

Universidad De Valparaíso
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Carrera de Administración Pública



El desabastecimiento y los problemas de distribución y compra de medicamentos e insumos para beneficiarios del Sistema Público de Salud Primaria

Alumno

Salvador Velásquez Hernández

**Trabajo de Seminario para optar al Título de
Administrador Público y al grado de Licenciado en
Administración Pública**

Profesor guía, Señor Fabio López Aguilera

Santiago de Chile

2012

“No es de extrañarse entonces, que la orientación actual de Las Ciencias Médicas esté ligada al desenvolvimiento económico social de la humanidad, y que su máxima preocupación sea, no el individuo como enfermo aislado, sino como integrante de la colectividad, cuya vida está vinculada intensamente a la de los demás seres”.

Salvador Allende Gossens
1933

Agradecimientos

Primero quisiera agradecer al Supremo Hacedor, por la oportunidad de vivir y crecer intelectual, social y espiritualmente, por la enseñanza diaria y la reprimenda constante.

A mis Padres por su amor y apoyo en todo momento, por su preocupación diaria y por sus esfuerzos. A mi familia por su incondicional apoyo, a mis amigos y compañeros/as de Carrera, por participar también en la culminación de un ciclo. A mis profesores/as, que alimentaron también mis inquietudes durante largos años de convivencia diaria. Y en general a cada una de las personas que de una u otra forma, aportaron conocimiento, cariño y vivencias a mi persona a lo largo de este trabajo y de los días como estudiante.

Índice	Páginas
Agradecimientos	3
Resumen	7
Introducción	8
Capítulo I, Marco Referencial	9

1.1 Contextos del concepto de Salud	10
1.1.2 Contexto Medico-asistencial	10
1.1.3 El contexto cultural	11
1.1.4 Contexto Sociológico	11
1.1.5 Contexto Económico – Político	11
1.1.6 Contexto Filosófico – Antropológico	11
1.1.7 Contexto Ideal y Utópico	12
1.2 Presupuestos	12
1.2.1 Definiciones de tipo neutralistas	12
1.2.2 Definiciones de tipo Normativa	12
1.3 Algunas definiciones de Salud	13
1.4 Evolución histórica del concepto de salud en las sociedades	17
1.4.1 Pensamiento Mágico	18
1.4.2 Pensamiento Religioso y escolástico	19
1.4.3 Pensamiento Mecanicista	21
1.4.4 Pensamiento Matemático (siglo XVII)	23
1.4.5 Pensamiento Ecológico	24
1.4.6 Pensamiento Sociológico (siglo XIX)	25
1.4.7 Pensamiento Holístico (siglo XX, actualidad)	28
1.5 Definiciones de Salud Publica	32
1.6 Reseña Histórica del sistema de Salud en Chile	33
1.7 Orígenes de la administración Municipal de la Salud	35
1.8 Promoción de la Salud	37
1.9 Concepto de Salud Familiar	39
1.10 Modelo de atención Integral en Salud	40
1.11 Objetivos del modelo de atención integral en Salud	42
1.12 Características del modelo integral de atención	42
1.13 Centros de Atención Primaria en Salud Familiar, CESFAM	44
1.14 Historia de los centros de Salud Familiar en Chile	45

1.15 Características de un CESFAM	46
Capítulo II, Marco Metodológico	47
2 Planteamiento del Problema	48
2.1 Delimitación e identificación del problema	48
2.2 Antecedentes	51
2.3 Garantías Explícitas de Salud (GES)	53
2.4 Interrogantes Orientadoras	55
2.5 Objetivos Generales y Específicos	56
2.6 Variables que intervienen en el proceso de entrega de Medicamentos a los beneficiarios de las GES	57
2.6.1 Antecedentes de los Medicamentos en Chile	57
2.6.2 Política Nacional de Medicamentos	59
2.6.3 Necesidades de atención de la población en los servicios de Salud según datos estadísticos	60
2.6.4 La necesidad del uso de medicamentos por parte de los Beneficiarios del sistema de Salud, como parte importante de los tratamientos médicos garantizados	61
2.6.5 Central de abastecimientos (CENABAST)	64
2.7 Fiscalización y verificación en la entrega de medicamentos a los beneficiarios que acceden a las GES	66
2.8 Análisis de las posibles causas del no cumplimiento por parte de la CENABAST en la entrega de los medicamentos y/o insumos en los servicios de Salud Primaria y Propuesta Técnica	75
2.8.1 Problemas contables y administrativos	79
2.8.2 Perdidas en el ejercicio 2010	80
2.8.3 Problemas en el cambio y la migración de datos contables Desde el sistema XEROX a SAP	80

2.8.4 Cuentas por cobrar	81
2.8.5 Stock de existencias sobrevaluados y problemas con las Bodegas de la Central	82
2.8.6 Deudas con proveedores	84
2.9 Análisis y Propuestas técnicas	85
Conclusiones	90
Bibliografía	94

Resumen

En este trabajo de seminario de Título, en su primera parte, encontrara antecedentes y definiciones acerca de cómo es entendida la Salud y la enfermedad, en los diferentes contextos y realidades sociales y del pensamiento humano, en las que están inmersos ambos conceptos.

Sus implicancias en la vida y bienestar de los seres humanos que se organizan y viven en sociedad, y de cómo alcanza otros ribetes cuando evoluciona hacia la Salud Pública.

Veremos posteriormente, cómo esta evolución, implica nuevas concepciones y tratamientos al tema de la Salud. Las personas e instituciones que intervienen en esta, y como sus variantes sociales se desenvuelven en esta realidad, donde la participación e integración de la población en esta materia, resultan fundamentales para entender en nuestro tiempo, el por qué de la enfermedad, y de buscar la mejor manera de tratarla y resolverla en pro del bien común.

Veremos como es necesario hacer este análisis previo, para así enseguida en la estructura de este trabajo, poder comprender de mejor manera, las respuestas a las necesidades de atención medica en el sector público, y los esfuerzos del Estado Chileno en tratar de entregar ciertas garantías explicitas en Salud a la ciudadanía, y de cómo algunas de estas garantías, no se cumplen a cabalidad en cuanto a la entrega de los medicamentos y algunos insumos médicos, que son prioritarios para los tratamientos de las enfermedades de las personas que acuden al Sistema de Salud Pública.

Finalmente, observaremos y concluiremos, el por qué de estas falencias en el sistema, y como poder revertir esta situación que aqueja a un sector de la población que busca una mejor calidad de vida y que ve truncado este deseo por cuestiones ajenas a ella.

Introducción

Actualmente en nuestro país, se han incorporado reformas en la Salud Pública que van en beneficio de la población más vulnerable, social y económicamente. Garantizando por ley, una serie de patologías, donde se incluyen su atención, calidad y financiamiento.

Entre estas prestaciones garantizadas, se encuentran los medicamentos, como herramienta importante del tratamiento de las enfermedades que padecen muchos compatriotas, donde por ley está garantizado el acceso de la población a estos fármacos.

Lamentablemente, esto no se refleja en numerosos centros de atención primaria de Salud a lo largo del país, donde muchas veces, las personas que acuden a estos recintos, no reciben correcta y oportunamente los medicamentos vitales para sus tratamientos, y deben incurrir en gastos adicionales adquiriendo dichos medicamentos con proveedores privados, a altos costos para un gran porcentaje de las familias Chilenas. Mermando y perjudicando de esta forma, la calidad de vida de estos. Ya que no todas las finanzas familiares son iguales o tienen las mismas oportunidades de comprar los fármacos necesarios para sus tratamientos médicos.

Para indagar en esta realidad, es que este trabajo aborda esta problemática desde un punto de vista Holístico, pasando por tratar de entender que es la Salud y sobre todo la Salud Pública y que es necesario hacer para revertir esta situación, dando respaldo político, administrativo y legal a las instituciones que intervienen en este proceso de entrega de medicamentos, sobre todo en particular a la Central de abastecimiento (CENABAST), como organismo técnico del Ministerio de Salud, que se encarga de mediar a bajos costos los fármacos e insumos médicos entre los proveedores y los servicios de Salud Primaria.

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

Para poder entender bien la temática que aborda este trabajo de investigación y su orientación. Trabajo que trata acerca de algunas garantías legales que entrega el Estado de Chile a la ciudadanía en cuanto al acceso a medicamentos e insumos para el

tratamiento de algunas enfermedades, su distribución y administración, etc. Es necesario ampliar el concepto de salud (que por supuesto está ligada directamente con la palabra enfermedad). Para ello, es necesario también entender que relación y que rol tiene la salud pública en la sociedad, y como es entendida por algunos autores. Del mismo modo repasar sus fines y los contextos en los que está inmerso este concepto tan importante en la sociedad actual y a lo largo de la historia del hombre como ser vivo pensante y organizado.

A continuación se presenta el marco Referencial, el que está compuesto por los siguientes tópicos:

1.1 Contextos del concepto de Salud.

Antes de pasar de lleno a las definiciones que nos entrega la selección bibliográfica de este trabajo. Es pertinente tratar brevemente, los contextos en los que se mueve la salud. Puesto que este término puede ser usado en múltiples y diferentes usos (de acuerdo al contexto), por lo tanto, pueden haber diferencias sobre lo que es salud, ya que muchas de estas definiciones son también aspiraciones ideales en torno al estado de vida que los seres humanos desean alcanzar, e ahí su radical importancia en la vida civil organizada.

1.1.2 Contexto Medico-asistencial.

En este contexto destacan las necesidades y las actividades de los profesionales sanitarios, con sus objetivos específicos desde un punto de vista pragmático, en la acción de la asistencia corporales curativas de los enfermos que padecen patologías reconocibles, y con alteraciones corporales evidentes. En este contexto, el concepto primario es de enfermedad objetiva, diagnosticable por sus signos anatómicos, físicos o químicos.

1.1.3 El contexto cultural.

Se refiere al contexto que aportan los enfermos, dentro de una determinada cultura. En este caso el concepto que predomina es el de la “dolencia”, interpretada por las personas, ciudadanos, usuarios, etc. Según sus propios estereotipos culturales. Por lo tanto, sus objetivos culturalmente hablando y en relación a la dolencia o enfermedad, es la recuperación de la normalidad y adaptabilidad que hace posible vivir en sociedad.

1.1.4 Contexto Sociológico.

En este caso, se entenderá la salud de los individuos como un estado en el que puedan funcionar eficazmente para desarrollar su rol social. Esto es porque la salud es una condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales, roles y tareas que tienen las personas. Ya que este contexto se configura en base al estudio de la sociedad en su conjunto como un todo integrado.

1.1.5 Contexto Económico- Político.

Desde el punto de vista económico, se puede concebir a la salud como un bien económico, y con relación con otros factores económicos, como por ejemplo el nivel salarial de las personas o usuarios, la demanda del sistema de asistencia con los precios de estas, incluidas las rentas o retribuciones del personal médico y administrativo, etc.

Políticamente la salud puede ser entendida también como un derecho político ciudadano mas, como la libertad, la seguridad, el acceso a la asistencia social, etc. Incluso de las relaciones internacionales y las estabilidad política de los Gobiernos.

1.1.6 Contexto Filosófico-Antropológico.

Se configura a través de alguna concepción global del ser humano. En el se tiende a definir la salud como el estado más propio y específicamente humano, de acuerdo con la idea antropológica que se mantenga. Según Sánchez-González, (1993), y desde este punto de vista, la salud puede entenderse como un estilo de vida autónomo y responsable, o como una capacidad de realización de los valores específicamente humanos.

1.1.7 Contexto Ideal y Utópico.

La influencia principal de este contexto es la percepción o ideas acerca de la felicidad y la calidad de vida, tiene que ver con los deseos y las aspiraciones humanas en todo ámbito incluso las de nivel superior o espirituales¹.

1.2 Presupuestos.

Las definiciones que veremos a continuación, se basan en presupuestos básicos. Cada definición tiene un enfoque diferente. Uno de ellos es el que está en función de su consideración de que la salud es un estado objetivo que puede definirse y entenderse universalmente con independencia de los juicios de valor. El otro enfoque es el que dice que este concepto, es una construcción histórico-cultural que se construye según los propios valores culturales y las normas sociales existentes.

A raíz de esto podemos encasillar al concepto de salud en dos tipos de definiciones:

1.2.1 Definiciones de tipo neutralistas.

Este tipo de definición, indica que la necesidad de recurrir a los juicios de valor para definir que es la salud en la ciudadanía, es innecesaria, puesto que la salud o la enfermedad, es una cuestión científica y empírica, lo que nos indicaría que los datos que fisiológicos, bioquímicos y anatómicos, son los que nos llevan a identificar patologías que son autónomas e independientes del contexto social.

1.2.2 Definición de tipo Normativa.

Esencialmente esta definición, nos dice que la salud y la enfermedad son conceptos cargados inevitablemente por las valoraciones de lo bueno, lo malo, lo útil y lo deseable. Lo que significa que el no hacer referencia a estos factores, resultaría difícil definir el estado de salud o de enfermedad de alguien. Por lo tanto, ambos conceptos, solo pueden ser definidos en un marco cultural particular.

¹ Talavera, M. El concepto de Salud, Definición y Evolucion.pag.1-3 www.medicina.unal.edu.co/.../Concepto%20de%20campo%20de%20la%20salud-Lalonde.doc

1.3 Algunas definiciones de Salud.

A continuación se presentan algunas definiciones de salud, donde cabe mencionar que este concepto a lo largo de la historia, ha sufrido modificaciones dependiendo de los enfoques, es decir, es un término relativo, por su dinamismo e importancia en las sociedades humanas.

Los conceptos definidos de salud y su percepción, como su respuesta social, han evolucionado a través de la historia a la par con el desarrollo político-cultural, económico, social y científico en cada una de las civilizaciones en las que se han estado presentes los conceptos de salud, salud pública y enfermedad.

El concepto o definición de salud más usado a nivel mundial y para efectos de estudio, es el expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su carta fundamental adoptada en la Conferencia Internacional Sanitaria Internacional, celebrada en la ciudad de Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 estados, entrando en vigor el 7 de abril de 1948.

Recordemos que todos los países miembros de las naciones Unidas (ONU), pueden llegar a ser miembros de la OMS si aceptan su constitución, puesto que esta última, es el organismo especializado de la ONU en gestionar las políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Naciendo como respuesta al deseo de la humanidad de liberarse organizadamente de las enfermedades y disfrutar de una larga vida, plena de salud.

En el caso de Chile, este es miembro de la ONU desde el 24 de Octubre de 1945.

En la primera declaración de la Constitución de la OMS reza: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social.

*La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la amplia cooperación de las personas y de los Estados*².

Nos hemos detenido en esta definición que es un poco más extensa de las comunes definiciones que trataremos en este trabajo, puesto que es importante destacar ciertas palabras utilizadas y sobre todo la orientación de esta definición que concibe la salud como un derecho humano fundamental, donde los seres humanos alejados de la discriminación que podrían aplicar a otros seres humanos y en cooperación con los Estados, deberán velar por el grado máximo de salud que pueda gozar una persona.

Por lo tanto, detrás de este derecho fundamental, los gobiernos y sus políticas públicas deben estar creados y fundamentados en la realización y materialización de este.

La orientación y sentido de esta definición, se reafirma más adelante en la Constitución de la OMS donde versa: *“Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas*³

Esto nos indica que la política pública es importantísima como instrumento para asegurar el bienestar general de la población en cuanto a salud.

Uno de los primeros autores en definir el término de salud, fue el profesor e historiador de la medicina, Henry E. Sigerist (1941), quien plantea que *“la salud no es solo la ausencia de la enfermedad, si no que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo*⁴.

Terris (1975) definió a *“la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades*⁵.

Este autor hace mención y amplía el concepto de salud señalando el dinamismo de este, donde la salud y las enfermedades pueden presentar diferentes grados o niveles.

² Constitución Organización Mundial de la Salud, parte primera, 1948.

³ Ídem.

⁴ Gómez, Luis Ignacio Rabanaque, María José. Promoción de la salud y cambio social. Capítulo 1: concepto de salud.

⁵ Ídem.

Una visión más actual de salud, viéndolo como un estado dinámico nos presenta el autor Last (1989), quien plantea un nuevo concepto: *“Estado caracterizado por integridad anatómica, fisiológica y psicológica, con posibilidad para cumplir personalmente las funciones de importancia en el seno de la familia, del trabajo y de la comunidad; capacidad para enfrentarse al estrés físico, biológico, psicológico y social; sentimiento de bienestar y ausencia de riesgo de enfermedad y, en último término, de fallecimiento a consecuencia de aquello”*⁶.

Dentro de esta definición cabe destacar la importancia que se le da al medio ambiente cultural como un factor que influye en la salud de las personas.

Mediante la aplicación de nuevos modelos como el ecológico, Hancock (1993) incluyó otro tipo de conceptos en las definiciones de salud como este autor las ve de una forma integral.

De esta forma ideó el “mandala de la salud”, que presenta al ser humano en sus tres dimensiones, cuerpo, mente y espíritu y como extensión de esta e interrelación con ella: la familia, la comunidad, el medio ambiente construido, la sociedad y el ambiente cultural; todo ello se encuadra dentro de la biosfera en que las personas se desarrollan. Además declara que *“la salud como expresión y componente del desarrollo humano, tiene que ser definida y analizada siempre en sentido ecológico”*⁷.

Esta concepción plantea la salud directamente ligada a una nueva visión del ser humano y su relación con el medio ambiente.

Este modelo ecológico, también podría ser sustentado o avalado con la definición de Herbert Spencer (1995), quien señala que *“la salud es una adaptación perfecta de un organismo a su ambiente”*⁸.

Esta apertura de algunos conceptos o ideas para definir lo que es salud, también son analizados en la propuesta de Blaxter, donde expone que la salud puede ser definida desde diferentes puntos de vista. La no enfermedad, ausencia de enfermedad, reserva, comportamiento o estilo de vida, bienestar físico, energía o vitalidad, relación social, función y bienestar psicosocial.

⁶ Ídem.

⁷ Ídem.

⁸ Ídem.

Por otro lado René Dubos (1956) microbiólogo y médico estadounidense, señala que salud *“Es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado”*⁹.

Dubos también al igual que otros autores, define a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental.

Otro autor es H. Dunn (1950), quien describe a la salud como un alto nivel de bienestar, esto es como un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz, donde se requiere que el individuo mantenga un continuo balance y dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionando.

En la definición de este autor se destaca las tres dimensiones, orgánica o física, psicológica y social, donde el ser humano debe ocupar una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea¹⁰

A. Sepilli (1971), define salud como *“una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social”*¹¹.

Ya hemos visto en algunas definiciones como algunos autores ven al concepto de salud desde varios ámbitos de acción y escuelas de pensamiento.

Una de estas escuelas es la económica con su particular visión. Para autores como Barro (1996), la salud es entendida como un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico. Por otra parte Mushkin (1962) y Grossman (1972), establecen que la salud son determinantes del capital humano donde se expresa una doble connotación, la de ser un bien de consumo y un bien de inversión¹².

⁹ Orozco Africano, J.M. (2006) Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena, pag.10.

¹⁰ Ídem.

¹¹ Talavera, M. El concepto de Salud, Definición y Evolución. www.medicina.unal.edu.co/.../Concepto%20de%20campo%20de%20la%20salud-Lalonde.doc

¹² Orozco Africano, J.M.(2006) Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena, pag.9

1.4 Evolución histórica del concepto de salud en las sociedades.

La salud históricamente ha sido una preocupación constante en todas las sociedades y culturas. Su definición e interpretación conceptual ha evolucionado a lo largo de la historia en función del valor social y cultural que se le ha dado en cada momento y de la metodología empleada para analizarla.

Sus implicancias y alcances sociales son claros y junto a otros valores como la justicia, la libertad y la educación, la salud es considerada como un bien al cual las personas tienen derecho y que debe ser conservado como un valor básico de las personas y por tanto constituye una necesidad fundamental para su desarrollo.

Por tanto, y por estas implicancias, es que la salud también ha sido una preocupación para los individuos representados en la sociedad civil y para las instituciones gubernamentales, debido a su directa relación con la calidad de vida de las personas y de la sociedad en su conjunto.

Al igual que la historia, la concepción y forma de entender la salud ha evolucionado en relación a fenómenos y cambios socio-culturales.

La concepción social de salud, está estrechamente ligada a los problemas de salud, y a como la sociedad y las instituciones conocen y se enfrentan a la resolución de estas problemáticas.

Es así como tenemos evolutiva e históricamente hablando, y desde un punto de vista social, que en la prehistoria la salud se atribuía a orígenes de hechizos, posesiones de espíritus malignos y otras entidades no físicas. Posteriormente en la Grecia antigua, se pensaba que las personas podían mantenerse saludables si vivían de acuerdo a determinados preceptos. Así mismo, en Roma se destacó por mantener su imperio con grandes obras públicas y políticas sanitarias. Luego en la edad media, se consideraba la enfermedad como cólera divina y existían grandes epidemias con poco conocimiento científico para explicar las causas de las enfermedades, como lo ocurrido en Europa con la peste bubónica o peste negra en el siglo XIV, la que fue responsable de la muerte de una cuarta parte de la población europea.

Esta evolución y desarrollo de la salud en la sociedad, y de cómo fue administrada por las diferentes formas de administración de los medios que el Estado poseía en diferentes

épocas, y antes de la concepción misma del Estado. Históricamente fue influenciada por la forma de pensamiento predominante sobre el concepto de salud-enfermedad, por lo tanto, la interpretación de este concepto por parte del hombre, ha evolucionado de acuerdo a las diferentes etapas del desarrollo del propio pensamiento humano según la época en que se encontraba inmerso. Donde la política y el poder en estos periodos, están presente al igual que hoy, definiendo, estimulando y articulando respuestas a las necesidades sociales y a los intereses de los diferentes actores.

