Oncología, endocrinología, hematología, microbiología y medicina física y rehabilitación		

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Llanchipal	1 hospital tipo 1 2 hospitales tipo 3 11 hospitales tipo 4 13 consultorios 138 postas 21 EMR Existe convenio con un hospital particular en puerto varas	Organización de acuerdo al reglamento. No hay cargo de jefe de DAP la que ha sido asumida por delegación de funciones por el subdirector administrativo. Es importante la creación de la sub DAP de Chiloé	0,63 Médicos/mil 0,36 enfermeras/mil 2,70 auxiliares/mil		

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Aysén	1 hospital tipo 2 4 Hospitales tipo 4 2 consultorios urbanos 24 postas 26 EMR Todos han vuelto a depender del servicio de salud	Debido a su estructura geográfica exige un es- tudio altamente participa- tivo y coordinado. Sin embargo, es posible ob- servar la mística sólo al interior de pequeños grupos o individual- mente, lo que resta la posibilidad de trabajo coordinado Las políticas naciona- les no asumidas local- mente sin llegar a expli- citarlas o adecuarlas LA Seremi y el servicio requieren urgentemen- te coordinar sus accio- nes sobre un diseño in- tegrado intersectorial que permita el desarro- llo del sector Existe una fuerte pre- sencia del hospital base en el cuál coexisten los tres niveles de atención La DAP tiene un gran peso en el servicio ya que esta encargada de administrar los consul- torios (en especial res- pecto del DPP).	0.95 médicos/mil 0.53 enfermeras/mil sin inf aux.	El clima se caracteriza por el gran compromiso de los directivos por su misión	Satisfacción de usua- rios: 5,3% se conside- ran satisfechos

Servicio de Salud	Estructura	Gestión	Recursos humanos	Clima organizacional	Comentarios
Magallanes	1 hospital tipo 2 (trabaja como tipo 1) 2 hospitales tipo 4 4 consultorios 11 postas y EMR La estructura organizacional no cuenta con subdirecciones, lo que ocasiona concentración del poder, excesos de tareas por supervisar y sobreposición de funciones. Por otro lado el director y el Seremieran la misma persona.	No hay enunciadas políticas locales. La falta de diagnóstico local impide a los directivos tener una clara imagen acerca de la realidad de salud por la que son responsables. La necesidad de responder a las tareas diarias inhibe en los directivos la posibilidad de abordar proyectos que le permitan un mayor desarrollo. En el hospital base se trabaja en un programa de contención de costos que les permita competir con el fuerte sector privado de la zona, lo cual no niega el desarrollo de convenios específicos por un trabajo coordinado	0,80 Médicos /mil 0,41 enfermeras /mil 2,32 auxiliares/mil		La fuerte presencia del hospital base contrasta con el poco desarrollo relativo de la estructura organizativa del servicio de salud. Un resultado de esto es la debilidad de la vinculación técnica entre el servicio y los municipios que puede mejorarse

Anexo N° 3
Entrevistas, Encuestas, Reuniones

Entrevistas, encuestas, reuniones.

A. Encuestas ILPES respondidas:

Seremi II Región
Director Servicio de Salud Antofagasta
Director Servicio de Salud Copiapó
Seremi V Región
Director Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota
Seremi VII Región
Seremi VIII Región
Director Servicio de Salud Talcahuano
Seremi IX Región
Director Servicio de Salud Llanquihue
Seremi X Región
Director Servicio de Salud Osorno
Director Servicio de Salud Occidente
Director de Servicio de Salud Oriente

B. Entrevistas y Reuniones

Intendente I Región, (Julio 1993)
Dr. Antonio Marino Maldonado, Seremi de Salud, Primera Región, (Julio 1993).
Integrantes del Consejo Regional Primera Región, Sres. Homero Varela, Emiliano Cholque, Sergio Espinoza, (Julio 1993).
Jorge Soria, Alcalde de la ciudad de Iquique, (Julio 1993).
Dr. Ramsés Aguirre, Director del Servicio de Salud Iquique, (Julio 1993).
Dr. Eduardo Olguín, Director del Hospital de Iquique, (Julio 1993).
Edgardo Ramos, Subsecretaría Minsal, (Junio 1993)
Dr. Humberto Vaccarezza, Colegio Médico, (Julio 1993)
Dr. Augusto Schuster Cortés, (Junio 1993)
Dr. Roberto Tapia Hidalgo, Departamento de Atención Primaria, Minsal, (Agosto 1993).
Dr. Cleofe Molina, Oficina Banco Mundial-Minsal, (Agosto 1993).
Dr. Marcos Vergara, DFI-Minsal, (Agosto 1993).
Representante de la Corporación Municipal de La Florida, (Agosto 1993)

Parte Tercera

LA INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD: TEMAS PENDIENTES

TERCERA PARTE
LA INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD:
TEMAS PENDIENTES

I. Prólogo: Beatriz Heyermann	396
II. Gobiernos Regionales: Monografía de Patricio Vallespin	399
III. Estatuto de Atención primaria: Monografía de Sergio Micco	423
IV. Medio Ambiente: Beatriz Heyermann.	449

PRÓLOGO

La tercera parte de este libro aborda tres temas que hemos considerado, temas pendientes. La razón de esta elección estriba en que son temas en los cuales el concepto de descentralización es importante, y en los cuales -a pesar de su importancia- se evidencia la dificultad de operacionalizar una política.

Los Gobiernos Regionales están en un período que podríamos denominar de «marcha blanca»; aún no han tomado grandes decisiones en temas sectoriales. Las Secretarías Regionales Ministeriales aún son los representantes protocolares de los respectivos ministros en las regiones, jugando un rol mínimo en la definición y adecuación de las políticas sectoriales en la región.

El presente estudio analiza la situación de la Región Metropolitana. A pesar de que ella representa una situación singular debido a su cercanía física con el gobierno central, gran parte de los problemas y situaciones que aquí se presentan son representativos de la realidad de otras Regiones. Específicamente en el tema de salud, la región, a través de su gobierno regional, debe jugar un rol fundamental: la articulación entre los diferentes subsistemas locales, y entre ellos y el gobierno central. Una región débil dificulta y debilita la política de descentralización a la que se encuentra abocado actualmente el sector salud.

La salud primaria descentralizada en los municipios, juega un rol fundamental en el cuidado de la salud de la población y en la cadena del cuidado de la salud. Desde la operacionalización de los trasposos de los establecimientos de atención primaria a los municipios, se han producido innumerables conflictos generados fundamentalmente en la insatisfacción del personal de los establecimientos traspasados. El Estatuto de Atención Primaria fue presentado así a inicios de 1990 como una forma de reivindicar los derechos del personal de salud de los consultorios traspasados, igualando las condiciones entre ellos y sus pares no municipalizados. La demora en su promulgación es un indicador de los desacuerdos existentes entre los diferentes sectores con respecto a su real utilidad. Así, los trabajadores municipalizados lo ven como una ley que iguala, o al menos acerca, sus condiciones a las de los funcionarios del SNSS, asegurando su estabilidad y algunas prerrogativas laborales. En general, la oposición lo considera un elemento que va contra la descentralización y los alcaldes opinan que éste rigidiza su gestión, impidiéndoles tomar decisiones en base a su definición de necesidades.

Finalmente, el medio ambiente es un tema eminentemente intersectorial y muy complejo. La complejidad se representa en parte debido a que los problemas son en muchos casos claramente localizados en el territorio y, en otros casos, generalizados. Tanto la generación de los problemas como las situaciones deben ser abordadas por más de un sector y en más de un nivel. La

recientemente creada Ley Marco del Medio Ambiente, viene a definir un poco más claramente los ámbitos de acción de las diferentes instituciones, pero aún queda mucho camino en el logro de la implementación de ésta. Desde este punto de vista, resulta altamente prioritario conocer la opinión que respecto de la materia poseen actores relevantes de instituciones y sectores ligados al quehacer ambiental. Su opinión es un buen indicador de la difusión de las iniciativas legales y políticas específicas implementadas en los últimos años en la materia. Sólo de esta forma será posible ensayar la construcción de consensos en el tema, única manera de implementar políticas en un área de alta intersectorialidad y diversidad de intereses.

El sector salud ha ejercido un liderazgo claro durante mucho tiempo en una serie de temas, que ahora se trata de abordar en forma intersectorial. La aparición de nuevos actores nacionales y locales ha dificultado, en muchos casos, su abordaje directo. Para que la estrategia de la descentralización y la intersectorialidad tengan éxito se requiere de una gran madurez institucional y nacional. En este desafío, no debemos perder de vista que el objetivo final es mejorar la calidad de vida de la población impulsando un concepto de salud integral que vaya más allá del cuidado y prevención de las enfermedades, acercándose al completo bienestar psíquico, físico y social.

GOBIERNOS REGIONALES Y SALUD¹

PATRICIO VALLESPÍN

I.- CONTEXTO GENERAL DEL GOBIERNO REGIONAL EN MATERIA SALUD

1. Marco Institucional del Gobierno Regional (G. R.)

En relación a la administración de la región², la Ley No 19.175 sobre Gobierno y Administración Regional desarrolla en detalle en los Capítulos I al VI todas las materias relacionadas con los objetivos, funciones, atribuciones, órganos de gobierno, formas de elección o designación de las diferentes autoridades regionales, etc. No obstante, para los fines de este estudio es necesario resaltar aquellos aspectos de esta legislación que podrían tener algún tipo de vinculación con el tema de la salud.

En las próximas líneas se desarrollarán aquellos puntos considerados de mayor relevancia para tener una visión general de la Ley de Gobierno Regional y su relación con materias de salud.

1.1.- Naturaleza y Objetivos del Gobierno Regional

La Ley en su Artículo 13 señala que la administración superior de cada región del país estará radicada en un gobierno regional, que tendrá por objeto el desarrollo social, cultural y económico de ella. Asimismo, se estipula que para el ejercicio de sus funciones estos gobiernos gozarán de personalidad jurídica de derecho público, patrimonio propio y estarán investidos con atribuciones para cumplir sus tareas.

Como se puede observar el objetivo del gobierno regional es prácticamente todo, pero acotado por las funciones y atribuciones que se precisarán más adelante.

En el artículo 14 se precisa que para el ejercicio de sus funciones los G.R. deberán inspirarse en principios de equidad, eficiencia y eficacia en la asignación y utilización de recursos y en la prestación de servicios; en la efectiva participación de la comunidad regional y en la preservación y mejoramiento del medio ambiente.

1.2.- Funciones y Atribuciones del Gobierno Regional

En materia de funciones generales del gobierno regional, tema abordado en el Capítulo II de la legislación que comento, no se precisa ningún ámbito específico relacionado directamente con el tema y las políticas de salud, a excepción que se pueda entender incorporado implícitamente en la letra a) del artículo 16, donde se señala «elaborar y aprobar las políticas, planes y programas de desarrollo de la región, así como su proyecto de presupuesto, los que deberá ajustar a la política nacional de desarrollo y al presupuesto de la Nación». En otras palabras, si en las políticas y planes del Gobierno Regional se incluyen las elaboradas por la Secretaría Regional Ministerial de Salud, que a través del Intendente las propone al Gobierno Regional, éste debiera jugar su rol de aprobación de dichas políticas.

En relación a este punto, es preciso señalar que en la actualidad esto prácticamente no se cumple, pues muy pocas regiones tienen Planes Regionales de Desarrollo que fuesen discutidos y aprobados por el Gobierno Regional a través de uno de sus órganos -Consejo Regional-.

Asimismo, también se podría pensar que el Gobierno Regional aborda, en alguna medida, el tema salud en la letra b) del mismo artículo 16, donde se estipula que será función del Gobierno Regional *«resolver la inversión de los recursos que a la región le correspondan en la distribución del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR)»*, fuente donde históricamente son presentados proyectos de inversión en materia de infraestructura y equipamiento de salud. Este hecho implica que, al menos, aquí se identifica un aspecto de discusión de proyectos vinculados al sector salud, aunque ciertamente ellos debieran estar enmarcados en una política de salud que hasta el momento no ha sido analizada y discutida en ningún G.R.

Por otra parte, en el mismo artículo pero ahora en su letra c), es posible identificar otro punto de potencial discusión de temas de salud en el G.R., aunque nuevamente sólo referido a la aprobación de proyectos. En efecto, en dicha letra se expresa que será función del G.R. *«decidir la destinación a proyectos específicos de los recursos de programas de inversión sectorial de asignación regional (ISAR), que contempla anualmente la Ley de Presupuestos de la Nación»*.

Se debe recordar que se entenderá por ISAR, según definición de la propia Ley, a *«toda aquella asignación que corresponda a estudios preinversionales, programas y proyectos de inversión que, siendo responsabilidad de un Ministerio o de sus Servicios centralizados o descentralizados, se deban materializar en una región específica y cuyos efectos económicos directos se concentren principalmente en ella. Corresponderá al G.R. respectivo resolver la distribución de dichos recursos entre proyectos específicos que cumplan los criterios de elegibilidad que establezca el Ministerio respectivo»*. Es preciso señalar que la definición de los fondos ministeriales que pasan a constituir una ISAR son materia de ley, por lo cual involucran, probablemente, un trámite largo, pero es, sin duda, otra área del quehacer del G.R. donde se

deberán discutir temas de salud, pero nuevamente, sólo concentrado en proyectos de inversión en salud y no políticas del sector.

Por último, se debe señalar que en el artículo 104 de la Constitución Política de la República, se reconoce la existencia de los Convenios de Programación, instrumento que también podría involucrar la discusión de proyectos de salud, pero que dada su envergadura obligaría el análisis de las políticas regionales del sector. En efecto, este instrumento se define como acuerdos formales entre uno o más G.R. y uno o más Ministerios, que definen las acciones relacionadas con los proyectos de inversión que ellos concuerdan en realizar dentro de un plazo determinado. Estos Convenios deberán especificar el o los proyectos sobre los cuales se apliquen las responsabilidades y obligaciones de las partes, las metas por cumplir, los procedimientos de evaluación y las normas de revocabilidad. Estos convenios deberán ser sancionados mediante decreto supremo expedido bajo la fórmula establecida en el artículo 70 del Decreto Ley N° 1.263 de 1975. Al mismo tiempo estos proyectos deberán tener una clara connotación de aporte al desarrollo regional.

La existencia de estos Convenios de Programación permite a los G.R. comprometer y asegurar inversiones con los sectores respectivos en períodos de más de un año, lo cual hoy, al existir sólo una asignación que se define año a año, es imposible y significa una restricción si alguna región deseará materializar proyectos regionales de gran envergadura. No obstante, desde la promulgación de la Ley de Gobierno y Administración Regional hasta la fecha -casi un año de vigencia-, ninguna región ha establecido un Convenio de Programación con algún Ministerio.

Estas funciones generales son desglosadas luego en funciones de ordenamiento territorial, fomento de las actividades productivas y desarrollo social y cultural. En relación a estas funciones es preciso destacar los siguientes hechos:

- a) En materia de ordenamiento territorial no se identifica ninguna función directa o indirectamente relacionada con los temas de salud.
- b) En materia de fomento de las actividades productivas, como era de esperar, no existe ninguna función relacionada con los temas de salud.
- c) En el ámbito del desarrollo social y cultural se identifican en el artículo 19 letras b) y d) dos funciones específicas relativas al tema de la salud. Estas establecen:

Letra b) Participar, en coordinación con las autoridades competentes, en acciones destinadas a facilitar el acceso de la población de escasos recursos o que viva en lugares aislados, a beneficios y programas en el ámbito de la salud, educación y cultura, vivienda, seguridad social, deportes y recreación y asistencia judicial;

Letra d) Distribuir entre las municipalidades de la región los recursos para el financiamiento de beneficios y programas sociales administrados por éstas, en virtud de las atribuciones que les otorgue la Ley.

Como se puede observar, en estas dos funciones no existe un rol del G.R. orientado a la discusión de políticas de salud, sino que más bien son iniciativas de administración-distribución y coordinación, pero en ningún caso de definición de estrategias, políticas o líneas de acción en el sector.

Como conclusión general de las funciones del G.R. y su relación con la discusión de políticas de salud, se puede señalar que no existe una función directa en la materia, sino que son todas de carácter indirecto y se vinculan con:

- a) la aprobación de recursos para proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento de salud (FNDR);
- b) coordinación de acciones para facilitar el acceso de la población a la salud; y,
- c) distribución de los recursos a las municipalidades para la administración de los servicios de salud de atención primaria.

Las funciones y competencias relacionadas con las estrategias y políticas de salud están todas radicadas en el Ministerio en sus diferentes Direcciones, Departamentos o en las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI).

Por otra parte, en el artículo 20 de la Ley de Gobierno y Administración Regional se enumeran todas las atribuciones para el cumplimiento de las funciones del G.R., donde es preciso destacar que éstas se refieren, básicamente, a:

- a) la aprobación y modificación de normas reglamentarias regionales que le encomienden las leyes;
- b) administración de bienes y recursos;
- c) convenir con ministerios programas de inversiones de impacto regional;
- d) supervisar y fiscalizar las obras ejecutadas con cargo a su presupuesto;
- e) aplicar las políticas regionales en el marco de la estrategia de desarrollo;

- f) aprobar u opinar sobre diversos instrumentos de desarrollo físico y territorial (Planes Reguladores Comunales, Intercomunales y Regionales);
- g) formular y priorizar proyectos de infraestructura social básica;
- h) proponer criterios para la distribución y distribuir, cuando corresponda, las subvenciones a los programas sociales; e,
- i) aplicar, dentro de los marcos que señale la ley respectiva, tributos que graven actividades o bienes de clara identificación regional y se destinen al financiamiento de obras de desarrollo regional.

1.3.- Organos del Gobierno Regional

El capítulo III de la Ley se refiere al tema de los órganos del G.R., el cual estará constituido por el Intendente y el Consejo Regional.³

En términos generales se podría decir que el Intendente es el órgano ejecutivo del G.R. y en esa calidad debe velar por el cumplimiento de todas las funciones generales y específicas asignadas al G.R., para lo cual cuenta con su Gabinete Regional, instancia donde participan todos los Gobernadores y SEREMIS de la región. En este caso el SEREMI de Salud integra este Gabinete y es el soporte técnico del Intendente en la materia, pero tampoco allí se discuten las políticas de la salud, todas las cuales siguen siendo diseñadas en el nivel central.

Por su parte, el Consejo Regional tiene por finalidad básica hacer efectiva la participación de la comunidad regional y estará investido de facultades normativas, resolutivas y fiscalizadoras. Las tareas del Consejo se refieren, en términos generales, a la aprobación de las diferentes propuestas que el Intendente debe someter a opinión del Consejo, entre las cuales se cuentan: presupuesto regional; estrategia y plan de desarrollo; planes reguladores comunales e intercomunales; reglamentos regionales; distribución del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR), de las Inversiones Sectoriales de Asignación Regional (ISAR); Convenios de Programación entre Ministerios y la región; entre las principales tareas.

Por otra parte, cada provincia tiene sus respectivos Gobernadores, los cuales no forman parte del G.R. pero sin son de gran apoyo a las labores del Intendente, pues, a pesar de no tener importantes funciones y atribuciones, ejercen tareas de coordinación tanto de políticas en las provincias, como de las respectivas Municipalidades.

El otro componente que canaliza la participación de la comunidad es el Consejo Económico y Social Provincial, el cual tiene una gran variedad de miembros que permiten interpretar muy bien

la realidad de cada provincia. No obstante, la ley no les atribuye ninguna función relevante sino que sólo un rol consultivo, por lo cual su importancia relativa está totalmente supeditada a la voluntad del Gobernador de consultarlo y de considerar sus sugerencias.

La revisión de las tareas asignadas a cada órgano del G.R. permite concluir que el actor clave es el Intendente pues en él están concentradas todas las funciones relevantes y el Consejo es principalmente una instancia resolutoria, pero con reducidas atribuciones en materia de propuestas y de discusión de políticas sectoriales, concentrando sus funciones en materia de políticas regionales globales. Sin embargo, la práctica ha demostrado que es muy factible, por la vía de los hechos, ejercer el rol resolutorio con gran capacidad de modificar las propuestas, dado que se establece una relación de negociación entre las partes, a fin de evitar la permanente reprobación de las sugerencias del Intendente.

Asimismo, también es posible concluir que la cooperación y la colaboración entre el Intendente y el Consejo Regional es una condición clave para el éxito de la gestión y la administración regional. Recordemos que si existen conflictos entre estos dos órganos, el único resultado concreto es la demora en la toma de decisiones en materias de gran relevancia para la región, con lo cual se resiente la gestión regional y con ello se entraba el éxito del proceso descentralizador que ha iniciado el país.

Por último, en este tema también es posible concluir, al analizar la forma de elección de los Consejeros Regionales y su posterior instalación, que la participación ciudadana es canalizada en el Consejo Regional exclusivamente por los partidos políticos, los cuales, ciertamente, no son el único y mejor canal de expresión de la sociedad civil. Este hecho involucra un importante sesgo que puede y debe ser solucionado por la vía de la relación y consulta permanente entre esta instancia y los Consejos Económico y Social Provinciales, espacio de participación que recoge actores diversos que pueden dar mejor cuenta de la realidad territorial de cada provincia y los Consejos Municipales que tienen la legitimidad de la soberanía popular.

1.4.- Estructura Administrativa del Gobierno Regional y otros Organos de la Administración Pública en Regiones

El G.R. ya fue descrito en términos de sus órganos y en este punto solo resta señalar que para apoyar las labores del Intendente en su calidad de ejecutivo regional, se crearán en la estructura administrativa del G.R., según el artículo 68 de la Ley, dos nuevas Divisiones:

- a) Una División de Administración y Finanzas, encargada de la gestión administrativa y financiera, de la formulación y ejecución del presupuesto y de la provisión de los servicios generales del G.R.

- b) Una División de Análisis y Control de Gestión, que colaborará en la elaboración del proyecto de presupuesto en lo relativo a la inversión del G.R. y en su seguimiento y control.

