

DIÁLOGOS PRESIDENCIALES

AGENDA SALUD: BEATRIZ SÁNCHEZ



¿Es partidaria de un seguro público nacional que recaude el 7% de cotización y seguros privados complementarios? ¿Considera mantener un seguro público (FONASA) independiente de los privados (ISAPRES) a cargo de la protección de salud?

Sí, soy partidaria de un seguro único de salud, dejando a las ISAPRES como seguros complementarios. El sistema de salud funciona hoy sin una lógica de seguridad social. Las ISAPRE actúan como seguros privados a pesar que perciben la cotización obligatoria de la población chilena de mayores ingresos, lo que impide que estos recursos se distribuyan solidariamente para toda la población. Así, mientras el sistema público de salud cubre aproximadamente al 76% de la población con el 45% de los fondos recaudados vía cotización, justamente la población con mayor carga de enfermedad y mayor riesgo, el sector privado cubre aproximadamente al 18% de la población con el 55% de los fondos recaudados por esta vía. Asimismo, el sistema recibe una baja inversión y sólo el 60% del gasto en salud proviene de fuentes públicas, muy por debajo del 72% promedio de la OCDE. Esto contribuye a que el gasto per cápita en salud de una persona en el sector ISAPRE sea un 86% mayor que el de una persona en FONASA. De esta forma, se produce un sistema con baja protección financiera de la cobertura de salud, determinando que Chile

tenga uno de los más altos gasto de bolsillo de la OCDE, el que afecta de mayor forma a los sectores de bajos ingresos, limitando el acceso a medicamentos y atención.

Sumado a esto, existe una ineficiencia global en el sistema de financiamiento y aseguramiento de la salud, con un sistema privado muy caro (de los más caros del mundo), con baja contención de costos, mala utilización de los recursos, poca protección financiera y altos copagos, junto a un sistema público crónicamente desfinanciado, el cual tiene una capacidad asistencial insuficiente para cubrir las demandas de salud existentes. Así, la estructura de financiamiento impacta limitando el acceso a prestaciones de salud por parte de la totalidad de la población. Por lo anterior, planteamos una reforma estructural al financiamiento de la salud, que instaure un sistema de seguridad social universal en el país basado en un Seguro Único de Salud. Sabemos que esto es complejo, que requiere un proceso gradual, pero también sabemos que este mismo proceso es posible y que ha sido exitoso en otros países. Nuestra primera medida será incrementar la inversión fiscal destinada a salud hasta llegar al 6% -

DIÁLOGOS PRESIDENCIALES

del PIB recomendado por la OMS, financiado a través de aportes por vía de impuestos generales. Con esto, crearemos un Fondo Único de Salud que permita mancomunar las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y los aportes del Estado, permitiendo solidaridad entre distintos grupos sociales. Crearemos un Seguro Único de Salud con administración autónoma de un Plan de Salud Universal. Este seguro permitirá eliminar el excesivo gasto administrativo, otorgando mayor poder de negociación, transparencia y regulación, posibilitando más y mejores coberturas. Para esto, crearemos una entidad pública autónoma de evaluación de tecnología sanitaria con participación social, para el estudio y recomendación de las prestaciones que serán incluidas en la cobertura del seguro de salud. Lo anterior significa que eliminaremos a las ISAPRE como administradoras de la seguridad social, transformándose en seguros complementarios o suplementarios voluntarios de salud regulados por la Superintendencia de Salud.

En cuanto a la relación del seguro con los prestadores, buscaremos implementar una forma moderna de llevarla. Avanzaremos a mecanismos inteligentes de pago que consideren los costos reales de resolución, la complejidad de los casos y los costos basales de las instituciones en todos los niveles de atención. Esperamos realizar esta relación en el sector público a través de redes integradas de salud, que coordinen financieramente a todos los niveles.

Para esto, se avanzará en la implementación de pago por GRD en todo el sistema hospitalario, junto con per cápita mayor (esperamos alcanzar los \$7.000 pesos) con un mejor ajuste de riesgo en APS, que incluya morbilidad.