Luis Bouza Brey nos dice acerca de esto que: *“El hombre es un ser social por naturaleza. Es decir, que le resulta imposible vivir aislado, siempre está inmerso en un haz de relaciones sociales que determinan sus condiciones de vida, y a medida que estas condiciones de vida son más activamente configuradas por la acción humana, la interdependencia, lo que Durkheim llamaría “densidad social”, se hace más intensa”. Y más adelante agrega: “esta red de relaciones sociales cada vez más intensa afecta a todos los ámbitos de la vida humana, cultura, tecnología, ocio... El hombre se encuentra inmerso, en cada uno de estos ámbitos, en situaciones constituidas por actividades interrelacionadas, dirigidas a satisfacer necesidades sociales”.*¹³

En las siguientes líneas, se pretende destacar algunos hitos históricos, los más importantes, que condicionaron el concepto de salud y su relación con el ser humano en las diferentes épocas, con las diferentes formas de pensamiento, que sirvieron como sustrato para las formas de pensamiento humano que les sucedieron. En los diferentes periodos, y como es el mismo proceso evolutivo del pensamiento humano, se reconoce una velocidad vertiginosa en algunos aspectos que guardan relación con el cambio, y en otras, una notable desaceleración y hasta un retroceso.

1.4.1 Pensamiento mágico.

En la época del hombre primitivo, la forma de pensamiento predominante era mágico, este pensamiento condicionó la conceptualización y percepción de la salud y la enfermedad en el ser humano, como resultado del ingreso en el cuerpo de espíritus malignos que producían las patologías.

Con esta percepción, se determinaba que los responsables del restablecimiento de la salud, estaba en manos de curanderos o chamanes donde su arsenal terapéutico eran

¹³ Bouza-Brey Luis, Manual de Ciencia Política, “El Poder y los Sistemas Políticos”, cap. I pág.39.

ritos, conjuros y básicamente la terapia a base del aislamiento del enfermo. Esta persona a su vez, perdía su valoración social por no poder producir para el soporte del grupo social al que pertenecía.

En este periodo histórico, el rango y la ostentación del poder entendido como: *"la capacidad de obtener obediencia de otros. Tiene poder aquel individuo o grupo que consigue que otros (individuos o grupos) hagan (o dejen de hacer) lo que él quiere"*¹⁴. dependen de los rasgos biológicos como la edad o el sexo o religiosos, así como de la posición de cada individuo en el interior de grupos primordiales, de parentesco o territoriales.¹⁵

El poder político evidentemente se identifica con el poder social que se deriva del control de los recursos, y de la vinculación preferente con los poderes sobrenaturales y místicos, el conocimiento de la tradición, etc.

En este sentido, la mitología, es el resultado más elaborado de estas manifestaciones y de esta forma de pensamiento humano, donde las deidades tomando forma humana o divina, y se mezclaban con los humanos participando activamente en eventos propios de las sociedades como las guerras, el comercio, la agricultura, etc. Lo que marco un paso previo al desarrollo posterior del pensamiento religioso.

1.4.2 Pensamiento Religioso y escolástico.

La enfermedad, para el pensamiento religioso, era atribuida al comportamiento humano, de manera que el concepto de enfermedad, con su connotación negativa, era consecuencia del mal comportamiento. Era la divinidad quien impartía este castigo (enfermedad) a quienes no cumplían con el comportamiento socialmente aceptable para la comunidad.

Esta concepción de la enfermedad, cambio a los encargados de la terapia, trasladando esta responsabilidad a los sacerdotes quienes por medio de exorcismos y otros rituales espirituales, lograban apaciguar el castigo divino y restablecer la salud y el comportamiento social adecuado.

¹⁴ Bouza-Brey Luis, Manual de Ciencia Política, " El Poder y los Sistemas Políticos", cap. I pág.40.

¹⁵ Ídem.

En este periodo los resultados positivos de estos rituales y exorcismos, no estaban garantizados y no eran la responsabilidad de los encargados de administrarla, si no que el resultado negativo de esto, era el designio de Dios, fundamentándose de esta forma la resignación como característica importante de este periodo.

Otra característica de este periodo, es la transmisión de estos conocimientos terapéuticos, como también el guardar y documentar celosamente estos ritos por los sacerdotes que usualmente estaban al servicio de las clases dominantes y reinantes, que sostenían que su poder era de origen divino.

Esta concepción de la realidad, era fundamentada por el orden y sistema social existente en esa época, el Feudalismo.

Este sistema se basaba en una economía agrícola, donde el poder lo poseía la aristocracia nobiliaria con vínculos de vasallaje con el rey. La administración de la justicia y el derecho, eran autónomos y centralizados dependiendo de la región y eran el resultado de la costumbre y la jurisdicción señorial. Este orden político social estaba justificado por la jerarquía que imponía el orden divino en la búsqueda de la superación del pecado original por parte del hombre.¹⁶

Esta forma de pensamiento tuvo su auge y desarrollo durante el florecimiento de la escolástica definida como: *“un sistema de pensamiento caracterizado por el dialogo creciente entre el uso de la razón y de la fe, debido en parte al auge de los clásicos de la filosofía grecolatina en especial de Aristóteles”*¹⁷.

Este pensamiento filosófico sostenía que Dios era el motor, principio y fin de todas las cosas, y como consecuencia, la enfermedad venia directamente de él y era impulsado por hombres que se consideraban sabios y santos a la vez, donde su exponente más destacado fue Santo Tomas de Aquino.

Luego de que el Imperio Romano se cristianizara, el estado tomo partido en el cuidado y salvación de las almas, asumiendo un rol coercitivo muchas veces en esta tarea, aparte de sus funciones tradicionales como Imperio.

¹⁶ Bouza-Brey Luis, Manual de Ciencia Política, “El Poder y los Sistemas Políticos”, cap. I pág.49.

¹⁷ H. Vásquez. “La Teología Escolástica y su influencia en el Pensamiento Contemporáneo” Ibarra, 2008.

Todas las teocracias a partir de Constantino en el Imperio Romano, hasta las teocracias del siglo XVIII en Europa, fueron regímenes políticos en donde el cuidado y la salvación de las almas, fueron objetivos importantes para este tipo de Gobiernos.

Con el transcurso de la historia, la práctica terapéutica se trasladó de los sacerdotes a algunas personas designadas por ellos, a quienes concedían ciertos secretos de la terapia. Esta delegación de responsabilidad en la atención de la enfermedad, eximio al Estado de la misma, trasladándola a la práctica privada. Esto último, aparto a algunas de las personas que se les fue entregada este conocimiento, de las directrices religiosas y empezaron a experimentar otras formas de tratar estos males, lo cual hizo que se les considerara brujos o alquimistas por parte de las autoridades religiosas y estatales y provocó la prosecución de estos y la prohibición de estos rituales alejados de las tradicionales formas existentes en aquella época.

Bergonzoli (1994), nos retrata algunas de estas prácticas adquiridas por estas personas para tratar las enfermedades: *“Los nuevos terapeutas popularizaron la tesis de la ley de los contrarios, de manera que la fiebre era tratada con emplastos fríos, el frío con calor, emplearon vomitivos o lavativas para la limpieza del interior del cuerpo, también las sanguijuelas para el recambio de la sangre mala. Esta concepción estaba basada en la eterna dualidad del pensamiento humano de lo bueno y lo malo, los espíritus divinos y los malignos”*¹⁸.

1.4.3 Pensamiento Mecanicista (siglos XV y XVI).

Junto con la llegada del Renacimiento, se dieron una serie de descubrimientos en todos los sentidos del conocimiento humano, y especialmente en la física, la mecánica y la química. Dichos conceptos, influyeron decisivamente en la concepción de la salud y la enfermedad en los seres humanos, expresándolo como un proceso mecánico y a la enfermedad como un trastorno del mismo y se basaba esencialmente en la teoría mecanicista propuesta por Descartes.

Con ello aparece también la más reciente forma de organización política en las sociedades humanas, el Estado. Que fue la consecuencia de dos procesos, la modernización y la movilización social.

¹⁸ Bergonzoli G. Victoria D. “Rectoría y Vigilancia de la salud” Monografía 94-01 OPS/OMS, 1994.

Por un lado la modernización trato de abarcar los procesos de cambios sociales y políticos que comenzaron en Europa y que se extendieron por América del Norte y Sur, y con posterioridad en los siglos venideros por Oceanía, Asia y África.

Y por otro lado, la movilización social es resumida por K.W.Deutsch (1961), *“como el proceso por el cual los núcleos principales de los antiguos vínculos sociales, económicos y psicológicos, son erosionados y rotos, y la gente queda disponible para nuevas pautas de socialización y comportamiento”*¹⁹. Esta evolución, del proceso de modernización político –social, origino una sociedad nacional organizada políticamente en forma de Estado. Esta nueva sociedad llevo intrínseca en si el cambio social, cambio que abarca las tradiciones, las costumbres, relaciones y estructuras sociales. Estas fueron cambiadas por otras costumbres y estructuras sociales nuevas, que derivaron de los mecanismos del mercado, la negociación, la especialización funcional, el utilitarismo y la racionalidad instrumental.²⁰

Esta nueva concepción de organización política, también será un aporte para los siglos venideros en el tratamiento de la salud en la población y dará un nuevo auge o mirada a esta temática.

Volviendo a la teoría mecanicista, una característica principal de ella en esa época, y sobre todo de las teorías de Descartes era la duda. Descartes dudaba de todo, metódicamente, y por supuesto dudaba del conocimiento predominante de su época, dudo de las impresiones de los sentidos y aun del hecho de contar con una forma corpórea. Su método consistía en dudar de todo, hasta alcanzar algo de lo cual era difícil dudar, es decir, su existencia como un ser pensante, de esta manera llevo a su famosa sentencia “cogito, ergo sum”, que quiere decir “pienso luego existo”. A partir de aquí, Descartes, deduce que la esencia de la naturaleza humana reside en el pensamiento y que todas aquellas cosas que podamos distinguir claramente son ciertas. Esta clara distinción entre las cosas, fue lo que llamo “intuición”, y afirmo que “no hay caminos para arribar al conocimiento cierto de la verdad, entonces, esta es alcanzable a través de la institución y deducción”, herramientas utilizadas a su intento por construir el pensamiento sobre un cuerpo de conocimiento basado en fundamentos firmes²¹.

¹⁹ Bouza-Brey Luis, Manual de Ciencia Política, “ El Poder y los Sistemas Políticos”, cap. I pág.50.

²⁰ Ídem.

²¹ Bergonzoli G. Victoria D. “Rectoría y Vigilancia de la salud” Monografía 94-01 OPS/OMS, 1994.

Los mecanicistas sostenían su tesis diciendo que dentro de la naturaleza nada “vive” realmente, porque todo en ella es un mecanismo y los cuerpos difieren entre sí solo en la complejidad mecánica. Los movimientos de los seres sensibles son consecuencia de un impulso exterior, los cuerpos se mueven desde afuera.

Las patologías iantromecánicas, disciplina de la época que comparaba al cuerpo humano con una máquina artificial, y que pretendía explicar su funcionamiento sobre bases puramente físicas, donde en este sistema las partes del cuerpo humano que son sólidas o físicas constituyen diferentes maquinarias o conductos inertes que obedecen a la estática, mientras que los líquidos se rigen por los principios de la hidráulica²². Son una muestra de la influencia de la ciencia y de conceptos distintos, alejados del misticismo y religiosidad como respuesta a un estado de salud o de enfermedad.

En este mismo periodo, y contrariando a la explicación mecanicista de la salud en los seres humanos, se pronuncia una teoría llamada Vitalismo o Animismo, que promulgaba: “*que el hombre no era una máquina, si no un ser viviente, la enfermedad era consecuencia de la alteración morbosa o anormal de dichas fuerzas vitales*”²³. Los animicistas sostenían al contrario de los mecanicistas, que todo en la naturaleza “vive” a que los sistemas o modos de vida entre seres sean diferentes. El movimiento de los seres sensibles sería siempre efecto y expresión de un principio vital interior, innato a la realidad misma del cuerpo que se mueve.

1.4.4 Pensamiento Matemático (siglo XVII).

En este siglo, el auge de las ciencias exactas, popularizadas por los juegos de azar de aquella época, dio una importancia relevante a “la probabilidad”. Es así como es encargado a matemáticos de la época (Gauss, Leibniz, Poisson) a trabajar en modelos matemáticos que permitieran conocer la probabilidad de ocurrencia de ciertos eventos.

Este pensamiento contribuyó a ver a la salud y la enfermedad, como un evento susceptible de ser medido matemáticamente, de esta teoría, nace el concepto de probabilidad de una enfermedad. Las ciencias exactas toman relevancia en este sentido y contribuyeron a las aplicaciones de la estadística a las enfermedades como fenómenos de

Capra, Fritjof. *The Turning Point: Science, Society and the Rising Culture*. New York 10103: Bantam Books, 1988.

²² http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec_14.html

²³ *Medicina e Historia, El pensamiento de Michel Foucault*. Serie de desarrollo de RRHH. N° 23 OPS/OMS, 1978.

masas, y no solo la enfermedad fue analizada desde la estadística, sino que también las tasas de natalidad, las tablas de vida, las tasas de nupcialidad etc., dando comienzo al análisis de tipo bioestadística, relacionado por supuesto con los estados de salud y el comportamiento de las enfermedades en la población.

El desarrollo de las matemáticas, permitió contar con un inventario más preciso de los medios de producción y de su productividad, lo cual influyó enormemente en la economía y dio paso a la industrialización y masificación de la producción dando la base de un nuevo sistema social, imperante hasta nuestros días, el capitalismo.

1.4.5 Pensamiento ecológico (siglo XVIII)

Gracias a las nuevas formas de producción, que dieron origen al capitalismo como sistema social y económico, surgieron en las sociedades industrializadas de Europa, un grupo emergente de enfermedades consecuencia de las precarias condiciones laborales de los obreros, lo que dio origen al denominado estudio de las enfermedades ocupacionales.

El estudio del medio ambiente y sus condiciones, que rodea a las personas, y el impacto que este provoca en la salud de la población, toma en este siglo una importancia

Preponderante. Es así como la medicina y el Estado, se ocupan de asuntos que no se referían solamente a la enfermedad.

La medicina se vio caracterizada en este periodo por la aparición de la autoridad medica que no era solamente una autoridad medica si no que también social, con una responsabilidad que lo facultaba para la toma de decisiones que afectaban tanto un reglamento, como aun barrio o ciudad. También en este mismo marco, se intervino áreas ajenas a la enfermedad como el control de las aguas, el drenaje de terrenos, construcciones, el aire, etc.

Se dio origen a la medicalización masiva de la población junto con la nueva concepción de hospital que ya no era vista como la asistencia a los pobres o un lugar para esperar la muerte, si no como un lugar y una institución al servicio de la comunidad. Junto a esto la introducción de mecanismos administrativos, registros, estadísticas etc.

Por otro lado, surge el concepto de Medicina de Estado, que indica que el Estado debería ser fuerte y controlar todas las órdenes de la vida ciudadana. Se proponía la clasificación

de las enfermedades en dos grupos, las infecciosas o epidémicas y las sociales que eran producidas por el hombre. Se planteaba también una legislación sanitaria donde el estado tuviera una responsabilidad en cuanto la regulación de la salud de la ciudadanía por razones de mantener una salud compatible con la alta productividad de los bienes de capital.

La obra más relevante que trata acerca de la importancia de las condiciones ambientales y las enfermedades fue la obra de Sir Edwin Chadwick, publicada en 1842 "The Sanitary conditions of the labouring population of the Great Britain"²⁴.

1.4.6 Pensamiento Sociológico (siglo XIX).

Con el advenimiento del siglo XIX, florece una forma de pensamiento filosófico (materialismo histórico), que plantea que el análisis de la sociedad desde un punto de vista económico-social, y de cómo los medios de producción determinan las órdenes de la vida en sociedad y en consecuencia también la definición de la salud y la enfermedad.

Esta forma de pensamiento establecía que los límites de los enfermos, las enfermedades y los servicios públicos de salud habían sido rebasados. Se llegó a la conclusión de que habían áreas de la medicina que no eran "medicalizables" por llamarlos de alguna manera, ni que era posible controlar ciertos factores que producirían enfermedad en las personas como las prácticas corporales, la higiene del cuerpo, la alimentación o el control de la sexualidad que no están al alcance de los médicos. La regulación de estas cosas se tomaba como una conciencia colectiva y socializó las causas de las enfermedades y en consecuencia el tratamiento de estas enfermedades debiera ser aplicada a las causas primarias u originarias de muchas de estas patologías, como son las deficiencias en la distribución de las riquezas, el acceso a los bienes y servicios, la educación, el acceso al trabajo con remuneraciones justas y en condiciones laborales seguras, el acceso a las políticas saludables para la población, etc.

Estas deficiencias provocaban naturalmente un malestar en la población trabajadora. La única solución desde el punto de vista de este pensamiento, era el control de estos desequilibrios para restablecer el equilibrio social y el bienestar comunitario.

²⁴Bergonzoli G. Victoria D. "Rectoría y Vigilancia de la salud" Monografía 94-01 OPS/OMS, 1994.

A mediados del siglo XIX el estudio efectuado de una epidemia de fiebre por Rudolf Virchow, le dio como conclusión, que sus causas aparte de ser físicas, eran sociales y económicas, por lo tanto, el tratamiento a esta patología, era la prosperidad económica, la educación y la libertad. En esta misma instancia Virchow diría: *"La medicina es una ciencia social, y la política es medicina en gran escala"*²⁵, esta forma de pensar era propia de esta época y dio los impulsos necesarios para las reformas políticas que buscaban la reorganización de los servicios de salud en beneficio de los enfermos, y con una mirada más crítica socialmente y políticamente hablando.

Los problemas económicos muchas veces originaron organizaciones medicas en siglos anteriores, un ejemplo de esto, fue la creación en el siglo XVII, de la Real Sociedad de Medicina de Francia, que fue consecuencia de una epizootia (enfermedad que afecta simultáneamente gran número de animales de la misma especie o de especies diferentes)²⁶ y no de una enfermedad de carácter masivo como una epidemia en seres humanos.

El modelo económico de producción trajo a la palestra, cierta conciencia en cuanto a que en los servicios de salud estuvieran presentes los seguros y la incapacidad de los trabajadores, junto con la responsabilidad civil de los empleadores, pero lo que destaca peculiarmente en esta época era su concepción de salud para las personas.

Lo que se exigía al sistema social a cargo del sistema médico, era el efecto económico de dar a la sociedad personas fuertes y sanas para las largas jornadas de trabajo en las factorías capitalistas, y asegurar la continuidad de la fuerza laboral, su bienestar para estas faenas y su reproducción. Por lo tanto, el pensamiento de la época, utilizaba al sistema médico como instrumento de reproducción y mantenimiento del sistema de producción imperante.

En el último cuarto del siglo XIX, se dieron también una serie de descubrimientos gracias al desarrollo de la microbiología que determino la presencia de una serie de agentes microscópicos a quienes se les atribuye la responsabilidad de muchas enfermedades que afectan al hombre como especie. Estos descubrimientos y esta forma de pensar, hecho por tierra todo es cumulo de antiguos conocimientos que trataban de explicar el bienestar

²⁵ Bergonzoli G. Victoria D. "Rectoría y Vigilancia de la salud" Monografía 94-01 OPS/OMS, 1994.

Terris, Milton "Henry E. Sigerist: sus contribuciones a la organización de los servicios de salud", en Milton Terris, la revolución epidemiológica y la medicina social. Editores Siglo XXI, México, 1987.

²⁶ http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Epizootia

o malestar de la población. Cuando en 1878, Louis Pasteur publicara “La teoría de los gérmenes y sus aplicaciones en Medicina y Cirugía” la teoría microbiana encuentra sustento científico y condicionaría una nueva forma de concebir el proceso salud-enfermedad.²⁷

La monocausalidad de las enfermedades (Pasteur genero la idea de la monocausalidad, o sea, causas específicas para enfermedades específicas)²⁸, tuvo buena acogida, este reduccionismo apporto al desarrollo del que hacer de los servicios públicos, los cuales se basaron en la clasificación de las enfermedades en agudas y crónicas, según estas fueran producidas o causadas por el ambiente o por el estilo de vida de las personas, lo que dio origen a dos practicas preventivas muy importantes en la salud, me refiero a la Higiene Pública y a la Higiene Privada, donde la Higiene Pública se caracterizaba por el control del ambiente humano en campañas de Salud Pública. Y la higiene privada implicaba la educación personal y la urbanidad para evitar excesos que pudieran conducir a la enfermedad, esto condiciono la forma de actuar de los servicios de salud orientándolos hacia el control de las enfermedades infecciosas mediante el empleo de campañas masivas, contra enfermedades masivas para la población como la malaria, el cólera, la viruela, etc.

El pensamiento antiguo basado en los postulados de Descartes, presentaba demasiada atención al estudio de las propiedades mecánicas de los seres vivos y se negaba a estudiar más profundamente el organismo como una parte del sistema natural en el que estaba inmerso. Aun que los adelantos en materia de estudio celular y molecular continuaron avanzando, el completo entendimiento de la vida será alcanzado con el desarrollo de la teoría sistémica para lo biológico, cuya teoría comprende al organismo como un subsistema vivo inmerso en un sistema más que como una máquina.

²⁷ Bergonzoli G. Victoria D. “Rectoría y Vigilancia de la salud” Monografía 94-01 OPS/OMS, 1994.

Lain Entraigo, Pedro. El Diagnostico Medico. Historia y Teoría. Editores Salvat, Barcelona, España, 1982, pág. 44.

²⁸<http://books.google.cl/books?id=6u3bekl1egMC&pg=PA27&lpg=PA27&dq=monocausalidad+de+las+enfermedades&source=bl&ots=Ceo31BehbL&sig=aTHljpLfKNKCLR0YQcP8foUiisY&hl=es&sa=X&ei=301BT9zRPML50gHbzO2zBw&ved=0CB8Q6AEwAA#v=onepage&q=monocausalidad%20de%20las%20enfermedades&f=false>

1.4.7 Pensamiento Holístico (siglo XX, actualidad).

El enfoque sistémico trajo consigo nuevos planteamientos con respecto a la salud y la enfermedad en el ser humano. Empezó a ser comprendida como un fenómeno estrechamente ligado a las condiciones de vida de la población, al contrario de los análisis reduccionistas o parciales de pensamientos anteriores.

El seminario Avanzado sobre Políticas y Estrategias en el Proceso de Planificación de la Salud en 1971 afirmaría que: *“La solución de los problemas de la Salud, dentro de este contexto, debería consecuentemente basarse en una teoría que explicara ecológicamente su génesis y enfrentarse a través de métodos que se fundamentan en esta teoría”*²⁹.