Estas Divisiones son las únicas instancias administrativas del G.R., dado que recordemos que todo el sistema institucional regional actual conformado por las SEREMIS y Servicios Regionales, no son parte de la estructura formal del G.R.. En efecto, éstas son instancias desconcentradas de los Ministerios cuya labor es apoyar la gestión del Intendente, al cual están subordinados, a través del Gabinete Regional y el cumplimiento de las funciones técnicas en la región vinculadas al sector que representan.

2.- Restricciones de la Institucionalidad del Gobierno Regional

El marco institucional antes descrito implica, sin duda, avanzar y profundizar el proceso de descentralización del país, permitiendo tanto que las decisiones relevantes para los habitantes de una región se aproximen cada vez más a éstos, como descomprimir la presión sobre el nivel central, el cual ha demostrado su incapacidad para responder a las demandas de una sociedad que busca mayores espacios de responsabilidad y autodeterminación.

Sin embargo, la puesta en marcha del proceso y la instalación de los Gobiernos Regionales no ha estado ni estará exento de problemas de funcionamiento. En efecto, si se analiza la experiencia de los Gobiernos Regionales es posible identificar, en la práctica, una serie de restricciones de la nueva institucionalidad, cada una de las cuales debe ser dimensionada objetivamente para los fines de la profundización del proceso y la entrega de nuevas funciones en materia de, por ejemplo, políticas de salud.

En tal sentido, en las próximas líneas se enumerarán un conjunto de restricciones o interrogantes que surgen de la experiencia de los Gobiernos Regionales, especialmente basado en el caso de la Región Metropolitana ⁴.

- a) Debilidad de la estructura institucional del Gobierno Regional.

Esta situación se expresa en el hecho que el Gobierno Regional, en estricto rigor, no es más que el Intendente, el Consejo Regional y las dos nuevas Divisiones que se crean para apoyar su funcionamiento, a saber: División de Administración y Finanzas y División de Análisis y Control de Gestión.

Esta estructura administrativa le permitirá básicamente el manejo de las inversiones decididas y materializadas en la región y el funcionamiento interno de la nueva institucionalidad, pero no le permitirá ejercer una real administración de la región, a no mediar el buen uso que

haga el Intendente de su Gabinete Regional, el cual es parte del Ejecutivo Regional pero no del Gobierno Regional.

b) Descordinación del Gobierno Regional con las otras instancias de la Administración Pública Regional

La experiencia demuestra que la coordinación de las políticas sectoriales regionales no es una de las características del sistema. En efecto, se observa un gran celo institucional de las diferentes SEREMIS, cada una de las cuales funciona con criterios propios y privilegiando la relación sectorial por sobre la regional, todo lo cual complica las labores de coordinación, función que está radicada en la SERPLAC. Asimismo, la SERPLAC está hoy limitada exclusivamente a la coordinación del tema relacionado con la elaboración, presentación, selección, aprobación y ejecución de los proyectos de inversión, pero en ningún caso en materia de estrategias y políticas regionales de desarrollo.

Por otra parte, se observa que ninguna región del país cuenta hoy con un Plan de Desarrollo Regional, sino que sólo con Estrategias de Desarrollo que no obligan a la coordinación de acciones, pues son, más bien, declaraciones de intenciones que no siempre han sido elaboradas con la participación de los diferentes sectores representados en las respectivas SEREMIS.

c) Dependencia de la Conducción del Intendente

La estructura institucional determina que el éxito de la gestión regional es absolutamente dependiente de la conducción del Intendente, dado que éste es el único que tiene la relación directa con su Gabinete Regional y con su Consejo Regional. En este sentido, la motivación y capacidad del Intendente es clave en el éxito del proceso, debiendo manejar muy bien su Gabinete para así elaborar propuestas, proyectos y líneas de acción para el desarrollo de la región, las que luego deben ser presentadas y aprobadas, conforme a la ley, por el Consejo Regional.

Si el Intendente no maneja bien esta doble relación, la eficiencia en la gestión regional será muy difícil de alcanzar y la posible discusión de políticas sectoriales de desarrollo, como por ejemplo de salud, serán imposibles de realizarse.

d) Conflictos entre Intendente y Consejo Regional

Este ha sido uno de los grandes problemas de varios Gobiernos Regionales, debido tanto a la inadecuada interpretación de la Ley por parte de los Consejeros Regionales y el excesivo

afán de protagonismo de éstos, como por las escasas facilidades y espacios de acción que han dado algunos Intendentes al Consejo para el cumplimiento de sus funciones.

Esta restricción debiera desaparecer próximamente por la mayor experiencia de los Consejos Regionales, pero la llegada de nuevas autoridades regionales puede complicar o retardar esta situación, debido al natural desconocimiento del sistema en muchas nuevas autoridades.

- e) Inexistencia de relaciones formales entre el nivel regional y el nivel local en el proceso de toma de decisiones

Uno de los grandes vacíos de la nueva institucionalidad es la relación entre el nivel regional y el municipal, dado que la única vinculación formal es el mecanismo de elección de los Consejeros Regionales, quienes son elegidos por los Concejales Municipales en Colegios Electorales Provinciales.

Las restantes formas de vinculación son de carácter funcional, en base a que el Gobierno Regional debe asesorar a las municipalidades, presentación de proyectos de inversión, entrega de información por parte del municipio al nivel regional (presupuesto, planes de desarrollo comunal, políticas y proyectos de inversión, etc), pero ninguna de representatividad del nivel local en el nivel regional. En este sentido, dicha relación queda supeditada a la buena voluntad del Consejero Regional para interactuar con los Concejales Municipales y conocer así las necesidades y prioridades de inversión de las diferentes comunas, pero éste no tiene ninguna obligación de hacerlo.

- f) Demora en la constitución de las dos Divisiones de apoyo a la gestión del Gobierno Regional

Lo más probable es que la instalación de las Divisiones de Administración y Finanzas y de Control de Gestión no se materialice hasta los últimos meses de 1994, debido a que depende de la Ley de Plantas Regionales, la cual está en proceso de discusión y mejoramiento en base a la reasignación de funcionarios de otros servicios públicos a los Gobiernos Regionales⁵.

Este hecho implica que los Gobiernos Regionales funcionarán prácticamente todo este año sin estas unidades de apoyo, por lo cual será muy difícil ejercer todas las funciones y atribuciones que la Ley les otorga. Asimismo, al establecerse estas Divisiones se generarán conflictos o duplicidades de funciones entre instituciones, especialmente con la SERPLAC.

- g) Insuficiente participación del Consejo Regional en la discusión de políticas para la asignación de recursos

La participación del Consejo Regional ha sido reducida en esta materia, pues se ha limitado a la sola deliberación final, pero sin opinar previamente. Este hecho determina que el rol del Consejo sea más bien pasivo, lo cual puede ser una importante restricción para el funcionamiento del G.R.. En este sentido, se debe precisar que ninguna política sectorial se discute y analiza en el G.R., sino que éste se limita a la aprobación de proyectos de inversión y de políticas generales de desarrollo regional, las cuales la mayoría de las veces tampoco existen.

- h) Sobrecarga de funciones o responsabilidades en los municipios sin el consiguiente apoyo de recursos económicos o asesorías para cumplirlas

El municipio, al ser la instancia de gobierno más cercana a la comunidad, aparece siempre, en diferentes legislaciones, tomando una serie de tareas que nunca son complementadas con recursos para desarrollarlas adecuadamente. Este hecho determina, finalmente, que el municipio no cumpla o cumpla mal las tareas en ellas asignadas, cuestión que se observa en todas las municipalidades pequeñas y en la mayoría de las medianas.

- i) Procedimientos o maniobras del nivel central para dificultar las funciones del Gobierno Regional.

La experiencia ha demostrado que no todos los Ministerios y Servicios Nacionales son partidarios de la descentralización, dado que no desean perder cuotas de poder en lo relativo a la asignación de recursos y definición de ciertas políticas.

Este hecho, se ha expresado en ciertas maniobras para obligar al nivel regional a tomar las decisiones que más le convienen o que estaban previamente tomadas en el nivel central. Entre esas maniobras se cuentan: entrega de los proyectos o planes justo en la fecha de cumplimiento de plazos; envío de presupuestos calzados, es decir, el número justo de proyectos para gastar todos los recursos disponibles con lo cual es imposible elegir entre alternativas; entrega de información parcializada o incompleta, con lo cual la demora obliga a aprobar la propuesta original pues de lo contrario se pierden los recursos; etc.

- j) Insuficientes instrumentos o mecanismos para poner en práctica u operacionalizar funciones del Gobierno Regional

El análisis de la Ley de Gobierno Regional permite identificar un conjunto de funciones vinculadas a aspectos tales como: ordenamiento territorial, fomento de actividades productivas y desarrollo social y cultural, donde no se explicitan los instrumentos necesarios para viabilizar el cumplimiento de tales funciones. Un ejemplo de ello es la inexistencia de un Reglamento sobre Evaluación de Impacto Ambiental, instrumento sin el cual el Gobierno

Regional no puede ejercer su función de «fomentar y velar por la protección, conservación y mejoramiento del medio ambiente».⁶

El diseño de mecanismos para cumplir estas funciones va depender, por las restricciones de la estructura del Gobierno Regional, de la voluntad de descentralizar las instituciones centrales, la cual varía de institución en institución.

k) Débil posicionamiento del Gobierno Regional en el sistema institucional tradicional

La reciente creación del Gobierno Regional ha determinado una posición relativa de poca relevancia ante las instituciones de mayor prestigio o tradición, lo que se ha reflejado en no responder a sus solicitudes o hacerlo cuando es absolutamente tarde. Para ejemplificar esto basta señalar que el Consejo Regional de la R.M. aprobó el Plan Regulador Metropolitano, instrumento de gran relevancia que norma el crecimiento y estructura de la ciudad de Santiago para los próximos 30 años, el miércoles 6 de enero de 1994 habiendo recibido sólo un informe de los 12 que solicitó a diferentes instituciones centrales y regionales vinculadas al tema.

Esta situación implica que la demora o, simplemente, la no respuesta a solicitudes o consultas del Gobierno Regional puede ser un factor que retarde cualquier procedimiento que se proponga para las regiones.

l) Demora en la entrega de informes técnicos solicitados a instancias regionales por el G.R.

La capacidad de respuesta de las instancias técnicas del G.R. es mucho más lenta de lo requerido y no siempre responde a lo solicitado. En general, producto quizás del débil posicionamiento, no existe una relación y respuesta expedita de las SEREMIS y Servicios Regionales a los requerimientos del G.R., a excepción de la SERPLAC que ha establecido una muy buena relación de trabajo.

m) Subutilización de instrumentos por parte del Gobierno Regional.

No obstante existir déficit en la variedad y cantidad de instrumentos para operacionalizar las funciones del G.R., se observa también una subutilización de mecanismos existentes, especialmente de financiamiento.

Para ello basta señalar que ninguna región ha establecido Convenios de Programación con algún Ministerio, a pesar que este instrumento puede ser de gran relevancia pues permite asegurar por períodos de más de un año recursos para realizar grandes proyectos regionales.

p) **Dificultades en el flujo de la información y de las decisiones**

La experiencia de los Gobiernos Regionales en esta materia es muy deficiente, dado que muchas veces se ha transformado en una instancia que demora y burocratiza ciertas decisiones y acciones. Esto se debe, principalmente, tanto a que la información fluye de manera muy lenta, como a disputas de espacios de poder entre las diferentes instancias que conforman el Gabinete Regional y el Consejo Regional (sus Comisiones de Trabajo). En este sentido, es preciso recordar que toda vinculación o solicitud formal de información a instituciones regionales, debe ser realizada a través del Intendente y no de manera directa por el Consejo Regional, todo lo cual demora las decisiones pues esta última instancia no dispone de toda la información necesaria para sus deliberaciones.

Estas serían algunas de las principales restricciones prácticas del funcionamiento de la institucionalidad regional, cada una de las cuales puede transformarse en un obstáculo para el funcionamiento del naciente G.R. y para asumir nuevas competencias, como por ejemplo las relaciones con las políticas de salud.

II.- DISCUSION DE LOS TEMAS DE SALUD EN LOS GOBIERNOS REGIONALES

1.- TEMAS PRIORITARIOS DE SALUD EN LA DISCUSION DE LOS GOBIERNOS REGIONALES

Para desarrollar este capítulo se recurrió a la revisión de todas las Tablas de Convocatoria de las sesiones del G.R. y las actas originadas al final de dichas reuniones para el caso de estudio de la Región Metropolitana.

Además, se realizó una entrevista con el señor Secretario Ejecutivo del Consejo Regional señor José Arévalo, a objeto de identificar otros posibles nexos de esta nueva instancia regional con los temas de salud.

En primera instancia, como se expresó en el capítulo anterior, se debe recordar que las áreas de competencia específica del G.R. en materia de salud son más bien de carácter indirecto. En tal sentido, el análisis de las tablas y actas del Consejo Regional permite observar que el tema de la salud ha estado prácticamente ausente en las discusiones del G.R.. En efecto, de las 39 sesiones del Consejo Regional de la R.M. en sólo tres ocasiones se han discutido aspectos vinculados al tema de la salud. Los temas y principales contenidos desarrollados en esas ocasiones fueron los siguientes:

- a) Asignación y distribución de los recursos del FNDR, donde se priorizaron los proyectos de infraestructura y equipamiento de salud que se financiarían en la región durante 1994;
- b) Presentación del Programa Nacional del SIDA, oportunidad en que la encargada de éste presentó los objetivos, actividades y alcances de las iniciativas a desarrollar en todo el país en el marco del programa. La encargada del Programa solicitó la colaboración del G.R. en todas las acciones de difusión y campañas de sensibilización y formación respecto al tema, propuesta que contó con el apoyo y aprobación unánime del Gobierno Regional.
- c) Propuesta de Aprobación de Recursos del ISAR para Construcción de Consultorios Urbanos en Santiago. En este punto es preciso detenerse debido a que originó un conflicto formal entre el Ministerio y el Gobierno Regional. Las razones y tenor de la polémica fueron las siguientes:
 - i) El MINSAL, a través de su Departamento de Planificación y Presupuesto, envió al Consejo Regional la propuesta de seis proyectos de Consultorios Urbanos que se financiarían con cargo al ISAR, los cuales absorbían el total de recursos posibles de asignar.
 - ii) El Consejo Regional consideró absolutamente inadecuado e improcedente la solicitud del MINSAL, dado que, por definición, el ISAR es un fondo cuya asignación es competencia del G.R., por lo cual no puede aceptarse la propuesta del MINSAL pues no deja posibilidad alguna de priorizar proyectos dado que los seis proyectos gastan el total de recursos y no se pueden modificar las asignaciones. Es decir, el G.R. determinó que el MINSAL le estaba privando de su facultad de decidir el destino de las ISAR de Salud.
 - iii) En virtud de lo anterior, el Consejo Regional acordó de manera unánime rechazar la propuesta del MINSAL, excepto los dos proyectos que ya habían iniciado sus obras, dado que su reprobación habría significado un daño a la comunidad. Este acuerdo fue comunicado al Ministro de Salud en nota del Secretario Ejecutivo del Consejo, donde se resaltó el error de procedimiento y el uso de facultades que no le correspondía haber ejercido, pues el Ministerio ya había decidido e, incluso, iniciado la construcción de algunas obras, todo lo cual era ilegal.
 - iv) Esta nota fue respondida por el Ministro de Salud, el cual insistió en su propuesta en virtud de que ésta habría sido conocida por dos miembros del Consejo Regional

en la discusión del Presupuesto de la R.M. en el Ministerio de Hacienda y que estos recursos debían tener un tratamiento especial pues respondían a un estudio que identificó los mayores déficits a nivel de Santiago y, en base a ello, se formularon los proyectos presentados al G.R.

- v) El G.R. volvió a rechazar la propuesta pues no se puede argumentar que el Consejo Regional, a través de sólo dos de sus miembros, por el mero hecho de conocer los proyectos en una instancia que no es de deliberación sino de defensa de las inversiones ante el nivel central, se considerasen los proyectos aprobados. Esta decisión fue comunicada por el Secretario Ejecutivo al Ministro del ramo, luego de lo cual no ha existido comunicación alguna entre ambas instancias.

Como se puede observar, ninguno de los temas analizados en el G.R. se pueden considerar temas prioritarios de salud, ni menos políticas de salud, dado que el primero se refirió a la asignación de recursos en un fondo que tradicionalmente ha sido responsabilidad del nivel regional (FNDR); el segundo, se limitó a la presentación de un Programa Nacional de Salud; y, el tercero fue un conflicto de procedimiento y de competencias entre el nivel regional y el MINSAL, pero que, en ningún caso, constituyen temas de discusión relevantes o prioritarios para la definición de políticas del sector salud en la región.

Este hecho refleja: a) la inexistencia de una preocupación explícita del nivel regional por abordar el tema salud pues se podría solicitar a la SEREMI respectiva que plantease los principales lineamientos de acción del sector en la región y opinar sobre ellos; b) los potenciales conflictos que pueden generarse entre el nivel regional y el nivel central fruto de la inadecuada interpretación de los contenidos de la Ley de Gobierno y Administración Regional; c) potencial actitud del nivel central de dificultar el ejercicio de las funciones y facultades conferidas al G.R. en la nueva legislación, a través del envío de presupuestos calzados, demora en la entrega de antecedentes complementarios para la toma de decisiones del G.R., envío de las propuestas de priorización de proyectos justo en los plazos de entrega de las asignaciones de recursos, etc.; y, d) incomunicación y descoordinación entre el nivel regional y nacional, como también al interior del Gabinete Regional (Intendente-SEREMI Salud) y al interior del MINSAL (SEREMI y Divisiones del Ministerio).

2.- NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MIEMBROS DEL GOBIERNO REGIONAL DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

Para desarrollar este capítulo se realizaron gestiones exitosas tanto con la Comisión de Coordinación del Consejo Regional ⁷, como con el Secretario Ejecutivo del Consejo Regional, señor José Arévalo, para distribuir entre los 26 Consejeros de la región un breve cuestionario para identificar el nivel de conocimiento de éstos de las políticas de salud en la región.

De esta forma, se entregaron los cuestionarios a los 26 Consejeros Regionales, de los cuales sólo 14 lo completaron y entregaron al Secretario Ejecutivo, quien los devolvió al responsable del estudio.

La sistematización de estos resultados puede observarse en el Cuadro N° 1, respecto al cual es posible resaltar las siguientes conclusiones:

- a) Existe casi total desconocimiento de las políticas de salud de la región por parte de los Consejeros Regionales, dado que sólo uno de ellos parece tener algún nivel de información respecto de ellas. En relación a este punto, el Secretario Ejecutivo opina que ello se debe a que la SEREMI de Salud nunca ha expuesto este tema ante el Consejo y tampoco se le ha solicitado que lo haga. Asimismo, tampoco se ha enviado información o publicación específica respecto a esta materia al Consejo Regional. Además, tampoco se tiene certeza de que exista alguna política explícita de salud, aspecto sobre el cual el Secretario Ejecutivo se investigará para ponerla a disposición de los Consejeros.
- b) En virtud del comentario anterior, es evidente reconocer también la imposibilidad de identificar los contenidos de dichas políticas, materia en la cual sólo un Consejero Regional se refirió a ello. No obstante, si bien los contenidos señalados por él pudiesen responder a una política de salud, los términos en que se plantea son muy generales y tienen un carácter de objetivos.
- c) En relación a los fondos de inversión de incidencia regional manejados por el MINSAL, los Consejeros sólo mencionan aquellos que de una u otra forma han sido conocidos a través de discusiones en sesiones del Consejo Regional. En efecto, los tres fondos señalados se refieren a recursos sobre los cuales el G.R. debe priorizar proyectos o distribuir recursos a los municipios para administrar servicios traspasados, temas que, como se señaló en el capítulo anterior, fueron tratados en sesiones del Consejo Regional.

Este hecho refleja un alto nivel de desinformación del Consejo Regional respecto no solo a las políticas de salud, sino también de los fondos manejados por este sector que tienen incidencia regional. Por tanto, será muy difícil para el G.R. identificar potenciales nuevas Inversiones Sectoriales de Asignación Regional (ISAR), no por falta de voluntad del MINSAL -hecho aún desconocido- sino que por desconocimiento en el nivel regional de dichos fondos, si los hubiere.

Por otra parte, se debe resaltar que el 50% de los Consejeros consultados ni siquiera recuerdan los fondos vinculados a salud que fueron conocidos en sesiones del mismo

Consejo, lo que determina un preocupante nivel de desconocimiento del nivel regional respecto de un tema de creciente y permanente preocupación pública.

Por otra parte, dos Consejeros identifican el FNDR como un fondo del MINSAL, lo cual es totalmente errado pues es un fondo que nunca ha pertenecido al Ministerio y siempre su manejo ha sido de responsabilidad regional.

- d) El análisis de las relaciones o vínculos de los Consejeros Regionales con el MINSAL, permite identificar que sólo tres de los catorce Consejeros consultados han establecido algún tipo de contacto con el MINSAL, principalmente a través de la SEREMI. No obstante, estos vínculos se han limitado a la solicitud de antecedentes complementarios, ya sea para conocer mejor el esquema de funcionamiento de la SEREMI de Salud o para tener mayor información respecto a los proyectos a financiar.

Los antecedentes antes referidos permiten concluir que el nivel de desconocimiento de las políticas de salud en el G.R., al menos en base a los Consejeros que respondieron el cuestionario, es muy alto y lo poco que se conoce ha sido fruto de la discusión de esos temas específicos en sesiones del Consejo. Asimismo no ha existido por parte de la SEREMI de Salud, ningún tipo de presentación de las políticas del sector en la región, aspecto que podría ser de gran utilidad para la asignación de recursos a proyectos de inversión y, probablemente, habría evitado el conflicto que se generó entre el MINSAL y el G.R. en el tema del ISAR de Consultorios Urbanos, antes precisado.

Por otra parte, tampoco se ha observado especial interés del Consejo Regional en conocer e interiorizarse del contenido e implicancias de las políticas del sector salud en la región, hecho que podría obedecer tanto al poco tiempo de funcionamiento de esta instancia, como a una despreocupación de la SERPLAC por abordar esta temática y plantearla al Consejo ⁸.