Este sistema de pago inteligente también se ejecutará en el caso de libre elección y frente a la necesidad de compra a privados por parte del sector público. En cuanto a los prestadores privados, el Seguro Único permitirá la atención mediante libre elección, lo que llevará un copago (que se podrá asumir con un seguro complementario por ejemplo). Pero esperamos que el mismo seguro nos permita regular y disminuir este gasto de bolsillo. De forma paralela buscaremos terminar en el mediano plazo con el lucro con fondos de la seguridad social en clínicas y centros privados. De igual forma, estableceremos mayor regulación de precios prestaciones, dotando de mayores facultades a la Superintendencia de Salud.

PUNTOS CLAVES

- Seguro Único de Salud
- Plán de Salud Universal
- Isapres como seguros complementarios
- Reforma al Financiamiento
- Inversión Fiscal del 6% del PIB
- Fondo Único de Salud
- Pago Hospitalario por GRD
- Per-cápita de 7 mil pesos.

AGENDA SALUD: BEATRIZ SÁNCHEZ

DIÁLOGOS PRESIDENCIALES

¿En cuanto fijaría el aporte per cápita a la APS? ¿es una alternativa para usted desmunicipalizar y unificar territorialmente la red de salud pública?



El año 2015 el gasto en la APS representó sólo un 20% del gasto público total de salud, el 68% de ese aporte estatal se canalizó vía per cápita, que fue de \$ 4.373 pesos en promedio mensuales por persona, considerado por múltiples expertos como insuficiente. Aumentaremos el presupuesto APS progresivamente hasta alcanzar un 30% del total del presupuesto de salud al tercer año de Gobierno. Nuestra propuesta es alcanzar los \$7.000 pesos per cápita promedio en el país. Así mismo nos parece fundamental perfeccionar los mecanismos que ajustan el per cápita incluyendo las necesidades de salud de la población y morbilidad, buscando que la distribución de los recursos sea más equitativa. Sobre la desmunicipalización, es claro que la administración del sistema de atención primaria, a cargo principalmente de los diferentes municipios y corporaciones municipales, genera una distribución desigual de recursos entre las comunas ricas y las más vulnerables ya que los indexadores (instrumentos de corrección de desigualdades) no dan cuenta adecuadamente de la variabilidad del gasto entre comunas además de la existencia de aportes directos desde los municipios de mayores ingresos. Así mismo, muchas veces la gestión de los recursos está supeditada a criterios políticos mezquinos en la administración de un alcalde, alejándose del criterio sanitario para su ejecución.

De igual forma, la estructura actual de la atención secundaria y terciaria, basada en la administración por parte de los Servicios de Salud, tiene problemas de gestión y se ve superada muchas veces por la demanda asistencial creciente debido a la poca capacidad de contención, resolución y coordinación desde la APS. Gran parte de esto se debe a que la interacción entre estos niveles se encuentra desintegrada administrativa, financiera y clínicamente, dificultando la acción coordinada para la prevención, curación, control y rehabilitación. Por esto, durante nuestro Gobierno avanzaremos en generar redes integradas de salud en los servicios de salud basadas en la atención primaria, manteniendo y potenciando la participación vinculantes de las comunidades en el nivel primaria, integrando y mejorando las condiciones laborales a los trabajadores de la salud.

PUNTOS CLAVES

- Aumento presupuesto hasta un 30% del presupuesto total de salud
- Alcanzar 7 mil pesos per-capita
- Integración administrativa y financiera.
- Ficha y receta única electrónica
- Servicios de Salud como Rectores

AGENDA SALUD: BEATRIZ SÁNCHEZ

DIÁLOGOS PRESIDENCIALES

¿Qué rol asignará al sistema de concesiones en el desarrollo de la infraestructura hospitalaria en su gobierno?