Es así como aparecen modelos multicausales para el análisis de la salud y la enfermedad en la sociedad, modelos de tipo Holísticos (enfoque Holístico, vista integral del ser humano como un ser con cuerpo, mente y alma en la antigua Grecia, Egipto, Persia, Israel)³⁰.

MacMachon (1960) plantea que la producción de la enfermedad consta de dos mecanismos, el primero guarda relación con una serie de eventos sucesivos que ocurren antes de la respuesta del cuerpo, estos eventos son variados y van desde lo biológico hasta lo cultural, social, económico etc. Y el segundo corresponde a la aparición de la respuesta corporal hasta la manifestación de la enfermedad.

Por otro lado, Levell y Clark (1965) plantearon el modelo de la Historia Natural de las Enfermedades, incorporando en la epidemiología el enfoque de la teoría de sistemas aplicado al análisis de los factores ecológicos. Sin embargo, la salud en las personas seguía siendo entendida como un estado, dentro del prisma biológico, posteriormente empezó a ser analizada como un proceso dentro de la comunidad, es decir, como una temática colectiva con diversos factores y no como meramente un problema individual.

²⁹ Bergonzoli G. Victoria D. “Rectoría y Vigilancia de la salud” Monografía 94-01 OPS/OMS, 1994.

OPS/Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Antecedentes de la Situación Actual de los procesos de Planificación de la Salud en América Latina. Seminarios sobre Políticas y Estrategias en el proceso de Planificación de la Salud. Santiago, Chile, Noviembre, 1971.

³⁰ V.Carazo Serrano. “Salud y Medicina Holística e Integrativa” Agosto 2005 .VII Congreso Nacional de Ciencias, Costa Rica. <http://www.cientec.or.cr/exploraciones/ponenciaspdf/VladimirCarazo.pdf>

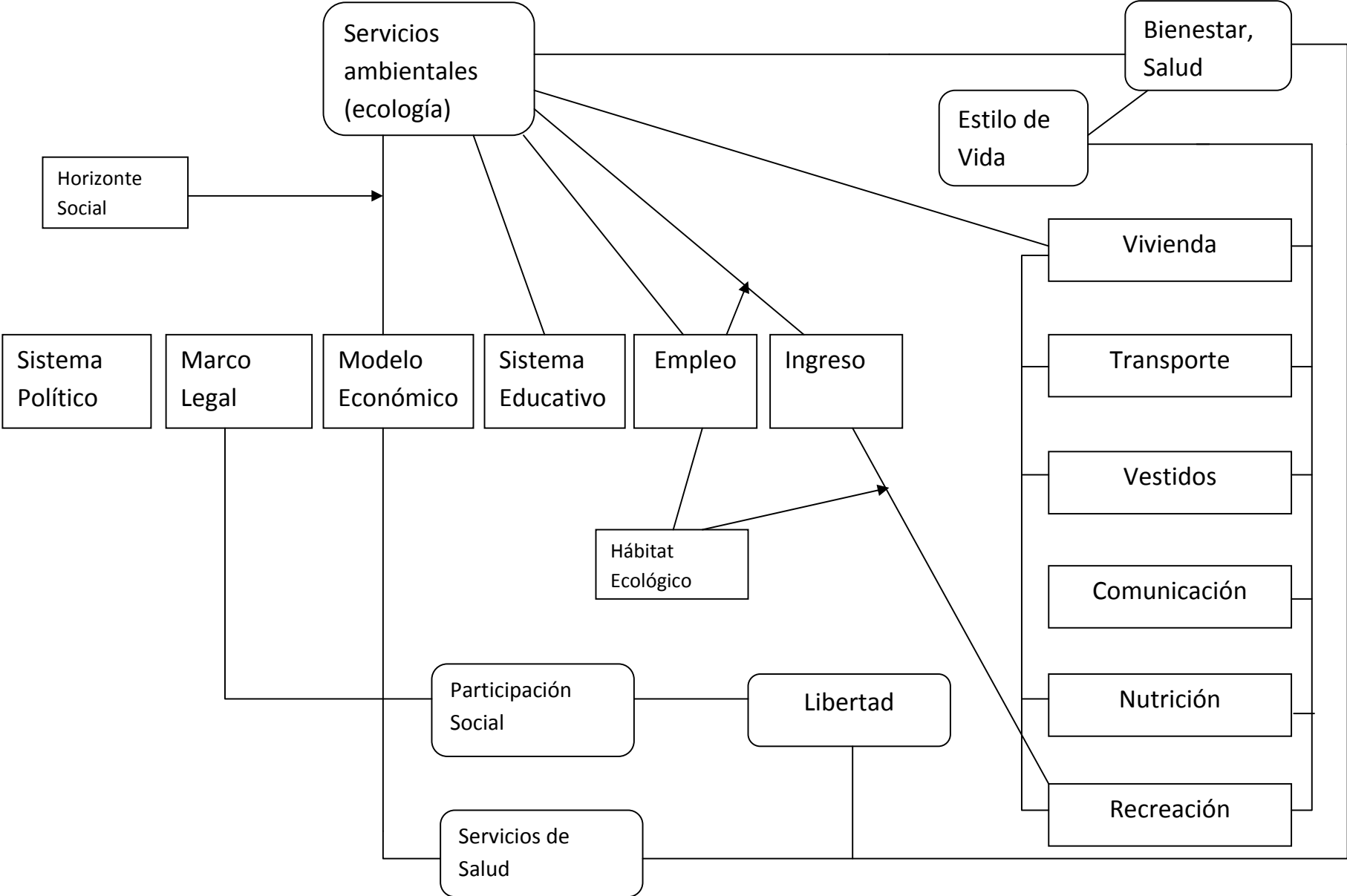
Estados Unidos y Canadá estuvieron a la vanguardia entendiendo la relación de la salud con la enfermedad en los seres humanos como un proceso inmerso en la dinámica social en donde tienen presencia los factores sociológicos, biológicos, ecológico y los servicios de salud. Ya no se conceptualiza a la salud en un extremo y a la enfermedad en otro, si no como el resultado de un desarrollo armónico de la sociedad, en su conjunto, mediante el cual se brindan a los ciudadanos las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingreso, de empleo, de recreación y participación social entre otras.

La salud ya no será la responsabilidad del sector salud y sus instituciones exclusivamente. Si no que para alcanzar el bienestar, será necesaria la movilización organizada de los recursos de la sociedad en su conjunto, por lo tanto, el desarrollo social de la salud y su producción está ligado al desarrollo global de la sociedad como un medio para el logro del bienestar común y de desarrollo humano³¹.

En el esquema que se presenta a continuación, de elaboración propia, propone superar la permanente división o dicotomía entre los llamados sectores productivos y sociales. Observamos que el llamado Horizonte Social, que separa el área que representa el crecimiento económico (sistema político, marco legal y modelo económico) del área del desarrollo social o bienes y servicios, es el punto medular de esta concepción de salud, según la cual el crecimiento económico es necesario y tendrá sentido político en el desarrollo de un conjunto poblacional, en la medida en que impacte el desarrollo en los distintos estratos sociales, el desarrollo será posible en la medida en que el país experimente tasas de crecimiento económico sostenido buscando un balance para entre estos factores para lograr el bienestar individual y comunitario. Este enfoque echaría por tierra la concepción ampliamente difundida de que los países pobres solo podrán superar el subdesarrollo mediante el logro de tasas de crecimiento económico sostenibles, puesto que ahora lo que se requiere es una vinculación de salud al desarrollo social y económico en beneficio de la calidad de vida de la población.

³¹ Bergonzoli G. Victoria D. "Rectoría y Vigilancia de la salud" Monografía 94-01 OPS/OMS, 1994.

Producción Social de la Salud.



Principalmente en esta época lo que se requiere es una real vinculación de la salud al desarrollo social y económico.

Los servicios de salud por si solos no producen un mejoramiento en esta área, más aun, se conoce que los niveles de salud más elevado en algunos países no se debe al mayor gasto por persona en salud, o a una mejor relación medico paciente o con otra clase de personal médico. Tampoco se debe a los grades hospitales con grandes gastos en arsenal terapéutico o de diagnostico, ni al gran consumo de fármacos. La mayor parte de las enfermedades en los países ricos tiene un curso auto limitado, en donde la intervención de los servicios cuando tienen eficacia es acelerar la pendiente de disminución de las mismas. Los más altos niveles de salud que se observan en los países desarrollados se explican en gran medida por sus altos niveles de nutrición en la población, un medio ambiente propicio para la vida en condiciones saludables para quienes habitan estas tierras. Por otro parte, los servicios de salud curativos, solamente ejercen un efecto temporal en la salud si sus causas originales no son atendidas, por lo tanto los servicios de salud aminoran la letalidad previniendo y amortizando de alguna manera los efectos negativos que provocan las enfermedades en las personas.

Para finalizar quisiera citar a Bergonzoli (1994), quien expone de manera muy clara los actuales paradigmas en materia de salud al servicio de la comunidad y que es perseguida por los países como modelo de bienestar social en esta materia: *“La prestación de servicios de salud, bajo los principios de equidad, solidaridad y universalidad, suele contribuir a la cohesión social y proporcionar una sensación de seguridad psicológica, al saber que se cuenta con los servicios en el momento en que se requieran. Con base a lo anterior, es obvio que la responsabilidad de la salud trasciende a las intervenciones del sector Salud, per se, para convertirse en un producto social, resultante de la acción coordinada de los actores pertinentes de la sociedad. Esta nueva concepción epistemológica de la salud exige para una eficiente y efectiva regulación, conducción y vigilancia de la misma, de métodos, técnicas e instrumentos prácticos y novedosos que permitan la articulación entre el conocimiento científico y la administración estratégica”*.³²

³² Bergonzoli G. Victoria D. “Rectoría y Vigilancia de la salud” Monografía 94-01 OPS/OMS, 1994.

1.5 Definición de Salud Pública.

Después de una serie de definiciones de diferentes autores, referentes al concepto de salud desde varias perspectivas o visiones acerca del tema, y de presentar y analizar brevemente la evolución histórica de la salud en las sociedades humanas y atendiendo que el último punto de esta presentación que nos lleva a nuestro tiempo y a la concepción actual del concepto de salud, Surge una de las principales interrogantes en este trabajo. ¿Qué es la salud pública?

Para despejar esta duda podemos señalar que entendemos por salud pública, en su definición clásica y más conocida, atribuida al Doctor Norteamericano Winslow (1920), *“como la ciencia y el arte que pretende prevenir la enfermedad en los seres humanos prolongando la vida y promoviendo la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades transmisibles, la educación para la salud, mediante la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de la enfermedad desarrollando un mecanismo social que garantice el gozo del derecho natural de la salud y a la longevidad de los seres humanos”*³³

Otras definiciones de salud pública es la que hace Lisitsin (1981), que nos indica que salud pública: *“se define como el sistema de medidas estatales, socio-económicas y medico-sanitarias encaminadas a la prevención y tratamiento de enfermedades, disminución de la mortalidad y morbilidad, así como garantizar a la población condiciones de vida y trabajo que permitan elevar la capacidad laboral y prolongar el promedio de vida útil de los hombres”*³⁴.

M. Terry (1988) se refiere a la salud pública como una actividad primordial de carácter Gubernamental y Social importantes en la vida en sociedad, de naturaleza multidisciplinaria y que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad, donde según este autor la palabra clave es Salud³⁵.

J. Frenk (1991), señala acerca de la salud pública como: *“La aplicación de las ciencias sociales, biológicas y de conducta, al estudio de las poblaciones humanas con dos*

³³ Hamlon JH. Fisiología de la salud pública. Principios de la administración sanitaria 3 ed. México, DF: La prensa Medica Mexicana, 973; 1-11.

³⁴ Lisitsin ME. La higiene social y organización de la salud pública. La Habana, IDS. 1981: 14-39.

³⁵ Terry M. Diferenciación entre Salud Pública y la Medicina Comunitaria-Social-Preventiva Temas de Epidemiología y Salud Publica. La Habana. Edit. Ciencias Médicas. 1988: 1-5.

*objetivos: el estudio epidemiológico de las condiciones de salud, la investigación de los servicios de salud y la respuesta social a los problemas de salud. Su esencia es la salud de la Población*³⁶.

El concepto de salud pública ha evolucionado y existe el consenso de considerar a la salud pública, cuya esencia es la salud de la población, como una ciencia integradora de diferentes disciplinas afines y de otras como la Economía, La administración del Estado y administración en general, las, Ciencias Políticas, Ciencias Sociales y de la conducta humana como la Sociología, Antropología, Psicología Social y otras disciplinas humanistas y científicas.

Detrás de esto es pertinente analizar tanto el significado de la palabra “salud” como el concepto de “pública”. La palabra pública, no se relaciona con el tipo de servicios que pueden ser estatal, privado, mixto, lucrativo o no, si no con el criterio de que la salud pública alcanza a toda la comunidad y al individuo sin distinciones de ningún tipo y con equidad.

En cuanto a la “salud”, se refiere tanto a la salud o enfermedad individual como a la colectiva. Tiene además la consideración de que la definición de salud y de enfermedad no se enfocan como dos categorías opuestas ni de forma estática, si no como un proceso, el proceso salud o enfermedad, que puede ser definido como un proceso en relación con el bienestar físico, mental y social, que es individual, particular y global, dinámico y variable y consecuencia de múltiples factores positivos o negativos.

1.6 Reseña Histórica del Sistema de Salud en Chile.

El sistema de Salud en Chile, tiene sus orígenes formales en las medidas de salubridad y atención de enfermos y necesitados como iniciativas caritativas en los hospitales de mediados del siglo XVI. Esto en el ámbito formal. Su contraparte informal, se sustentaba en la salud tradicional ligada estrechamente a la historia, cultura y tradición del pueblo chileno, teniendo vigencia incluso hasta nuestros días.

El desarrollo de hospitales y servicios sanitarios en Chile, fueron creados entre los años 1552 y 1886 y estaban a cargo de las autoridades locales, por lo tanto eran servicios de

³⁶ Frenk J. La nueva salud pública. Teoría y práctica de la salud pública OPS. Resumen en Escuela de Salud Pública, La Habana, 1992.

salud de atención local de la comunidad sustentadas por organizaciones o instituciones públicas o privadas y con un carácter filantrópico o de beneficencia.

Hitos importantes en relación a la normativa, fue la promulgación del Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia en 1886 que ordena las organizaciones locales y los hospitales y la creación de la Junta Nacional de Salubridad, en 1887, cuya misión en aquellos años era el asesoramiento al Gobierno en temáticas por supuesto relacionadas con la salud y el desarrollo nacional local para estos efectos, funciones que posteriormente por el Consejo de Higiene Pública en el año 1892.

Posteriormente, el desarrollo social en Chile en cuanto a Salud da un salto significativo.

En 1917 se realiza un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales lo que dio una mayor organización y coordinación entre estas instituciones de asistencia en salud.

El ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social creado en el año 1924. Junto con otro acontecimiento importante, la creación del Seguro Obrero Obligatorio. La caja de Seguro Obrero fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte.

En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género a nivel internacional. 1942 es el año de la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados que cubría y atendía a los empleados públicos y particulares.

El Colegio Médico de Chile vio la luz en el año 1948 aportando significativamente en la formulación de las políticas de salud.

Más adelante, en la década de los cincuenta, hubo un predominio de la planificación Central hasta 1973, donde la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 dio un empuje a la unificación de diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud alcanzando cobertura nacional cubriendo sus prestaciones principalmente a los sectores obreros e indigentes.

A partir de 1964 se inician reformas sociales en salud destacándose las inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personal junto con la extensión de la cobertura geográfica de todos estos servicios transformándose el Servicio Nacional de Salud en una Organización con 120.000 funcionarios activos.

Con la llegada de la Dictadura militar en 1973, se iniciaron las reformas globales del sistema de Salud sustentadas en la aplicación de las reformas neoliberales económicas y sociales, modificando el rol y la importancia del Estado y promoviendo el sector privado de Salud. En una década, se apreció la disminución significativa del gasto social y del financiamiento de del servicio nacional de Salud bajo un régimen autoritario de Gobierno.

En 1979 se reestructuro el sector estatal de la salud, reorganizando el Ministerio de Salud y creando el régimen de prestaciones de salud mediante la Ley 15.469 de 1985 que fijo las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

Con la llegada de la democracia en 1990, los Gobiernos de Concertación asumieron la institucionalidad heredada de la Dictadura Militar y en los primeros años se preocuparon de incrementar la inversión y los recursos al sistema de salud, adecuando y reformando algunas áreas del sistema. Estas reformas principalmente estaban orientadas a las políticas y planes nacionales en materia económica y social en salud, la búsqueda de mejorar la gestión del sector público e incrementar el proceso de descentralización del servicio para la comunidad, resolver la crisis del sector público de salud resguardando los intereses de la población.

1.7 Orígenes de la Administración Municipal de la Salud, aspectos administrativos y financieros.

La Dictadura Militar, en el marco de las reformas al sistema de salud, en el año 1980 se dicta el DFL N° 1/3063 traspaso los establecimientos asistenciales de nivel primario a la administración municipal, lo que significó que la administración de la mayoría de los consultorios generales urbanos y rurales, Postas rurales de Salud y las estaciones medicas rurales quedara en manos de los municipios del país, en el marco de la descentralización como uno de los principales ejes de las reformas de salud implementadas por la administración militar.

En estos establecimientos se realizan actividades de nivel primario de atención en salud, de complejidad de asistencial más simples que en los otros niveles que cuentan con especialidades medicas y un nivel tecnológico superior.

Los principales objetivos de la administración municipal, como se menciono antes, era descentralizar la ejecución de las acciones de salud llevándolas a nivel local o comunal, mejorar el control y fiscalización de los establecimientos alejados de las jefaturas centrales, adecuar los programas de salud a las necesidades de la población y hacerlas más directas, permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura, también hacer posible una mayor participación comunitaria, permitir también una mejor integración multisectorial, en especial con sectores importantes como la educación, vivienda, trabajo etc.

En relación a la gestión de la administración Municipal, se basa en convenios entre los servicios de salud y las municipalidades los que deben cumplir con las disposiciones del ministerio de salud en relación a los programas, normas, y planes. La gestión municipal y la supervisión del ministerio de salud se basan en un manual de procedimientos técnicos-administrativos, que incluyen las condiciones del convenio, definición de beneficiarios, programas de salud en vigencia, definición de actividades asistenciales de apoyo diagnostico y aspectos administrativos del funcionamiento.

La función principal de estos centros de salud local es atender integralmente la patología simple y derivar a los establecimientos de mayor complejidad del servicio de Salud aquellos problemas médicos que excedan su nivel de resolución. Asimismo, las partes se obligan a desarrollar y mantener un sistema de coordinación expedito para la referencia, derivación y contra referencia de los beneficiarios enviados por los establecimientos municipales.

Con respecto al financiamiento de la administración municipal de los servicios de salud primaria. Estos recursos emanan desde las propias municipalidades. Inicialmente la transferencia de aportes desde el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) a los municipios, se efectuó fundamentalmente a través de un sistema de facturación por atenciones prestadas, donde cada acción , comprendida en un listado establecido entregada por el municipio a algún beneficiario, significaba un monto predefinido en un arancel. Por supuesto, existen limitaciones en el financiamiento a la administración municipal de la salud, que tiene diversas explicaciones como por ejemplo la contención de costos, el déficit operacional absorbidos por las propias municipalidades con cargo a sus fondos generales, de ingreso propios o de las transferencias del fondo común municipal y dificultades para suplementar los déficit producidos lo que repercute en una contracción de la oferta de las municipalidades en servicios de salud para los ciudadanos.

De los 2.125 establecimientos de atención ambulatoria registrados en el NSS, 945 son centros de salud de atención primaria, lo que corresponde al 44,5% y 1.165 son postas de salud rural, el 54,8%. Los 15 centros restantes que equivalen al 0,7% son consultorios adosados de especialidades, que a su vez forman parte de hospitales y están bajo dependencia directa del Servicio de Salud.³⁷

1.8 Promoción de la Salud.

La promoción de la salud se propone como un marco de acción cuyo propósito es *“comprender los factores que determinan históricamente la salud de las poblaciones y, desde una perspectiva política, construir colectivamente cursos de acción para elevar los niveles de bienestar de los grupos sociales. Es considerada, una piedra angular de la Atención Primaria y una función esencial de la salud pública. El reconocimiento de su valor es cada vez mayor, debido a la eficacia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, dándose un amplio consenso en cuanto a la relación que existe entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico”*.³⁸

Al hablar de promoción de la salud, se hace referencia a la carta de Ottawa, surgida de la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en 1986. Es ahí, donde se definen cuatro principios insoslayables cuando se trata de realizar acciones orientadas a la promoción de la salud, donde la participación activa en esta promoción implica:

- La elaboración de una Política Pública sana: para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarlas así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto. La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos si bien complementarios, entre los que figuran la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos....

³⁷ INE. (2010). Compendio estadístico 2010.

³⁸ MINSAL, MINEDUC. Propuesta conceptual basada en evidencias y buenas prácticas. Documento de trabajo.2008

- La creación de ambientes favorables: ...los lazos que de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos, los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural...
- El reforzamiento de la acción comunitaria: la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos...
- El desarrollo de las aptitudes personales: La promoción de salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación, sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud...
- La reorientación de los servicios sanitarios: La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los Gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud...³⁹

Para el ministerio de salud, basado en los compromisos internacionales, de concebir la salud como un derechos humano fundamental y el hecho de que la promoción de la salud refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinantes de la calidad de vida , a fines de 2006 actualiza la definición de la promoción de salud señalando que es un *“proceso mediante el cual se crean capacidades para que los*

³⁹ Conferencia Internacional Sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud.1986. <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

*individuos y comunidades ejerzan un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo pueda mejorarla”.*⁴⁰

1.9 Concepto de salud familiar.

La situación de salud en Chile ha sufrido transformaciones fundamentales en los últimos años. La mortalidad y la desnutrición infantil han disminuido significativamente, la mortalidad materna ha bajado, el riesgo de enfermedades infecciosas transmisibles está relativamente controlado, mientras las enfermedades crónicas y los tumores malignos constituyen actualmente las primeras causas de muerte en Chile.