3.- RELACION ENTRE MINSAL - SEREMI SALUD - INTENDENTE - CONSEJO REGIONAL

Para abordar esta temática, dado el carácter cualitativo de este estudio, se consideró que el instrumento más apropiado era la entrevista con los actores involucrados. De esta forma, se realizaron los contactos con las autoridades pertinentes y fue posible efectuar las siguientes entrevistas:

- a) Secretaría Regional Ministerial de Salud, señora Gabriela Venturini;
- b) Intendente de la Región Metropolitana, señor Luis Pareto;

- c) Secretario Ejecutivo del Consejo Regional, señor José Arévalo; y,
- d) Ministerio de Salud, señor Jorge Jimenez de la Jara, ex Ministro de Salud.

El conjunto de entrevistas realizadas permite exponer las siguientes conclusiones de las relaciones entre las diferentes instancias en análisis:

- a) Existe en los representantes del MINSAL una percepción de que la nueva institucionalidad regional pueda establecer un sistema de funcionamiento sometido a un potencial permanente conflicto, pues se combinarán, no siempre de la mejor manera, criterios eminentemente técnicos con otros más políticos. Se explica que esto significará, como ya ha sucedido, que se postergarán necesidades urgentes pero de un alto costo, en favor de distribuir el máximo de recursos al mayor número de comunas posibles.

Con ese criterio será muy difícil materializar proyectos de Consultorios que concentrarán, cada uno, más del 50% de los recursos del FNDR tradicionalmente asignados al sector salud.

- b) La relación MINSAL con su respectivo SEREMI se considera muy buena debido a que están claramente delimitadas las funciones y áreas de acción de cada uno, por lo cual no existen conflictos de competencias o de recursos. Sin embargo, esa situación no es replicable para el caso de la legislación regional, donde el nivel de generalidad de ciertas funciones deja abierto el espacio para la interpretación de las normas y, por ello, fuentes de potenciales conflictos.
- c) La totalidad de los actores entrevistados, en especial los vinculados al MINSAL, reconocen un cierto desconocimiento de los contenidos de la Ley de Gobierno Regional, en especial las implicancias formales de algunos de sus artículos. En este sentido, se mencionan como puntos de mayor preocupación todos aquellos que dicen relación con las funciones específicas en materia de ordenamiento territorial, desarrollo social y cultural y promoción de actividades productivas, donde no se explicitan, la mayoría de las veces, los procedimientos e instrumentos para aplicar dichas funciones.
- d) El G.R. observa que existe una baja capacidad de respuesta, tanto del MINSAL como de la SEREMI de Salud, para responder a las inquietudes y requerimientos del G.R. para ejercer sus funciones. Este hecho se expresa en el no enviar algunas respuestas o en la recepción de éstas cuando ya se han tomado las respectivas decisiones.
- e) El Consejo Regional ha tenido escaso o nulo contacto con la SEREMI de Salud, debido a que no ha existido mayor interés por ninguna de las partes, ni tampoco se ha diseñado

en el G.R. un mecanismo de relacionamiento periódico o temático con las SEREMIS. Este hecho sería producto del cierto nivel de desconocimiento de las partes respecto a las áreas que requerirían análisis conjunto o cooperación.

- f) Las relaciones entre MINSAL y G.R. son muy recientes como para poder evaluarlas y calificarlas, pero se observa una buena predisposición y apertura para perfeccionar los mecanismos de vinculación, pero sobre la base de respetar las funciones, competencias, capacidades y restricciones de uno y otro nivel.
- g) El Consejo Regional no ha establecido ningún tipo de relación formal con el MINSAL ni con la SEREMI de Salud, debido a que no se ha considerado necesario por las actuales funciones y responsabilidades del G.R. en materia de salud, donde su rol se limita a la asignación de recursos para proyectos de inversión, ya sea del FNDR o del ISAR para Consultorios Urbanos. No obstante, se estima necesario establecer alguna relación con la SEREMI de Salud, al menos en términos de traspaso de información, para así aumentar la pertinencia en la priorización de proyectos del FNDR conforme a las prioridades de la SEREMI de salud.
- h) En general, no se observan problemas formales en las relaciones entre estas diferentes instituciones, pero si se reconocen algunas deficiencias tales como: insuficientes mecanismos de comunicación; descoordinación en acciones de común interés; desconocimiento de los contenidos e implicancias para el sector salud de la Ley de Gobierno Regional; primacía de la relación de la SEREMI con el MINSAL sobre la relación con el Intendente; inadecuada interpretación de los preceptos de la Ley de Gobierno Regional; entre las principales.
- i) Todas las instancias consultadas reconocen la incapacidad del G.R. para asumir un rol más protagónico en materia de políticas de salud, dado que no cuenta con facilidades de infraestructura ni con el personal suficiente y pertinente para evaluar políticas de salud. No obstante, todos opinan que debiera generar capacidades en dicha materia, de manera de imprimirle a las políticas de salud un contenido más regional.
- j) Las restricciones de recursos y capacidades técnicas del G.R. hacen muy improbable asumir un rol más protagónico en materia de políticas de salud, más aún cuando para el nivel municipal ha sido muy difícil tener éxito en la administración de los servicios de salud de atención primaria. En tal sentido, se prefiere, por el momento, no ampliar las facultades en materia de salud si no se incrementan las capacidades institucionales y los recursos económicos para asumirlas.
- k) La SERPLAC, instancia que debiera asumir un rol protagónico en la definición de

políticas regionales de desarrollo, está dedicada básicamente a la formulación, evaluación y administración de proyectos, sin ejercer ningún rol relevante en materia de planificación y coordinación de políticas regionales. En este sentido, ni siquiera existe la posibilidad de pensar algunos contenidos básicos en materia de políticas de salud, pues prácticamente no existen vínculos ni menos coordinación entre la SERPLAC y la SEREMI de Salud. En esta perspectiva se piensan orientar los principales esfuerzos del G.R. para iniciar acciones en materia de políticas de salud.

- 1) Se reconoce en todas las instancias que el rol del Intendente en el sistema es fundamental para el éxito del mismo, debido a que él es el único que tiene la capacidad de interactuar con los diferentes niveles, especialmente con el Consejo Regional y con la SEREMI de Salud. Asimismo, se asigna al Intendente la iniciativa de instar e, incluso, exigir a su SEREMI de Salud el diseño de políticas regionales conforme a las políticas y lineamientos generales emanados del MINSAL, para desde allí llevarlas a la discusión del G.R. y generar las instancias de coordinación con los otros sectores a través de la SERPLAC.

Estas son las principales conclusiones derivadas de las entrevistas realizadas a las autoridades antes referidas, donde es posible identificar que la incomunicación entre las partes y el cierto desconocimiento de las funciones y responsabilidades de cada una de las instituciones son las principales fuentes de potenciales conflictos de relación entre éstas.

Por otra parte, existe, al mismo tiempo, la voluntad de todas las partes para perfeccionar los mecanismos de relación entre las instituciones, especialmente entre el MINSAL y el Gobierno Regional.

4.- PARTICIPACION DEL SECTOR SALUD EN LA ASIGNACION DE RECURSOS REGIONALES

Como se ha expresado en capítulos anteriores, el G.R. tiene responsabilidad en la asignación de sólo dos fuentes de recursos que financian proyectos de salud en la Región Metropolitana - FNDR e ISAR para Consultorios Urbanos-, mientras que las restantes regiones sólo cuentan con el FNDR, dado que el ISAR antes referido sólo existe en la R.M.. Sin embargo, por llevar el G.R. menos de un año de funcionamiento sólo ha distribuído recursos en una oportunidad, por lo cual se hará una revisión general del comportamiento de la inversión pública regional desde 1980 en adelante, a objeto de disponer de una visión completa de la realidad del sector salud en la R.M.

En el Cuadro No 2 se puede observar el comportamiento de la inversión pública en la R.M. en el período 1980 - 1991, antecedentes que permiten concluir:

- a) En todo el período la inversión en el sector salud ha sido una de las dos más bajas de la

Región Metropolitana. Asimismo, en los doce años en análisis, en nueve de ellos salud fue el sector que recibió menos recursos en la región, es decir, el comportamiento de la inversión en salud ha sido siempre uno de los más deficitarios de la región.

- b) El comportamiento de la inversión en salud, en términos absolutos, es muy fluctuante, sin mostrar una tendencia predominante hacia su ascenso o descenso. En este sentido, es preciso señalar que respecto al total de inversión pública materializada en la R.M., el sector salud representó entre el 0 y el 1%, donde el valor mínimo se alcanzó en 1987, mientras que el valor máximo se alcanzó en 1980. En tal sentido, considerando el total de inversión pública materializada en la R.M. el sector salud ha mostrado una clara tendencia a la baja, debido a que la mayor parte de las inversiones en salud han sido financiadas a través del FNDR y no vía fondos sectoriales.
- c) Históricamente el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) ha sido el sector con mayores niveles de inversión pública en la R.M., seguido luego por el Ministerio de Obras Públicas (MOP).

Por su parte, si se observa el Cuadro No 3, donde se representa el comportamiento del FNDR en el período 1988 - 1991⁹, se pueden destacar los siguientes hechos:

- a) En todo el período el sector salud ha estado entre los tres sectores con mayor asignación de recursos del FNDR, ocupando el primer lugar en los años 1988 y 1989, para luego descender al tercer y segundo lugar, respectivamente, en los años siguientes.
- b) La participación del sector salud en el período ha fluctuado entre el 19,4% (1990) y el 46% (1989), caracterizándose siempre por ser un sector prioritario en la asignación de recursos de este Fondo.
- c) La totalidad de recursos de este Fondo se han destinado a proyectos de construcción de infraestructura, especialmente Consultorios y Postas, reposición de establecimientos de salud y provisión de equipamiento de los servicios de salud, obras que han sido de un gran impacto comunal y regional debido a la permanente reducción de los recursos asignados directamente por el Ministerio.
- d) Los recursos totales del FNDR muestran una marcada baja hacia 1991, aunque, según antecedentes verbales de la SERPLAC, esta situación se habría revertido en los años 1992-1993.

Por último, en el Cuadro No 4 se expone la distribución de recursos del FNDR priorizada y asignada por el Consejo Regional para 1994, donde se pueden destacar los siguientes hechos:

- a) El sector salud muestra una asignación de recursos similar a lo que ha sido su comportamiento histórico, dado que está entre los dos sectores que reciben mayor cantidad de recursos. En efecto, del total de recursos del FNDR asignados para 1994 el sector salud representa 34,75 %, siendo sólo superado por educación que representa el 40,90% del total de recursos.
- b) La mayor cantidad de proyectos de salud se concentran en las comunas de la Provincia de Santiago, debido a que allí se observan, según estudios del Banco Mundial, los mayores déficits de salud de la región.
- c) Entre los criterios de asignación de recursos del FNDR utilizados por el Consejo Regional se destacan: reducir las desigualdades intercomunales de servicios básicos en la región; responder a primeras prioridades de las comunas respectivas; favorecer al máximo de población; localizarse en áreas donde se pueda favorecer a más de una comuna; privilegiar la reconversión de la educación; y, financiar proyectos de claro y alto impacto regional.

Como conclusión general de los antecedentes antes expuestos se puede establecer que el FNDR es el único fondo de relevancia en la asignación de recursos para el sector salud, donde éste siempre ha mantenido un rol prioritario en la distribución de recursos asignados en el nivel regional.

5.- ORGANIZACION INTERNA DE LOS CONSEJOS REGIONALES PARA ABORDAR EL TEMA DE SALUD

Como lo señala el Artículo 20 en su letra a) de la Ley de Gobierno y Administración Regional, el G.R. tiene la atribución de aprobar y modificar normas reglamentarias regionales que le encomienden las leyes, entre las cuales se cuentan el Reglamento de funcionamiento interno del Consejo Regional.

En tal sentido, el G.R. de la R.M. aprobó en el mes de junio de 1993 el Reglamento de Funcionamiento del Consejo Regional de la Región Metropolitana, donde se establece la estructura de Comisiones para ejercer las diferentes funciones que la Ley les asigna. (Ver en anexo N°3 Reglamento de Funcionamiento del Consejo Regional de la Región Metropolitana).

En relación a este punto se debe señalar que el Consejo Regional para el ejercicio, principalmente de sus facultades resolutivas y asesoras, ha establecido en el Título IX de su Reglamento una estructura de Comisiones, las cuales podrán tener un carácter permanente o transitorio, donde se precisan las materias que cada una de ellas abordará y el número de miembros que debieran formar parte de ellas.

Se establece que las Comisiones permanentes serán integradas por un máximo de 9 Consejeros, las cuales se organizarán en base a un Presidente, un Vicepresidente y una Secretaría, puestos para los cuales se precisan sus funciones y responsabilidades.

En relación a cómo se ha organizado el Consejo Regional para abordar los temas de salud, el análisis del Reglamento permite establecer que éste es abordado explícitamente en una de las cinco Comisiones del Consejo Regional. En efecto, la Comisión encargada de analizar este tema es la denominada Comisión de Desarrollo Social y Cultural, para la cual se señalan, en el Artículo 60, las siguientes funciones generales y específicas:

- Recepcionar, estudiar, analizar y formular proposiciones acerca de todos los problemas, proyectos y demás aspectos relacionados con la pobreza y el desarrollo social de la región, con la participación de sus organizaciones, tanto territorial como funcional, en los ámbitos comunitarios, económicos y gremiales;
- Determinar líneas de acción y criterios de selección de distribución de los recursos de asignación por el G.R., especialmente en materia de vivienda, salud, administración de justicia, los derechos de las personas y sus organizaciones, su seguridad y la de sus bienes;
- Recepcionar las solicitudes de sus miembros integrantes relacionados con actos de fiscalización o de información. Someterlas a votación y, si procede, elevarlas a conocimiento del Consejo y,
- Relacionarse con el Presidente y Secretario Ejecutivo del Consejo dentro de la esfera de sus atribuciones.

Como puede observarse, en el segundo punto de estas funciones se menciona explícitamente el análisis de todos los aspectos relativos a líneas de acción y criterios para la asignación de recursos en materia de salud. Asimismo, en el primer punto de las funciones de esta Comisión también se alude indirectamente el tema de la salud, dado que también se deben abordar los problemas, proyectos y demás aspectos relacionados con la pobreza y el desarrollo social de la región, área donde la salud también juega un rol protagónico.

Ahora bien, no obstante existir esta estructura de preocupación explícita del Consejo Regional que permite abordar en buena forma el tema de la salud, la experiencia ha demostrado que la Comisión de Desarrollo Social ha limitado su accionar sólo a la discusión de los criterios y los proyectos específicos de salud que serán financiados a través del FNDR. Así, no ha existido en ninguna otra oportunidad análisis de temas de salud en esta Comisión, todo lo cual podría

entenderse como algo natural si se consideran los contenidos expuestos en los capítulos anteriores de este estudio.

6.- DISCUSION DE LOS PROYECTOS DE POLITICAS DE SALUD EN LOS GOBIERNOS REGIONALES

Los capítulos anteriores permiten concluir que es imposible desarrollar este tema, dado que el Gobierno Regional de la R.M., al igual que la totalidad de los restantes Gobiernos Regionales, no ha discutido y ni siquiera conoce la políticas de salud de la región, la cual, según opinión de varios Consejeros, es muy probable que ni siquiera exista para el caso de la Región Metropolitana.

NOTAS

¹ Este trabajo fue realizado durante los primeros meses del año 1994, basado en el análisis de campo de la situación del Gobierno Regional de la Región Metropolitana

² En esta materia hay que señalar que las tareas del Gobierno Regional se refieren a funciones de administración de la región y no de gobierno interior. Esto significa que se podría hablar de un mal llamado Gobierno Regional, dado que éste no ejerce ninguna función de gobierno interior, las cuales siguen radicadas en la Intendencia de cada región.

³ Para mayor detalle de sus tareas, remitirse a la ley.

⁴ Es preciso resaltar que, comparativamente, la Región Metropolitana ha sido una de las mejores experiencias de funcionamiento del Gobierno Regional, especialmente en función de la relación de complementación y cooperación establecida entre el Intendente y el Consejo Regional, factor que ha sido, a diferencia de la mayoría del resto de las regiones, determinante en el buen desempeño de esta nueva institucionalidad de Gobierno y Administración Interior del Estado.

⁵ Esta situación además puede implicar que la calidad de los funcionarios asignados a los Gobiernos Regionales no sea la más adecuada a los requerimientos de esta naciente institucionalidad.

⁶ La ley marco del medio ambiente sancionada recientemente establece la fijación de instrumentos de evaluación de impacto ambiental. El principal agente en esta evaluación está constituido por las CORE-MAS, organismos técnicos dependientes de la CONAMA.

⁷ En este caso el investigador responsable del estudio realizó una breve presentación de los objetivos, contenidos y resultados esperados de éste a los miembros de esta Comisión, quienes aceptaron, dada la potencial utilidad de los resultados para el MINSAL, la aplicación de un cuestionario para evaluar el grado de conocimiento de los Consejeros de las políticas de salud de la R.M.

⁸ La SERPLAC ha sido el principal soporte del funcionamiento del G.R., por lo cual ella podría haber abordado, al menos en términos generales, la preocupación por esta temática.

⁹ Este es el fondo más relevante de analizar tanto porque constituye la principal fuente de recursos que financia proyectos de salud, como por ser su distribución de completa responsabilidad regional.

TRAMITACION DEL PROYECTO DE LEY ESTATUTO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL

SERGIO MICCO

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto dar a conocer el proceso de discusión que ha tenido lugar en el Congreso Nacional acerca del proyecto de ley sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. El trabajo analiza principalmente lo ocurrido en el Senado de la República, en consideración a ser ésta la rama del Congreso Nacional que actualmente está abocada al estudio de dicho proyecto de ley.

El trabajo hace un análisis de la percepción de los diferentes actores involucrados en el Estatuto y plantea conclusiones sobre su impacto en la descentralización. La primera parte se refiere a las opiniones que acerca del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal expresan los actores políticos y gremiales más relevantes. En la segunda se exponen algunas proposiciones acerca del futuro del proyecto y de la descentralización política de la salud a nivel local y regional.

I. LA OPINIÓN DE LOS ACTORES

1. OPINION DEL EJECUTIVO:

a) Mensaje del Proyecto de Ley del Estatuto de Atención Primaria

El Mensaje de S.E. el Presidente de la República, con que se inició el proyecto de ley, señala, en su parte expositiva, que uno de los objetivos prioritarios del gobierno es el mejoramiento de los niveles de calidad de vida de los chilenos y, en ello, la salud es un factor determinante. Por esto, para mejorar la calidad de vida de los chilenos, es que se necesita un nuevo sistema de salud.

Los objetivos principales de este nuevo sistema de salud serían los siguientes: la solidaridad, la equidad y la participación.

Solidaridad, en el sentido que el sistema debe establecer la responsabilidad del Estado de

asegurar el acceso a una salud básica a todos los habitantes del país, priorizándose a aquellos sectores que viven en situaciones de marginalidad, ruralidad y aislamiento, y a aquellas personas que por su estilo de vida tienen mayor riesgo.

Equidad, porque el sistema debe asegurar el acceso a las prestaciones básicas de atención primaria y atención de urgencia a nivel de las estructuras hospitalarias a todas las personas. La equidad también significa asegurar un adecuado medio ambiente para todos, por lo que el Estado debe desarrollar las condiciones ambientales necesarias para proteger a la población tanto en el macro como en el microambiente.

Participación, por último, en el sentido de que debe ser la propia población la que reoriente sus hábitos y estilos de vida para prevenir las enfermedades emergentes.

Sin embargo -según el Mensaje- el actual sistema de salud presenta una serie de limitaciones que de alguna manera dificultan la plena realización de los objetivos señalados.

Dichas limitaciones residen en la estructura del actual sistema, en los recursos humanos, en las estructuras de gastos, en los mecanismos de asignación y en la capacitación del personal del sector.

En el ámbito financiero, la facturación prestada municipal (Fapem) es un mecanismo que privilegia la recuperación de la salud, desincentiva la educación de la población y la capacitación del personal y tiende a perpetuar las diferencias entre comunas ricas y pobres, rurales y urbanas e industriales y agrícolas.

En esta materia, los objetivos del gobierno no sólo son mejorar y resolver los problemas de accesibilidad y de falta de capacidad resolutoria de este primer nivel de salud, sino, además, impulsar una nueva y verdadera atención primaria de salud, que se constituya en un elemento estratégico del desarrollo del país.

En efecto, la atención primaria, entendida como un proceso participativo, descentralizado e intersectorial, tiene por objetivo fundamental mejorar, de modo integral, la calidad de vida de las personas, a través del desarrollo social, la gestión participativa, el mantenimiento de la salud y la prevención y control de los riesgos de salud.

Otro objetivo de la atención primaria ha sido aumentar y mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de nivel, lo que significa evitar que los pacientes sean derivados a centros hospitalarios de mayor envergadura, mejorando la calidad y la cantidad de los medicamentos e insumos.

El Mensaje de S.E. el Presidente de la República recalca que la atención primaria es el conjunto de acciones que están orientadas a fomentar la salud, prevenir específicamente las enfermedades, detectar y controlar los riesgos y establecer un diagnóstico precoz, con el objeto de ofrecer un tratamiento integral para, de este modo, restablecer el nivel de salud específico para cada individuo, en el contexto de su familia, su medio ambiente y su comodidad.

La descentralización que significa la municipalización de la atención primaria es esencial para el desarrollo del proceso, pero también ha tenido un impacto negativo en la situación funcionaria del equipo de salud de atención primaria municipalizada, lo que se expresa, entre otros, en los siguientes problemas:

- * Ausencia de una carrera funcionaria que retenga o atraiga a los profesionales y funcionarios calificados.
- * Discontinuidad en la capacitación o perfeccionamiento para elevar el nivel técnico del personal, afectándose con ello a los beneficiarios.
- * Importante desigualdad en los ingresos de los funcionarios en relación con otros de carácter similar.
- * Inexistencia de normas de estabilidad funcionaria, como ingreso por concursos públicos, reconocimiento del mérito y la experiencia, y falta de estímulos para permanecer en la atención primaria municipal.