Para hablar de concesiones, hay que analizar la realidad en cuanto infraestructura en nuestro país, identificar los desafíos que tenemos, y según eso, analizar a las concesiones como herramienta de acuerdo a la experiencia acumulada, tanto en Chile como en resto del mundo. En nuestro país existe un importante déficit en materia de infraestructura, el número de camas alcanza a 2,18 por cada mil habitantes, mientras que la media OCDE llega a las 5 por cada mil habitantes. Si bien un 66% de las camas hospitalarias del país pertenecen a la red pública de salud, producto de las políticas establecidas en las últimas décadas su número se ha reducido de forma sistemática durante los últimos años. Entre 2000 y 2015 han disminuido en un 19% las camas públicas, mientras que el sistema privado aumentó su oferta en un 33%. La falta de inversión en mantención de infraestructura y equipamiento ha significado una reducción de la capacidad instalada, agudizando los problemas de la red.

Es claro que debemos aumentar la infraestructura, pero de forma estratégica. La disminución de la capacidad pública ha obligado a muchos usuarios y al Estado a recurrir al sector privado para solucionar la demanda asistencial, con un alto costo asociado y gran transferencia de recursos a ese sector, perdiéndose una oportunidad estratégica de fortalecer el sistema público.

Frente a esta necesidad, con un Estado que ha perdido sistemáticamente su capacidad de proveer por sí mismo la infraestructura, y en contexto de déficit presupuestario, es entendible que la autoridad sanitaria haya optado por delegar la construcción y administración no clínica de centros asistenciales en empresas externas. El problema que estas empresas tienen fines de lucro, lo que genera riesgos por las fallas de mercado conocidas en el sector salud.

La implementación y resultado de las concesiones hospitalarias nos permiten tener una opinión más fundada. En Chile modelo de construcción y gestión de la infraestructura hospitalaria ha mostrado tener un alto costo asociado, mayor a la construcción por licitación, y malos resultados en gestión, las que afectan incluso la calidad de atención. Por otro lado la experiencia de los hospitales de la Florida y Maipú ha demostrado que el modelo actual de concesiones asocia problemas de administración, no bajan los costos como se esperaba, e incluso afecta la gestión clínica. En este sentido, creemos que no es recomendable seguir avanzando con este mecanismo de construcción de hospitales.

En nuestro gobierno avanzaremos en fortalecer la infraestructura pública, aumentando de forma planificada y racional su capacidad, mejorando la estructura existente de forma paralela.

AGENDA SALUD: BEATRIZ SÁNCHEZ

DIÁLOGOS PRESIDENCIALES

1. Fortaleceremos la unidad de inversión del Ministerio de Salud, otorgándole el rango de División General. Ello significa darle más atribuciones para realizar la planificación de la inversión en salud bajo criterios de necesidad sanitaria.
2. Crearemos el Programa de mantención de infraestructura y equipamiento, el cual otorgue financiamiento permanente para cumplir con estas funciones.
3. Se implementará un nuevo Plan nacional de infraestructura en salud de acuerdo a las necesidades sanitarias. Para esto, se realizará un estudio durante el primer año de Gobierno que permita estimar necesidad y brechas existentes para la planificación.
4. Reformularemos la Ley de Concesiones para eliminar el modelo de concesión actual en el sector salud. Se optará por la construcción mediante licitación en el corto plazo.
5. Propiciar la producción de diseños estandarizados de establecimientos de salud. Esto puede significar un ahorro de recursos y tiempos de forma considerable, haciendo más eficiente la inversión sectorial.
6. Evaluaremos la creación de una agencia pública que en el largo plazo esté destinada a la construcción de hospitales.

PUNTOS CLAVES

- Fortalecimiento de la infraestructura pública.
- Unidad de Inversión del Minsal.
- Eliminar mecanismo actual de concesiones.
- Mecanismo de Concesiones de corto plazo.

¿Cómo evalúa la ley de tabaco y la ley de etiquetado y la respuesta de la industria ante las mismas, y qué estrategias pretende impulsar en promoción de salud en su plan de gobierno?