La pobreza, condición que afecta todavía a un porcentaje alto de la población Chilena, plantea grandes desafíos al sistema de atención de salud, ya que *“constituye una de las condiciones que impactan sistemáticamente la situación de salud de la población.”*⁴¹

Ahora bien, respecto a la concepción de bienestar biopsicosocial (enfoque participativo de salud donde el factor biológico, psicológico y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad)⁴², se plantea un cambio radical desde la concepción de salud basada en la enfermedad, a un modelo cuyo centro es la salud, promoción y prevención desde una mirada integral de la salud, la cual requiere el trabajo conjunto de diversos sectores como la educación, la psicología, la economía y los medios de comunicación, con el fin de responder a una visión de la salud holística, donde sabemos que todos los sistemas están integrados para responder a las necesidades de salud de la población.

Dentro de este marco, *“un enfoque de Salud Integral familiar es un modelo conceptualmente útil y atractivo, dado que aporta significativamente una resolución más global de los problemas de salud en la atención primaria. El modelo de salud familiar, cuyo foco de atención es la familia, constituye un paradigma alternativo para solucionar problemas existentes en la prestación de servicios de salud, junto con humanizar la*

⁴⁰ Minsal, Mineduc. Propuesta conceptual basada en evidencias y buenas prácticas. Documento de trabajo.2008.

⁴¹ Carrasco, Eduardo. Hidalgo Carmen. Salud Familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria Ediciones Universidad Católica de Chile, 1999.

⁴² <http://www.definicionesde.com/e/biopsicosocial/>

medicina del nivel primario, ya que entiende el proceso de salud-enfermedad de una manera integral.”⁴³

Un elemento central para la implementación de un modelo de esta naturaleza en un Centro de Atención de Salud, es que el equipo de trabajo, mas allá de la motivación personal y conocimiento del modelo, debe ser validado por los directivos de salud y contar con el apoyo institucional, recibiendo los incentivos necesarios para su éxito y mantención en el tiempo.

En el contexto de un modelo de atención familiar, el objetivo general debiera ser otorgar una atención integral para prevenir eficaz y eficientemente en las problemáticas de salud más relevantes de los grupos familiares inscritos o asignados en cada centro de salud. Esto implica realizar acciones específicas como conocer las áreas problemáticas de salud más frecuentes de estas familias de modo de poder orientar adecuadamente la acción, detectar y clasificar a las familias para priorizar a cada una de las familias ingresadas, a nivel preventivo y curativo, coordinar acciones con otras instituciones, como redes de apoyo, para solucionar en conjunto los problemas especificando el área que compete a cada sector, desarrollar eficientes mecanismos de referencias y contra referencia.

1.10 Modelo de atención Integral en Salud.

“El modelo Integral de Salud en el contexto de la Reforma se define como: El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.”⁴⁴

“El modelo de Salud Integral, que se plasma en la Atención Primaria en el modelo biopsicosocial con Enfoque Familiar y Comunitario, al tener una mirada sistemática sobre el proceso salud-enfermedad, se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las

⁴³ Carrasco, Eduardo. Hidalgo Carmen. Salud Familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria Ediciones Universidad Católica de Chile, 1999.

⁴⁴ Minsal. Modelo de Atención Integral en Salud. 2005.

*personas, las familias y las comunidades, y se constituye en uno de los pilares fundamentales para el logro de los objetivos de la Reforma del sector salud”.*⁴⁵

El paradigma biopsicosocial de la salud sobre el que se basa este modelo, ofrece una visión integral del proceso salud-enfermedad que, sin desconocer sus aspectos biomédicos, incorpora otras dimensiones, imprescindibles para el estudio y abordaje del complejo panorama epidemiológico, del avance tecnológico y del cambio hacia un usuario más por activo, responsable de su propia salud y de la salud de la sociedad.

Los principales fundamentos para la transformación del modelo de atención de salud son:

- Expectativas de la población: la población, cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los servicios de salud. Hoy en día las personas exigen ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud. También desean que se les atienda en forma oportuna y con una calidad de servicio adecuada y, sobretodo, que se le dé una respuesta adecuada a sus necesidades en materia de salud.
- Obsolescencia del modelo de atención de salud: El modelo institucional actual ha alcanzado un límite en su capacidad de enfrentar las necesidades sanitarias de la población, lo que se expresa en: insatisfacción de los usuarios con el sistema de salud del país, insuficiencias en coberturas, trato muchas veces inadecuado, fallas en la oportunidad de la atención, demanda por mayor respeto a sus derechos. Conjuntamente es necesario realizar cambios de gestión, que aseguren que los esfuerzos de inversión se traduzca en más y mejores acciones sanitarias para la población.

El nuevo perfil epidemiológico exige transformaciones y adaptaciones del modelo de atención, cuyo diseño fue concebido para una época con otras necesidades. El modelo que ha estado vigente es básicamente curativo y centrado en el hospital como la instancia de resolución de los problemas de salud. Hoy en día, este sistema se hace insuficiente para enfrentar los nuevos desafíos encaminados a mejorar la salud de la población adulta y de tercera edad.

⁴⁵ Minsal. Orientación para el trabajo en Red.2008.

En el ámbito público, el nuevo modelo se expresa en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que en conjunto dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados paliativos incluyendo atenciones de urgencia-emergencia.

1.11 Objetivos del modelo de atención integral en Salud.

En la propuesta del modelo de Atención Integral en Salud se han definido como objetivos:

- Acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutoria y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar alguno de estos factores en desmedro de los otros.
- Alcanzar un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención, en relación a las acciones asistenciales.
- Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.
- Entregar una atención de calidad, con el uso de la tecnología adecuada, basada en la evidencia, tanto en los establecimientos de atención ambulatoria como cerrada, acorde a los nuevos requerimientos epidemiológicos y demográficos de la población.

1.12 Características del modelo integral de atención.

- Centrado en el usuario: el modelo debe facilitar el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud de los usuarios, esta concepción involucra que el sistema de salud sea menos paternalista con el usuario y asuma un rol más de “apoyar y colaborador”. Es necesario transitar a nuevas formas de relación entre prestadores y usuarios, en donde es responsabilidad del personal de salud, otorgar un trato amable, personalizado y responsable, que respete la dignidad y cultura de las personas en cada interacción, con tolerancia y sin discriminación.
- Énfasis en lo Promocional y Preventivo: La promoción de la Salud se despliega a través de la participación, el trabajo intersectorial, la comunicación social, la

educación para la salud, y las estrategias de mantención de un medio ambiente saludable, las que deben expresarse en cada momento de contacto con el usuario. Por otro lado la prevención es una estrategia que está orientada a factores y/o grupos de riesgo, en donde las actividades se organizan por niveles según sea el estado de salud de las personas, de la familia o de la comunidad las que están dirigidas a una prevención primordial (mas recientemente denominada como enfoque de determinantes sociales de la salud), primaria, secundaria y terciaria.

- Integral: el paciente o la enfermedad no son considerados como hechos aislados, sino como un todo, es decir, centrado en la persona, atención continua a lo largo de la vida, contextualizada al medio en que se desarrolla, con enfoque intercultural y de género.
- Centrado en la atención abierta o ambulatoria: el modelo promueve y potencia la resolución ambulatoria de los problemas de salud, sin descuidar la atención hospitalaria cerrada, fortaleciendo la atención primaria, aumentando su capacidad resolutive y poniendo énfasis en las acciones de promoción y prevención.
- Participación en salud: el modelo de atención incorpora la participación en salud como un proceso social en que la institucionalidad pública y la comunidad asumen responsabilidades en este ámbito, para enfrentar en forma colaborativa y coordinada los desafíos y decisiones que se generan en el nivel local. La comunidad y los equipos de salud, identifican y analizan los problemas, formulan u negocian propuestas y satisfacen activamente las necesidades priorizadas de la población, de una manera deliberada, democrática y concertada.
- Intersectorialidad: consiste en la coordinación con otros sectores sociales y gubernamentales para potenciar los componentes de la calidad de vida que inciden fuertemente en la salud de la población. Su identifican los siguientes sectores prioritarios: Educación, Urbanismo y vivienda, Trabajo, Medio ambiente.
- Enfoque de Salud Familiar: la atención de salud con enfoque familiar, obedece al propósito de avanzar hacia la atención integral del individuo y su familia, garantizando el cuidado de su salud continuo y resolutive a lo largo del ciclo vital, con equipos de salud responsables de familias, que se comprometen con la resolución de los problemas de salud en los distintos componentes de la red asistencial.

1.13 Centro de Atención Primaria en Salud Familiar, CESFAM.

En conjunto con la implementación de este nuevo Modelo de Salud Integral, se ha realizado una transformación en la forma y funcionamiento de los Centros de Atención Primaria de Salud, pasando de Consultorios a Centros de Salud debido a que anteriormente los Consultorios *“estaban pensados para responder a un modelo de intervención centrado en la concepción biomédica de la salud, estaban hechos para prevenir, recuperar y rehabilitar las enfermedades que afectan a la población que sirven. Eran insuficientes para dar cuenta de un nuevo modelo de atención en salud”*.⁴⁶

Luego, los centros de Salud, son parecidos a un consultorio, pero su principal función no es solo curar enfermedades, sino además intervenir para que la población se mantenga sana.

*“El Centro de Salud se define entonces, como una unidad del Sistema Nacional de Servicio de Salud, cuya misión específica es prestar servicios dentro de un territorio determinado, con el propósito de contribuir a resolver los problemas de salud y elevar el nivel de salud de la población que allí vive o trabaja.”*⁴⁷

A este cambio se suma una nueva modificación, estableciéndose los CESFAM, que *“a la definición de CES se agrega que la unidad de análisis es la familia y como estrategia inherente, se incorpora la Visita Domiciliaria Integral y la Consejería, reconociendo la gradualidad de los procesos de cambio y su variabilidad de un establecimiento a otro, se identificaron etapas para caracterizar el proceso: motivación, desarrollo, fortalecimiento y consolidación.”*⁴⁸

En este sentido, el consultorio entrega tratamiento a las enfermedades, rehabilitación y prevención, o sea, la neutralización e idealmente la disminución de factores que constituyen riesgo para la salud de las personas, mientras que el CESFAM trabaja fundamentalmente con la promoción, estrategia que refuerza las conductas y hábitos positivos, aquellos que protegen la salud de las personas.

⁴⁶ Lopetegui Adams, Dr. Marcelo. Misión/Visión CESFAM. 2008.
<http://www.lopetegui.cl/cesfam/mision.html>.

⁴⁷ López. A. Rastello. A. Rogers. R. (2002), Chilenización del Modelo Salud Familiar en los Cesfam de Valparaíso.
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Santiago%202002/Chilenizaci%F3n_del_modelo_salud_familiar.pdf

⁴⁸ Ídem.

1.14 Historia de los centros de Salud Familiar en Chile.

Comienza en el año 1981, con la formación de Médicos especialistas en medicina familiar. A partir de la necesidad de humanizar la atención en Salud, en año 1992 se comienza a trabajar en el cambio de estos Centros de Atención, poniendo preocupación por la salud de las personas y en la relación con los usuarios. Fue recién en 1997 cuando la Salud Familiar toma mayor fuerza dentro de los planes del Ministerio de Salud. A cinco años de iniciado el proceso, se plantea la necesidad de disponer de una línea basal y de evaluación que permitiera el monitoreo de los cambios introducidos en los ámbitos técnicos, administrativos y financieros de la transformación de Consultorio a Centros de Salud, y a Centros de Salud Familiar. En el año 1998 el MINSAL propone el programa de atención para el nivel primario de atención, el cual recibe el nombre de Salud Familiar, atención de Salud con Enfoque Familiar o Salud Integral. A partir de ese mismo año, como plan piloto, 35 Centros de Salud del país se iniciaron en la construcción del modelo. Se afirman convenios entre Municipios y Servicios de Salud correspondiente. Estos convenios incluyeron Programas de trabajo que deberán cumplirse al cabo de 1 año.

Los principios de los CESFAM son:

- Continuidad de los cuidados: Permite el conocimiento acumulativo de los individuos y familias a cargo, desarrollando una atención de mejor calidad, aumentando la capacidad resolutive y mejorando la satisfacción de los usuarios.
- Población a cargo: los miembros del equipo se hacen responsables de una parte de la población a fin de personalizar la responsabilidad, los cuidados, la intervención y los logros en materia de salud.
- Integralidad de la atención: El análisis del proceso salud enfermedad responde a una visión holística del ser humano, comprendiendo que los eventos positivos y negativos son multicausales. Se produce el cambio del enfoque biomédico hacia uno biopsicosocial. Fuertemente promocional y preventivo.
- Accesibilidad: Preocupación por permitir acceso oportuno, sin distinciones culturales, económicas, sociales ni geográficas. Se preocupa que no existan estas barreras y desarrollar conducta activa para evitar que aparezcan.
- Coordinación de Recursos: El equipo de salud es capaz de coordinar los diferentes recursos: de los distintos niveles de atención y comunitarios mejor

utilización de los recursos que las familias poseen para la solución de sus problemas en salud.

- Calidad de Atención: Acciones basadas en evidencias científicas. Contextos de búsqueda permanente de la calidad. Alto nivel técnico y humano. Estimula la investigación aplicada, como herramienta para mejorar sus propios sistemas.
- Trabajo en equipo no jerarquizado: debe existir una concepción diferente y consensuada del trabajo en equipo, con el aporte multidisciplinario, con liderazgo basados en los logros y competencia y no en la complejidad del conocimiento.
- Equidad: El Centro de Salud debe conocer su población de manera de adecuar sus respuestas a las necesidades que ella posee.
- Vocación Docente: el centro de Salud está abierto a la formación de nuevos profesionales de la salud, siendo un modelo para las nuevas generaciones.⁴⁹

1.15 Características de un CESFAM.

“Un espacio donde se establece una relación de continuidad entre un equipo de salud y su población, relación caracterizada por la confianza y vínculos de afectividad y respeto mutuo, para el logro de un mayor bienestar de familias y comunidad.

Se caracteriza por su alta capacidad en el cuidado de la salud, orientando a resultados y utilizando las evidencias disponibles, mediante una sólida organización, que le permite garantizar la calidad de la atención.

Un lugar para la formación en el área de la salud, de sus propios funcionarios, otros equipos, estudiantes de pre y post grado de las diferentes carreras de la salud y grupos comunitarios. Se transforma, de esta manera, en campo clínico para las distintas instituciones formadoras, entre las cuales destaca, la Universidad.

Se realizan investigaciones locales con el apoyo de instituciones académicas que ayudan a la búsqueda de recursos adicionales, aportan recursos docentes calificados en investigación.”⁵⁰

⁴⁹ Lopetegui Adams, Dr. Marcelo. Misión/Visión CESFAM. <http://www.lopetegui.cl/cesfam/mision.html>.

⁵⁰ Servicio de Salud Ñuble ¿Qué es un centro de Salud Familiar?
http://www.serviciodesaludnuble.cl/index.php?Destino=hlwrmvgmlx&Sub=2wln&Vin=lovwln_rmr.

CAPITULO II
MARCO METODOLOGICO

El enfoque de este trabajo es Holístico, en cuanto a la presentación y el análisis de las variables de tipo social y administrativas que intervienen en los procesos acá descritos, como también su evolución e historia, ya que este enfoque refleja la integración de todo como un solo elemento, estableciendo relaciones y asociaciones entre los elementos involucrados. Creo en la integración de estos múltiples factores que podrían explicar ciertas prácticas, problemas y procesos que intervienen en la realización de las disposiciones del Estado y su administración en cuanto a la garantías que debe entregar a la población en relación al cuidado, acceso y financiamiento de los fármacos necesarios para los tratamientos médicos en un contexto de reforma de los servicios de Salud con enfoque Biopsicosocial, tratando de describir y comprender estos elementos.

De igual manera en este trabajo interviene también un enfoque descriptivo, ya que y como es referenciado a continuación, Dankhe (1986) señala que este enfoque busca desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. Mide o analiza variables o conceptos con el fin de especificar las propiedades importantes que intervienen en algún estudio, ya sea en sus comunidades, personas, grupos, instituciones o fenómenos que están bajo análisis... es posible que de este enfoque, se integren las mediciones de dos o más características con el fin de determinar cómo es o como se manifiesta el fenómeno.⁵¹

2. Planteamiento del Problema.

2.1 Delimitación e identificación del problema.

En la segunda mitad del siglo XX, surge en Latinoamérica la preocupación y la necesidad de generar políticas públicas de protección y desarrollo social dirigidas a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía y a dar respuesta a sus inquietudes y a las muchas veces precarias condiciones de existencia de muchos seres humanos.

Esta precariedad debe tener una respuesta concreta y efectiva a través de la Política Pública. Definida por Ives Meny como: *“Un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico, la seguridad, la salud, los trabajadores inmigrantes, la ciudad de Paris, la comunidad Europea, el Océano Pacífico, etc.”*⁵² Donde ciertamente, la búsqueda de estas políticas públicas surgen a raíz de una necesidad o un

⁵¹ Grajales T.G. (2000) Tipos de Investigación. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/asticulo?Codigo=2385753>

⁵² Meny I. “Las Políticas Públicas”. Material de apoyo de la Cátedra Políticas Públicas, Universidad de Valparaíso Chile, 2010.

problema determinado por la sociedad por medio de los instrumentos de presión e influencia, con los que cuenta la sociedad organizada.

Es así como en el área de la Salud, a partir de la década de los 90, se comienza a implementar un nuevo modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, el cual considera a las personas como seres humanos integrales, y mas allá de abordar y curar una enfermedad, busca dar prioridad y privilegiar la Prevención y la Promoción de la Salud, a través del enfoque biopsicosocial. Desde esta visión de salud, las personas son consideradas como parte de un entorno social y cultural, donde existen diversos factores que influyen en la satisfacción de la salud y la calidad de vida de las personas, como son las condiciones socio-económicas, culturales, ambientales, laborales y educativas.

Es esta la base de la atención primaria de salud, y coherentemente con la selección bibliografía que he presentado, la salud es una preocupación social a lo largo de la historia, debido a su especial valoración en el funcionamiento y calidad de nuestras vidas. Desde este punto de vista, es que el Gobiernos y sus políticas públicas en salud tiene entre sus objetivos Sanitarios para la década de 2000- 2010 Disminuir las desigualdades en salud, proponiendo tres metas concretas a alcanzar al final de la década, esto con el fin de mejorar la calidad de vida de toda la población sin discriminación.

El equipo de equidad de la Organización Mundial de la Salud, define como equidad en salud a: *"la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente"*.⁵³

Esta equidad está sustentada no solo en el fortalecimiento de la atención en salud, sino que también en la intervención de los demás factores que inciden en el correcto funcionamiento de la salud de las personas, factores denominados determinantes sociales de la salud que es entendida como: *"las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como las características sociales en que la vida se desarrolla"*⁵⁴.

Desde esta definición es importante comprender, que la forma en que vivimos, determina las concepciones que tenemos para enfrentar nuestra salud, es decir, las decisiones que

⁵³ Frenz, Patricia. Desafíos en Salud Publica de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud, (S.A), 2005.

⁵⁴ Ídem.

tomamos y las oportunidades que tenemos para hacerlo. *“los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud, los determinantes sociales, objeto de políticas públicas, son aquellos susceptibles de modificar mediante intervenciones efectivas”*⁵⁵.

Lalonde (1974), identifico como determinantes claves: los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que señala que la salud es más que un sistema de atención.⁵⁶

La comisión sobre determinantes sociales de la Salud de la OMS (2005) planteo un modelo de acción sobre las determinantes de la Salud, y parte desde la base que los contextos sociales y políticos dan origen a las posiciones socioeconómicas desiguales. Esta estratificación de los grupos sociales por ingresos, educación, ocupación, género y otros factores, lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y trabajo.

Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos.⁵⁷

Este enfoque concibe un rol activo del sector en la reducción de inequidades en salud, directamente asegurado el acceso equitativo a servicios de salud de calidad y programas de salud pública comprensivos y efectivos, pero con igual importancia, actuando indirectamente, involucrando otros sectores del Gobierno y la sociedad civil. Reconoce que la salud pública es un campo de acción social cuyos agentes incluyen especialistas y técnicos de salud y de otros sectores, los políticos, la academia, las organizaciones sociales, empresarios e instancias de la sociedad civil.⁵⁸

Con respecto a las determinantes sociales en Chile, un estudio de la oficina de representación de la OPS/OMS menciona que: *“Con 17 millones de habitantes, la población crece a una tasa de 0.9% anual. En las últimas décadas un importante desarrollo socioeconómico. Chile destaca por ser un país moderno, con emergencias*

⁵⁵ Ídem.

⁵⁶ Ídem.

⁵⁷ Frenz, Patricia. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. 2005

⁵⁸ Ídem.

económica activa apertura a la globalización, incluyendo tratados de libre comercio establecidas con países importantes del orbe.⁵⁹ Pero más adelante agrega: “Sin embargo, existe una notoria inequidad en salud que en general se relaciona con importantes desigualdades en los determinantes sociales (ingreso económico, empleo, educación, condiciones de vida, protección social) y acceso inequitativo a los sistemas de salud.⁶⁰

Consecuente con esta percepción de Salud, expuesta a lo largo de este trabajo, y en la búsqueda de una menor inequidad, de mayores beneficios, acceso y atención en Salud para la población es que se formula un marco legal destacándose la Ley 19.966 De Régimen General de Garantías Explícitas.

2.2 Antecedentes.

Consecuentemente con las reformas en Salud impulsadas en casi toda Latinoamérica y el Mundo a comienzos de los años 60 como se menciona anteriormente, es que Chile busca lograr una mejor salud para la población, garantizando igualdad en derechos e implementando políticas públicas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales.

Este proceso de Reforma se intensificó en el año 2000 cuando se establece la comisión de Estudios de la Reforma y el Presidente de la República se compromete a presentar un conjunto de cinco proyectos de Ley. Cuyos contenidos fueron los Derechos y deberes del paciente, que pretendía regular efectivamente esta temática, ya sean personas vinculadas al sistema público o privado de Salud en Chile, donde se pretendía también tratar el tema de la discriminación arbitraria en cuanto a la atención de las personas, como también la responsabilidad del usuario y el respeto de este de la normativa y la ley vigente.