En consecuencia, el Estatuto forma parte de una aspiración largamente esperada por quienes conforman los múltiples «equipos de atención primaria» que existen en Chile, en cada uno de los consultorios y demás establecimientos de esta índole. Sus objetivos apuntan a llenar los vacíos y evitar los impactos negativos de la descentralización recién enunciados.

Las ideas matrices del proyecto son:

- * Además de resolver los problemas de accesibilidad y falta de capacidad resolutive del primer nivel de salud, se pretende desarrollar una nueva y verdadera atención primaria de salud que se constituya en una estrategia de desarrollo para el país en esta área tan importante.
- * Complementar la legislación vigente en todo aquello que dice relación, principalmente, con la instauración de una carrera funcionaria, la estabilidad laboral, la capacitación profesional y los derechos del personal de la salud municipalizada.

- * Aumentar y mejorar la capacidad de los establecimientos, optimizar la calidad y la cantidad de las atenciones, de los medicamentos e insumos de la atención primaria y crear una efectiva y necesaria descentralización en el sector de la salud.
- * Mejorar las condiciones laborales y crear una carrera funcionaria a nivel de la atención primaria, en los consultorios y demás establecimientos de esta índole, que mantenga y atraiga a profesionales y funcionarios calificados.
- * Asegurar la integralidad de las acciones de salud, para lo cual, se deberá regular el cumplimiento, de los planes, programas y normas del Ministerio de Salud en los establecimientos de atención primaria.

b) Opinión del Ejecutivo en la Cámara de Diputados

1. Ministro de Salud

El Ministro de Salud de la época, al concurrir a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados afirmó que era conveniente señalar que, fundamentalmente por razones estructurales, entre el 25 y 30% de la atención primaria se sigue otorgando por parte de los Servicios de Salud.

Según el señor Ministro de Salud, en el nivel de atención primaria una buena política de salud, como la que se ha llevado a cabo según él, debe ser más de prevención que de curación, debiendo incorporarse en el desarrollo de ella la participación de la comunidad. Por ello, el gobierno reforzó, mediante la entrega de mayores recursos financieros y tecnológicos, dichos servicios en coordinación con las municipalidades, que son las administradoras del sistema.

Según el Ministro, la dispersión de calidades de población, niveles de ingreso, lejanía de los centros poblados, etc. ha producido una diferenciación entre los municipios. Ello ha incidido en sus acciones de salud, especialmente en cuanto dice relación con la condición de sus trabajadores, el cumplimiento de ciertas metas y la relación con el Servicio de Salud respectivo.

Junto con ello, se deben solucionar los problemas de los trabajadores de este sector, poniendo especial énfasis en lo que dice relación con políticas de reajuste de remuneraciones, asignación de recursos en materias de salud y debida supervisión, control y evaluación del cumplimiento de los programas de salud nacionales expresados a nivel local.

A juicio del señor Ministro, es necesario que los municipios cumplan con un programa mínimo de salud entregado por la autoridad central, debiendo establecerse algunos controles que permitan verificar el cumplimiento de ciertas metas.

Para resolver los tres problemas centrales que afectan a la atención primaria de salud, vale decir: financiamiento, personal y manejo de la salud municipal, se elaboró el proyecto en estudio.

Dicho proyecto, por último, no definió los beneficios específicos para los usuarios, ya que él es un Estatuto de los trabajadores. En opinión del ministro, eso sí, en la medida que se mejore la situación laboral de los trabajadores municipales, indirectamente se verán beneficiados los usuarios en todo aquello que represente una mejor calidad de la atención que se les brinde.

2. Jefe del Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

El Jefe del Departamento de Atención Primaria expresó que el proyecto de Estatuto pretende estructurar y formalizar una atención de salud primaria que sea capaz de resolver los problemas en forma descentralizada e intersectorial, elementos primordiales para la efectiva entrega de salud integral. A ello debiera agregar la promoción de la participación de la comunidad.

Se señaló que para buscar una solución a los problemas de la rearticulación de los servicios de salud, del sistema de financiamiento que comprende la entrega de recursos acorde con las necesidades del sector y la solución de la situación laboral del personal de atención primaria, el ministerio tomó contacto con distintos actores sociales y políticos y expertos, elaborándose - de este modo- el proyecto de Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

El Estatuto se refiere a tres grandes materias: la primera dice relación con la parte laboral, estableciendo una carrera funcionaria para la atención primaria, que reconoce y prioriza la experiencia, el perfeccionamiento y el mérito funcionario, dándole al personal la calidad de funcionarios públicos del sector municipal regidos por este Estatuto, con mecanismos propios de ingreso y de promoción para profesionales y no profesionales, existiendo posibilidades de interacción entre municipios.

La segunda tiene que ver con la rearticulación del sistema desde la atención primaria hasta la atención de salud de mayor complejidad, reconociendo la necesidad de que exista unidad en él, con una profunda horizontalidad en la tarea de atención primaria, pero manteniéndose la verticalidad del sistema.

Según se dijo, la atención primaria debe estar íntimamente articulada a las directrices del Ministerio, con el objeto de que el diagnóstico y la formulación de programas de atención primaria representen la realidad local y a su vez estén insertos en el marco de los planes del ministerio a nivel nacional.

La tercera se refiere a la racionalización del financiamiento proveniente del Ministerio de Salud, estimulando a su vez el aporte municipal, reemplazando el sistema Fapem por una

asignación de recursos per cápita, ajustada según las características epidemiológicas, geográficas y sociales de la comuna.

En síntesis, «el proyecto regula y homogeniza las normas que rigen al personal de atención primaria; rearticula la atención primaria a los niveles de salud de mayor complejidad; perfecciona la gestión de salud local integrada a la intersectorialidad y reorienta y racionaliza el financiamiento proveniente del Ministerio de Salud, estimulando, al mismo tiempo, el aporte municipal.»

2. LA OPOSICION:

Para conocer la opinión de los partidos de la oposición, se ha recurrido a dos fuentes. La primera es la posición hecha presente en el Senado durante la discusión en general del proyecto, por los señores senadores Sebastián Piñera, William Thayer y Eugenio Cantuarias. La segunda se encuentra en el informe de los institutos Libertad, y Libertad y Desarrollo, indentificados con los dos principales partidos de oposición.

a) Opinión del senador Sebastián Piñera

El senador de Renovación Nacional manifestó que al revisar la iniciativa y ver el encabezamiento del mensaje -que plantea un nuevo sistema de salud- «no se encuentra la mínima consecuencia esperable entre el texto presentado y los planteamientos públicos formulados por el Ministerio de Salud» en orden a promover la descentralización de la salud, la participación de los usuarios y de los prestadores y la desregulación del sistema.

En opinión del senador, el proyecto tiene muy poco que ver con un nuevo esquema de salud, con estímulos de cambio en el estilo de vida de las personas, con protección del medio ambiente o con desarrollo de una salud ocupacional integral. Fundamentalmente, está referido a un problema circunscrito a la administración del personal y a las remuneraciones del sector de la salud pública.

Si bien se coincide con la necesidad de asignar mayores recursos a la salud, la forma, los criterios y condicionamientos con que se efectúa dicha asignación son negativos. Ello porque:

- * La iniciativa está fuertemente influenciada por las pretensiones -legítimas- de los trabajadores de ese sector. Sin embargo, considera muy poco las iguales o mayormente legítimas aspiraciones de los usuarios del sistema, que son varios millones de chilenos.
- * Con la iniciativa se da una gigantesca marcha atrás en materia de descentralización y autonomía municipal, puesto que la fórmula buscada por las autoridades para mejorar

las condiciones laborales pretende solucionar el problema centralizando las decisiones, con un estatuto general para todos los trabajadores de la salud, lo que sin duda va a hacer más rígido el mercado laboral en lo tocante a la situación actual, asimilando a los trabajadores municipales a lo que es el sistema público; asegurando en la práctica la inamovilidad laboral y estableciendo una remuneración básica única que se incrementa por la vía de asignaciones estatales otorgadas conforme a criterios consagrados en la misma iniciativa. El Ministerio de Salud pasaría a ser el gran empleador con el cual deberán negociarse las condiciones de trabajo, al igual que en educación.

- * No se avanza en el establecimiento de un sistema moderno de incentivos que apunten a mejorar la eficiencia en el sector salud, puesto que se propone crear un sistema de ascensos sobre la base de la antigüedad y de evaluaciones y perfeccionamientos, pero no del rendimiento individual.

En su concepto, la esencia para empezar a resolver los urgentes problemas del sector radica en tres pilares fundamentales. En primer lugar, dar al servicio público de salud verdadera descentralización y autonomía; en segundo lugar, permitir de una vez por todas que entre los organismos públicos y privados que se encuentran en el sector de producción de servicios de salud exista competencia y/o colaboración, según sean las circunstancias y necesidades en cada caso; en tercer lugar, avanzar decididamente hacia una mayor libertad de elección para los usuarios.

En consideración a todo lo anterior, el senador ha planteado la necesidad de una segunda discusión y el retiro de la urgencia del proyecto.

b) Opinión del senador William Thayer

El senador Thayer sostuvo igualmente que se aprecia una contradicción en el proyecto. Por una parte, «todos están de acuerdo en dar mayor flexibilidad, libertad, autonomía, descentralización y operatividad a los organismos de base. Y tratándose del Estado y de los municipios, traspasar poderes a estos últimos; entre el hombre individuo y el grupo, dar iniciativa a aquél». Pero, por otra, se establece una carrera funcionaria de carácter nacional, con lo que se atenta contra la autonomía que se busca lograr y no se apunta a fortalecer la autonomía de administración financiera hacia la cual se dirige nuestro sistema.

Además, el senador Thayer señaló que «no es posible armonizar una carrera funcionaria que, por la dimensión de las entidades en que se prestan servicios -escuelas o centros de salud municipalizados-, no puede hacerse en cada una de ellas, sino que habrá desplazamiento de una localidad a otra, y éstas defenderán el mejor aprovechamiento de sus escasos recursos contratando personal menos oneroso, con menos bienes, es decir, con «mochila» más liviana que la del proveniente de la carrera funcionaria». Así, el resultado será una menor agilidad del sistema de

salud primaria y un perjuicio a los trabajadores que acumulen más bienios, pues su contratación será más onerosa para el municipio.

A juicio del senador, en atención a que ésta es una cuestión esencialmente laboral, la iniciativa debiera pasar por la Comisión de Trabajo y Previsión Social.

c) Opinión del senador Eugenio Cantuarias

El senador de la UDI, en el debate en el Senado, señaló tres ideas generales:

* Necesidad y conveniencia de que exista un estatuto.

Resulta evidente, para el senador, la necesidad de legislar estableciendo un estatuto jurídico que fije las condiciones mínimas para un desempeño digno de los profesionales y funcionarios vinculados a los servicios primarios de salud. Dicho mejoramiento puede posibilitar, de un modo directo pero bastante explícito, una mejoría en las prestaciones otorgadas a la comunidad.

En su opinión, la filosofía subyacente en el traspaso de los referidos establecimientos hacia la administración municipal es claramente positiva, por cuanto acerca a las personas y autoridades locales la solución de los problemas que les afectan directamente.

Sin embargo, es fundamental abordar el sistema de salud primaria en su integridad, ya que existen numerosos problemas que trascienden el ámbito estrictamente funcionario y que repercuten o inciden en la calidad del servicio que se pretende dar a la población. Problema central sería el financiamiento.

* Defectos del sistema de financiamiento

Para el senador, el sistema diseñado para financiar la salud administrada por las municipalidades adolece de un serio defecto, a saber: no satisface las necesidades reales de la comunidad. De ello se ha seguido un profundo déficit.

Lo anterior obedece básicamente a dos factores: primero, los valores estimados por el nivel central para las prestaciones otorgadas por cada municipalidad son significativamente inferiores a su costo real; y segundo, el sistema de financiamiento, variable según las prestaciones efectivamente entregadas en el mes respectivo, es incompatible con la naturaleza de ciertos gastos fijos que mensualmente debe enfrentar cada municipio, como ocurre con los de personal y de servicios básicos de cada establecimiento.

* Eficacia real del estatuto

Es imprescindible que esta iniciativa esté debidamente financiada en el Presupuesto de la Nación. Por las consideraciones anteriores, resultaría muy preocupante que se volviera a insistir en la idea de legislar con cargo a fondos inexistentes. Porque si la ley en proyecto no se acompaña del traspaso de los recursos que las municipalidades en verdad necesitan, ella implicará abrir una nueva fuente de conflictos y frustraciones. Lo anterior habría tenido lugar en el caso de la aplicación del Estatuto Docente.

Se estima que el proyecto debe prevenir tal situación y establecer en forma expresa que los mayores gastos que irroge la puesta en vigencia de este estatuto serán con cargo a la Ley de Presupuestos de la Nación, no a los fondos municipales, como ha acontecido en otras ocasiones.

Luego de señalar una serie de reservas particulares al proyecto, el senador manifestó su disposición a aprobar en general la iniciativa, urgiendo su rápido despacho y reiterando la idea del senador Thayer en orden a enviar los antecedentes a la Comisión de Trabajo y Previsión Social.

d) Los informes de los institutos Libertad y Libertad y Desarrollo

1. Comentarios del Instituto Libertad al anteproyecto del ejecutivo

Desde un principio, el Instituto Libertad ha criticado fuertemente el proyecto. Desde su perspectiva el proyecto atentaría contra la descentralización, la desconcentración y la autonomía municipal, estableciendo normas «propias de una organización estatal (servicio público) dirigida por el ministro de Salud y administrada por una entidad, la municipalidad u otra, en el nivel comunal, las que además están incluso limitadas en esa administración (fijación de programas, metas, financiamiento, contrataciones, etc.).»

Se señala un extracto de dichas críticas.

* En materia de régimen laboral :

Mediante el estatuto, se establecería por ley un régimen laboral para los trabajadores de la salud primaria administrada por las municipalidades, basado en el concepto de régimen público (carrera funcionaria basada en sueldos bases y asignaciones fijadas por ley, además de otros beneficios como permiso administrativo, permutas de cargo, etc.), alejándose del régimen laboral general que regula el Código del Trabajo.

El sistema se diseña sobre la base de una carrera funcionaria uniforme para todo trabajador que labora en estos establecimientos, lo que carece de la flexibilidad que requiere un esquema de

administración eficiente de los establecimientos de salud, que responda a las necesidades, realidad y particularidades de cada comuna. El proyecto propone aplicar idénticas normas tanto para las comunas de Providencia como para Puerto Cisnes, desconociendo las realidades particulares de cada comuna e impidiendo a la entidad encargada de la administración pactar libremente con su personal las condiciones de trabajo.

El régimen laboral propuesto atenta contra la descentralización de la salud, por cuanto centra las decisiones sobre remuneraciones en el nivel central (ministerios de Hacienda y Salud), situación en la que el nivel local pierde toda ingerencia en el manejo de tan importante recurso para la atención de salud, que es el recurso humano.

* En materia de financiamiento

El proyecto establece un sistema de financiamiento que se determina anualmente por Decreto Supremo, lo que no le otorga la estabilidad, objetividad ni transparencia necesarias para consolidar un sistema de atención primaria efectivamente descentralizado.

Si bien el proyecto reconoce la posibilidad de que las municipalidades puedan cobrar a los beneficiarios del Sistema Público de Salud, en los términos que lo establece la ley vigente (N° 18.469), faculta al nivel central para exceptuar estos cobros, desincentivando totalmente esta modalidad complementaria de financiamiento.

Por último, el proyecto establece que el aporte estatal se reajustará en igual oportunidad y porcentaje que los reajustes de remuneraciones del sector público, lo que desvirtúa complementariamente el sentido de dicho aporte, que es para financiar las prestaciones de salud primaria (que nada tiene que ver con la política de remuneraciones que siga el gobierno para su personal).

* En materia de administración

En relación a las normas que el proyecto propone para reglamentar la administración, se caracteriza por una alta ingerencia del servicio de salud en la gestión de los establecimientos y la ausencia de sistemas de incentivos para que las entidades administradoras presten una mejor calidad de atención. El proyecto más bien opta por la vía de la intervención y las sanciones, más que por los incentivos y la evaluación de los resultados, lo que es un nuevo reflejo del espíritu centralista y retrógrado que inspira esta iniciativa de ley.

2. Comentarios del Instituto Libertad al proyecto despachado por la Cámara de Diputados

En primer lugar, el Instituto señala que el artículo 3° de la Carta Fundamental fue modificado por la Ley N°19.097, de 1991, con el propósito de hacer imperativo el mecanismo de la

descentralización, y de que operara la desconcentración sólo en los casos en que no pudiera recurrirse a la primera. Sin embargo, estima que la iniciativa no guarda armonía con el mencionado artículo 3°, pues no descentraliza ni desconcentra en la aplicación de diversas disposiciones normativas y fiscalizadoras, las que radica directamente en el nivel nacional, Ministerio de Salud, como se comprobaría de la lectura de los artículos 11, 31, 51, incisos segundo y tercero, 53, inciso segundo y 63, entre otros.

Enseguida, y en igual sentido, compara las disposiciones de la Ley N° 19.070, que contiene el Estatuto Docente, y las del proyecto, expresando que en el primero se marginó de toda intervención al Ministerio de Educación en la fijación anual de las dotaciones, fijando la ley los parámetros que las regulan y entregando la supervisión de estas materias al Departamento Provincial de Educación. Ello también ocurriría con las asignaciones por desempeño en condiciones difíciles que el mencionado Estatuto radica en el nivel regional, a diferencia de la iniciativa en estudio, que lo hace en el nivel nacional.

Prosigue expresando que el artículo 31 del proyecto despachado por la H. Cámara de Diputados vulneraría la Constitución, por razones de forma y de fondo.

En cuanto a la forma, afirma que el vicio residiría en haber sido aprobado como norma simple, siendo materia propia de la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades, pues limita atribuciones y funciones de la Municipalidad, el Alcalde y el Concejo.

En relación al fondo, señala que la inconstitucionalidad deriva de la violación del artículo 108 de la Carta Fundamental, que exige «en todo caso» el acuerdo del Concejo para la aprobación del plan comunal de desarrollo y de los proyectos de inversión, pese a lo cual, el artículo 31 del proyecto despachado por la H. Cámara de Diputados supedita la aprobación del Plan Comunal de Desarrollo a resoluciones del Intendente.

Por otra parte, estima que algunas normas de la iniciativa vulneran la autonomía de los gobiernos regionales, como sería el caso del artículo 1° del proyecto, modificado por la H. Cámara de Diputados, que extiende el ámbito de aplicación del Estatuto a los establecimientos de salud que las municipalidades pudieran crear directamente, con recursos propios o aportados por la comunidad, desconociendo la facultad de las municipalidades, consagrada en la Ley Orgánica respectiva, de desarrollar directamente, sin permiso previo de entidad o autoridad alguna, funciones relacionadas, entre otras, con la salud.

También estiman atentatoria a la autonomía de las municipalidades la intervención que el proyecto otorga al Ministerio del Interior, por ejemplo en los artículos 31, 53 y 10 transitorio, pues las municipalidades no están sujetas a la tuición de dicho ministerio, al que tampoco le corresponden funciones en materias de salud.

En otra perspectiva, el Instituto Libertad considera contrarias a la institucionalidad las normas de los artículos 6° y 7° del proyecto. El primero asimila los títulos técnicos y profesionales, obviando la clasificación que la Ley Orgánica de Educación establece entre ellos y el segundo otorga calidad de técnico de salud por estudios que puedan cursarse al margen de un establecimiento educacional superior, sea instituto profesional o centro de formación técnica.

Su informe continúa analizando las disposiciones del proyecto que resultan esencialmente distintas de las adoptadas en la Ley N° 19.070, Estatuto Docente, refiriéndose a la legislación supletoria que regula las relaciones laborales, al ámbito de aplicación de los dos estatutos y a la intervención y control del nivel central.

Por último, el Instituto plantea observaciones puntuales al proyecto, señalando que, en su opinión, impone a las municipalidades administradoras de establecimientos de salud rígidos programas y toda clase de burocráticos controles de aprobación, sin que se haya entregado información sobre si existen iguales exigencias respecto de los Servicios de Salud; que dada la forma principal de financiamiento que para la atención primaria de salud señala el artículo 51 - prestaciones mensuales-, no es posible considerar la disponibilidad presupuestaria futura que exige el artículo 11 para fijar las dotaciones máximas; que el artículo 14 del proyecto exige cumplir los requisitos del artículo 10 de la Ley N° 18.883, que resulta incompatible y contradictorio con las normas de los artículos 5° y 6° del mismo proyecto; que las reglas del artículo 35 y siguientes de la iniciativa no son suficientes para cumplir las exigencias de la Ley N° 18.695 sobre publicidad y selección, y procedimientos técnicos, imparciales e idóneos, que aseguren un proceso objetivo; que las normas de la letra g) del artículo 50 significan una discriminación respecto de otros funcionarios, como son los empleados públicos y municipales o profesionales de la educación.

3. Instituto Libertad y Desarrollo

Entre sus observaciones generales, el Instituto señala que se ha elaborado un estatuto de la salud para los trabajadores municipales, semejante al Estatuto Docente y tan nocivo como éste, que no significa un real mejoramiento de la situación de los trabajadores que pretende beneficiar, sino que perjudica abiertamente a los usuarios del sistema público de salud, al disminuir la eficiencia en el uso de los recursos del sector.

Continúa expresando que las remuneraciones actuales de los funcionarios del sector salud son bajas, y muchas veces son malas las condiciones de trabajo, lo que derivaría de su condición de empleados públicos con un único empleador -el Estado-, que fija el nivel de remuneraciones y condiciones de trabajo y que, habitualmente, no cuenta con suficientes recursos para pagar remuneraciones similares a las del sector privado, debido a que tiene otras prioridades.

Enseguida, indica que los trabajadores del sector de la salud municipal actualmente se rigen

por el Código del Trabajo, que existen múltiples empleadores, y que la ventaja del sistema municipal -que estima constituye un avance respecto al sistema público- consiste en que, al descentralizar su gestión, posibilita adecuar las actividades de salud a la realidad local y mejorar la administración, al permitir a la autoridad municipal establecer sistemas de incentivos y de control para aumentar el rendimiento y la calidad de la atención.

La fórmula del proyecto para mejorar las condiciones laborales corresponde a un enfoque antiguo probadamente ineficaz, centralizando las decisiones, asimilando a los trabajadores de la salud municipal al sistema público, estableciendo inamovilidad laboral y una remuneración básica única que se incrementa por asignaciones que el Estado establece.

Estima el Instituto que el proyecto termina con la autonomía de cada municipio para decidir el número y nivel de personal a contratar y para elegir y despedir funcionarios, de acuerdo a las necesidades y al rendimiento, estableciendo una carrera funcionaria sobre la base de la antigüedad, capacitación y evaluaciones de mérito, como también de perfeccionamiento, y no de acuerdo al rendimiento individual.

Además, considera que no se está avanzando en la descentralización que permitiría mejorar la eficiencia, y se transforma al Ministerio de Salud en el verdadero empleador, perdiendo las municipalidades la facultad de fijar las condiciones de trabajo, transformándose en meros administradores de recursos e intermediarios en el pago de las remuneraciones.

El informe continúa señalando que sólo aumentando el número de empleadores se lograría un mejoramiento estable en las condiciones laborales del sector salud y mejores condiciones de salud para toda la población y que con la mayor participación privada aumentarían las oportunidades de trabajo, el requerimiento de profesionales y el incremento de sus remuneraciones.

A continuación, expresa que los logros de la iniciativa son muy pobres en relación con sus costos, destacando, entre los primeros, el que podría solucionar los problemas derivados de la discontinuidad de la capacitación y perfeccionamiento del personal técnico, y generaría mejoras de algunas remuneraciones, al fijar sueldos bases mínimos por categorías de funcionarios, nivelándolas entre municipios. Termina señalando que, para alcanzar dichos objetivos, no sería necesario legislar, sino modificar los convenios de administración actuales.

3. LA OPINION DE LOS ACTORES GREMIALES

a) Colegio Médico de Chile A.G.:

El señor Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., doctor Ricardo Vacarezza, manifestó en la Comisión de Salud del Senado que el gobierno actual mantuvo la municipalización de la salud

sobre la base de una decisión eminentemente política, que el Ministerio de Salud hizo suya. Además, no habría habido una evaluación técnica del proceso, que permitiera precisar con exactitud los beneficios y defectos del sistema, antes de adoptarlo en forma definitiva y con cobertura nacional. Lo que sí hubo fue la constatación de las enormes dificultades que la implementación del proceso tenía y los numerosos defectos que implicaba.

Sus críticas son las siguientes :

- * El proyecto es confuso y no parece señalar un camino definido.
- * Las proposiciones del proyecto actual tienden a reglamentar la atención primaria municipalizada y a hacerla más controlada y dependiente de los Servicios de Salud (al margen de que estas limitaciones sean o no beneficiosas), lo que parece ir en contra del espíritu mismo que justificaba su aplicación. En lo conceptual, pareciera que el SNSS pretende recuperar, por lo menos en parte, su tuición sobre los consultorios. Esto permite suponer que si las disposiciones del nuevo Estatuto no son capaces de mejorar el sistema -de lo cual el Colegio está seguro- habrá que ir estableciendo progresivamente nuevas normas, nuevas limitaciones, nuevas dependencias, que van a terminar reponiendo la situación inicial de dependencias del SNSS.
- * El proyecto no cumple con uno de sus objetivos esenciales, promover la participación de la comunidad, lo que, por lo demás, podría lograrse por otros medios.
- * El proyecto atomiza inútilmente el sistema de salud pública, creando innecesariamente más de trescientas entidades administrativas que no tienen la capacidad técnica ni financiera necesaria para el manejo de la salud.
- * La iniciativa institucionaliza la descoordinación de gran parte de la atención primaria con las atenciones secundaria y terciaria, creando dificultades difíciles de solucionar en la derivación de los pacientes y graves problemas de insatisfacción y frustración en los sectores profesionales, especialmente de médicos.
- * Asimismo, el proyecto crea importantes desequilibrios entre las comunas ricas y pobres, agravados, en oportunidades, por factores dependientes de las características propias de las personas responsables de la municipalidad respectiva.
- * No se puede pretender solucionar, a través de una ley, la situación que vive sólo un sector de la salud del país, desconociendo el hecho real de que es todo el sistema de salud el que está en crisis.

Es por esto -concluyó-, que el Colegio Médico estima que este tema debe ser incorporado al análisis de la problemática total de la salud, en un debate nacional sobre el mismo.

Por todo lo anterior sugirió retardar el despacho del proyecto.

b) Colegio de Cirujano-Dentistas de Chile A.G.

A su vez, el señor Presidente del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., expresó que esa entidad ha representado con anterioridad, tanto a las autoridades de gobierno como a las legislativas, su absoluta oposición al proceso de municipalización. Las razones para fundamentar esta afirmación son:

- * La municipalización implica una importante dispersión de recursos públicos en un área tradicionalmente deficitaria, como es la de salud.
- * El proyecto de ley implica un aumento de la burocracia en dicha área, al diluirse en 334 municipalidades a lo largo del país, las que, a su vez, tendrán sus respectivas entidades administradoras y establecimientos, con las consiguientes instancias administrativas.
- * La municipalización de la salud es contraria a una concepción verdadera de descentralización; es lesiva para los intereses y legítimas aspiraciones de los profesionales, no sólo en sus remuneraciones, sino en sus posibilidades de perfeccionamiento, carrera funcionaria y otros beneficios antes garantizados por la norma contractual contenida en la Ley Nº 15.076.
- * La municipalización es discriminatoria e injusta, al permitir que se generen, según los recursos de cada municipio, estructuras de mayor o menor complejidad técnica, que redundan en odiosas diferencias en sueldos y recursos para la población beneficiaria.
- * Criticó que se pretenda establecer el proceso como definitivo e irreversible, al traspasarse los bienes inventariados, muebles e inmuebles, hasta ahora asignados en comodato, como propiedad definitiva de cada municipio.
- * La municipalización puede suponer la incorporación de agentes externos en la gestión del sector salud, que puede introducir vicios tales como politización, autoritarismo, desconocimiento de las decisiones técnicas y, finalmente, incompetencia.

Principalmente por estas razones, se solicitó al Ejecutivo el retiro del proyecto de ley al Ejecutivo y al Poder Legislativo, su rechazo.

c) Colegio de Enfermeras de Chile A.G.

Dicha orden profesional señaló que la atención primaria, al seccionarse respecto del resto del sistema, rompió la comunicación mínima necesaria entre sus funcionarios y demostró no estar preparada suficientemente para abordar de un modo integral el tema de la salud, lo que significó que los servicios de urgencia se vieran colmados de público, requiriéndola.

El proyecto de ley es perfectible, por lo que entregaron a la Comisión de Salud una minuta de observaciones a distintos artículos de la iniciativa. Eso sí, rechazaron la idea de traspasar definitivamente a las municipalidades los bienes inventariados, mientras el sistema no demuestre viabilidad.

Asimismo, solicitaron que, respecto de las entidades administradoras de salud municipal, se agregue a su condición de personas jurídicas la exigencia de una formación en salud pública, que permita hacer una eficiente administración y operación de los establecimientos de atención primaria.

d) Colegio de Matronas de Chile A.G.

Los representantes del Colegio de Matronas de Chile A.G., hicieron diversas observaciones específicas respecto del articulado del proyecto, relacionadas con el quehacer de su gremio y, además, formularon algunas consideraciones de carácter general.

En tal sentido, manifestaron que a partir de los objetivos prioritarios del actual gobierno - el mejoramiento de los niveles de calidad de vida de los chilenos-, resulta indispensable dictar un Estatuto de Salud Municipal que asegure la consolidación de la atención primaria de salud como una estrategia de desarrollo; que determine el marco legal en el cumplimiento de la equidad como una meta común de las políticas sociales, permitiendo la integralidad del Sistema Público de Salud, la descentralización y la intersectorialidad; que sea capaz de mantener las acciones programáticas para enfrentar los riesgos del actual perfil epidemiológico y facilite la participación de la comunidad en la reorientación de sus hábitos y estilos de vida, para prevenir las enfermedades emergentes y que asegure una carrera funcionaria en igualdad de condiciones con otros ministerios. Asimismo, señalaron que debe considerarse a la municipalidad como única entidad administradora. Esta facultad, entregada a entidades privadas, atenta contra la carrera funcionaria y, por ende, contra la estabilidad laboral.

e) Coordinadora Nacional de Atención Primaria Municipalizada

Dicha entidad destacó la importancia que el proyecto tiene para aproximadamente 15.000 trabajadores. Si bien no soluciona los problemas de fondo del sector, contempla algunos beneficios para los trabajadores.

Las principales inquietudes que les merece el proyecto son:

- * Consideran que la estabilidad laboral no se encuentra garantizada en el Estatuto, toda vez que se contempla como causa de despido la reducción del aporte presupuestario.
- * Piensan que debe haber una homologación de remuneraciones entre los trabajadores del sector municipal y sus pares de los Servicios de Salud.
- * Consideran preocupante el traspaso definitivo de los bienes actualmente dados en comodato. Una corporación de derecho privado bien podría, salvo expresa prohibición legal, utilizar estos bienes con un fin distinto al de salud, e incluso enajenarlos.
- * Estiman que el cargo de Director del Departamento de Salud Municipal no puede ser de confianza edilicia. Debe, a su entender, proveerse por concurso público de antecedentes.
- * En lo que dice relación con el financiamiento per cápita que contempla el proyecto, piensan que el sistema constituye un avance, pero que todavía es insuficiente. Significaría un aporte extraordinario de alrededor de 10.000 millones de pesos al año al Presupuesto de la Atención a Nivel Primario, manteniéndose la brecha que hoy existe entre los distintos sectores que brindan salud en el país.
- * Estiman necesario se explicita en el texto del proyecto que los trabajadores de la atención primaria vuelven a tener la calidad jurídica de empleados públicos, en plena concordancia con la función de servicio público que ejercen.

4. LA OPINION DE LOS MUNICIPIOS

a) Asociación Chilena de Municipalidades

Los representantes de la Asociación Chilena de Municipalidades destacaron que, en su calidad de representantes de 238 municipios del país, hacían presente la urgencia de contar con una ley que regule la materia, sin perjuicio de que se le introduzcan las modificaciones necesarias para suplir sus carencias y salvar sus defectos. En cuanto a las normas relativas al financiamiento, sostuvieron que debe establecerse expresamente que cada entidad administradora de salud recibirá los fondos necesarios para su gestión, por intermedio del Ministerio de Salud. Además, resaltaron la importancia de separar los parámetros población beneficiaria; índice bfo-médico; porcentaje pobreza comunal; ruralidad; dispersión geográfica (densidad) y número de atención realizada, haciendo hincapié en que el uso del parámetro biomédico debe orientarse a premiar a las comunas

que mejoren tales índices, y manifestando su preocupación en relación a que el Fapem no guarde relación con los índices de pobreza y biomédicos.

Por otra parte, manifestaron su opinión en el sentido que, al establecerse la facultad de celebrar convenios con las Isapres, debiera también señalarse que el obligado al pago es la institución de salud previsional respectiva y no su beneficiario, evitando, de esta forma, que el paciente sea quien deba pagar al momento de atenderse en el consultorio, lo que, en la práctica, resulta muy difícil.

Refiriéndose a la norma que permite a las municipalidades efectuar aportes a los establecimientos de salud -artículo 54-, señalaron que entre los distintos municipios se producen importantes diferencias, manifestando que era conveniente establecer expresamente que la atención primaria es responsabilidad del Estado y que la municipalización de la salud se da en el marco de la descentralización, para que las municipalidades puedan destinar recursos con el objeto de mejorar los sueldos de funcionarios y generar nuevas estrategias de atención. En lo que dice relación con el Proyecto de Programas de Salud Municipal, opinaron que, aprobado por el correspondiente Servicio, el mismo debe ser totalmente financiado por el Estado a través del Ministerio de Salud, para evitar que los municipios cubran los déficits que se producen cuando el Fapem no los financia totalmente.

Por último, y en relación a la bonificación extraordinaria compensatoria, que se considera en una norma transitoria, hicieron presente su opinión en el sentido que debe considerarse la antigüedad de los funcionarios para su cálculo, pues estiman que las personas traspasadas desde el Servicio Nacional de Salud y las de mayor antigüedad, son las que han visto más deteriorados sus sueldos, situación que no se presentaría con los funcionarios recién ingresados.

b) Municipios rurales

En general las autoridades edilicias de los municipios rurales tienden a coincidir en que tanto las normas del Estatuto como las políticas adoptadas, corresponden a consultorios urbanos, siendo muy difícil adaptarlas a los que revisten el carácter de rurales. Problemas centrales de las comunas rurales para cumplir con los programas de salud establecidos son, entre otros, los siguientes:

- * Falta de recursos, tanto económicos como de infraestructura. El estatuto debería establecer que los mayores gastos que signifique sean de cargo del presupuesto de la nación y no de los municipios.
- * Bajas rentas, tanto para los profesionales como para el resto de las personas que laboran en el sector. Las normas del proyecto sobre remuneraciones consideran montos que

están muy por debajo de las pretensiones actuales de los profesionales médicos y dentistas.

- * Falta de incentivos para atraer a profesionales a comunas alejadas y de alta ruralidad. En particular, no se establece el derecho a la beca de retorno de los profesionales médicos, en desmedro del personal médico del Servicio de Salud. Incluso la norma del estatuto que permite conceder una asignación de estímulo, previa aprobación del respectivo concejo municipal, presionará negativamente a aquellos municipios cuya situación presupuestaria dificulte su otorgamiento.
- * Por otra parte, se hace necesario proveer a las comunas rurales y alejadas de presupuestos mayores, para que éstas puedan mantener sus equipos completos, sin estar expuestas a una permanente rotativa. En relación a la capacitación que se entrega tanto a profesionales como a auxiliares, ésta debe ser adecuada a la realidad que vive la comuna.
- * El nivel educacional y socioeconómico de la población hace que la labor del equipo de salud sea más lenta y difícil, por lo que sería conveniente contar con monitores, a los que habría que incentivar para que ejecuten programas de enseñanza y capacitación de los habitantes del sector. Es necesario, como lo sugirió un alcalde, que se deje establecido cuál es el equipo básico de atención primaria. Sabido es que lo constituyen médicos, matronas y enfermeras, pero resulta importante también el rol profesional del asistente social o educador en salud, toda vez que el principio de participación social es fundamental en la atención primaria.

5. CAMBIOS APROBADOS POR LA COMISION DE SALUD DE LA CAMARA DE DIPUTADOS

Si bien, buena parte del proyecto del Ejecutivo fue aprobado en la Cámara de Diputados, no es menos cierto que el proyecto original experimentó importantes modificaciones. En efecto, 37 artículos fueron modificados por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados; uno fue suprimido (artículo 11 transitorio) y cinco fueron creados (36, 44, 48 y 54 permanentes, y 3º transitorio). Veamos las razones y las circunstancias por las que se realizaron dichas modificaciones y adiciones.

1. EL ESTADO ACTUAL DE TRAMITACION DEL ESTATUTO REVELA UN PROYECTO NOTORIAMENTE DISTINTO AL ORIGINAL DEL EJECUTIVO

Como vimos, el proyecto del Ejecutivo tenía por objeto «fortalecer la atención primaria de nivel municipal, adecuarla e integrarla plenamente al Sistema de Salud. El proyecto regula y homogeniza las normas que rigen al personal de atención primaria de salud de mayor complejidad; perfecciona la gestión de salud local integrada a la intersectorialidad y reorienta y racionaliza el

financiamiento proveniente del Ministerio de Salud, estimulando al mismo tiempo, el aporte municipal».

Del análisis hecho a nivel de lo ocurrido en la Cámara de Diputados y del Senado se debe destacar :

- * En el ámbito del personal, la normativa aprobada por la Comisión de Salud del Senado consagra una carrera funcionaria donde se reconoce y prioriza la experiencia, el perfeccionamiento y el mérito funcionario. Se reconoce a los trabajadores de salud municipal como funcionarios públicos de dicho sector. Se define una escala de sueldos homogénea y se crean distintas asignaciones.

Sin embargo, se debe poner de relieve que en la Comisión de Salud del Senado se haya establecido, con los votos favorables de los senadores Sra. Feliú y señores Larre y Prat, que supletoriamente se aplicarán las normas del Código del Trabajo y sus leyes complementarias. Como lo señalaron los senadores de la oposición se busca con esta norma flexibilizar el sistema, evitando rigideces en el manejo del personal. Esto se opone expresamente a lo que planteó en su momento el gobierno y a la demanda de los trabajadores.

- * En el ámbito financiero, se reemplaza el sistema de Facturación Prestada Municipal (Fapem) por una asignación per cápita, ajustada según las características epidemiológicas, geográficas y sociales de la comuna.
- * Resulta relevante destacar que el aporte mensual que recibirá cada entidad administradora de salud municipal se determinará mediante decreto fundado del Ministerio de Salud, previa consulta al Gobierno Regional. Esto último es preocupante, por lo señalado en el trabajo del Sr. Vallespín que complementa el presente.
- * En el ámbito de la rearticulación de la atención primaria a los Servicios de Salud, se establecen los procedimientos para el diagnóstico de salud y la formulación del Programa de Atención Primaria de Salud Municipal, basado en las normas del ministerio de Salud y del respectivo Servicio de Salud, asegurando un mecanismo eficaz de supervisión e inspección técnica del organismo central, mediante un proceso de evaluación permanente, orientado a perfeccionar los planes y programas en el marco de las políticas del Ministerio de Salud.

Sin embargo, los mecanismos reguladores y de supervisión, que recaían en manos del gobierno central, del Servicio de Salud respectivo o de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, prácticamente han desaparecido. Es el caso de las materias relativas a:

- * Definición y aprobación de las dotaciones de atención primaria de salud municipal (actuales artículos 11, 12, 13 y 14).
- * Aprobación y regulación de la petición de las municipalidades para aumentar el 20% de los funcionarios transitorios en situaciones de emergencia (antiguo artículo 16).
- * Participación en las comisiones de concursos para todos los cargos de contrato indefinido (actual artículo 32).
- * Evaluación y fiscalización efectiva del programa de salud municipal a manos del Servicio de Salud (antiguos artículos 57, 58 y 59 en comparación con actual artículo 57).
- * Participación plena en las comisiones técnicas de salud intercomunales, las que quedan reducidas al carácter de asesoras.
- * Establecimiento de multas si no se cumple con las indicaciones del Servicio de Salud (art. 59 del proyecto original).

2. EL PROYECTO DE ESTATUTO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL ESTA ATRAVESADO POR CRITICAS OPUESTAS Y EXCLUYENTES

Por una parte, el proyecto es criticado por quienes, en los hechos, no creen en la descentralización de la salud a nivel municipal (o por lo menos, son contrarios a la forma como ella se ha llevado a la práctica). Aquí se incluyen la mayoría de los colegios profesionales y los trabajadores de la salud municipal.

Desde esta perspectiva se critica el Estatuto por :

- * Aislar la atención primaria de salud de los niveles secundarios y terciarios y producir el desmembramiento y desarticulación del sistema de salud;
- * Entregar la atención primaria a municipalidades que no tienen capacidad técnica ni administrativa para ejercer esta función. Más aún, se entrega poder a un alcalde que tendería a «politizarla»;
- * Terminar con la tuición del Ministerio de Salud sobre la atención primaria; y,
- * Aislar al personal de la salud municipal del resto del personal de salud, perjudicando sus

posibilidades de perfeccionamiento y desarrollo profesional. A ello debe agregarse la inestabilidad laboral.

Por la otra, el proyecto es criticado justamente por significar un retroceso en el proceso de descentralización de la salud y de fortalecimiento de la autonomía municipal. Aquí se incluye preferentemente a la derecha y a sus institutos de estudios. Es esta visión la que, por su control del Senado, ha impuesto los mayores cambios al Estatuto.

Desde esta perspectiva se critica al Estatuto por :

- * Aumentar las dificultades a la gestión de las municipalidades al introducir numerosas rigideces e intromisiones del Ministerio de Salud en la administración de atención primaria municipal; y,
- * Establecer una Carrera Funcionaria homogénea para todos los municipios del país, lo que atenta contra la autonomía municipal, rigidiza el sistema y lo politiza al fomentar indirectamente una lógica de demandas centralistas, al percibirse al gobierno como principal empleador.

Todo esto hace extremadamente compleja la tramitación del proyecto y explica sus modificaciones al interior del Congreso.

3. EL ESTATUTO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL ES PARTE DE UNA REFORMA POLITICA DE LA SALUD PUBLICA

Se ha sostenido que la tendencia, especialmente en materia de salud pública, es tratar una política de reforma como un proceso económico o tecnocrático. La forma de llevarla a cabo y la explicación de los problemas que se presentan son normalmente materias oscuras. Sin embargo, una reforma en el sector salud deviene necesariamente en una cuestión política. Ello por las siguientes razones :

- * Toda reforma es producto de un conjunto de valores que expresan una determinada visión ideológica de la sociedad. Así, una reforma en el sector salud puede sustentarse en ideas utilitarias, que buscarán los mejores resultados con el menor costo posible; en ideas comunitarias, las que pondrán el acento en políticas redistributivas en aras del Bien Común; y en ideas liberales, que tendrán por núcleo central la libertad individual, limitando el rol del Estado.
- * Toda reforma producirá cambios en la distribución de los bienes al interior de la

sociedad, favoreciendo al sector urbano sobre el rural, a los ricos sobre los pobres, a los organizados sobre los no organizados, etc.