Trato también el financiamiento donde se considero el incremento del Impuesto al valor agregado (IVA) y de impuestos específicos para financiar el plan de salud y las garantías explícitas para lo beneficiarios del sistema Público.

⁵⁹ Gattini Cesar, Álvarez Johan. La Salud en Chile 2010, Panorama de la situación de la salud y del sistema de salud en Chile. Oficina de la Representación OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2011.

⁶⁰ Ídem.

Otro punto de estas iniciativas legales fueron las Autoridades Sanitarias y su Gestión, fortaleciendo las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de Salud así como también la regulación y la fiscalización, mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos económicos al personal de los servicios, etc.

La ley de Isapres también tuvo lugar donde la modificación a esta se separo en dos proyectos y se tramito con suma urgencia las disposiciones relativas a la creación de un régimen especial de supervigilancia y control. Y agroso modo, forma parte también las modificaciones que tienen que ver con los reajustes de precios de los planes de salud, la elaboración de aranceles, catálogos, etc.

La Última Ley y la que ha dado mayor controversia y análisis es la del Régimen de Garantías en Salud (GES) conocida mayormente por su sigla preliminar AUGE. Que establece entre otras cosas un plan de salud de carácter obligatorio para Fonasa e Isapres considerando el financiamiento público para los ciudadanos carentes de ingresos o indigentes. Dicha ley regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud de carácter preventivo y curativo a las que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios del sector público y privado como se dijo anteriormente.

En el año 2004 se promulga la ley que establece este régimen general de garantías en salud, que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud que es entendido como un instrumento de regulación sanitaria y le corresponde establecer las prestaciones de carácter promocional , preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas.

Las GES, se sustentan técnicamente con el documento Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 elaborado por el Ministerio de Salud del año 2002 que señala las metas nacionales en salud para la década.

También se plantean los desafíos sanitarios que son:

- Considerar el envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica.
- Enfrentar las desigualdades en la situación de salud de la población, que se traducen en una brecha sanitaria existente entre los grupos de población de distinto nivel socioeconómico.

- Responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad chilena.
- Resolver los problemas de salud pendientes y mantener los logros sanitarios alcanzados.

De estos desafíos derivan los objetivos fundamentales sanitarios para la década 2000-2010:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.
3. Disminuir las desigualdades observadas.
4. Prestar servicios en salud acordes a las expectativas de la población.

2.3 Garantías Explícitas de Salud (GES).

“Este plan de garantías explícitas de salud (ex AUGE) tiene por objeto garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte de Fonasa y las Isapres. Cuando el plan comenzó en julio de 2006 cubría 56 problemas, hoy son 69, número que irá aumentando en el tiempo.”⁶¹

La ley 19.966 del año 2004 que establece el Régimen de Garantías en Salud, versa en su artículo n° 1 y 2 respectivamente: *“El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria....*

Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo de rehabilitación y paliativo y los programas que el fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención....”⁶²

“El régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El fondo

⁶¹ <http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-auge>

⁶² Ley 19.966 Régimen de Garantías en Salud. 2004.

Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

*Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por estos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.*⁶³

Lo medular de las Garantías Explícitas en Salud es ser definida fundamentalmente como derechos en materia de salud relativos al acceso a esta, a la calidad de esta, oportunidad y protección financiera de esta, se detallan a groso modo estas garantías de la siguiente manera:

- Garantías explícitas de acceso: obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES garantizadas a los beneficiarios.
- Garantías Explícitas de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado acreditado. Esta garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, entrando en vigencia en el año 2007, donde se encuentran ya disponibles los estándares generales de calidad para establecimientos de atención abierta y cerrada.
- Garantías Explícitas de Oportunidad: Referida al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el Derecho respectivo.
- Garantías Explícitas de Protección Financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del régimen establecido para estos efectos. No obstante, Fonasa deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B de Fonasa y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta anteriormente a las personas pertenecientes a los grupos C y D de Fonasa.

⁶³ Ídem.

Por lo tanto, la señalización en detalle de las prestaciones garantizadas por el Régimen de Garantías en Salud, sustentada en la ley 19.966, y la obligatoriedad en el otorgamiento de las GES para los diferentes problemas de salud que deben ser otorgadas por el seguro público y privado según la ley recién mencionada, deben también incluir los medicamentos e insumos de farmacia utilizados en los tratamientos de los problemas de salud por que también son prestaciones garantizadas por ley.

En este marco Legal y administrativo, iniciativa del Estado Chileno en la búsqueda de estrechar la brecha de desigualdades que afectan a sectores importantes de la población en cuanto al tratamiento y atención de las enfermedades y en la búsqueda de mayor satisfacción de la ciudadanía en cuanto a la salud pública. En el marco de las reformas al sistema de Salud a nivel Latinoamericano y Mundial. Y en coherencia con la bibliografía seleccionada en este trabajo, que expone la evolución del concepto de Salud y el tratamiento que la sociedad le da este concepto hasta nuestros días, donde se reconoce el tratamiento del modelo Biopsicosocial del ser humano en materia de Salud Pública.

Sumergidos en esta realidad, donde se ha buscado el bienestar de la comunidad directamente a través del sistema local de atención primaria principalmente. Y con un marco legal que garantiza ciertas patologías en relación a su tratamiento, financiamiento y atención en la red pública (área del sistema de Salud escogida en este trabajo). Surgen una serie de interrogantes que orientan el análisis y la exposición de este trabajo y que se originan a través del estudio y la lectura de propuestas, autores, administradores, etc. Que tienen relación con la Salud Pública y que son preguntas que surgen desde una visión particular y local de administración de Salud Pública y que son consecuencia de un análisis de tipo macro.

2.4 Interrogantes orientadoras.

¿Se estarán cumpliendo a cabalidad en los servicios de Salud Primarios el acceso, tratamiento, oportunidad y financiamiento de algunas enfermedades?

¿El ciudadano/a común y corriente, tendrá cobertura y los servicios primarios cumplirán con las disposiciones de financiamiento y atención de algunas enfermedades que son cubiertas por el sistema de Salud?

De estas interrogantes surge la pregunta orientadora.

Los medicamentos, o fármacos, factor esencial en el tratamiento de muchas enfermedades garantizadas por el Estado, ¿Se estarán entregando efectiva, oportuna y pertinentemente a los usuarios y que organismos Estatales intervienen en esta tarea?

2.5 Objetivos Generales y Específicos.

Objetivo General.

Analizar y presentar, el concepto de Salud y Salud Publica en Chile desde un punto vista social con la ayuda de algunas de las disciplinas que intervienen en este campo. Destacando las garantías explícitas en Salud en cuanto al financiamiento y entrega de los medicamentos o fármacos a los usuarios del sistema Público de Salud, en los Servicios Primarios de atención.

Objetivos Específicos.

Conocer mediante una revisión y selección bibliográfica, el concepto de Salud, sus implicancias sociales, su evolución y como fue y es entendida la Salud y la enfermedad desde variados puntos de vista del pensamiento humano. Y como es entendida actualmente y la interrelación de los conceptos Salud, derecho y acceso, bienestar social, participación ciudadana, Estado y administración.

Conocer la evolución de la Salud Publica en Chile, algunos aspectos históricos, su reforma y contexto.

2.6 VARIABLES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS A LOS BENEFICIARIOS DE LA GES.

2.6.1 Antecedentes de los Medicamentos en Chile.

El mercado farmacéutico chileno se caracteriza por la circulación de un importantes cantidades de medicamentos genéricos que son definidos como: *“formulaciones del mismo principio activo con un precio bastante inferior a los medicamentos “de marca” que ya no están protegidos por derechos de patente, siendo esta la principal justificación de su existencia. Son más baratos tanto para el sistema sanitario porque la inversión económica realizada por el laboratorio farmacéutico para su desarrollo y comercialización es menor que en el caso de los medicamentos innovadores, ya que no es necesario demostrar la eficiencia y la favorable relación beneficio/riesgo del producto, ni descubrir las indicaciones para las que se va utilizar ni la pauta de administración más adecuada, aspectos que ya han sido demostrados por el producto original o innovador.”*⁶⁴

Como también la participación de laboratorios nacionales y la existencia de la Central de Abastecimientos (CENABAST).

En el sistema no hay control para la fijación de los precios de los medicamentos donde según las cifras, los medicamentos genéricos representan poco más del 39% de las unidades de venta del mercado, mientras con un 38,5% los medicamentos genéricos de marca y los productos de marca el 22,1%.

En cuanto a las ventas, los medicamentos genéricos representan el 7,7%, los similares un 49% y los fármacos de marca un 43,3%.

El Laboratorio Chile con su 27% en el mercado es el que tuvo mayor participación en este. Por otro lado la presencia Norteamericana y Europea en cuanto a las patentes farmacéuticas solicitadas al Ministerio de Economía entre los años 1991 y 2002 representaron un 43% y un 24% respectivamente. El 37% de las farmacias comunitarias

⁶⁴ Govantes Betes J. Manual Normon. 8va Edición. 1999.
http://www.normon.es/media/manual_8/capitulo_34.pdf

con el 90% de control en las ventas son propiedad del oligopolio representado por las tres grandes cadenas de farmacias en Chile, Salco Brand, Ahumada y Cruz Verde.⁶⁵

La política de medicamentos busca asegurar la disponibilidad y acceso de toda la población a los medicamentos indispensables incluidos en el Formulario Nacional, de eficacia y calidad garantizada, seguros, de costo asequible y de uso racional, de manera de obtener los máximos beneficios, a la vez que controlando el costo. Por otro lado se estima que el gasto promedio anual por beneficiario en el sector público es de 8.00 de la moneda Norteamericana (USD) que tuvo una caída de 567 millones de dólares a 501 millones entre los años 1999 y 2002 en el mercado farmacéutico y que mantuvo una cifra cercana a las 168 millones de unidades vendidas, esto debido a la participación de laboratorios nacionales en el mercado y de la extensión del uso de medicamentos genéricos.

Estimaciones del gasto en medicamentos total, público y privado, cifras en millones de pesos.

año	publico	privado	Total
1993	25,5	121,3	146,8
1994	25,7	141,2	167
1995	26,5	159,1	185,7
1996	30,5	182,9	213,5
1997	30,1	227,5	257,6
1998	32,6	259,2	291,8
1999	37,3	280,6	317,9
2000	40,7	298,3	339,1
2001	45,2	325,1	370,3
2002	50,3	345	395,5
2003	83,8	385,8	469,6
2004	93,5	409,9	503,4
2005	91,7	431,4	523,1
2006	114,3	446,2	560,5
2007	128	480,1	608,1

Elaboración propia, fuente IMS Health.

⁶⁵ OIT. (2010).Reporte de evaluación de condiciones de Empleo 2010.

2.6.2 Política Nacional de Medicamentos.

Como se ha expuesto a lo largo de este trabajo, y en lo correspondiente a la provisión de servicios, los cambios o reformas a nivel macro del sistema de Salud, se han relacionado con el cambio de modelo de atención, con énfasis en el enfoque integral del proceso salud-enfermedad, centrada en los determinantes de la salud que también hemos analizado, y la medicina familiar, dando mayor relevancia a la atención primaria en Salud que resuelve en el país cerca del 90% de la demanda asistencial, en el carácter comunitario, preventivo, acceso a atención ambulatoria y progresión en la atención del paciente hasta el nivel de complejidad resolutoria de las especialidades.

Es en este marco, que la política nacional de medicamentos se basa en los siguientes puntos como objetivos:

- Abordar los aspectos reglamentarios y normativos de las políticas farmacéuticas, de competencias profesionales y de establecimientos relacionados con la salud de las personas. Elabora y/o evalúa normas específicas y modificaciones reglamentarias armonizadas con la reglamentación existente en otras aéreas y teniendo en consideración los lineamientos entregados a través de documentos técnicos de grupos de trabajo multinacional.
- Abordar el problema relacionado con el acceso, calidad y el uso racional de medicamentos y dispositivos de uso médico, como asimismo la calidad de la atención en salud, estableciendo en su aplicación buenas prácticas de procedimiento.
- Evaluar el impacto sanitario, sociocultural y económico del uso de productos sanitarios y servicios de atención de salud en todos los niveles, con el fin de entregar insumos para la toma de decisiones y direccionamiento de las políticas en el tema. Desarrolla proyectos para optimizar gestión, armonizando con los diferentes actores y con normas internacionales.⁶⁶

⁶⁶ MINSAL. (2004). Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud.

2.6.3 Necesidades de atención de la población en los servicios de Salud según datos estadísticos.

Según la encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) realizada en el año 2006 con un universo de 73.720 hogares equivalente a 268,873 personas de 335 comunas del país señala en esta materia que: "La encuesta de hogares CASEN 2006 incluyó el reporte de las personas que refieren haber tenido alguna enfermedad o accidente y consecuente atención tres meses antes de entrevista. Según esta fuente, 15,5% declaran haber tenido una enfermedad accidente, 13,0% recibió atención y 2,5% no tuvo atención. El grupo de 20 a 29 años declara haber tenido menos de 10% de enfermedad o accidente, pero esta proporción aumenta según la edad al 30,7% de los mayores de 70 años refiere haber tenido enfermedad o accidente. En todas las edades, la mayoría de casos percibidos como enfermedad o accidente reciben atención."⁶⁷

Edad (años)	Con atención	Sin atención	No	Sin dato	Total
0-9	15,8	1,7	81,9	0,6	100,0
10-19	8,7	1,7	89,3	0,4	100,0
20-29	7,3	2,5	89,7	0,5	100,0
30-39	9,5	2,7	87,4	0,5	100,0
40-49	12,3	2,7	84,4	0,5	100,0
50-59	16,8	3,0	79,6	0,5	100,0
60-69	21,1	3,7	74,6	0,6	100,0
70 +	27,0	3,7	68,7	0,6	100,0
Total	13,0	2,5	84,0	0,5	100,0

Elaboración Propia. Fuente MIDEPLAN, división social, encuesta Casen 2006.

⁶⁷ MIDEPLAN. (2006). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2006.

2.6.4 La necesidad del uso de medicamentos por parte de los beneficiarios del sistema de Salud, como parte importante de los tratamientos médicos garantizados.

El suministro o administración de fármacos o medicamentos en el ser humano, y desde el punto de vista médico, obedece a un efecto terapéutico sobre un paciente con alguna patología detectada. Para que este fármaco, tenga efectos positivos en el organismo humano este debe suministrarse en adecuadas dosis, donde la concentración que el fármaco alcanzara en el lugar de acción dependerá de su penetración en el organismo desde el lugar de administración, es decir su absorción, lo que ulteriormente permitirá su acceso a la circulación sistémica y a partir de ella su distribución a los tejidos.⁶⁸

Es una necesidad imperiosa desde el punto de vista medicinal el consumo de estos fármacos para un efectivo tratamiento de las enfermedades que pueda presentar las personas en todas las edades.

En un contexto mundial y en relación al acceso de los medicamentos, un tercio de la población mundial no tiene acceso regular a los fármacos esenciales.⁶⁹

Sumado que para muchos enfermos y sus familias el costo de los medicamentos limita enormemente el proceso de mejora de las patologías que puedan tener, coartando cualquier iniciativa de salud que fuera emprendida por las personas e incluso por los Gobiernos en vista al no acceso a los medicamentos.

Por su puesto ciertas economías sufren más que otras: *“El golpe más duro es para los pacientes que se encuentran en economías de transición y en desarrollo, donde entre un 50-90% de los medicamentos que se compran se los pagan de su bolsillo. La carga incide de forma más pesada en las personas de escasos recursos o en los grupos vulnerables, que no se encuentran adecuadamente protegidos.”*⁷⁰

Esta necesidad, su administración, su financiamiento y entrega deben estar garantizados también por un Estado consiente de las necesidades medicas de la población puesto que debe entenderse como un derecho fundamental según la ONU en 1948.

⁶⁸ Govantes Betes J. Manual Normon. 8va Edición. 1999

⁶⁹ Desarrollo de la práctica de Farmacia centrada en la atención del paciente (WHO/PSM/PAR/2006.5. <http://www.who.int/medicines/>

⁷⁰ Ídem.

Y es expresada así por parte del departamento de políticas farmacéuticas y profesiones medicas: *“Los medicamentos son una de las herramientas terapéuticas más utilizadas en la práctica de la medicina, constituyéndolos en un bien de consumo esencial para el desarrollo de los países. Durante los últimos años se han realizado esfuerzos significativos para asegurar su acceso, especialmente al sector más vulnerable de la población, mediante la implementación del programa AUGE/GES, cubriendo el tratamiento medicamentoso de las enfermedades de mayor prevalencia en el país, eliminando las barreras impuestas por la capacidad de pago de los individuos y sus familias. En este ámbito, el sistema de salud pública cumple un rol fundamental respecto a la entrega de medicamentos a sus beneficiarios, para lo cual ha debido estructurar una serie de procedimientos y mecanismos que permitan la llegada oportuna y con calidad, del tratamiento medicamentoso a sus destinatarios.”*⁷¹

Para ello y como recomendación de la OMS, es necesaria la selección de los medicamentos para garantizar su acceso, especialmente en los grupos más golpeados económica y socialmente donde no solo se evalúa los recursos financieros para estos efectos, si no otros factores como la situación epidemiológica y de las alternativas terapéuticas existentes.

Esta selección de medicamentos se hace a tres niveles:

- Nacional: a través del proceso de evaluación y selección de los medicamentos que constituyen el Formulario Nacional de Medicamentos, que corresponden a aquellos medicamentos que permiten la atención de los problemas de salud de mayor prevalencia de la población y que son mas costo-efectivos entre las alternativas disponibles en el país, incorporando así el elemento de racionalidad en la selección. Dicho formulario nacional de medicamentos se establece como el listado primordial para la acción de los sistemas públicos de salud, representando aquellos medicamentos que deben ser cubiertos en el sistema público de salud, para los beneficiarios del mismo y sirviendo además como base para el estudio de arsenales individuales de fármacos en los distintos niveles de complejidad...
- Institucional: Este proceso se refiere a la acción de selección que se realiza de manera individual en los establecimientos de alta o mediana complejidad, o la

⁷¹ Ramos G. Olivares G. Manual de selección de medicamentos. MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas saludables. 2011.

actividad que se realiza en red para los establecimientos de atención primaria de salud.

- Personal: se aplica al prescriptor y se relaciona con los problemas presentados por cada paciente. La selección racional de medicamentos a nivel personal forma parte de las buenas prácticas de prescripción y debe enmarcarse en las guías clínicas de atención que se han establecido a nivel ministerial.⁷²

Con respecto al formulario Nacional de medicamentos (FN) podemos decir el objetivo de este formulario priorizado de medicamentos es: *"asegurar la disponibilidad de medicamentos en los servicios asistenciales públicos y el acceso de las personas a estos insumos sanitarios, contribuir al logro de la eficiencia en el gasto farmacéutico y promover la racionalidad en el uso de los medicamentos."*⁷³

Y en cuanto a los medicamentos esenciales la OMS indica que son aquellos medicamentos que satisfacen las necesidades de salud de la mayoría de la población, por lo tanto deben realizarse los esfuerzos que sean necesarios para que estén disponibles en cantidades adecuadas y en formas apropiadas de dosificación. El concepto de medicamento esencial implica un elevado valor sanitario y no debe confundirse con el concepto de medicamento genérico.⁷⁴

También la OMS recomienda que la adopción de esta lista de medicamentos se haga de acuerdo a las características propias demográficas y epidemiológicas basado también en algunos principios como que los mayores problemas de salud puede ser atendida con un número limitado de medicamentos, que la mayoría de los prescriptores utiliza menos de 200 medicamentos y que el proceso de abastecimiento y las acciones para garantizar la calidad de los productos farmacéuticos se puede llevar a cabo más eficiente y económicamente con un conjunto limitado de fármacos.

Por otro lado, según cifras de de la encuesta CASEN 2006, se monitoreado que el gasto que hace las personas en medicamentos a mostrado un incremento porcentual del orden del 6% entre los años 2000 y 2006 (del 13 a un 19%), como también se ha verificado que

⁷² Ramos G. Olivares G. Manual de selección de medicamentos. MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas saludables. 2011.

⁷³ Ídem.

⁷⁴ Ídem.

el gasto en salud del presupuesto familiar ronda entre un 40 y 50% de dicho presupuesto.⁷⁵

2.6.5 Central de abastecimientos (CENABAST).

Ya hemos visto una serie de factores que influyen (a mi juicio) en la ejecución de las garantías que el Estado Chileno proporciona a los beneficiarios del sistema Público de Salud en cuanto a la importancia de los fármacos en los tratamientos médicos, su administración y financiamiento.

En este apartado veremos algunos aspectos acerca de la Central de abastecimientos. Cuya misión es dar respuesta a las necesidades de abastecimientos de medicamentos e insumos del sector público de Salud (hospitales, consultorios, etc.) que decidan que la CENABAST sea intermediario de las compras que los servicios de salud requieran sobre la base de la canasta preferencial de medicamentos e insumos y en concordancia con la política de medicamentos del Ministerio de Salud.

En este sentido, podemos afirmar y desde el punto de vista administrativo que la Central de Abastecimientos es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, (D.L N° 2763/79; Ley N°19.937).

Sus funciones son las de proveer de medicamentos, artículos farmacéuticos y de laboratorio, material quirúrgico, instrumental y demás elementos e insumos que se requieran para el ejercicio de las acciones de salud. Mantener en existencia una cantidad adecuada de elementos de la misma naturaleza, necesarios para el eficiente cumplimiento de los programas. Atender las necesidades que en las materias de su competencia le encomiende satisfacer el Supremo Gobierno en caso de emergencias nacionales o internacionales y prestar servicios de asesoría técnica a otros organismos del Sistema.⁷⁶

Sus orígenes se remontan al año 1924 con el nacimiento del Ministerio de Salud y con la necesidad de centralizar los procesos de aprovisionamiento de dicho ministerio, da origen en 1930 a la central de compras que cubría las necesidades de todo tipo de productos. Posteriormente en 1952, al crearse el Servicio Nacional de Salud, la central de compras

⁷⁵ MIDEPLAN. (2006). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2006.