- * Toda reforma significará asumir demandas y apoyos, oposiciones y rechazos por parte de los distintos grupos dentro de la sociedad. Así, cambios en el área de la salud involucrarán a grupos de interés, burocracias públicas, partidos políticos, agentes internacionales, etc.
- * La oportunidad política en que una reforma sea llevada a cabo es crucial para su éxito. La primera etapa de un gobierno pareciera ser un momento más propicio para promover reformas. Tiempos de crisis, de grandes demandas de cambio, de modificaciones en los cuerpos legislativos o de transiciones de un régimen político a otro, son momentos que pueden acicatear el cambio.
- * Por último, la propia estabilidad de un régimen político puede ponerse en juego en caso de una política de salud pública mal concebida o aplicada. Sería el caso de Indira Gandhi y su política de planificación familiar.

La experiencia comparada demuestra que las políticas de reforma en salud son más problemáticas en la medida que se caracterizan por poseer complejos aspectos técnicos, cambios globales del actual sistema de salud, multiplicidad de actores comprometidos, diversidad de objetivos, objetivos ambiguos y larga duración.

4. POR SER ESTE PROYECTO EXPRESION CONCRETA DE UNA REFORMA POLITICA AL SISTEMA DE SALUD PUBLICA, SE DEBEN DESTACAR SUS ASPECTOS POLITICOS

Resulta necesario destacar lo anterior, pues pareciera ser evidente que el proyecto de estatuto no ha recibido el tratamiento político que requiere. Decimos esto porque:

- * El espíritu del proyecto está atravesado por la necesidad de satisfacer las demandas de los trabajadores de la salud, que han presionado fuertemente y que adhieren en los hechos a un modelo centralista y a los que alegan un mayor control del Ministerio y los Servicios sobre el sector municipal. Ello ha sido imposible porque particularmente la derecha ha puesto el acento en una autonomía municipal casi absoluta y por la flexibilización máxima de las relaciones laborales.
- * Las reformas emprendidas en otros países en el área farmacológica demuestran que los grupos de interés devienen en actores centrales. En nuestro caso, constituye una evidente debilidad del estatuto el hecho de contar con el abierto y público rechazo de colegios profesionales de primer orden.

- * La burocracia pública no ha sido suficientemente partidaria del proyecto. El 78,6% de los directores de servicio y secretarios regionales ministeriales de Salud dieron a conocer su desacuerdo con lo establecido por el Estatuto en materia de relaciones entre la municipalidad y el Ministerio de Salud.

Aún más, esta disparidad de criterios se expresó, por parte de directores de servicios y Seremis, dentro de las comisiones de salud del Congreso Nacional. Así, por vía ejemplar, el Director del Servicio de Salud de la VI Región, doctor Enrique Dinstrans, manifestó ante la Comisión de Salud del Senado que, en general, el Estatuto no soluciona problemas básicos de la atención primaria como estrategia, ni contribuye a articular el sistema en beneficio del usuario. Además, criticó la municipalización de la salud.

- * La experiencia comparada demuestra que las reformas exitosas contaron con líderes políticos que lograron conciliar los intereses de todos los miembros de su coalición. Más aún, dicha experiencia demuestra que para resistir a las presiones de referentes internacionales o de agentes internos como grupos de presión y partidos opositores se requiere una coalición unida.
- * Ello no ha ocurrido en el caso que nos preocupa pues, particularmente a nivel del Senado, las voces disonantes han sido categóricas. El senador de la Concertación Sr. Nicolás Díaz ha propuesto «la desmunicipalización de la salud primaria», señalando que una política centralista se hace imprescindible.
- * La opinión pública manifiesta constantemente su preocupación por el estado de la salud en Chile. En 1993 representa para el 50 % la principal preocupación. Y, lo que es más grave, el 65,4% cree que el estado de la salud se ha mantenido o empeorado, a pesar de los notables incrementos del presupuesto en salud. Lo anterior apunta a la necesidad de, junto con atacar el problema de raíz, mejorar la política comunicacional del ministerio.
- * El hecho de haber realizado parte de la tramitación del proyecto a fines del gobierno de Patricio Aylwin, en un Senado controlado por la oposición, implicó una serie de cambios negativos, producto de la acumulación de problemas propios del final de un gobierno y de la oposición de la derecha.

5. A MODO DE CONCLUSION

Resulta indispensable definir con mayor vigor cuál es la voluntad política del gobierno en esta materia. A este respecto, se debe señalar que el estado actual de proyecto difiere enormemente

del proyecto original. Si bien éste mantiene una serie de avances, en la óptica del gobierno, dos aspectos deben ser evaluados :

- * El hecho que el Estatuto que probablemente será aprobado por el Senado no satisfará las demandas de los trabajadores de la salud municipal, particularmente en materia de estabilidad laboral y remuneraciones. Por otra parte, los recientes anuncios del Ministerio de Educación en orden a flexibilizar el Estatuto Docente, deben ser tenidos en cuenta en este debate. De ahí que se sugiera que se realicen contactos en el referido ministerio, a fin de recoger experiencia y visiones. Además, se hace indispensable sostener reuniones con los trabajadores de la salud municipal, aclarándoles las posibilidades reales de aprobar un proyecto de ley favorable a sus expectativas y la responsabilidad de quienes no lo hacen posible.
- * El Ministerio de Salud debe contactarse con los Colegios Profesionales, particularmente con el Colegio Médico A.G., con el objeto de dar a conocer el estado actual del proyecto. Junto con ello debe particularmente dar a conocer aquellas modificaciones del proyecto del Ejecutivo y que quitan tuición al Ministerio de Salud. Se debe poner el acento en que el proceso de municipalización es irreversible; que la reforma necesaria de todo el sector salud sólo puede realizarse por partes y que las decisiones son urgentes y ya están atrasadas.

Estas tres instancias de diálogo son indispensables para definir una propuesta ministerial. De cada una de ellas deberán elaborarse sendos documentos que definan una postura, recordando que la experiencia comparada demuestra la importancia de alcanzar consensos en estas materias.

- * Definida una opción, se debe homogenizar la postura del gobierno y la de los parlamentarios de la Concertación. No puede seguir habiendo tal dispersión de opiniones, las que restan fuerza y claridad a la voluntad política del Ejecutivo. Para estos efectos se sugiere realizar talleres de trabajo.
- * El tratamiento con la derecha es clave para los efectos de la aprobación del Estatuto. Para estos efectos, una vez homogenizada la opinión al interior de la coalición gobernante y alcanzados mayores niveles de acuerdo con los actores gremiales y públicos, se debe realizar una estrategia más agresiva sobre la base de la urgencia de contar con el estatuto. La opinión pública, los trabajadores de la salud municipal y los actores gremiales requieren una resolución. No se debe olvidar que existen dos estrategias político-democráticas para presionar por una reforma: pedir la aprobación de ella inmediatamente después de haber recibido un mandato popular claro en una elección o presentar el paquete de reformas y pedir el voto de quienes estén de acuerdo en una elección

posterior. No olvidemos que la experiencia comparada (el caso norteamericano es elocuente) demuestra que no es difícil poner a la salud en el primer lugar de la agenda política de un país. A este respecto, es indispensable recordar que tendremos elecciones municipales dentro de un lapso relativamente breve.

MEDIO AMBIENTE Y SALUD

BEATRIZ HEYERMANN

¿QUÉ ES UN PROBLEMA DEL MEDIO AMBIENTE?

El ser humano desde siempre ha interactuado e interferido con la naturaleza y con sus procesos en busca de sustento, abrigo y fundamentalmente en pos del proceso de desarrollo económico-social. De esta interacción se han ido generando una serie de consecuencias, algunas de éstas positivas y otras no.

Desgraciadamente, la importancia de la problemática ambiental nos lleva continuamente a fijarnos en los efectos negativos de las intervenciones del hombre en la naturaleza. Se nos olvidan la serie de elementos aceptables, útiles y positivos que resultan de esta intervención. Sin olvidar esto, analizaremos lo que se entiende por problema del medio ambiente.

Los problemas del medio ambiente incluyen el deterioro y el desaprovechamiento de los recursos naturales, la contaminación en sus diferentes formas, y una serie de problemas globales como son el calentamiento de la atmósfera debido al efecto invernadero, la destrucción de la capa de ozono, etc. La contaminación -parte importante de la dinámica ambiental (30 a 40% de ella)- se refiere a la acumulación de desechos que se produce como consecuencia de gran parte de las actividades humanas. Sánchez Vicente (1989) «El desarrollo y la contaminación». Cuadernos Médico Sociales, Vol XXX, nº 1, Santiago, Chile/26.

Existe una clara relación entre el sistema natural y el sistema social, interviniendo el uno en el otro. Por ejemplo, podemos decir que las condiciones naturales de Santiago influyen en la contaminación atmosférica y que probablemente el problema de contaminación del aire de Santiago sería menor si -sin alterar la producción de elementos contaminantes- estas condicionantes naturales fueran diferentes. Así la relación entre el hombre social, la sociedad y el medio, es de dos vías, influyéndose mutuamente. Un problema medioambiental es percibido como tal generalmente cuando se sobrepasa el punto de equilibrio, desbalanceándose el sistema hacia un lado o hacia el otro (desastres humanos o naturales). El no considerar el sistema como un sistema dinámico puede causar muchos problemas. No se puede considerar al ambiente como algo inmutable, que no reacciona o responde de alguna manera a otras acciones.

«Los orígenes de los problemas ambientales son complejos y corresponden a una articulación de procesos naturales y sociales, en el marco del estilo de desarrollo socioeconómico que haya adoptado cada país. Los problemas ambientales aparecen cuando las modalidades de explotación de los recursos naturales dan lugar a una degradación de los ecosistemas superior a su capacidad de regeneración.» Conicyt, 1988. «Principios para una política ambiental». (editor, Montenegro S.), Comité de Ciencias Ambientales, Santiago, Chile/11.

Así, ningún problema medioambiental puede ser asumido por algún sector específico, como parte de una política exclusivamente sectorial, sino que debe ser visualizado y asumido en su globalidad. Ninguna autoridad, ministerio o servicio público puede excusarse de su rol en la protección del ambiente, aludiendo a su lejanía del tema. Conicyt, 1988. «Principios para una política ambiental». (editor, Montenegro S.), Comité de Ciencias Ambientales, Santiago, Chile/12. Esta responsabilidad también corresponde y debe, por lo tanto, ser asumida por la población en general. En esta perspectiva, el Comité de Ciencias Ambientales (Conicyt), entregó en 1988 los siguientes principios, derechos y obligaciones de las personas en relación al medio ambiente:

Principios para una política ambiental

Obligaciones y derechos de las personas

Toda persona tiene derecho a que se preserven, conserven y restablezcan las condiciones ambientales que soportan y favorecen la vida en la tierra

Toda persona tiene la obligación de preservar, conservar y restablecer las condiciones ambientales que soportan y favorecen la vida en la tierra

El ejercicio del derecho de propiedad tiene una función social, dentro de la cual se incluye la función ambiental, lo que obliga a conservar los componentes básicos del ambiente sin degradarlos ni deteriorarlos

Nadie puede justificar acciones u omisiones que incidan en el deterioro al medio ambiente, a pretexto de actuar en lo propio o en el ejercicio de facultades legales

Todo acto que sobrepase los límites ambientales establecidos por la sociedad será considerado abusivo y legitimará la adopción de medidas judiciales o administrativas.

Es obligación de la sociedad en su conjunto proteger el ambiente. Así la responsabilidad personal se extiende hacia la comunidad. Conciencia Ambiental

Toda persona tiene derecho a ser educada en torno a su medio ambiente.

Es obligación de la sociedad disponer de conocimiento sobre su medio ambiente y las relaciones existentes entre las actividades humanas y la calidad ambiental

Constituye deber del Estado promover la transmisión de los conocimientos, el desarrollo de las habilidades y destrezas y la internalización de los ideales, valores, intereses y actitudes propicias al respeto y conservación del medio ambiente.

La formación de una conciencia ambiental debe ser concebida como una dimensión y función omnipresente de la educación.

Conservación del medio ambiente

Es un deber de la sociedad la conservación del medio ambiente

La prevención del deterioro o degradación del ambiente deben formar parte de la gestión de toda actividad o proceso susceptible de provocarlos

Fuente: Conicyt, 1988. «Principios para una política ambiental». (editor, Montenegro S.), Comité de Ciencias Ambientales, Santiago, Chile/

CARACTERISTICAS DE LOS PROBLEMAS MEDIOAMBIENTALES

Intersectorialidad

Es una de las características de los problemas ambientales. Cada problema ambiental surge de efectos y factores que provienen de diferentes sectores, e incluso de diferentes regiones geográficas. Tanto la generación de los problemas como su solución pasan por la participación concertada de diferentes sectores.

Incertidumbre

«Lo que hoy es considerado no nocivo puede serlo mañana. Analizar y planificar el desarrollo con una perspectiva medioambiental, significa entonces un enfoque multidisciplinario, transectorial, de tipo integrativo, con una alta incertidumbre que forzará siempre a tener planes y medidas de contingencia para las eventualidades». Sánchez Vicente (1989) «El desarrollo y la contaminación», Cuadernos Médico sociales, Vol XXX, nº 1, Santiago, Chile/30.

POLÍTICA AMBIENTAL- LA LEY MARCO DEL MEDIO AMBIENTE

Salud y ambiente

A pesar de la transición demográfica y epidemiológica en que se encuentra el país, y del cambio en el perfil de los problemas de salud, los problemas ligados al medio ambiente siguen teniendo una presencia importante: antes eran las enfermedades transmisibles, condicionadas en forma importante por las condiciones higiénicas y sanitarias; ahora, las enfermedades asociadas a la contaminación del aire, el agua, los alimentos, las enfermedades laborales y los accidentes.

El presente trabajo pretende entregar una imagen sobre la percepción que tienen personas ligadas al medio ambiente desde diferentes ámbitos, sobre los principales problemas medioambientales del país y la Región Metropolitana, las posibles soluciones y las diferentes instituciones. Para eso, se elaboró una entrevista semidirigida que se aplicó a 27 personas, ligadas a diferentes organismos. Debido a que los diversos actores representaban a organismos con diferente responsabilidad territorial, para el análisis de algunas de las preguntas se dividieron las respuestas según si el organismo del entrevistado tenía responsabilidad local (ej. municipios), regional (Intendencia, Sesma), o nacional. En los siguientes capítulos se analizan las respuestas entregadas.

Estructuras del sector público

Hasta la creación de la policía sanitaria en 1886, la única estructura encargada formalmente del cuidado del saneamiento básico era el municipio. A partir de 1886, debido a la llegada de la

epidemia del cólera y de la viruela, se forma una estructura formal de salud, la Junta de Beneficencia, que asume un rol protagónico en la toma de medidas higiénicas y de salubridad locales. «En este país jamás se han tomado medidas higiénicas. No conozco ley alguna sobre higiene que se haya dictado en Chile y, en materia de ordenanzas, tampoco conozco ninguna- fuera de las que prescriben el barrido de las calles y la limpieza de acequias- que establezca un servicio permanente para la purificación del aire y del suelo, como existe en Inglaterra, en cuyo servicio invierten los ingleses 2.500.000 libras esterlinas anualmente.» Demetrio Lastarria, Boletín del Congreso de Diputados, 1886/74, en Illanes, María Angélica «En el Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia, (...)» Historia social de la salud pública-Chile 1880/1973 (Hacia una historia social del Siglo XX), 1993/68, febrero.

En ese momento (1886), se creó el Instituto de Higiene, que tenía por objetivo examinar muestras de sustancias alimenticias para detectar allí posibles fuentes de infección, y posteriormente, el Desinfectorio (1895) que, por medio de la aplicación de insecticidas químicos, pretendía controlar las enfermedades infecciosas de la población.

Estas fueron las primeras instituciones, aparte de los municipios, que cumplieron algún rol en relación a la situación medioambiental.

Posteriormente, ya en el siglo XX, se dictan los códigos sanitarios. El Código de 1931 creó la Dirección General de Sanidad, que existió como institución autónoma hasta la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952. (Sandoval Hernán, Corey German, Boccardo Horacio (1983?) «Medio ambiente en Chile: Salud». Centro de Investigación y Planificación del Medio Ambiente, Cipma. Ediciones Universidad Católica de Chile).

El SNS, creado en 1952, también tuvo un Subdepartamento de Protección de la Salud con tareas en los ámbitos de:

Higiene ambiental: vivienda, agua, eliminación de excretas, control de vectores.

Control de alimentos: calidad, higiene, tecnología

Higiene, Seguridad y Medicina del trabajo: Saneamiento de los sitios de trabajo, prevención de accidentes y enfermedades laborales

Epidemiología: control de enfermedades transmisibles agudas y crónicas

El Código Sanitario del año 1967 define: «Corresponde al Servicio Nacional de Salud, sin

perjuicio de las facultades del Ministerio de salud pública, atender las materias relacionadas con la salud pública y el bienestar higiénico del país, de acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Constitución Política del Estado».

Así, fueron las instituciones ligadas al sector salud las que cumplieron tradicionalmente un rol en el cuidado y en la prevención de patologías ligadas al medio ambiente. Recién en la década de los 80, y debido al surgimiento de problemas ambientales que sobrepasaron el ámbito de acción de salud, se crean nuevos organismos para que asuman un rol directo en la solución de los problemas medioambientales. El organigrama que se muestra en la siguiente Figura nº 1 muestra las estructuras existentes en 1994, relacionadas con el problema de la contaminación del aire.

Se les preguntó a los entrevistados sobre los principales organismos relacionados con la problemática medioambiental. Los resultados se muestran en la tabla nº 1.

Tabla nº 1
Organismos relacionados con la problemática medioambiental

	Local		Regional		Nacional		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conama	12	17,7	5	16,7	5	12,5	22	16
Sesma	12	17,7	6	20	3	7,5	21	15,2
Otros ministerios	1	1,5	1	3,3	11	27,5	14	10,1
CDRM	10	14,7	2	6,7	1	2,5	13	9,4
Municipios	6	8,8	3	10	3	7,5	12	8,7
Min. de Salud	6	8,8	1	3,3	5	12,5	11	8
Intendencia	8	11,8	3	10	11	8		
SAG; Indap; Sernac; ISP; Codeff; Serviu; EMOS	2	2,9	6	20	3	7,5	11	8
Conaf	6	8,8	2	6,7	1	2,5	9	6,5
Ministerio Transporte	2	2,9	1	3,3	3	7,5	6	4,3
Min. OOPP	1	1,5	2	5	3	2,2		
Corema	3	7,5	3	2,2				
Cámara Diputados	2	2,9	2	1,4				
TOTAL	68	100	30	100	40	100	138	100

Bienes Nacionales: Ministerio de carácter técnico. Ministerios de Vivienda, Transporte, Obras Públicas, Hacienda, Secretaría General de Gobierno, Justicia, Secretarías Regionales de Educación.

Los organismos más nombrados en total fueron Conama, el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente Sesma, y otros ministerios. Al analizar las respuestas según el nivel de acción del entrevistado, se puede observar que, en los diferentes niveles, Conama es uno de los más nombrados. Los entrevistados de nivel nacional se refieren principalmente a los ministerios, y los de nivel regional, a otras instituciones.

ROL DE DIFERENTES SECTORES NACIONALES, REGIONALES Y LOCALES

Rol del sector público en el ámbito del medio ambiente

Según la Comisión de Coordinación Intersectorial, las tareas del gobierno en lo que se refiere al medio ambiente serían las siguientes:

«Le corresponden al Gobierno al menos las siguientes tareas:

1. Crear y promover las condiciones para un equilibrio entre el desarrollo humano y las condiciones medioambientales
2. Incorporar el concepto de intersectorialidad y de participación para la gestión ambiental
3. Corregir las insuficiencias del mercado» Comisión Coordinación Intersectorial (1994). «Un proyecto de Salud para Chile». Cuadernos Médico sociales, Vol XXXV nº1, abril./ 45.

Se preguntó por el rol de organismos de:

1. Nivel nacional: Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Medio Ambiente Conama y Comisión de Medio Ambiente de la Cámara de Diputados, otros ministerios.
2. Nivel regional: En la Región Metropolitana, Comisión de Descontaminación de la Región Metropolitana, Intendencia, Consejo Regional, Servicio de Salud del Ambiente SESMA, Servicios de Salud Asistenciales.
3. Nivel Local : Municipios, Consejo Municipal, consultorios de salud.

La tabla nº 2 muestra la distribución de las respuestas en relación a la percepción de los entrevistados sobre el rol de las diferentes instituciones nacionales con respecto al medio ambiente.

Tabla nº 2
Rol de Instituciones de Nivel Nacional
Ministerio de Salud

Rol			
Local	n=37		
Regional	n=10		
Nacional	n=11		
Fijar normas, reglamentos	7	2	2
Educación, promoción, prevención, fomento y control	10	1	
Fiscalización	4	1	3
Fijar políticas	5	1	
Cuidado de la salud	2	1	1
Generar programas	3		
Ninguno, no es importante	1	1	1
Comisión Nacional del Medio Ambiente Conama			
Rol			
Local	n=30		
regional	n=14		
Nacional	n=13		
Coordinación	4	4	3
Elaboración de políticas	3	2	3
Implementación de la Ley del Medio Ambiente, evaluación de impacto ambiental	3	1	1
Informar-educar	5	1	
Normar	3	2	
Buscar recursos	3	2	
Informes técnico, investigaciones y estudios	2	1	1
Comisión de Medio Ambiente de la Cámara de Diputados			
Rol			
Local	n=21		
Regional	n=12		
Nacional	n=11		
Legislar	10	5	6
Fiscalizar	4	2	3
Elaborar políticas	1	2	
No sabe, no tiene importancia	1	2	1

Al Ministerio de salud se le sigue dando un rol importante en la definición de políticas, planes y programas, y en la fiscalización. Por otra parte, se evidencia la necesidad de tener una actitud preventiva frente a los problemas ambientales.

A Conama, a pesar de ser de creación reciente, se le asigna principalmente el rol de coordinación y de elaboración de políticas medioambientales, en el ámbito de la implementación

de la Ley Marco del Medio Ambiente. A la Cámara de Diputados se le asigna un rol de legislación y la fiscalización de las instituciones estatales. Estas son las funciones asignadas en la Constitución a la Cámara, por lo que no se le atribuye ningún rol específico en materia ambiental.

La dispersión de las respuestas muestra que no hay una clara imagen del rol de cada una de estas instituciones.

2. Otros Ministerios:

Al consultarse sobre otros Ministerios que tengan algún rol, se puede observar que la protección del medio ambiente es visto como altamente intersectorial. Así algunos proponen la creación de un Ministerio de Ecología o del Medio Ambiente, «Técnico, sin partidismos y que fiscalizara, filtrara y aporbara todas las iniciativas que generen otros ministerios». En otros casos se propone la realización de trabajo conjunto de todos los ministerios, a través de la conformación de equipos interministeriales, o bien el impulso a la implementación de estrategias sectoriales medioambientales. Por otra parte se sugiere apoyar a instituciones de nivel nacional como CONAMA o al Ministerio de Salud para que asuman un liderazgo en la conducción del tema.

Los Ministerios que se perciben más ligados al tema ambiental son: salud, hacienda, vivienda, educación, transporte, agricultura, obras públicas y bienes nacionales. Los roles específicos de algunos de los ministerios se describen a continuación.

Hacienda

Se sugiere que este Ministerio actúe por medio de incentivos económicos, positivos o negativos, regulando a través de la economía acciones de protección del medio ambiente. Estos incentivos se perciben principalmente en función de la ley de rentas.

Por otra parte se percibe la necesidad de dotar de los recursos económicos necesarios a los distintos sectores públicos involucrados en la gestión ambiental.

Transporte

Al Ministerio se le atribuye el rol de encabezar el diseño y la elaboración de planes nacionales y regionales de desarrollo urbano, y de desarrollar una adecuada política vehicular.

Educación

«Insertar en los currículos de la educación formal y a través de diversos canales en la educación informal, elementos que promuevan los conceptos de la protección y recuperación del

entorno.» Esta respuesta dada por el Director del Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente SESMA, Dr. Mauricio Ilabaca, representa la opinión de los encuestados sobre el rol que le corresponde al Ministerio de Educación.

Vivienda

El rol percibido para el Ministerio de Vivienda se relaciona principalmente a la creación y protección de áreas verdes en zonas urbanas. Por otra parte también se señala la necesidad de crear una reglamentación para que las viviendas que se construyan permitan una adecuada calidad de vida, evitando el hacinamiento, las malas condiciones sanitarias, la falta de seguridad, etc..

Agricultura

La difusión de información sobre el medio ambiente y la preservación de las riquezas naturales, son las tareas percibidas para este Ministerio. Se espera que este aplique la legislación vigente y que a través de un control y fiscalización adecuados proteja las riquezas naturales.

B. Rol de entidades de nivel regional en las políticas medio ambientales

En relación a las diferentes entidades de nivel regional, Gobierno Regional, Servicios de Salud, y dos entidades específicas de la Región Metropolitana, el SESMA y la CDRM, Los entrevistados perciben un rol más operativo que las de nivel nacional. Así, al Intendente se le atribuye la función de coordinador de iniciativas regionales, planificador y ejecutor de políticas, planes y programas medioambientales, apoyado por el consejo regional.

Los Servicios de Salud debieran asumir una acción principalmente preventiva, a través de la educación, el desarrollo de campañas, sin dejar de lado su función de fiscalización. Esta función es asumida por los Departamentos de Programas del Ambiente (DPA), a nivel de los 26 Servicios de Salud Asistenciales. Estos DPA deben hacer cumplir el Código Sanitario en el ámbito de su jurisdicción.

Tabla Nº 3
Rol de entidades regionales

Intendente			
Rol	Local n=22	Regional n=15	Nacional n=9
Coordinar	7	3	3
Ejecutor de políticas, programas, unidad creativa	2	3	3
Planificación nacional	5	2	
Fiscalizador	4	1	
Consejeros Regionales			
Rol	Local n=19	Regional n=8	Nacional n=6
Asesor	9	2	1
Desarrollar acciones, implementar políticas, desarrollar proyectos	3	3	2
Regulador del financiamiento	3		
Servicios de Salud			
Rol	Local n=18	Regional n=9	Nacional n=7
Educación, campañas	6	2	1
Prevención	3	2	1
Fiscalizar	2	1	3
Ejecutor de acciones		3	1
Comisión de descontaminación de la Región Metropolitana CDRM			
Rol	Local n=17	Regional n=10	Nacional n=7
Ejecutar acciones concretas, proyectos	5	3	3
Debiera ser la COREMA de la RM	6	2	
Coordinar	2	2	1
Servicio de salud Metropolitano del Ambiente SESMA			
Rol	Local n=29	Regional n=13	Nacional n=9
Fiscalizar, control, autorizar	14	4	7
Educación, prevenir	2	4	1
Sancionar	4	1	

La creación de CONAMA y la implementación de las COREMAS (Comisiones Regionales del Medio Ambiente), va a determinar que en un futuro próximo la Comisión de Descontaminación de la Región Metropolitana deje de cumplir la función que ejecuta actualmente y pase a funcionar como la COREMA de la Región Metropolitana. Esto es apoyado por un número importante de los entrevistados (33%). Un 46% lo ve principalmente en la búsqueda de soluciones específicas y en la realización de acciones concretas.

El rol de fiscalización es entregado principalmente al Servicio de Salud del Ambiente SESMA, sin dejar de lado una acción en el ámbito de la prevención y la educación de la población.

C. Rol de los diferentes entes de nivel comunal en las políticas medio ambientales

En el nivel local, los municipios son los principales responsables de las condiciones medioambientales. El rol del municipio es percibido principalmente en la coordinación entre las diferentes instituciones que intervienen en esta área, y hacia la comunidad. El desarrollo de acciones de promoción, educación, y participación es considerado un elemento importante para lograr incluir a la comunidad en el cuidado y la prevención de los riesgos derivados del medio ambiente.

El concejo municipal es considerado un elemento de apoyo y asesoría directa al alcalde en la proposición y aprobación de planes y proyectos en temas medioambientales. Por otra parte es considerado como un canal de participación de la comunidad en la gestión municipal.

A los establecimientos de salud primaria se les liga en forma importante a acciones de educación y promoción dirigidas hacia la comunidad.

Tabla N° 4
Rol de entidades de nivel comunal

Alcaldes			
Rol	Local n=30	Regional n=10	Nacional n=9
Coordinación	7	2	1
Educación, participación, promoción	6	2	1
Planificación	3	1	
Consejeros municipales			
Rol	Local n=22	Regional n=13	Nacional n=7
Asesor	6	4	2
Proponer y discutir planes y proyectos	4	6	1
Participación de la comunidad	4		
Establecimientos de salud primaria			
Rol	Local n=16	Regional n=13	Nacional n=8
Educación	9	5	3
Prevención y promoción	4	2	1

D. Rol del sector privado y de la comunidad

Otros actores como la comunidad y el sector privado, tienen en el tema del medio ambiente un rol muy importante. Al consultarles a los entrevistados sobre el rol que debiera asumir el sector privado, más que un rol específico, se espera que este tome conciencia de su responsabilidad en el problema y asuma las medidas técnicas necesarias para evitar la contaminación generada en las actividades productivas. Por otra parte se sugiere que estos entreguen recursos financieros, a través de impuestos por ejemplo, que permitan a las instituciones públicas ejecutar acciones concretas para luchar contra la contaminación.

Tabla Nº 5
Rol del Sector Privado

Rol	Local n=21	Regional n=15	Nacional n=10
Tomar medidas técnicas para evitar la contaminación	3	2	1
Tomar conciencia	4	2	
Financiamiento, a través de impuestos, fondo	5		

En relación a la comunidad (tabla nº 6), se la percibe como un agente fundamental en la gestión ambiental. Se espera que participe activamente en las diferentes etapas desde el diagnóstico hasta la evaluación de las acciones. Por otro lado los entrevistados perciben la necesidad de que esta se organice o desarrolle las organizaciones ya existentes para así apoyar más activamente las actividades en materia ambiental. Llama la atención que el respeto de las leyes y normas, y el tomar una actitud responsable es considerada sólo en quinto lugar.

Tabla Nº 6
Rol de la comunidad

Rol	Local n=27	Regional n=16	Nacional n=11
Participar	6	4	3
Organizarse	3	4	1
Tomar conciencia, estar alerta	3	2	2
Informarse, educarse	8	2	2
Respetar normas y leyes, actitud responsable	3		3

Al consultárseles sobre cuales serían los temas en los cuales debiera participar principalmente la comunidad (tabla nº 7), el 50% de los entrevistados refieren que la comunidad debiera tener participación en todos los temas ambientales. Al analizar las respuestas por nivel de la institución en la cual se desempeña, se puede ver que los entrevistados de nivel local se refieren mayoritariamente a temas concretos como son el uso de vehículos, la creación de áreas verdes, entre otros. En cambio en los niveles regionales y nacionales, los temas son más inespecíficos y existe una mayor dispersión de las respuestas.

«La verdad es que como miembros de una comunidad no debiera haber temas medioambientales que le fueran (a la comunidad) indiferentes. La búsqueda de soluciones es tarea de todos. Ojalá todo el mundo participara, especialmente junto a los municipios los que deben ser las unidades operativas más importantes»³

Tabla N° 7 Temas en los cuales la comunidad debiera participar	
<i>Nacional</i>	Todos Reciclaje Cumplimiento de normas y legislación vigente Participación en la fijación de políticas
<i>Regional</i>	Todos Denuncia y fiscalización Uso y mantención de vehículos Reciclaje Cumplir con la ley y disposiciones
<i>Local</i>	Todos Areas verdes (Cuidado, creación) Uso de vehículos Aseo de las calles y domicilios

Luego de consultar sobre los temas en los cuales debiera participar la comunidad, se preguntó sobre la percepción que tenían los entrevistados respecto del grado real de participación de la comunidad en los niveles nacional, regional y local. Como se ve en la tabla n° 7, la participación es percibida principalmente como nula o escasa en todos los niveles, con una menor participación en los niveles de decisión nacionales que en los locales.

Tabla N° 8
Participación de la comunidad en temas ambientales, en los niveles nacional, regional y local

	Participación a nivel nacional	Participación a nivel regional	Participación a nivel local
Nula	85,7%	75%	17,9%
Escasa	14,3%	17,9%	64,3%
Regular	-	7,1%	7,1%
Buena	-	-	10,7%
Muy buena	-	-	-

Al considerar sólo la opinión de los encuestados con un ámbito de injerencia local, la percepción es bastante más crítica. Así el 100% de los entrevistados de nivel local opinan que tanto la participación a nivel nacional y regional es nula, y escasa (76,9%) a nivel comunal.

Al consultarseles sobre las modalidades o formas de participación de la comunidad, las organizaciones comunitarias (39,3 %) son vistas como una de las vías más importantes de participación, seguidas por los municipios (35,7%). En la tabla n° 8 se muestran las alternativas más nombradas, según el nivel de injerencia del entrevistado.

Tabla N° 9
Modalidades de participación de la comunidad

<i>Nacional</i>	Municipios Organizaciones comunitarias Medios de comunicación
<i>Regional</i>	Municipios Organizaciones comunitarias Juntas de vecinos-Unidades vecinales
<i>Local</i>	Organizaciones comunitarias Municipios Juntas de Vecinos

Otras modalidades nombradas fueron los representantes electos por la población en las entidades legislativas y administrativas del país, los centros educativos (escuelas Universidades), y los grupos ecológicos.

V. EFECTO DE LA DESCENTRALIZACION EN LAS POLITICAS MEDIOAMBIENTALES

La descentralización vista como la entrega de autoridad y poder de acción a los niveles locales, debiera significar un cambio en la definición y en la priorización a nivel de las políticas locales. Al consultarseles sobre el efecto de la descentralización en la política ambiental el 85,7% de los entrevistados considera que esta va a tener un efecto positivo, y sólo una persona considera que es negativo.

Las razones más mencionadas por las cuales la descentralización es positiva fueron las siguientes:

- Los problemas ambientales suelen tener especificidad territorial
- Los niveles locales tanto comunales como regionales conocen mejor los problemas ambientales y las soluciones propuestas a esos problemas son más adecuadas
- Permite e incentiva la participación de las personas en la resolución de sus problemas.
- Mejora la eficiencia de la utilización de los recursos financieros.

Las principales dudas se refieren a:

- La carencia de profesionales y técnicos capacitados en los niveles locales
- La falta de atribuciones amplias de los niveles locales.
- La falta de instrumentos y recursos financieros en los niveles locales
- Principalmente, el poco interés real que muestra el gobierno en descentralizar hacia los niveles regionales y comunales.

VI. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE

Los problemas medioambientales son muchos y de diferentes índole. Esta gran diversidad genera dificultades a la hora de definir prioridades y buscar soluciones consensuadas. En los siguientes párrafos analizaremos algunos de los principales problemas ligados al medio ambiente, para luego referirnos a las respuestas entregadas por los entrevistados. Cabe hacer notar que aunque se entrevistaron personas que por su trabajo tienen una injerencia nacional, el hecho de residir en la región metropolitana hace que su imagen sea principalmente la de los problemas de esta.

A. Calidad del Aire;

El aire no es sólo una mezcla de gases naturales; contiene, además algunos elementos, como esporas, semillas, granos de pólen y polvo, que también son naturales, pero que bajo ciertas

circunstancias pudieran considerarse contaminantes. Se entiende por contaminación atmosférica la presencia en el aire de sustancias, puestas allí fundamentalmente por la actividad humana, en concentraciones capaces de afectar el bienestar del hombre, los animales o las plantas. (Sandoval Hernán, Corey German, Boccardo Horacio, 1983).

La ciudad de Santiago tiene una serie de condicionantes naturales que inciden en la contaminación del aire: El relieve, ya que Santiago se ubica en una cuenca; la meteorología, al encontrarse en una zona de anticiclón que genera un fenómeno de corrientes e inversión térmica. Por otra parte el crecimiento desmesurado de la ciudad ha producido que se sobrepasen los niveles de autoregulación ambiental (nº habitantes, superficie por habitante

Los principales contaminantes identificados en Santiago corresponden a: Monóxido de Carbono, Anhídrido Sulfuroso, Óxidos de Nitrógeno, partículas en suspensión, oxidantes fotoquímicos, e Hidrocarburos. Estos son monitoreados permanentemente por el Servicio de Salud del Ambiente a través de una red de monitores dispuestos en diferentes zonas de la capital. La contaminación del aire, se relaciona principalmente a la aparición de problemas respiratorios que pueden ser más o menos graves dependiendo de las condiciones basales de las personas (Niños, ancianos, asmático), y de los niveles de contaminación. Esto lleva a que con la información generada por el Servicio de Salud del Ambiente, en base a un índice de calidad del aire, se tomen medidas, llamadas de pre-emergencia o de emergencia según la cuantificación de este, para proteger la salud de la población.

Tabla Nº 10
Efectos de la Contaminación del Aire en la Salud de las personas

Efectos agudos de la contaminación

- Irritación de las mucosas conjuntival y respiratoria
- Desencadenamiento de Faringitis, Bronquitis y Neumonías
- Aumento en frecuencia e intensidad de crisis de los asmáticos
- Agravación de la enfermedad bronquial obstructiva crónica (EBOC)
- Agravación de las cardiopatías
- Aumento de las tasas de mortalidad.

Efectos crónicos

- Aumento de la frecuencia de enfermedades agudas del aparato respiratorio
- Aumento de la frecuencia de asma bronquial
- Aumento de la frecuencia de EBOC

Efectos diferidos

- Mayor frecuencia de cáncer pulmonar en relación con habitantes de zonas sin contaminación.

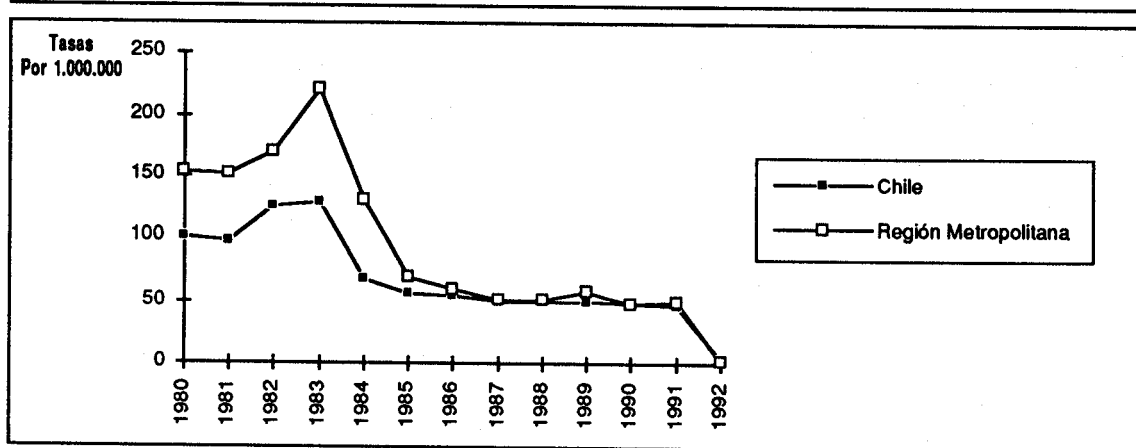
B. Calidad del Agua y disposición de excretas

Otro problema importante es el que tiene relación con la calidad del agua y el saneamiento básico. La contaminación del agua se produce frecuentemente como resultado de una inadecuada disposición de aguas servidas u otros líquidos provenientes del uso doméstico del agua. En zonas industrializadas la contaminación del agua se produce principalmente a partir de sustancias químicas, pesticidas, etc, derivadas de la actividad industrial.

Los daños a la salud se producen a partir de las bacterias, parásitos, virus, los que explican en gran medida la epidemia de enfermedades entéricas y parasitarias agudas y crónicas de los países pobres. Por otra parte las aguas son también contaminadas por otras materias químicas, orgánicas e inorgánicas, con un daño en la salud variable. Vale destacar que la contaminación de las aguas no sólo repercute directamente en la producción de enfermedades en el hombre, sino que condiciona un daño a la tierra, vida animal, y alimentos, por lo que el deterioro al medio ambiente es global.

Actualmente más del 90% de la población tiene abastecimiento de agua potable, con una calidad bacteriológica con un margen de entre 5 a 7% de mala calidad, con más de un 70% de la población con alcantarillado. Esto sumado a la campaña iniciada con el fin de prevenir la epidemia de Cólera en el país ha condicionado una disminución continua de las tasas de incidencia de enfermedades entéricas como la Fiebre Tifoidea y la Paratifoidea, además del control del Cólera. (Figura nº2).

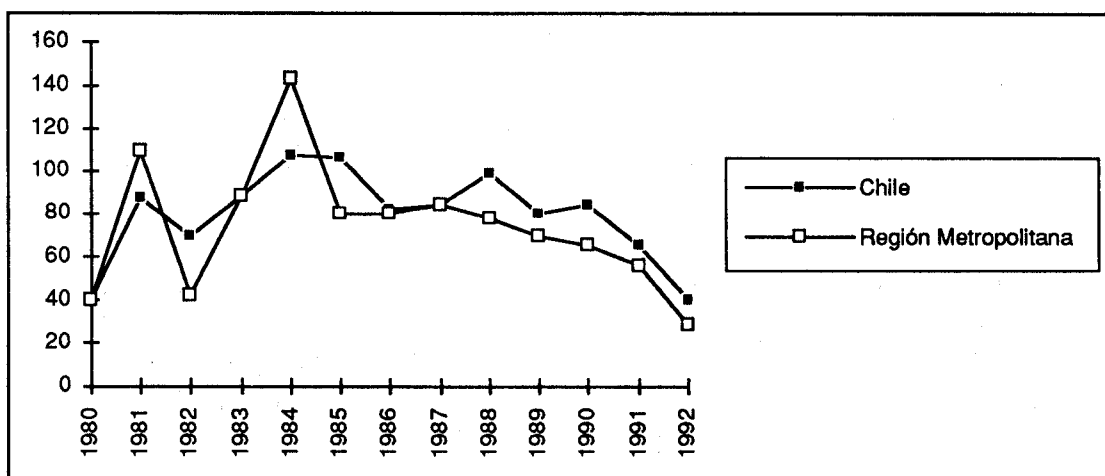
Figura nº 2
Tasas de incidencia de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea
Chile, Región Metropolitana, 1980-1992



Fuente: Servicio de Salud metropolitano del Ambiente, Anuario estadístico 1992

A pesar de esto, otras enfermedades como es el caso de la hepatitis se han mantenido en niveles altos. Posiblemente porque la transmisión se debe tanto a elementos de manejo de alimentos como de saneamiento básico y hábitos de higiene, lo que sumado a la alta resistencia del virus en el ambiente dificulta su control (Figura nº 3)

Figura nº 3
Tasas de incidencia de Hepatitis*
Chile, Región Metropolitana, 1980-1992



* Hepatitis A, B, no A-no B, y no especificada

Fuente: Servicio de Salud metropolitano del Ambiente, Anuario estadístico 1992

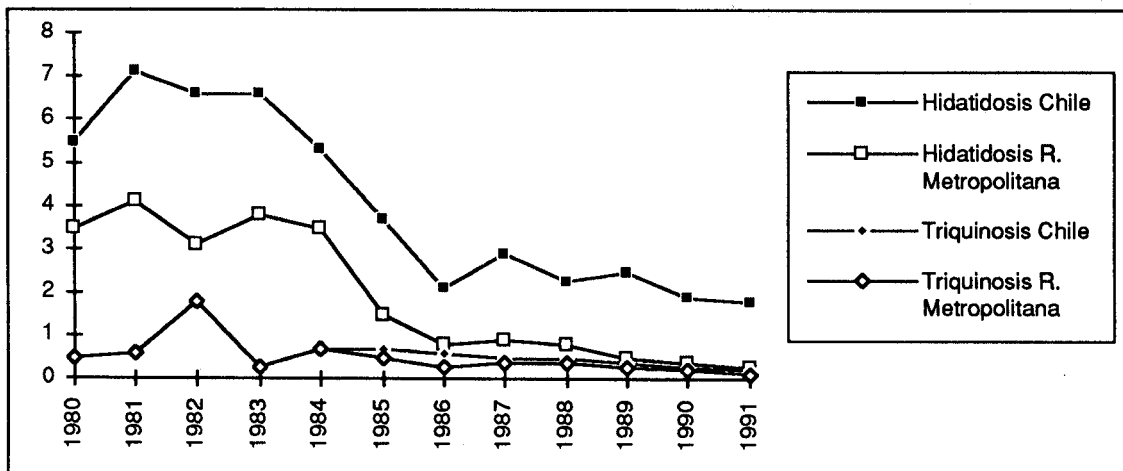
C. Calidad de los alimentos;

El alimento sirve en muchos casos como vehículo para la diseminación de organismos patógenos en el hombre. Esto pueden provenir directamente del ambiente y contaminar los alimentos, especialmente a través del agua, o encontrarse en los animales que el hombre ingiere. Los procesos de contaminación ocurren tanto en la fase de elaboración como en la de transporte, almacenamiento, distribución y preparación para el consumo. Los alimentos están también expuestos a la contaminación química con metales y plaguicidas, a aditivos, las micotoxinas, radiaciones, etc.