⁷⁶ Reglamento de la central de abastecimientos del sistema nacional de servicios de Salud. (D.L N° 2763/79; Ley N°19.937). 1979. Título Segundo.

pasa a llamarse Central de Abastecimiento, la que tuvo como objetivos atender el aprovisionamiento general de todos los establecimientos de servicio nacional de salud. En aquella época los rubros de la central eran variados, entre esos podemos mencionar la textil, farmacia, materiales de ofician e impresión, menajes para casinos, etc. Disponiendo de fábricas propias de algodón y gasa. Posteriormente, en el año 1979, con el decreto Ley N° 2.763 se crea el Sistema Nacional de Salud que da origen a la Central de Abastecimientos del S.N.S.S. con el rol asignado de abastecer de fármacos e insumos clínicos al sector.⁷⁷

Como se dijo anteriormente, los clientes de la Central se encuentran principalmente en los servicios públicos de Salud (consultorios, hospitales, centros referenciales de salud, centros de diagnóstico terapéutico, centros de atención de salud primaria, etc.)

Según la página Web de este servicio, en relación a sus proveedores: *"Existen a lo menos 600 productores en el mercado de los fármacos e insumos, de los cuales, para el caso de CENABAST, 200 están activos y 40 concentran el 80% de las ventas (medido en volumen transado)."*⁷⁸

En cuanto a las ventajas de este servicio, señalan que: *"Reduce los costos asociados a la presentación de antecedentes y certificados para cada proceso de compra. Facilita el acceso de las empresas al universo de las compras públicas, abriéndoles nuevas oportunidades de negocios. Permite, a través de una inscripción única, participar en múltiples procesos de compra que realizan los organismos públicos. Posibilita que las empresas mantengan actualizada su información y documentación en un solo canal, permitiéndoles participar en cualquier proceso de adquisición. Libera tiempo y recursos, que pueden destinarse a mejorar la calidad técnica de la oferta. Constituye un "sello de confianza" que distingue a la empresa."*⁷⁹

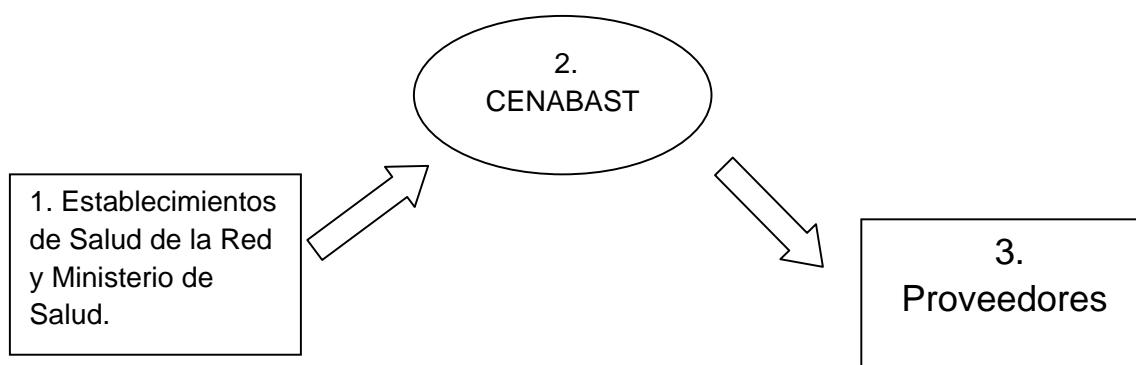
Su gestión se basa en programas de compra en escala como mecanismo de gran utilidad para asegurar el acceso y financiamiento de medicamentos esenciales. Lo que radica en la reducción de los precios y ello depende de forma importante de la asociación eficaz con los organismos públicos.

⁷⁷ www.cenabast.cl

⁷⁸ Ídem.

⁷⁹ Ídem.

Modelo de operación de la CENABAST.



1. *Generar necesidades de medicamentos e insumos. Mandatan a Cenabast, cancelan facturas a Cenabast.*
2. *Consolida y agrega la demanda, gestiona los procesos de compra a través del portal de compras del estado. Realiza validación de calidad ex antes y seguimiento de calidad ex post. Distribución directa de bodega a proveedores o bodega Cenabast. Recibe factura confirmada recepción. Cancela factura a proveedor.*
3. *Ofertan y adjudican en el portal. Distribuyen directamente bodegas de los establecimientos o bodega Cenabast. Factura a Cenabast.*

2.7 Fiscalizaciones y verificación en la entrega de medicamentos a los beneficiarios que acceden a las GES.

En fiscalizaciones realizadas por las súper intendencia de Salud, en el año 2006 develo que: "los beneficiarios encuestados han manifestado problemas con la entrega de medicamentos, aumentando progresivamente el porcentaje de insatisfacción respecto de este tema, alcanzando un 8%, 19% 25% en la I, II y III etapa respectivamente. Asimismo, en la última etapa realizada a fines del año 2006, el 80% de las personas que indicó haber tenido inconvenientes con la entrega de medicamentos, dijo que éstos se referían a insuficiencia de dichos medicamentos en la farmacia respectiva. Los problemas se observaron principalmente en problemas de salud que requieren de tratamiento ambulatorio y que son altamente demandados en el Régimen de Garantías en Salud,

*como la Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Esencial e Infección Respiratoria Aguda baja”.*⁸⁰

Debido a esto es que se incorporan para las futuras fiscalizaciones e inmediatamente para el año 2007, profundizar más en los inconvenientes que pudieran tener los beneficiarios en cuanto a la entrega oportuna y efectiva de sus medicamentos y otros insumos médicos requeridos.

Para estos efectos y tomando en cuenta la red de atención en el sistema público de salud, lo constituyen los establecimientos de atención primaria los que son también la entrada al sistema o a la red de atención pública para la entrega de las GES, se fiscalizaron algunos consultorios de la Región Metropolitana. Que como objetivo general tuvo el: *”Conocer el Proceso de Administración de Medicamentos Garantizados en los Consultorios Públicos de Atención Primaria, en cuanto a la operación, disponibilidad y despacho de éstos, verificando el cumplimiento de entrega a los beneficiarios de GES, de acuerdo a lo estipulado en la Ley Nº 19.966 del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud y en el Decreto Supremo vigente que rige las GES.”*⁸¹

El criterio de selección de los consultorios fiscalizados se determinó según el total de población inscrita en cada uno de los servicios, arrojando el siguiente cuadro resumen de la muestra para efectos de la fiscalización y comprobación del cumplimiento de las garantías en los medicamentos.

Cuadro que es de elaboración propia según los datos entregados por la superintendencia de salud.

⁸⁰ Informe fiscalización n°26. Evaluación de Medicamentos garantizados en los consultorios Públicos.2007
www.supersalud.gob.cl

⁸¹ Ídem.

Servicio de Salud	Población asignada	Consultorio	Población Inscrita	% de cobertura
S.S.M. Suroriente	1.072.945	Dr. Alejandro del Rio.	111.173	10,36%
		La Granja	82.891	7,73%
		Dr. Fernando Maffioletti	67.130	6,26%
		Los Quillayes	64.626	6,02%
S.S.M Occidente	887.573	Dr. Edelberto Elgueta	63.792	7,19%
		Dr. Gustavo Molina	63.235	7,12%
		Dr. Steeger	59.268	6,68%
S.S.M. Sur	819.027	San Bernardo	65.724	8,02%
		Dr. Julio Acuña	49.192	6,01%
		Confraternidad	47.605	5,81%
S.S.M. Norte	522.512	Irene Frei de Cid	48.202	9,23%
S.S.M. Oriente	531.497	Carol Urzúa	55.436	10,43%
S.SM. Central	393.404	Maipú	58.604	14,90%
Total	4.226.958		836.878	19,80%

Elaboración propia, fuente superintendencia de Salud, 2007.

Los ejes de esta fiscalización fueron tres:

- I. Análisis del proceso de administración de Farmacia
- II. Determinación de suficiencias en el Stock de Medicamentos en Insumos.
- III. Entrevista a Beneficiarios GES.

Los puntos a destacar de esta fiscalización y para efectos de este trabajo son:

Disponibilidad de Medicamentos.

La suma de medicamentos e insumos sujetos a evaluación en el total de consultorios, ascendía a 377 productos, de los cuales en la práctica 274 (72,7%) fueron posibles de llevar a evaluación, el resto no pudo ser evaluado debido a:

- En el Consultorio de La Granja no fue posible llevar a efecto la evaluación debido a carencia de registros que permitan obtener los datos necesarios para ello.
- Carencia de registros y/o datos necesarios para determinar la suficiencia del stock en base a las fórmulas de cálculo utilizadas

En cuanto a la estimación de la suficiencia del stock, se observó que:

Según Consultorio: Existen 6 establecimientos (50%), en donde se observa que todos los medicamentos e insumos, tienen stock suficiente para cubrir las demandas hasta que reciban el siguiente pedido de farmacia. En los otros 6 Consultorios se observa insuficiencia o riesgo de insuficiencia en el stock: Dr. Alejandro del Río = 1 producto (4%), Maipú = 1 producto (4%), Dr. Julio Acuña Pinzón = 3 productos (8%), Carol Urzúa = 1 producto (9%), Dr. Steeger = 2 productos (10%) San Bernardo = 4 productos (17%).

Según Producto: En el resultado general de todos los productos evaluados (274) en los consultorios, se obtuvo que un 95,6% (262) tienen stock suficiente, mientras que el 4,4% (12) presentan insuficiencia o un eventual riesgo de caer en ésta, antes de que llegue el próximo pedido.

Con stock 0 al momento de la fiscalización: Carol Urzúa = Jeringas de Insulina, Dr. Alejandro del Río = Budesonida, Dr. Julio Acuña Pinzón = Fluoxetina, Dr. Steeger = Budesonida, Maipú = Lancetas desechables San Bernardo = Lancetas desechables.

Con existencia, pero que de acuerdo a los consumos promedios diarios calculados y los días faltantes para la próxima recepción, tendrían un riesgo eventual de caer en insuficiencia: Dr. Julio Acuña Pinzón, Dr. Steeger, San Bernardo.⁸²

⁸² Informe fiscalización n°26. Evaluación de Medicamentos garantizados en los consultorios Públicos. 2007
www.supersalud.gob.cl

Despacho de Medicamentos a Beneficiarios.

En los 13 consultorios, se efectuaron 328 encuestas presenciales, a beneficiarios que el día de la actividad en terreno se encontraban en la farmacia retirando medicamentos y que accedieron a responder dicho instrumento.

Problemas de Disponibilidad de Medicamentos: El 100% de los beneficiarios encuestados, manifestó no haber tenido inconvenientes en la entrega de sus medicamentos e insumos, el día en que se llevó a cabo la encuesta en los diferentes consultorios.

Por otra parte, 17 personas, equivalentes al 5,2% de los casos encuestados, indicaron haber tenido inconvenientes con la disponibilidad de algún medicamento en fechas anteriores, cuya distribución es la siguiente: 1 semana = 5,3% ,1 semana a 1 mes = 21,0% ,2 a 12 meses = 73,7%.

Los inconvenientes referidos a la disponibilidad de medicamentos (en ocasiones anteriores), fueron reportados en 9 de los 13 consultorios examinados (69,2%). Los Consultorios en donde no se indicaron problemas de disponibilidad, fueron: Dr. Alejandro del Río, Dr. Julio Acuña Pinzón, Confraternidad y Maipú.

De los 328 beneficiarios encuestados, 104 (31,7%) indican haber tenido algún inconveniente, distinto a la disponibilidad de medicamentos, los que se clasifican principalmente en 2 tipos: tiempos de espera en la farmacia y trámites administrativos.

El tiempo de espera prolongado en farmacia, es el problema más repetido en este ítem, alcanzando un 54,8% en éstos (57 personas). Los consultorios en los que se observa este problema son 8 (61,5%). Los establecimientos que no mostraron tiempos de espera prolongados son, el Consultorio Dr. Alejandro del Río y los 3 Consultorios que representaron al Servicio de Salud Metropolitano Occidente (Dr. Edelberto Elgueta, Dr. Gustavo Molina y Dr. Steeger).

Los Consultorios que presentan una mayor proporción en este ítem son: Confraternidad, Maipú, Carol Urzúa y Dr. Fernando Maffioletti, con un 29,8% (17), 19,3% (11) y 15,8% (9) respectivamente, en el extremo opuesto se ubican los Consultorios Irene Frei y los Quillayes con un 1,75% cada uno.⁸³

⁸³ Informe fiscalización n°26. Evaluación de Medicamentos garantizados en los consultorios Públicos.2007
www.supersalud.gob.cl

En cuanto al tiempo que deben esperar, según lo señalado por los encuestados, se observa un amplio margen que fluctúa entre, un mínimo de 20 minutos reportado en el Consultorio Dr. Julio Acuña Pinzón y un máximo de 5 horas, señalado por algunos beneficiarios del Consultorio Maipú. Asimismo, el promedio más alto se obtiene en el Consultorio Confraternidad con 2,6 hrs. de espera.

En relación a los problemas de tipo administrativo, constituyen el 19,2% (20), en donde se mencionan: Molestia por horario especial para pacientes crónicos, Autorización de recetas emitidas fuera del establecimiento, Reducción de las cantidades de medicamentos en pacientes inasistentes a control.⁸⁴

En relación a los comentarios de los prestadores de los servicios de salud, es decir de los encargados de los diferentes servicios de salud fiscalizados, destaco un punto importante en relación a la insuficiencia en Stock en el informe de la superintendencia señala: *“Todos los Directores y encargados de farmacia de los consultorios fiscalizados, indicaron que cuando llegan al nivel crítico de stock de algún medicamento o insumo, activan medidas de contingencia tales como, solicitar adelanto del próximo pedido, solicitud de un pedido extra o pedir un préstamo a otro establecimiento de la misma comuna. Respecto de la última medida señalan que, los préstamos interconsultorios son habituales, mostrando documentos que respaldan esto. Adicionalmente, indican que cuando un establecimiento se queda sin un medicamento x, es porque este producto no lo tiene la Corporación Municipal respectiva así como tampoco ninguno de los consultorios de la comuna.”*⁸⁵

También señala más adelante que: *“Al respecto, las personas entrevistadas en los diferentes prestadores, señalan que la solicitud de productos de farmacia se envía a las Corporaciones Municipales o al Departamento de Salud Municipal, quienes son los encargados de suministrar los medicamentos e insumos requeridos”*.⁸⁶

⁸⁴ Informe fiscalización n°26. Evaluación de Medicamentos garantizados en los consultorios Públicos.2007
www.supersalud.gob.cl

⁸⁵ ídem.

⁸⁶ ídem.

Posteriormente en el año 2009 se realizó otra fiscalización por parte de la superintendencia de Salud. También enfocado a la verificación de la entrega de medicamentos e insumos, que son parte de los listados de prestaciones específicas, prescritas a beneficiarios de las Ges, en la Atención Primaria de Salud de la Región Metropolitana.

En esta ocasión se fiscalizaron un total de 144 Consultorios de atención primaria de la Región Metropolitana, con un monitoreo a 2.053 personas usuarias de la GES.

El resultado de este monitoreo arrojó que en 1.950 personas (95%), la entrega del medicamento y/o insumo fue según lo recetado por el médico tratante, por otro lado, en 103 personas (5%), se constató la no entrega, entrega en menor cantidad del medicamento y/o insumo, que la señalada por el médico tratante.

Según las causas del problema, de las 103 personas afectadas, se detectaron 107 problemas los que según la categorización realizada para estos efectos la causa que generó la no entrega, o entrega en menor cantidad del medicamento y/o insumo obedeció a:

Categoría	N°	%
Falta de stock de Medicamento	93	87%
Otras Categorías	14	13%
Total	107	100,00%

Fuente, superintendencia de Salud, 2009.

En su gran mayoría (87%, 93 personas afectadas) a falta de stock del medicamento en la farmacia del establecimiento.

Las demás categorías presentan porcentajes relativamente similares con porcentajes que no superan el 10% en su conjunto⁸⁷.

⁸⁷ Informe fiscalización N°82. Verificación de la entrega de medicamentos e insumos en problemas de salud GES. superintendencia de Salud. 2009. www.supersalud.gob.cl

Algunos de los 144 consultorios o Cesfam fiscalizados y consultados, arrojaron como respuesta a las deficiencias en stock y la no entrega de medicamentos o de entrega parcial de estos, una serie de argumentos que pasare a detallar a continuación para así poder evaluar y analizar los motivos esgrimidos por los prestadores de los servicios ante ciertas ineficiencias en relación a la entrega de las prestaciones garantizadas.

Basado en los datos entregados por la superintendencia de salud en su informe de fiscalización 2009.

N°	Centros de Salud	Motivos
1	CESFAM Santo Tomas, Consultorio Flor Fernández, Consultorio Pablo de Rocka	En relación a la falta del medicamento Atenolol alcalde refiere que no fue expedido por la CENABAST, aún cuando éste se encuentra incluido en la programación anual realizada entre el municipio y el centro de salud. A ello se suma que la misma, informa los productos faltantes con menos de una semana de anticipación al despacho, no permitiendo reaccionar en un tiempo prudente frente a la posibilidad de adquirir el producto a través de otra vía. Con respecto a la falta de insulina y jeringas se debe al traspaso de pacientes diabéticos desde la atención secundaria al centro de salud, lo que ha aumentado la demanda de estos insumos. Revisión de la programación con CENABAST y en relación a la falta de insumos e insulina, el municipio mediante el Departamento de Salud, generó adquisiciones de ambos productos con presupuesto propio.
2	CESFAM Pablo Neruda CESFAM Raúl Yazigi	Informa que la no entrega de medicamentos e insumos detectadas en sus centros de salud corresponden a un problema de despacho (Metformina-Enalapril-Lovastatina) en cuanto a las jeringas de insulina proporcionadas por CENABAST fueron entregadas en forma irregular lo que impidió mantener permanente stock. Se instruyó a fortalecer los mecanismos de abastecimiento y reiterar a los proveedores la importancia de la oportunidad en la entrega de los fármacos e insumos.
3	Consultorio Dr. José Manuel Balmaceda.	Falta de stock en CENABAST, escasa posibilidad de comprar con otros proveedores por el grado de endeudamiento, personal de farmacia no especializado, falta de registro que respaldara la modalidad de reembolso a los pacientes GES que compraran en otros centros farmacéuticos frente

		a medicamentos que no hubieran en ese momento en stock del centro de Salud. Se pactó con CENABAST y otros laboratorios un plan de pago de deudas, Nueva programación de la demanda en CENABAST, Contratación de personal idóneo, Informatizar la gestión de esta unidad, Reevaluar demanda mensual de medicamentos y optimizar el sistema de registro para órdenes de compra, reembolsos, etc, Aquellos medicamentos con mayor demanda se ha comprado con un margen de reserva de 30% para compensar retrasos o déficit en las entregas de los proveedores.
4	Consultorio Granja Sur Consultorio La Granja Consultorio Malaquías Concha Consultorio Padre Esteban Gumucio Vives	Falta de supervisión y provisión de los laboratorios farmacéuticos. Aumento de proveedores, compra semestral de medicamentos críticos, Revisión de utilización de medicamentos e indicaciones para ajustar programación, Contratación horas Químico farmacéutico para control y supervisión de medidas. Mantener pagos a proveedores en tiempo razonables para asegurar la provisión. Comunicación periódica con representantes de laboratorios proveedores y CENABAST para mantener información de existencias al día.
5	Consultorio Dr. Alberto Allende Jones	Problema con abastecimiento desde la CENABAST. Medidas: compra con sobre stock a laboratorios privados para evitar el desabastecimiento.
6	Consultorio María Pinto	El 24-02-09 recibe mail de CENABAST informando que no despachará el medicamento Hidroclorotiazida por falta de stock. Se gestionará compra en laboratorios privados de los productos no despachados por CENABAST.

Elaboración Propia, fuente Superintendencia de Salud, Fiscalización 2009.⁸⁸

El resultado de esta fiscalización indico que en el 5% de las personas se detecto la no entrega en forma satisfactoria del medicamento y/o insumo (103 personas) en las cuales se detectaron 107 situaciones de las 87% obedeció a falta de stock en la farmacia del establecimiento en 117 entregas de medicamento.

⁸⁸ Informe fiscalización N°82. Verificación de la entrega de medicamentos e insumos en problemas de salud GES. superintendencia de Salud. 2009. www.supersalud.gob.cl

2.8 ANALISIS DE LAS POSIBLES CAUSAS DEL NO CUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA CENABAST EN LA ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS Y/O INSUMOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD PRIMARIA Y PROPUESTA TECNICA.

Como hemos podido ver en las fiscalizaciones que se resumen en el apartado anterior, los prestadores de los servicios de Salud, ya sean los Directores o encargados de las farmacias, indican falencias en la entrega de los medicamentos a los beneficiarios a raíz de la ausencia de estos en las corporaciones Municipales, quienes son los que entregan estos fármacos e insumos a muchos de los servicios de atención primaria. No excluyendo la relación directa que puedan tener algunos municipios y servicios de salud con CENABAST.

La Universidad Católica de Valparaíso define las Corporaciones Municipales así: *“Las corporaciones municipales son personas jurídicas de derecho privado, sin fines de lucro, que tienen por objeto prestar servicios en las áreas de salud, educación y atención de menores, en aquellas comunas en que se hayan traspasado estas actividades a la municipalidad respectiva. La fuente normativa de este traspaso la encontramos en el DFL 1-3063 del Ministerio del Interior (1980), texto legal que constituye la base de lo que se conoce como educación y salud municipalizadas”*.⁸⁹

Estas corporaciones celebran contratos con distribuidores e intermediarios para suministrar los elementos que sean necesarios para la atención primaria en salud, en este caso de medicamentos y/o insumos y que por supuesto tienen relación con la CENABAST que presta este servicio, no exclusivamente, puesto que también algunos municipios y corporaciones les suministran los medicamentos farmacias y laboratorios privados pero aun mayor costo.

Así describe la Dipres el servicio y la relación que tiene CENABAST con los servicios de salud a través de las Municipalidades y Corporaciones Municipales: *“CENABAST entrega el servicio de intermediación del proceso de compra de fármacos, dispositivos médicos, alimentos y servicios entre los establecimientos que pertenecen al Sistema Público de Salud (Servicios de Salud, Hospitales de la red de Servicios de Salud, Centros de*

⁸⁹ http://enlaces.ucv.cl/educacioncivica/contenut/ut4_comu/4_organos/conut4-4.htm
Órganos Municipales.