El problema de contaminación de alimentos influye no sólo en la salud de las personas, sino que en los sistemas económicos, ya que influye en la disponibilidad de los alimentos y en los precios de estos.

El problema del control de los alimentos, es asumido en el país por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, a través de sus Departamento de Programas del Ambiente, y por el Servicio de Salud Metropolitana del Ambiente. Estos son los responsables de autorizar y fiscalizar desde la etapa de producción, elaboración y venta de los alimentos. Así podemos ver en la siguiente Figura (Figura nº 4) la disminución de las tasas de incidencia de Hidatidosis y triquinosis, dos enfermedades parasitarias relacionadas al consumo de carne contaminada.

Figura nº 4
Tasas de incidencia de Hidatidosis y Triquinosis
Chile, Región Metropolitana, 1980-1991.



D. Calidad de la tierra, suelo

La contaminación del suelo es generalmente consecuencia de hábitos antihigiénicos, prácticas inadecuadas de agricultura y métodos inadecuados de disposición de basuras, residuos sólidos y líquidos, tanto domiciliarios como industriales. Entre estos se pueden destacar la acumulación de productos derivados del petróleo; el uso de sustancias químicas, fertilizantes y plaguicidas, en la agricultura; desechos domésticos e industriales que son enterrados inapropiadamente en el suelo; Residuos de faenas mineras y fundición de metales. Vale destacar, en las zonas industrializadas la contaminación del suelo debida a la precipitación de estos elementos provenientes de la contaminación del aire.

E. Calidad de la vivienda

La vivienda es un lugar en que el individuo permanece gran parte del tiempo por lo que la adecuación sanitaria de esta pasa a ser un tema fundamental. El abastecimiento de agua potable, la disposición de aguas servidas, el manejo de la basura doméstica, la contaminación del aire

intradomiciliario por uso de combustibles de biomasa, problemas de ventilación adecuada, ruido, espacio de acuerdo al tamaño familiar, son algunos de los problemas que se ligan a la salud y a la calidad de vida de las personas.

F. ruido

El ruido no sólo es una molestia, es también un peligro para la salud. El ruido tiene varios componentes: la sonoridad, la altura, la periodicidad. El ruido tiene efectos psicológicos y fisiológicos. La exposición prolongada a niveles de ruido superiores a 90 decibeles puede provocar sordera permanente, e incluso sintomatología física, como desordenes neurológicos, digestivos, y metabólicos. La siguiente figura muestra la relación entre diferentes intensidades de ruido y los efectos para las personas.

Figura nº5
La Intensidad del ruido y la escala Decibel

		180	—	• Motor de cohete espacial Saturno
		170	—	
		160	—	
Doloroso	_____	150	—	• Avión de reacción en el momento de despegue
		140	—	• Cubierta de portaviones
		130	—	• Máxima amplificación de "música disco"
Peligro para el oído	_____	120	—	• Trueno
		110	—	• Telares textiles
		100	—	• Remachadoras
Molesto	_____	90	—	• Avión a reacción sobrevolando a 350 metros
		80	—	• Rotativa de un diario
Muy fuerte	_____	70	—	• Motocicleta a 10 metros de distancia
		60	—	• Camión diesel, 40 km/h (20 metros de distancia)
		50	—	• Aspiradora electrodoméstica
Fuerte	_____	40	—	• Conversación corriente
		30	—	• Ruido corriente en un comedor
Moderadamente Bajo	_____	20	—	• Biblioteca
		10	—	• Susurro bajo
Muy bajo	_____	0	—	• Estudio de emisora de radio
Audible	_____			

Fuente: Sandoval Hernán, Corey German, Boccardo Horacio (1983?)»Medio ambiente en Chile: Salud». Centro de Investigación y Planificación del Medio Ambiente CIPMA. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Esta clasificación es relativa ya que la exposición crónica a ruidos de moderada intensidad pueden generar tantos o más problemas de salud que una exposición aguda a un ruido de intensidad fuerte.

G. Contaminación química del ambiente:

La acción de contaminantes químicos ha evolucionado históricamente. Primero estuvieron ligados principalmente al trabajo en industrias en que los trabajadores se exponían a sustancias químicas. Después se fueron comprometiendo poblaciones vecinas a estas fábricas, y posteriormente se produjo un daño más generalizado a la población.

Los efectos en la salud, de estos agentes pueden ser de diferentes tipos:

Los efectos agudos se deben a la exposición a elevadas concentraciones del producto, en un corto periodo de tiempo. Es el caso de los pesticidas al momento de las fumigaciones, respiratorios debidos a la contaminación del aire, etc..

Los efectos crónicos aparecen tras la exposición a bajas dosis de sustancias que actúan a lo largo del tiempo. Generalmente los productos químicos actúan a través de la introducción en el ecosistema, ya sea a través del aire, del agua, de los alimentos, etc.:

Se llaman efectos diferidos aquellos en que la manifestación clínica aparece distanciada de la exposición al tóxico. Generalmente estos efectos diferidos son el resultado de la acción de las sustancias sobre el material genético produciendo un efecto cancerígeno (producción de un tumor), mutagénico (daño de las células reproductivas por lo que el efecto se ve en otras generaciones), o teratogénico (daño en el embrión en el caso de mujeres embarazadas). (Sandoval Hernán, 1989).

Entre los agentes químicos de importancia en el país están los plaguicidas. «Los plaguicidas, concebidos para destruir organismos vivos, son por definición biocidas, y aunque se pretende que tengan toxicidad selectiva para la plaga que se pretende eliminar, son nocivos también para otras especies vegetales y animales, incluyendo el hombre». (Sandoval Hernán, 1989/8)

El efecto de los plaguicidas repercute en:

- los usuarios directos expuestos al agente ya sea en la etapa de aplicación, como también todas las etapas anteriores desde la importación y producción de estos.
- La población en general al consumir alimentos contaminados, ya sea en forma accidental o por acumulación
- El ecosistema ya que se alteran las cadenas alimentarias naturales, existe algún grado de acumulación de plaguicida en algunas especies, y en algunos casos por la acción tóxica directa

VII. Percepción de los actores

Hajek E., Gross P y Espinoza G., (Hajek E., Gross P y Espinoza G, 1990) realizaron recientemente una consulta a diferentes expertos nacionales, utilizando la Técnica Delphi⁴.

Los investigadores clasificaron los problemas ambientales por categorías y según orden de importancia. Los resultados para la Región Metropolitana se muestran en la tabla siguiente.

Tabla N° 11
Problemas ambientales clasificados por categoría, importancia y posibilidad de control

Categoría	Problema ambiental	Puntaje Importancia (0-5)	Puntaje Control (0-3)
Aire	Contaminación Atmosférica	4,81	1,81
	Contaminación acústica	3,63	2,06
	Mala visibilidad	2,87	1,57
Agua	Contaminación de cursos de agua por aguas servidas y residuos industriales líquidos	4,67	2,27
	Contaminación aguas de regadío	4,44	2,13
	Arrastre de sedimentos	2,64	2,00
	Inundaciones por napas freáticas	2,13	1,27
Tierra	Contaminación de áreas de cultivo	4,25	2,07
	Contaminación Bacteriológica del suelo en zonas de escasos recursos	3,83	2,36
	Erosión de suelos	3,43	1,69
	Desertificación	3,33	1,91
	Extracción de áridos en zonas urbanas	3,08	2,27
Flora	Inadecuada e insuficiente reforestación	4,27	2,60
	Falta de vegetación en la periferia urbana	4,2	2,0
	Deforestación	3,46	1,92
Recursos Naturales	Pérdida de suelo agrícola por expansión urbana	4,31	2,06
	Uso indiscriminado de los recursos	4,2	2,0
	Destrucción de recursos por mala localización industrial	3,62	2,38

Vivienda y edificación	Escasez de vivienda	4,73	2,33
	Hacinamiento y promiscuidad	4,67	1,87
	Falta de infraestructura sanitaria	4,07	2,43
	Contaminación del entorno de la vivienda	4,07	2,07
	Mala calidad de la vivienda	4,0	2,23
	Deficiente aislación térmica y acústica	3,64	2,14
	Contaminación intramuros	3,23	2,25
	Falta de condiciones antisísmicas	3,00	2,33
	Alta densidad residencial	2,77	2,00
Estructura interna	Extensión de la ciudad	4,75	2,00
	Falta de planificación del crecimiento y desarrollo urbano	4,60	2,33
	mala localización industrial	4,53	2,07
	Estructura física socialmente segregada	4,50	2,07
	Mala localización basurales	4,46	2,69
	Congestión vehicular	4,38	2,0
	Falta planificación tráfico urbano	4,20	2,47
	Mala localización áreas residenciales	3,83	2,0
	Mala localización centros de alimentos	2,6	2,11
	Mala localización aeropuertos	2,14	1,67
Infraestructura y servicios públicos	Falta de saneamiento básico	4,60	2,227
	Mala planificación de transporte público	4,6	2,07
	Falta redes alcantarillado	3,77	2,38
	Malas redes viales	3,71	2,29
	Malos sistemas de evacuación de aguas lluvias	3,71	2,14
	Mala recolección y disposición de desechos sólidos	3,69	2,31
	Insuficientes redes viales	3,67	2,31
	Falta de pavimentación	3,43	2,29
	Falta de teléfonos públicos	3,42	2,67
	Falta redes agua potable	3,38	2,46
	Redes viales inseguras	3,33	2,33
	Vehículos transporte público insuficiente	3,29	2,29
	Falta aseo público	3,21	2,43
	descordinación obras públicas	3,17	2,75
	Ausencia de defensas fluviales	3,08	2,46
	Insuficiencias vías peatonales	2,71	2,50
	Falta mantención de caminos	2,58	2,33
	Falta ciclovías	2,57	2,33

Equipamiento	Escasez de áreas verdes	4,44	2,19
	Escasez de lugares de esparcimiento	4,31	2,50
	Pérdida de áreas verdes	4,13	2,38
	Malas condiciones ambientales en lugares de trabajo	4,00	2,31
	Falta de higiene en locales que venden alimentos	3,93	2,29
	Falta equipamiento urbano	3,82	2,36
	Falta equipamiento policial	3,79	2,38
	Exceso de comercio ambulante	3,6	1,67
	falta letrinas públicas	3,47	2,67
Valores formales y culturales	Falta preservación patrimonio arquitectónico	4,0	2,2
	Falta espacio público vitalizador de la ciudad	3,86	2,21
	Estilo tradicional inapropiado en el diseño de áreas verdes	3,75	2,50
	Mala calidad estética del paisaje urbano	3,67	1,8
	Falta autenticidad de la arquitectura de edificios	3,07	2,07
	Mala calidad estética paisaje rural	2,64	1,82
Fauna	Caza clandestina	2,70	2,20
	Insectos molestos	2,67	2,50
	Presencia de insectos transmisores de enfermedades	2,5	2,36

Fuente: Hajek E, Gross Patricio, Espinoza G. (1990)

Los problemas definidos por los entrevistados se asemejan bastante a los definidos en esta investigación lo que hace pensar en que las personas se han ido interiorizando cada vez más de la problemática ligada al medio ambiente.

La tabla siguiente muestra los principales problemas percibidos por los entrevistados, ordenados por frecuencia.

Tabla N° 12
Principales problemas ambientales

Contaminación de aire
Contaminación de los curso de agua
Aguas servidas
Residuos sólidos domiciliarios
Deterioro de los suelos
Residuos industriales líquidos y sólidos
Problemas ligados al tránsito
Contaminación acústica, ruidos
Pavimentación
Viviendas, hacinamiento, mala calidad
infraestructura urbana
Deforestación
Desertificación

VIII. PROPUESTAS DE ACCION

En este momento, recién se inicia en el país el análisis de propuestas concretas para combatir gran parte de los problemas ambientales. Esto quedó claro al entrevistar a los diferentes actores, ya que fueron las preguntas en que aparecieron las mayores dificultades.

La Comisión Coordinadora Intersectorial propuso en Abril de 1994 lo siguiente:

- «Constitución de una entidad única multisectorial que sea capaz de asumir su rol de autoridad, de formulación de políticas, nacionales y de supervisión y control del cumplimiento de dichas políticas.
- Definir normas para mantener el medio ambiente libre de contaminantes
- Desarrollo de instrumentos específicos: Sistemas de evaluación de impacto ambiental; Normas de calidad ambiental; planes específicos de descontaminación; política de uso de suelos.
- Supervisión, fiscalización y control de los residuos sólidos, de uso doméstico, o industrial, considerando la emisión, pero también su disposición final.
- Fiscalización permanente del cumplimiento de las normas dictadas para la eliminación

de contaminantes por fuentes fijas y móviles, de modo de disminuir significativamente tanto la contaminación atmosférica como la contaminación de las aguas, superficiales y subterráneas.

- Fortalecimiento de una conducta nacional orientada al manejo de residuos, con énfasis en el reciclado.
- Tratamiento de las aguas servidas provenientes de las ciudades
- Dictación de una política nacional respecto de la explotación y uso de los recursos naturales renovables (forestales, marinos, etc)
- Estudios sobre el uso eficiente de las diversas formas de energía, de uso doméstico como industrial, y dictación de normas, para evitar la contaminación proveniente de sus residuos y al mismo tiempo fomentar el uso de las fuentes de energía más costo efectiva.» (Comisión Coordinación Intersectorial, 1994/46)

La tabla siguiente muestra las proposiciones planteadas por los entrevistados a ser realizada en los niveles nacional, regional y local.

Tabla N° 13
Propuestas de solución para los diferentes niveles

Nacional	Mejorar la capacidad de fiscalización de las fuentes de contaminación Optimizar y Aumentar los recursos financieros destinados a solucionar los problemas ambientales Formación de una comisión intersectorial, interministerial para la búsqueda de soluciones Definición de leyes, normas y reglamentos Establecer políticas claras Implementación de la ley Marco del medio Ambiente Regulación del tránsito Plantas de tratamiento de aguas servidas Participación de la Comunidad
Regional	Coordinación entre los agentes de nivel local, y entre niveles Articulación, focalización de los recursos financieros Implementación de las COREMAS Fortalecimiento de las unidades regionales Aumentar la fiscalización y sanción Regulación de tránsito y parque vehicular
Local	Reforzar oficinas municipales encargadas del medio ambiente Educar a la población Extracción adecuada de basuras Reforzar la organización social Capacitación de municipios Desarrollo de planes de desarrollo comunal Planes reguladores

Las propuestas para el nivel nacional se refieren principalmente a la definición de políticas y leyes que se traduzcan en normas y reglamentos claros, y en la adecuada fiscalización del cumplimiento de estas por parte de los diferentes sectores (público en general, industrias y empresas del sector privado y público, etc). Por otro lado se espera que el gobierno disponga de financiamiento en forma adecuada para la implementación de las soluciones de los problemas ambientales. El enfoque de las soluciones debe ser altamente intersectorial.

Al nivel regional se le exige un rol de coordinación efectiva entre los municipios y entre estos y los diferentes sectores nacionales. Esta coordinación debe llevarse también al ámbito del manejo del recurso financiero, correspondiéndole negociarlos y focalizarlos en forma adecuada a las necesidades y los problemas, buscando obtener el mejor beneficio.

El nivel local por su parte debe reforzar su capacidad para trabajar en el tema ambiental, a través de la capacitación del personal y la adecuación orgánica para enfrentar en forma más

eficientes los problemas ambientales. Temas como la educación de las persona, el manejo de las basuras, la formulación de planes comunales integrales son vistos como elementos fundamentales.

IX. Conclusión

El tema del medio ambiente a pesar de no ser un tema de aparición reciente, es de gran actualidad. Los cambios en la estructura urbana y rural, en la producción, en el uso de tecnología, impactan en forma casi inmediata en el medio ambiente. Esta realidad hace que difícilmente alguien pueda permanecer indiferente.

La entrega de competencias, responsabilidades y recursos a las regiones y a las comunas debiera permitir el desarrollo de diagnósticos y la planificación de soluciones adecuadas a la realidad y por lo tanto más efectivas. Pero, por otra parte, en un tema intersectorial complejo, es necesario y fundamental que los niveles regionales y el nivel nacional, mantengan un rol activo y coordinado con las iniciativas locales. La descentralización no implica, y sobre todo en este caso, la entrega de la totalidad de la responsabilidad a los niveles locales. Hay responsabilidades específicas para cada uno de los niveles. El definir claramente estos ámbitos de competencia y responsabilidad se constituye en este momento en una necesidad fundamental si se quiere enfrentar con éxito los problemas ligados al medio ambiente.

X. Bibliografía

Comisión Coordinación Intersectorial (1994). «Un Proyecto de Salud para Chile». Cuadernos Médico Sociales, Vol XXXV nº1, Abril.

Hajek E., Gross P y Espinoza G, 1990, Problemas Ambientales de Chile. Universidad Católica de Chile/Agencia Internacional para el desarrollo AID. Santiago, Agosto

Illanes María Angélica (1993). «En el Nombre del Pueblo, del estado y de la Ciencia, (...)» Historia Social de la salud Pública-Chile 1880/1973 (Hacia una historia social del Siglo XX), Febrero

Sánchez Vicente (1989) «El desarrollo y la contaminación». Cuadernos Médico Sociales, Vol XXX, nº 1, Santiago, Chile.

Sandoval Hernán (1989) «Contaminación ambiental». Cuadernos médico Sociales, Vol XXX, nº1, marzo. Santiago, Chile

Sandoval Hernán, Corey German, Boccardo Horacio (1983). «Medio ambiente en Chile: Salud». Centro de Investigación y Planificación del Medio Ambiente CIPMA. Ediciones Universidad Católica de Chile.) Conicyt, 1988. «Principios para una política ambiental». (editor, Montenegro S.), Comité de Ciencias Ambientales, Santiago, Chile.

Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente (1992), Anuario estadístico.

Anexo: Nómina de actores entrevistados

Las entrevistas fueron realizadas en base a una pauta elaborada previamente. En algunos casos, debido a la falta de disponibilidad de tiempo, se dejó la pauta para que fuera respondida, y luego fue retirada por el entrevistador. Todas las entrevistas fueron realizadas por la misma persona.

Se solicitaron más de 50 audiencias, de las cuales 28 fueron respondidas, y 10 no fueron entregados al momento del cierre de la investigación.

I. Entrevistas realizadas

Patricio Pérez, Jefe Departamento Coordinación Municipalidades, Intendencia de Región Metropolitana.

Jonhy Carrasco, Alcalde comuna de Pudahuel

49ª Comisaría de Carabineros, Asuntos Ecológicos. (Trabajo colectivo de los funcionarios.
Encargado: Cabo Primero Ariel Salas)

Pablo Rojas, Director Departamento de Ecología y Medio Ambiente, Intendencia Región Metropolitana.

Sady Melo, Alcalde Comuna El Bosque

Luis Duchens, Jefe Departamento Técnico CONAF

Manuel Díaz, Consejal Municipalidad de Santiago

Heriberto Bénquis, Alcalde Comuna Independencia

Patricia Matus, CONAMA, Unidad de Descontaminación.

Eugenia Segura, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Sergio Puyol Carreño, Alcalde Municipalidad Macul

José Arevalo, Secretario Concejo Regional, Región Metropolitana

Omar Oyarzún, Municipalidad Lo Barnechea, Unidad de Medio Ambiente

Alejandro Meneses, Director, Desarrollo Comunitario, Renca

José Luis Contreras, Consejal Estación Central

Carlos Inostroza, Alcalde Municipalidad Lo Espejo

Marcelo Bobadilla, Profesor Ayudante, Escuela Ecología, Universidad Católica

Ernst Hajeck, Profesor Escuela Ecología, Universidad Católica

José Luis Reyes, Ingeniero Medio Ambiente, EMOS

Luis Garrido, CONAF, Oficina de Control, provincial Santiago

Juan Carlos Molina, Dirección Atención Primaria, Servicio Metropolitano Central. Educador Sanitario, Cosultor CONAMA.

Leonardo Ristori, Director Posta Central

Hilda Porras, Cocejaj, Comuna de Maipú

Roger de Barbieri, Presidente Corredores de Propiedades de Chile Coproch

Patricia Alessandri, Alcaldesa Municipalidad de Vitacura.

Mauricio Ilabaca Marileo, Director Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente.

Soffa Prat, Alcaldesa Comuna Huechuraba.

¹ Las entrevistas a los diferentes actores fueron realizadas por el Sr. Alejandro Morales Rozas.

² Para la realización de este trabajo se solicitó entrevistas a 49 personas. 27 de las cuales respondieron la totalidad de las preguntas, 10 aún no entregan sus respuestas y 18 no aceptaron la entrevista. El listado de los entrevistados se encuentra al final del trabajo.

³ Respuesta de Don Manuel Díaz, concejal de la Municipalidad de Santiago, Jefe Dirección de la Oficina de Emergencia de la Intendencia de la Región Metropolitana.

⁴ La Técnica Delphi es un técnica de investigación de temas complejos y poco estructurados. Consiste en establecer un sistema de comunicación entre los investigadores y un grupo multidisciplinario de expertos que puedan informar sobre aspectos relevantes del tema en estudio. La comunicación se realiza en varias etapas estandarizadas, metodológicamente controladas, buscando obtener un consenso suficiente entre los expertos.