Atención Primaria y la Subsecretaría de Salud Pública encargada de la gestión de los Programas Ministeriales de Alimentación y Sanitarios). El servicio de intermediación consiste en la agregación de la demanda programada para un año de los establecimientos del Sector Público de Salud y la gestión del proceso de compra agregado a los proveedores utilizando el portal ChileCompra. Desde el año 2003, el monto total intermediado por CENABAST se calcula sumando los montos que se intermedian a cada uno de los segmentos de usuarios (Sistema Nacional de Servicios de Salud, Centros de Atención Primaria, Programas Ministeriales y Extra Sistema) e incluye la comisión que cobra CENABAST por el servicio de intermediación y el servicio logístico (almacenaje y distribución).⁹⁰

Más adelante agrega: "CENABAST agrega la demanda programada de fármacos y dispositivos médicos para un año de los Centros de Atención Primaria e intermedia la gestión de las compras a los proveedores de dichos productos a través del portal ChileCompra. Los Centros de Atención Primaria están representados por los diversos Municipios o Corporaciones Municipales a lo largo del país. Por lo tanto, éstos constituyen uno de los segmentos de usuarios de CENABAST. El monto total intermediado a la Atención Primaria incluye la comisión por los servicios de intermediación y de logística."⁹¹

Sabemos que la Central, es un organismo técnico del Ministerio de Salud que orienta y racionaliza la adquisición de medicamentos e insumos para garantizar la calidad de estos a bajos precios, por su método de economía de escala que se traduce en las ventajas en términos de costos por sus compras masivas a si lo hiciera de forma Unitaria o a menor número.

Cuando provee de fármacos o insumos al sector publico de Salud, lo hace a través de mandatos o en representación de este a través de convenios en los que también se establecen las comisiones que cobra la CENABAST por este servicio. Por lo tanto, la central se financia con recursos propios, derivados de estas comisiones y no recibe aportes del Estado. En consecuencia, la operatividad y la eficiencia de este organismo dependen del cumplimiento y los deberes comerciales y económicos que tiene con sus clientes. Clientes que no están obligados a relacionarse con CENABAST, pero por sus ventajas económicas, (de economía de escala como se señalo anteriormente) y por su

⁹⁰ MINSAL. Indicadores de desempeño. Central de abastecimientos del S.N.S.S.2007.

http://www.dipres.gob.cl/574/articles-30896_doc_pdf.pdf

⁹¹ Ídem.

historia, tradición y experiencia en la compra de medicamentos, muchos acuden a este intermediario. Aparte que el convenio Marco de Chilecompras no obtiene mejores precios que CENABAST, donde esta última sí obtiene ventajas considerables frente a otros compradores.⁹²

Como ejemplo el siguiente cuadro de algunas municipalidades del Norte de Chile y sus prioridades en este tema.

Comuna	Primera prioridad	Segunda prioridad
Iquique	CENABAST	Directo
Alto Hospicio	CENABAST	Chilecompras
Pozo Almonte	Directo	CENABAST
Huara	Chilecompras	
Pica	CENABAST	Chilecompras
Camiña	CENABAST	Chilecompras
Colchane	CENABAST	Chilecompras

Elaboración propia, fuente Asociación Chilena de Municipalidades, Comité Técnico Comisión Salud. 2011.

El siguiente cuadro muestra el nivel de cumplimiento por parte de la CENABAST en algunas comunas del Norte de Chile.

	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento
Comuna	2008	2009	2010
Alto Hospicio	71%	73%	72%
Hospital E.T.G.	87%	85%	87%
Iquique	83%	81%	60%
Pica	75%	63%	67%
Camiña	65%	60%	66%
Colchane	58%	60%	59%

Elaboración propia, fuente Asociación Chilena de Municipalidades, Comité Técnico Comisión Salud. 2011.

⁹² ACHM. Comité técnico Comisión de Salud. 2011. www.munitel.cl

Es alta la demanda a la Central y por el no cumplimiento de las obligaciones que tienen con esta, muchos municipios o servicios de Salud que si cumplen con sus obligaciones, se ven perjudicados por la deuda de otros clientes a CENABAST y este con sus proveedores.

A continuación, el siguiente cuadro muestra solamente a las municipalidades y corporaciones municipales que tienen deuda con la Central, con montos mayores a M\$100.000

Nombre cliente	Factura abril 2010- Marzo 2011	Deuda Marzo 2011	Deuda Marzo 2010	Efecto pago	Meses Facturación
MUNIC.ANGOL	189.596	239.914	85.299	18%	15,18
MUNIC.PADRE LAS CASAS	114.260	188.264	125.470	45%	19,77
MUNIC.LAUTARO	67.806	159.953	104.239	18%	28,31
MMUNIC. LOS ALAMOS	79.822	105.206	110.021	106%	15,82
MUNIC. TIERRA AMARILLA	90.191	156.051	71.566	6%	20,76
MUNIC. CONCEPCION	104.421	121.866	45.392	27%	14,00
MUNIC. SAN PEDRO DE LA PAZ	186.199	495.016	324.070	8%	31,90
MUNIC. COQUIMBO	303.772	263.834	283.557	106%	10,42
MUNIC. OVALLE	201.488	135.796	40.460	53%	8,09
CORP.MUNIC.GABRIEL GONZALEZ VIDELA	259.325	828.647	636.962	26%	38,34
CORP.MUNIC. IQUIQUE	183.571	164.465	64.676	46%	10,75
CORP.MUNIC. SAN FERNANDO	119.190	368.212	249.022	0%	37,07
MUNIC. MAIPU	140.813	100.930	88.750	91%	8,60
CORP.MUNIC.LAMPA	108.230	312.249	248.878	41%	34,62
MUNIC. PEÑAFLOL DEP. DE SALUD	63.341	395.631	332.649	1%	74,95
CORP. MUNIC. PUDAHUEL	210.894	122.187	66.658	74%	6,95
CORP.MUNIC. QUINTA NORMAL	73.003	214.365	153.752	17%	35,24
CORP.MUNIC. LO PADRO	50.236	166.299	116.064	0%	39,72
CORP-MUNIC. DESARR.SOC.CERRO	136.500	533.227	500.395	76%	46,88
CORP.MUNIC. PEÑALOLEN	199.761	243.497	116.294	36%	14,63

CORP.MUNIC. LA REINA	39.853	142.953	110.245	18%	43,04
MUNIC. LA CISTERNA	141.466	317.149	292.511	83%	26,90
MUNIC. PEDRO AGUIRRE CERDA	156.363	484.852	397.125	44%	37,21
MUNIC. LO ESPEJO	202.472	184.993	123.776	70%	10,96
MUNIC. EL BOSQUE	145.566	119.271	76.652	71%	9,83
CORP.MUNIC. SAN BERNARDO	245.221	408.381	163.159	0%	19,98
CORP.MUNIC. SAN JOAQUIN	4.795	167.924	172.574	197%	420,22
CORP.MUNIC. PUENTE ALTO	80.856	120.466	181.977	176%	17,88
CORP.MUNIC.LA FLORIDA	287.276	249.418	33.527	25%	10,42
MUNIC. PUERTO MONTT	204.727	350.139	170.902	12%	20,52
MUNIC. TALCAHUANO	10.464	185.286	174.822	0%	212,49
MUNIC. HUALPEN	190.751	232.131	100.577	31%	14,60
CORP.MUNIC.PANQUIPULLI	64.534	322.400	309.977	81%	59,95
MUNIC. CARTAGENA	33.679	123.312	89.633	0%	43,94
CORP.MUNIC. VALPARAISO	230.280	115.698	101.442	94%	6,03
CORP.MUNIC. VIÑA DEL MAR	249.281	539.694	290.412	0%	25,98
TOTAL	5.170.004	9.379.677	6.553.484	45%	21,77

Elaboración Propia, fuente MINSAL. Plan de acción modernización Cenabast. 2011.

2.8.1 Problemas contables y administrativos.

El pasado 17 de Febrero del presente año 2012. La Contraloría General de la Republica emitió un informe detallado de más de 80 páginas de una auditoría realizada a la Central de Abastecimientos, donde se detallan una serie de irregularidades en el manejo contable del organismo, de las existencias, de sus obligaciones con proveedores, etc.

En este apartado resumiré algunos de los puntos de dicho informe que develan un problema estructural y administrativo profundo de CENABAST y que por su puesto repercute en su funcionamiento y en su misión y sobre todo en los beneficiarios de las GES.

2.8.2 Perdidas en el ejercicio 2010.

Primer punto destacado de esta auditoría es la pérdida superiores a los 5.208 millones de pesos debido al ajuste de existencia por parte de la Central por el orden de los \$3.569.030.537 por costos de ventas que no habían sido contabilizados como se presenta textual en el informe de la Contraloría: *"El Balance Tributario al 31 de diciembre de 2010, presenta una pérdida ascendente a los \$ 5.208.571.023, debido, fundamentalmente, según lo informado por el Jefe del Departamento de Administración y Finanzas, a que el 31 de diciembre de 2010 la Central efectuó ajustes de existencias del orden de los \$ 3.569.030.537 por costos de ventas que no habían sido contabilizados. Agregó, que la pérdida se vio incrementada por concepto de Castigo y Baja de Bienes, en \$ 1.091.133.128, ajustes que no se habían efectuado contablemente por concepto de mermas y artículos obsoletos, que provenían de años anteriores. Sobre la materia, los comprobantes contables que dan cuenta de lo anteriormente expresado y su documentación de sustento. Indican que el error contable, sobre el ajuste de existencias, se originó porque la Unidad de Logística siguió reconociendo como stock propio, productos que fueron traspasados bajo la modalidad de venta anticipada y, las donaciones recibidas durante la crisis de salud originada por el virus AN1 H1".*⁹³

2.8.3 Problemas en el cambio y la migración de datos contables desde el sistema XEROX a SAP.

El informe de Contraloría señala lo siguiente respecto a esto: *"Es importante mencionar que hasta el 31 de mayo de 2010 la CENABAST utilizó el sistema contable Xerox y a contar del 1 de junio del mismo año comenzó a operar con el sistema SAP, no obstante ambos sistemas no se usaron en paralelo durante una "marcha blanca", Con posterioridad al cambio, la antigua aplicación sólo se utiliza para realizar consultas sobre los datos históricos, A su vez, cabe señalar que en Xerox no se emplean las mismas cuentas contables que en SAP, por lo que, para realizar el proceso de migración de datos, el Departamento de Informática de la CENABAST construyó una tabla de equivalencias o relaciones entre las cuentas de ambos sistemas. De esta manera. Para la comparación de los balances de saldos, se consideró ese antecedente. Debido a que la equivalencia entre las cuentas de Xerox y SAP no es directa (o relación "uno a uno"), sino que varias*

⁹³ Contraloría General de la Republica. Informe Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. 2012. N° de informe, 270/2011. www.contraloria.cl

de las primeras se relacionan con una única cuenta de SAP y viceversa. El Departamento de Informática definió "grupos de cuentas". Para realizar la migración de datos y cuadrar Los registros de ambos sistemas.⁹⁴

2.8.4 Cuentas por cobrar.

En este punto se establece que estas cuentas por cobrar advierten diferencias de más de 7 mil millones de pesos entre lo contabilizado por CENABAST y las entidades deudoras.

“Se recibieron las respuestas de 110 clientes, observándose, en general, que los montos informados no eran coincidentes, existiendo en algunos casos diferencias importantes, de cuyo análisis se da cuenta.”⁹⁵

“De acuerdo a lo señalado en sus registros contables al 31 de mayo de 2011. La CENABAST mantiene 503 cuentas por cobrar, a nivel nacional, por un monto total de \$ 67.861.460.004. De las cuales, 191 corresponden a deudas pendientes de los Hospitales, 31 de los Servicios de Salud. 194 de Municipalidades, 42 de Corporaciones Municipales y 45 a cuentas denominadas "extrasistema". En esta última categoría figuran como deudores la Subsecretarías de Salud Pública, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y entidades privadas, entre otros.”⁹⁶

El siguiente cuadro representa las diferencias en este tema. *“Se advirtieron discrepancias en el análisis de las circularizaciones de las cuentas por cobrar de los Hospitales y Servicios de Salud, por cuanto el saldo que ellos presentan se Visualiza en los registros de la CENABAST al 31 de mayo de 2011, Y alcanza a \$ 17.205.262.327, en tanto que el saldo que confirmaron las citadas entidades, a igual fecha, es de \$ 9.821.364.536; es decir, existe una diferencia de \$ 7.383.897.791.”⁹⁷*

Nombre	Saldo según CENABAST	Saldo según Clientes	Diferencia bruta
Hospitales	\$5.093.606.517	\$2.047.468.155	\$3.046.138.362
Servicios de Salud	\$12111655.810	\$7.773.896.381	\$4.337.759.429
totales	\$17.205.262,327	\$9.821.364,536	\$7.383,897.791

Elaboración propia, fuente Contraloría General de la Republica, Informe CENABAST. 2012.

⁹⁴ Contraloría General de la Republica. Informe Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. 2012. N° de informe, 270/2011. www.contraloria.cl

⁹⁵ Ídem.

⁹⁶ Ídem.

⁹⁷ Ídem.

2.8.5 Stock de existencias sobrevaluados y problemas con las bodegas de la Central.

La sobrevaloración de existencias sobrepasan los 7.000 millones de pesos como se detalla: “Al 31 de mayo de 2011, las cuentas contables asociadas a existencias presentan un saldo de \$ 31.725.544.363, sin embargo, los registros auxiliares que detallan la composición del mismo, consignan \$ 33.197.648.583, desglosados como sigue.”⁹⁸

N° de Centros	Naturaleza de los bienes	Total \$
1000	Artículos en bodega CENABAST	15.342.248.530
2000	Artículos relacionados con programas de alimentación complementaria	2.151.032.352
3000	Distribución directa por el proveedor	15.704.367.701
	Total de registro auxiliar	33.197.648.583

Elaboración propia, fuente Contraloría General de la Republica, Informe CENABAST. 2012.

De esto se desprende una diferencia de \$ 1.472.104.220.

Con respecto a los medicamentos e insumos distribuidos en forma directa por el proveedor, señala el informe que en la compra bajo esta modalidad, el proveedor emite la factura detallando el valor total de los bienes distribuidos, adjuntando las guías de despacho firmadas y recibidas conformes, por el encargado de cada establecimiento de salud. Al 31 de mayo de 2011, la CENABAST presentaba como stock un saldo contable ascendente a \$ 15.704.367.701, suma que, a lo menos, se encuentra sobrevaluada en \$ 7.145.593.198.⁹⁹

En relación con los artículos en bodega se informa que:” La CENABAST cuenta con 5 Bodegas para almacenar los medicamentos e insumos clínicos, a saber: Lourdes, que corresponde al recinto central, en la cual se mantiene la mayoría del stock de productos,

⁹⁸ Contraloría General de la Republica. Informe Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. 2012. N° de informe, 270/2011.www.contraloria.cl

⁹⁹ Ídem.

entre ellos los controlados y los relacionados con los Programas Ministeriales; Matta, lugar donde se custodian los medicamentos refrigerados y también aquellos inutilizados, denominados "bloqueados"; Rivas, dependencia donde se almacenan los medicamentos vencidos, dañados y las mermas; Tw¹⁰⁰, dependencia que es arrendada y se utiliza para guardar materiales inflamables, entre ellos, el alcohol y Somi, como también otros productos de diferente naturaleza, tales como sueros y artículos que tienen baja rotación, estos últimos, denominados "pulmón".¹⁰¹

Los medicamentos e insumos clínicos en calidad de bloqueados, el informe señala que al 30 de agosto de 2011, la Central presenta parte del saldo del rubro de existencias, la suma de \$4.868.144.661, que equivale a 28.338.209 unidades de medicamentos e insumos clínicos, que no representan un activo, ya que no pueden ser distribuidos por corresponder a mermas.

Los recuentos de inventarios señalan con respecto a las bodegas de CENABAST que: *“Durante la última semana de agosto y la primera de septiembre de 2011, esta Contraloría General efectuó un inventario de diversos medicamentos e insumos clínicos que la Central mantenía en las bodegas de Lourdes, Matta y Bomi. Al respecto, se determinó lo siguiente: Algunos artículos que aparecían en el stock de inventario, no fueron ubicados. Faltante que se valorizó en \$ 493.729.188, correspondiendo, la mayor parte a medicamentos refrigerados Consultado al respecto, el Encargado del Departamento de Clientes manifestó que corresponden a fármacos que fueron despachados durante el mes de mayo; sin embargo, a agosto de 2011 no aparecen descontados de los registros del SAP, no obstante, que se tiene la documentación para ello, Por lo tanto, la Central deberá efectuar los ajustes correspondientes. Por otra parte, se verificó que algunos productos presentaban un stock físico superior al registrado en el sistema, por la suma de \$ 4.959.056. Al respecto, no se obtuvieron antecedentes adicionales que explicaran dicha situación.”¹⁰²*

La pérdida patrimonial en bodegas según la auditoría 2011 asciende a los \$ 20 mil millones de pesos.

¹⁰⁰ Empresa de Logística y almacenamiento. www.tw.cl

¹⁰¹ Contraloría General de la Republica. Informe Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. 2012. N° de informe, 270/2011.www.contraloria.cl

¹⁰² Ídem.

2.8.6 Deudas con proveedores.

“Al 31 de mayo de 2011, los compromisos que mantenía CENABAST con terceros, excluyendo los de personal, ascendían a \$ 92.194.224.886, de los cuales, \$ 89.678.694.025 corresponden a endeudamiento con proveedores, más \$ 2.584.375.273 por concepto de "multas a favor de terceros", menos \$ 67.991.180 Y \$ 853.232, sumas que se relacionan con las cuentas contables "facturas por recibir leasing" y "provisión costos indirectos" respectivamente.”¹⁰³

Acerca de la deudas vencidas el informa indica que las partidas más antiguas provienen del año 2003 lo que vulnera según la Contraloría el oficio circular N° 23 del año 2006 del Ministerio de Hacienda, la cual establece que el plazo máximo para el pago de las deudas del Estado con los proveedores es de 30 días corridos al de devengue de la respectiva operación.

Las diferencias de saldos confirmados con los proveedores, del total de las deudas identificadas, (\$89.237.805.125), se examinó una muestra de \$48.293.907.775 equivalente a un 54%.

De las discrepancias entre los registros de la CENABAST y las informadas por los proveedores se destaca que al mes de agosto de 2011, las facturas y otros documentos no contabilizados por la Central ascienden a la suma de \$2.834.086.102, las notas de crédito emitidas por los proveedores y que no estaban registradas por la Central de abastecimientos ascienden a los \$32.230.238, entre otras irregularidades contables.¹⁰⁴

Con respecto a las deudas que tiene la Central en la modalidad de Leasing, de arriendos de bienes de equipos médicos a Mayo del año 2011, esta mantenía deudas con entidades financieras por un total de \$6.602.154.386 de las cuales \$4.581.452.290 corresponden al Banco del Estado de Chile y los restantes \$2.020.702.096 Corresponden a deudas con el banco BBVA. Dicha obligación no está contabilizada, por lo tanto la cuenta contable relacionada con Bienes en Leasing se encuentra subvaluada.¹⁰⁵

Todos estos antecedentes han sido remitidos a la Fiscalía Metropolitana Oriente para determinar posibles responsabilidades en las irregularidades.

¹⁰³ Contraloría General de la Republica. Informe Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. 2012. N° de informe, 270/2011. www.contraloria.cl

¹⁰⁴ Ídem.

¹⁰⁵ Ídem.

2.9 ANALISIS Y PROPUESTAS TECNICAS.

En resumen, y concluyendo a partir de los apartados anteriores, la Central de Abastecimientos es una organización endeudada por más de \$ 94 mil millones, con problemas de almacenamiento y logística, con bajo cumplimiento de los pedidos, que por las investigaciones y auditorias ampliamente documentadas en los medios de comunicación escrito, digital y televisivo, no goza de una imagen pública buena. Es una institución estresada por sus altos volúmenes de operaciones y licitaciones.

“Cenabast no está cumpliendo con su propósito. La población más vulnerable no tiene garantizados sus derechos en este ámbito, como debería ocurrir.”¹⁰⁶

Con estas palabras el Ministro de Salud Jaime Mañalich, se refiere a las conclusiones de los informes de la Contraloría General de la Republica y de consultoras externas que dan cuenta de problemas en la parte Contable, Logística y de almacenamiento de los medicamentos e insumos que deben ser puestos, en manos de los beneficiarios de las Garantías explícitas en Salud.

Sin duda que los problemas en la Logística y la Burocratización de los procesos en CENABAST, a originado una verdadera crisis que hasta el día de hoy podemos decir que es una noticia en desarrollo, y continuara dando noticias a la población de cómo es necesaria una reestructuración en casi todos los niveles de este organismo técnico del Ministerio de Salud.

Esto acompañado de que es necesario la mejora también en los insumos médicos y químico-farmacéuticos entregados a los servicios de Salud Primaria y en general a toda la red de asistencia Pública de Salud.

En lo que respecta a los procesos Logísticos al interior de la Central de Abastecimientos es necesaria la modernización y el cambio de enfoque. En este sentido entendemos la Logística como una de las principales ramas de las organizaciones que se encargan de satisfacer necesidades dentro de un sistema de mercado que estimula las demandas que deben ser satisfechas, en cuanto a la distribución eficiente de productos a un menor costo a clientes buscando siempre responder a las expectativas de estos. En base a la

¹⁰⁶ http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=1048&show=1-2011

efectividad de estas labores, sobre todo, si estos clientes, son de un área sensible para la ciudadanía como lo es el sector Salud, por sobre todo el sector Salud que entrega prestaciones en el área pública, a personas que muchas veces no tienen los suficientes recursos para atender sus necesidades en mejores servicios.

A raíz de esto, es necesaria la redefinición de estos procesos logísticos. Es evidente de acuerdo a la línea de este trabajo, que la CENABAST no ha cumplido en un porcentaje importante con la tarea que tiene asignada desde su creación, En un marco globalizado donde las empresas operan a un alto nivel de eficiencia y rendimiento, exigen cambios estructurales en el servicio que pretende entregar la Central de abastecimientos.

Las variables claves, en el sentido de la reformulación de los procesos de Logística para esta institución en esta realidad competitiva son, la flexibilidad, la velocidad para moverse en el mercado y la productividad, que serán las determinantes para que la Central permanezca y entregue la intermediación que necesita el sector público de salud puesto que entrega ventajas y beneficia en definitiva a la ciudadanía. Se debe entender que la logística es más que la distribución y transporte, si no que se relaciona directamente con la administración del flujo de los productos, bienes o servicios desde la adquisición de estos originariamente hasta la entrega del producto, bien o servicio al consumidor o cliente.

Las actividades logísticas deben coordinarse entre sí (las compras, el almacenamiento, la administración de los inventarios, seguridad, etc.), para lograr una mayor eficiencia en todo el sistema, por lo tanto, la logística no debe verse como una función aislada dentro de la Institución, si no como un proceso global de generación de valor para el cliente, integrando la tareas para así ofrecer mayor velocidad y dinamismo en respuesta a las exigencias del mercado. Podemos definir la Logística entonces como: *"el proceso de planificación, implementación y control del flujo y almacenamiento eficiente y económico de la materia prima, productos semiterminados y acabados, así como la información asociada."*¹⁰⁷

De acuerdo a la experiencia e investigación de este trabajo, y dados los resultados podríamos decir que CENABAST ha fallado en varios puntos relacionados con el flujo de bienes y servicios desde el abastecimiento, pasando por la producción, la distribución hasta llegar a los clientes. Es imperativo que esto gire hacia un adecuado manejo de

¹⁰⁷ Monterroso E. El proceso logístico.2000

estos flujos, no solamente para lograr una reducción en los costos asociados a los procesos ya mencionados de abastecimiento, producción y distribución, si no para ofrecer una respuesta rápida a quienes contratan los servicios.

Para ello, es pertinente tener presente que el almacenamiento es una actividad importante en los procesos de administración logística, ya que puede afectar los rendimientos y la atención que se debe dar al cliente si es que no se cumplen las condiciones de seguridad y mantenimiento necesarias para resguardar el inventario, podrían producirse deterioros importantes en la calidad de los productos manejados por CENABAST, lo que se produciría mayores costos de reprocesos. Es importante mantener condiciones adecuadas de almacenamiento de los inventarios, de lo contrario, podrían producir costos por pérdida de materiales, o roturas de elementos frágiles o como las mermas en el caso de sustancias líquidas o gaseosas como se demostró en el informe de Contraloría a CENABAST, cuando se fiscalizaron las bodegas de la institución.

Es necesario también el tener en cuenta que el descuido en un eficiente diseño de flujo de procesos provocara ineficiencias, en consecuencia, mayores costos para la institución que podrían representar por ejemplo mayores distancias a recorrer, o trayectorias inadecuadas en las entregas de los medicamentos, mayores tiempos de procesos, cuellos de botella, capacidad ociosa y la entrega tardía de los productos o el no cumplimiento de esto.

En cuanto a los pedidos de los clientes, estos pueden ser distribuidos más rápidamente si se poseen grandes cantidades de Stock de los productos que se ofrecen, lo que significaría mantener altos costos de inmovilización de capital, con sus riesgos asociados a pérdidas en concepto de roturas, obsolescencia, robos, etc. Por lo cual es necesario diseñar un proceso logístico que ofrezca rápidas respuestas sin incurrir en altos costos.

Ahora bien, para CENABAST, no es posible ofrecer lo más rápido posible, un producto o servicio de mejor calidad, con los precios más convenientes del mercado, y a la vez poseer una estructura sumamente flexible que permita adaptarse rápidamente a las cambiantes demandas del mercado. Es por esto, que la Central debe seleccionar la estrategia más conveniente en función de sus fortalezas y de los segmentos de mercado que esta atiende. No todos sus clientes exigen lo mismo, no todos los servicios tienen las mismas prioridades, por ello, el enfoque en el mercado pasa a ser una prioridad en la estrategia global. Así podrá optar entre ofrecer una mayor calidad de servicio o producto,

un menor costo, un menor tiempo de entrega o una mayor flexibilidad. En resumen, es importante conocer el mercado, ya que muchas veces las instituciones apuntan de manera inadecuada a aspectos que no son suficientemente valorados por el cliente.(estrategia de diferenciación)

Los nuevos paradigmas, por así decirlo, de la optimización de la logística va de la mano con la identificación de los cuellos de botella y la coordinación del ritmo de trabajo de el abastecimiento, las actividades de soporte y la distribución deben planificarse y gestionarse de una manera integrada, junto con la producción del servicio, alineando sus capacidades entre si y en función de la demanda. Este principio es aplicable a nivel micro y macro ya que por ejemplo las decisiones que se toman en cada uno de los eslabones de la cadena de abastecimiento tienen impacto en el resto de los eslabones, afectando sensiblemente la oferta final del servicio entregado.

Es vital para la central de abastecimientos, que sus actividades logísticas sean planificadas cuidadosamente para agregar valor al servicio y operar de manera eficiente y no caer en ineficiencias traducidas en los lugares inadecuados de almacenamiento que tienen CENABAST, flujos desordenados de procesos, elevados stocks, transportes antieconómicos de los insumos, etc.

Para estos efectos se deben tener en cuenta factores como las estrategias de operaciones orientadas a costos, entregas, flexibilidad, calidad, etc. La localización y las vías de accesos existentes y servicios disponibles, las políticas de aprovisionamiento, los flujos horarios de los abastecimientos, características del manejo de los materiales o productos, características de almacenamiento, capacidad disponible, el volumen de las operaciones requeridas, políticas de distribución, etc.

Pero quizás, más que adelantos tecnológicos o mejoras en la administración y logística, esta institución merece la voluntad política de intervenirla, revitalizarla y apoyarla. Esos indicios ha dado el MINSAL a través de las llamadas reformas a CENABAST luego de los problemas que develaron las auditorias por parte de la Contraloría General y de las fiscalizaciones de la Superintendencia de Salud. Ambas dieron argumentos para demostrar que hay problemas, que no se están cumpliendo ni garantizando finalmente los medicamentos e insumos para un porcentaje de la ciudadanía que se atiende en los servicios de Salud Primaria.

Algunas de las medidas que pretende implementar el Ministerio de Salud se traducen en la focalización en compras de medicamentos e insumos de alto valor y programas ministeriales, las compras se materializaran con una orden irrevocable y deberán contar con la debida refrendación presupuestaria, externalización completa de bodegaje y distribución, los proveedores distribuyen directamente a los clientes, el proveedor factura directamente a los establecimientos, por lo tanto CENABAST, no genera deuda en el sistema. “El que compra paga”, Rediseño organizacional centrado en nuevas funciones de compra y gestión de contratos, con personal especializado.¹⁰⁸

Así mismo explico el ministro que CENABAST se encargara de intermediar en compras superiores a los 40 millones de pesos, monto definido como el mínimo necesario para que se produzcan economías de escala. En compras menores, serán los propios municipios los que gestionaran¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Plan de acción modernización Cenabast. MINSAL. 2011. www.minsal.cl

¹⁰⁹ http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=1048&show=1-2011

CONCLUSIONES

Como hemos podido observar a través de este trabajo, la salud y el bienestar de las personas en esta materia, han sido motivos de estudio de las ciencias humanas, sociales y biológicas, a lo largo de la historia hombre. Desde las atribuciones mágicas y demoniacas a diversas manifestaciones físicas y mentales, dolencias y otros, hasta entender que el medio ambiente, la participación ciudadana y el Estado entre otros factores, inciden determinadamente en el estilo de vida y por consecuencia, en los estados de Salud de la población y de los enfoques que tratan el concepto de enfermedad.

Primeramente en esta materia, podemos concluir que la evolución histórica y conceptual de la Salud y la enfermedad, ha tenido altos y bajos, periodos oscuros de tratamiento en el sentido de sus causas y consecuencias, enraizadas en la mística propia de los pueblos, alejadas de los factores sociales determinantes en la Salud como el medio ambiente, la sociedad en general y sus comportamiento, la realidad política y legal, en el que están inmersos las personas. Determinando así que los distintos estados de Salud, dependían de fuerzas espirituales externas al cuerpo (ya sean benignas o malignas) y que se originaban de acuerdo a las conductas de las personas, donde los matices políticos y de dominación no estaban ausentes, ya que este tratamiento acompañado del miedo de la población a padecer estos males, para algunas capas sociales sirvió como instrumento de explotación y dominación social, sobre otros grupos humanos en desventaja cultural y económica.

Luego de estos periodos, la humanidad gracias a los adelantos científicos, y a la evolución del pensamiento humano, logra darse cuenta, que en materia de salud intervienen múltiples factores. En conclusión, no solo están presentes el enfermo o el paciente, y la persona que atiende la patología como un medico o alguien especializado o con conocimiento en la materia. Si no que alrededor de este proceso, están presentes también los enfoques con el que se entrega un determinado servicio, la visión de mundo de quienes manejan y administran los recursos necesarios ya sean estatales o particulares, para ir en respuesta de las necesidades en materias de Salud de la

Ciudadanía. Están presentes las diferentes condiciones sociales de los afectados, inmersos en un medio ambiente particular que puede perjudicar o aportar en los procesos aplicados para encontrar la Salud.

Sin duda, esta evolución en la conceptualización de la salud y la enfermedad, va de la mano con el progreso de la humanidad en materia de pensamiento, con el cuestionamiento y la reflexión, características propias de la raza humana frente a una realidad en un determinado contexto social o político.

La administración y rol del Estado, como forma de organización, también juega un papel importante en esta evolución del concepto de Salud. Evolución que tiene que ver con la entrega de bienes y servicios por parte de un Estado moderno, que entiende que el ciudadano/a es un ser integral, es un ser que vive ciertas problemáticas que merman su calidad de vida y que esas problemáticas están asociadas a causas creadas por las propias sociedades, como la desigualdad social, los bajos sueldos, la mala calidad en la asistencia y atención en salud, etc., y que por lo tanto, estas condiciones, al ser creadas por los seres humanos que viven en sociedad, estas realidades, que en muchas partes de Chile y el mundo son brutales, pueden y deben ser cambiadas.

En conclusión, el adoptar y entender a las personas por parte del Estado y sus instituciones, con un modelo participativo Biopsicosocial, donde las determinantes psicológicas, emocionales y de conducta, sumado a los factores sociales y políticos desempeñan un papel significativo en el contexto de una enfermedad.

Este tratamiento dará respuestas y sobre todo soluciones a estos problemas que hacen más miserable la existencia humana.

Ahora bien, en el caso del Estado Chileno, este ha dado señales a lo largo de los años, de querer encontrar este camino de entregar mayores beneficios en la calidad de vida de la población. Como las mencionadas reformas a la Salud Pública que han sido expuestas en este trabajo, que buscan disminuir las inequidades en el acceso, financiamiento y oportunidad en materias de Salud, entregando un marco legal y administrativo que sustenta estas iniciativas.

Sin embargo, estas reformas y esfuerzos se enmarcan dentro de un contexto donde el modelo Neoliberal hace más difícil que estas garantías o reformas, lleguen efectivamente a cada una de las personas que requieran este servicio de forma íntegra. Donde la oferta

y la demanda no discriminan en cuanto a temas sensibles como la salud. Donde este modelo propone un Estado pequeño que intervenga lo menos posible, mientras el mercado se hace cargo de cosas de las que no se puede hacer cargo (como la salud pública entre otros ejemplos). Me explico, critico y concluyo que, para un Estado con recursos económicos y sociales limitados, es mucho más complicado dar respuestas satisfactorias a su población o ciudadanía, si su modelo o enfoque macro, debilita ciertas iniciativas honestas que buscan solucionar problemas, ya que se encuentran dentro de un sistema con un marco legal deficiente, con una administración pública deficiente, con un Gobierno ineficiente sea del color político que sea, con una dependencia económica y de recursos que no proporciona garantías de cobertura a gran parte de la población cuando se necesiten esos recursos. Es por esto, el enfoque Holístico de este trabajo, ya que concluyo que muchas debilidades del sistema de Salud son de corte estructural, y específicamente en concretar que las prestaciones traducidas en los fármacos e insumos médicos, se entreguen efectivamente a las personas que lo necesiten.

Por lo tanto, para dar solución a muchas de las falencias que la Salud Pública posee, es necesario un cambio de paradigma, estructuralmente hablando y que repercuta en las diferentes instituciones del Ministerio de Salud, entre estas instituciones, se encuentra la Central de Abastecimientos, CENABAST.

Esta central, nació prácticamente junto con el Ministerio de Salud en 1930, llamada en esos años, Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social fundada 6 años antes.

La labor de CENABAST, como se explico en este trabajo, es intermediar entre los proveedores de medicamentos e insumos con los servicios de Salud Pública, entregando ventajas económicas gracias a su economía de escala y a su experiencia en este rubro. Lamentablemente se demostró, que esta función ha sido deficiente por parte de la Central debido a una serie de problemas.

En relación a esto, se concluye que este organismo técnico, es una institución estresada administrativamente, por el volumen de operaciones que rondan en las 2000 licitaciones anuales y 7000 facturas, atendiendo los requerimientos de muchas Municipalidades y Corporaciones Municipales.

Que los Informes y auditorías externas por consultoras y por la Propia Contraloría General de la República de Chile, dan cuenta de un desorden contable y de lisa y llanamente

malas prácticas por parte de la Central de abastecimientos, con pérdidas millonarias en productos que deberían estar en las farmacias de los CESFAM o consultorios locales.

Que a los problemas administrativos y contables, se suman los Logísticos. Claro ejemplo de aquello es que CENABAST, despacha prácticamente a todo Chile desde Santiago, donde tiene su casa matriz y las bodegas donde almacena los fármacos e insumos médicos. Donde se evidencia un claro error de logística en este ejemplo, ya que no es la misma realidad que vive un Chileno/ a que se atiende en un centro de atención primaria en la comuna de Alto Hospicio en el Norte de nuestro país, a un compatriota que atiende sus problemas y demandas de Salud Pública en la comuna de Ñuñoa. No son las mismas distancias, no son las mismas prioridades.

Por lo tanto es imperativo, que la Central se someta a reformas profundas en el área logística, administrativa y política para así poder subsanar los errores cometidos, y volver a entregar las ventajas económicas con su labor, y que va en directo beneficio de la población. Y así también aportar al cumplimiento de la ley que garantiza el suministro de los medicamentos necesarios para los tratamientos de las enfermedades GES.

Y como comentarios y conclusiones finales.

Este trabajo, trata de presentar una serie de datos, y antecedentes vinculados a la Salud Pública, donde la entrega y financiamiento de los medicamentos y/o insumos médicos, es factor importante en el tratamiento de las patologías. Sustentado en un marco referencial, que trata de abordar y explicar escuetamente, como la sociedades humanas entienden evolutivamente que la Salud, al igual que la Educación o la Libertad, es también un Derecho Humano que debe ser proporcionado a través de una Política de Estado y no de Gobierno.

Es necesario que el Estado Chileno se haga cargo de las instituciones que intervengan en la Salud Pública, y que no permita dejarlas caer, y que no sean objeto del escarnio público como lo está siendo la Central de abastecimientos, que cumple un rol importante y que beneficia a los servicios de salud y por ende, a las personas.

Es imperativo que entregue recursos permanentes o de emergencia a CENABAST y reformule profunda y estructuralmente esta institución, donde la solución no es la privatización de esta, sino todo lo contrario, hacer más grande a la Central junto con el Sistema de Salud Pública de Chile.

BIBLIOGRAFIA y LINKOGRAFIA

- Talavera, M. El concepto de Salud, Definición y Evolución
www.medicina.unal.edu.co/.../
- Constitución Organización Mundial de la Salud, parte primera, 1948.
- Gómez, Luis Ignacio Rabanaque, María José. Promoción de la salud y cambio social. Capítulo 1: concepto de salud.
- Orozco Africano, J.M. (2006) Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena, pag.10.
- Bouza-Brey Luis, Manual de Ciencia Política, "El Poder y los Sistemas Políticos"
- H. Vásquez. "La Teología Escolástica y su influencia en el Pensamiento Contemporáneo" Ibarra, 2008.
- Bergonzoli G. Victoria D. "Rectoría y Vigilancia de la salud" Monografía 94-01 OPS/OMS, 1994. Capra, Fritjof. The Turning Point: Science, Society and the Rising Culture. New York 10103: Bantan Books, 1988.
- http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec_14.html
- Medicina e Historia, El pensamiento de Michel Foucault. Serie de desarrollo de RRHH. N° 23 OPS/OMS, 1978.
- Bergonzoli G. Victoria D. "Rectoría y Vigilancia de la salud" Monografía 94-01 OPS/OMS, 1994.
- Terris, Milton "Henry E. Sigerist: "Sus contribuciones a la organización de los servicios de salud", en Milton Terris, la revolución epidemiológica y la medicina social. Editores Siglo XXI, México, 1987.

- http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Epizootia
- Lain Entralgo, Pedro. El Diagnostico Medico. Historia y Teoría. Editores Salvat, Barcelona, España, 1982.
- <http://books.google.cl/books?id=6u3bekl1egMC&pg=PA27&lpg=PA27&dq=monocausalidad+de+las+enfermedades&source=bl&ots=Ceo31BehbL&sig=aTHIjpLfKNKC LR0YQcP8foUiisY&hl=es&sa=X&ei=301BT9zRPML50gHbzO2zBw&ved=0CB8Q6AEwAA#v=onepage&q=monocausalidad%20de%20las%20enfermedades&f=false>
- OPS/Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Antecedentes de la Situación Actual de los procesos de Planificación de la Salud en América Latina. Seminarios sobre Políticas y Estrategias en el proceso de Planificación de la Salud. Santiago, Chile, Noviembre, 1971.
- V.Carazo Serrano."Salud y Medicina Holística e Integrativa" Agosto 2005 .VII Congreso Nacional de Ciencias, Costa Rica. <http://www.cientec.or.cr/exploraciones/ponenciaspdf/VladimirCarazo.pdf>
- Hamlon JH. Fisiología de la salud pública. Principios de la administración sanitaria 3 ed. México, DF: La prensa Medica Mexicana, 973; 1-11.
- Lisitsin ME. La higiene social y organización de la salud pública. La Habana, IDS. 1981: 14-39.
- Terry M. Diferenciación entre Salud Pública y la Medicina Comunitaria-Social-Preventiva Temas de Epidemiología y Salud Publica. La Habana. Edit. Ciencias Médicas. 1988: 1-5.
- Frenk J. La nueva salud pública. Teoría y práctica de la salud pública OPS. Resumen en Escuela de Salud Publica, La Habana, 1992.
- INE. (2010). Compendio estadístico 2010

- MINSAL, MINEDUC. Propuesta conceptual basada en evidencias y buenas prácticas. Documento de trabajo.2008
- Conferencia Internacional Sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud.1986.
<http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Minsal, Mineduc. Propuesta conceptual basada en evidencias y buenas prácticas. Documento de trabajo.2008.
- Carrasco, Eduardo. Hidalgo Carmen. Salud Familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria Ediciones Universidad Católica de Chile, 1999.
- <http://www.definicionesde.com/e/biopsicosocial/>
- Minsal. Modelo de Atención Integral en Salud. 2005.
- Minsal. Orientación para el trabajo en Red.2008.
- Lopetegui Adams, Dr. Marcelo. Misión/Visión CESFAM. 2008
<http://www.lopetegui.cl/cesfam/mision.html>.
- López. A.Rastello. A. Rogers. R. (2002), Chilenizarían del Modelo Salud Familiar en los Cesfam de Valparaíso.
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Santiago%20002/Chilenizaci%F3n_del_modelo_salud_familiar.pdf
- Servicio de Salud Ñuble ¿Qué es un centro de Salud Familiar?
http://www.serviciodesaludnuble.cl/index.php?Destino=hlwrmvgmlx&Sub=2wln&Vin=lovwln_rmr.
- Grajales T.G. (2000) Tipos de Investigación.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/asticulo?Codigo=2385753>
- Meny I. "Las Políticas Públicas". Material de apoyo de la Cátedra Políticas Públicas, Universidad de Valparaíso Chile, 2010.

- Frenz, Patricia. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud, (S.A), 2005.
- Gattini Cesar, Álvarez Johan. La Salud en Chile 2010, Panorama de la situación de la salud y del sistema de salud en Chile. Oficina de la Representación OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2011.
- <http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-auge>
- Ley 19.966 Régimen de Garantías en Salud. 2004.
- Govantes Betes J. Manual Normon. 8va Edición. 1999.
http://www.normon.es/media/manual_8/capitulo_34.pdf
- OIT. (2010).Reporte de evaluación de condiciones de Empleo 2010.
- MINSAL. (2004). Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud.
- MIDEPLAN. (2006). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2006.
- Desarrollo de la práctica de Farmacia centrada en la atención del paciente (WHO/PSM/PAR/2006.5. <http://www.who.int/medicines/>
- Ramos G. Olivares G. Manual de selección de medicamentos. MINSAL, Subsecretaria de Salud Pública, División de Políticas Públicas saludables. 2011.
- Reglamento de la central de abastecimientos del sistema nacional de servicios de Salud. (D.L N° 2763/79; Ley N°19.937). 1979. Título Segundo.
- www.cenabast.cl
- Informe fiscalización n°26. Evaluación de Medicamentos garantizados en los consultorios Públicos.2007
- www.supersalud.gob.cl

- Informe fiscalización N°82. Verificación de la entrega de medicamentos e insumos en problemas de salud GES. superintendencia de Salud. 2009. www.supersalud.gob.cl
- http://enlaces.ucv.cl/educacioncivica/contenut/ut4_comu/4_organo/conut4-4.htm

Órganos Municipales.

- MINSAL. Indicadores de desempeño. Central de abastecimientos del S.N.S.S.2007. http://www.dipres.gob.cl/574/articles-30896_doc_pdf.pdf
- ACHM. Comité técnico Comisión de Salud. 2011. www.munitel.cl
- Contraloría General de la Republica. Informe Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. 2012. N° de informe, 270/2011. www.contraloria.cl
- Empresa de Logística y almacenamiento. www.tw.cl
- http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=1048&show=1-2011
- Monterroso E. El proceso logístico.2000
- Plan de acción modernización Cenabast. MINSAL. 2011. www.minsal.cl
- http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=1048&show=1-2011