Estamos convencidos que la forma de abordar los grandes factores de riesgo de la población tales como el tabaquismo, el consumo de alcohol, las dietas poco saludables y la inactividad física pasan por abordar sus determinantes estructurales: debemos hacer más fáciles las opciones saludables y disminuir la disponibilidad de aquellos productos que afectan la salud de las personas. En este sentido, nos parece que tanto la Ley de tabaco como la Ley de etiquetado de alimentos han apuntado en la dirección correcta, no obstante existen aún importantes desafíos en los cuales avanzaremos decididamente en nuestro Gobierno. No es casualidad que la industria haya respondido con un lobby feroz, incluso organizando sendas campañas de comunicación masiva, intentando oponerse a las regulaciones. Sabemos que a eso y mucho más nos enfrentaremos en nuestro gobierno. Lo que es claro, es que el lucro de unos pocos no puede estar por sobre los intereses colectivos de la ciudadanía, eje transversal de nuestro programa como Frente Amplio.

Concretamente, en los próximos cuatro años avanzaremos en las mismas líneas de promoción de la salud:

AGENDA SALUD: BEATRIZ SÁNCHEZ

DIÁLOGOS PRESIDENCIALES

1. Avanzaremos en medidas estructurales para disminuir la disponibilidad y consumo de tabaco y alcohol tales como el incremento del impuesto, prohibición de la publicidad, regulación de la distribución. En el caso específico del tabaco, avanzar en el uso de cajetillas planas.

2.- Regularemos el marketing y publicidad de alimentos ultraprocesados en medios masivos de comunicación, eventos deportivos, centros de salud e instituciones públicas.

3.- Aumentaremos impuestos a bebidas azucaradas e implementaremos un impuesto a los alimentos ultraprocesados para disminuir su consumo. Se buscará en el mediano plazo, que los recursos recaudados apoyen el financiamiento de planes que permitan hacer más disponibles alimentos saludables y fomentar la salud de la población.

4.- Triplicaremos los recursos disponibles para promoción de la salud a nivel de los equipos locales para favorecer el trabajo intersectorial y acciones de promoción desde las comunidades.

5.- Implementaremos un Programa de salud integral, con fuerte componente de salud mental, para reducir la malnutrición por exceso en niños/as y adolescentes.

6.-Se incrementará el número de áreas verdes, lugares públicos para realizar actividad física y ciclovías, particularmente en las zonas más vulnerables del país.

7.-Avanzaremos en la modificación de entornos con modelos de veredas accesibles y seguras en al menos 100 municipios del país.

PUNTOS CLAVES

- Incremento Impuesto al tabaco y prohibir su publicidad.
- Regular marketing alimentos ultraprocesados.
- Aumentar Impuesto a Bebidas Azucaradas.
- Triplicar recursos en promoción.
- Incrementar áreas verdes.

¿Qué medidas pretende implementar para reducir el gasto de bolsillo en medicamentos?



En Chile, los medicamentos son tratados como un bien de consumo a los que debe accederse a través del mercado, lo que lleva a que tengamos uno de los gastos de bolsillos más altos de la OCDE. Nuestras medidas apuntan a dejar de entender los medicamentos como un bien de consumo, que se entiendan como un bien social, y con esto reducir el gasto de bolsillo.

Según la Encuesta Nacional de Salud, a penas la mitad de los medicamentos utilizados por los chilenos se distribuyen en el sector público. Esto se debe a que este sector cuenta con escaso presupuesto para medicamentos, realiza compras con baja capacidad de negociación y sin mecanismos claros para decidir qué medicamento cubrir. Por otro lado, el sector privado está escasamente regulado y presenta un alto nivel de concentración e integración (3 cadenas de farmacias capturan más del 90% de las ventas), lo que genera un mercado con altos precios e inadecuada distribución territorial, existiendo 53 comunas sin farmacias en el

AGENDA SALUD: BEATRIZ SÁNCHEZ

DIÁLOGOS PRESIDENCIALES

país. Esto resulta en el peor de los mundos: baja cobertura y altos precios, lo que lleva a que las personas deban pagar mucho para acceder a los medicamentos que necesitan. De hecho, el 90% del gasto en medicamentos corresponde a gasto privado y sólo un 10% a gasto público (OCDE 2013). De esta forma, el gasto de medicamentos representa el componente principal del gran gasto de bolsillo en salud que tenemos, el cual es extremadamente inequitativo, afectando el acceso a la salud particularmente de los hogares más vulnerables, dejándolos incluso en riesgo de pobreza. Durante los 4 años de Gobierno, empujaremos por terminar con la lógica de mercado en el acceso a medicamentos, garantizándolos como parte integral de la seguridad social, para que todos puedan acceder según necesidad independiente de su capacidad de pago en base a las siguientes acciones:

1. Incrementaremos de manera eficiente nuestra cobertura de medicamentos, ampliando el presupuesto e incorporando nuevas tecnologías en base a su evidencia de efectividad y costo-efectividad comprobada.
2. Fortaleceremos la capacidad del Estado de negociación con la industria productora, centralizando la compra, realizando compras conjuntas, e implementando nuevos mecanismos en los procesos de compra, entre ellos la posibilidad de uso de licencias obligatorias.
3. Revitalizaremos la capacidad productiva del Estado de medicamentos a través de mayor inversión en I+D, asociado a alianzas de largo plazo con las Universidades estatales para sentar las bases de un laboratorio estatal.

4. Fomentaremos la prescripción racional de medicamentos basada en el uso de genéricos, la implementación de una receta única electrónica y una estricta regulación de conflictos de interés entre industria y los diversos actores del sistema de salud.
5. Regularemos el mercado en la distribución y dispensación de medicamentos, incluyendo la implementación de políticas de regulación de precios en farmacias para garantizar precios justos y mejorar el acceso de la población a estos bienes esenciales.
6. Consolidaremos una red de farmacias, públicas y privadas, bajo la mirada de centros de salud, integrando servicios farmacéuticos y promoviendo el acceso a medicamentos tanto de manera geográfica como en relación a los precios de acuerdo a las necesidades de la población

PUNTOS CLAVES

- Incremento de cobertura de medicamentos.
- Fortalecer capacidad de compra del Estado.
- Prescripción racional de medicamentos.
- Regulación del mercado.
- Red de farmacias.

AGENDA SALUD: BEATRIZ SÁNCHEZ

DIÁLOGOS PRESIDENCIALES

¿Cómo abordará la discusión sobre muerte digna y eutanasia en Chile? ¿Es parte de su agenda?



Las discusiones sobre limitación de esfuerzos terapéuticos, rechazo a tratamiento, eutanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, voluntades anticipadas y la dignidad de la muerte representan un desafío creciente. Su origen viene de la mano de los avances y desarrollo tecno-científico de la medicina, los sistemas de salud y el mejoramiento de las condiciones sociales en las que vivimos. Como todo nuevo fenómeno, es importante que sea abordada de una manera plural, sin exclusiones de ningún punto de vista y con un amplio involucramiento de la ciudadanía.

En una sociedad democrática y plural, debemos reconocer que las personas son quienes han de decidir primariamente acerca de su vida y de su muerte. No es posible imponer visiones de mundo particulares a los demás. Por tanto, debemos promover el ejercicio de la autonomía a través de la exploración de la voluntad frente a situaciones terminales o críticas (testamento vital, voluntades previas, documento de voluntades anticipadas). Las personas tienen el deber de hacerse estas preguntas, protegiendo su dignidad y entregando claras directrices al sistema de salud.

Esto requiere abrir discusiones desde la sociedad, en el que se pueda considerar la muerte como una realidad de la cual nos debemos hacer cargo. Generar espacios para conversar de ello es un primer paso.

La petición de muerte está muchas veces vinculada al dolor, marginación o pérdida de funcionalidad. Por tanto, es muy importante avanzar en disminuir las inequidades en el acceso y calidad de los servicios de salud. Nadie debe morir por ser pobre o por temor a dejar a su familia endeudada. No hay ahí espacio para la autonomía. Desde la perspectiva institucional, nos parece necesario mirar las políticas públicas de envejecimiento y cuidados de largo plazo de una perspectiva integral. Pensiones dignas, un sistema de salud que sea pertinente y responda a las necesidades de la población el fin de su vida. Nuestra propuesta es avanzar en garantizar la formación de unidades de cuidados paliativos a lo largo del país en sus diversas formas (cuidados domiciliarios, hospicios, etc). La muerte digna requiere ir de la mano derechos sociales que garanticen la autonomía de los individuos en este tipo de decisiones.

PUNTOS CLAVES

- Promover el principio de Autonomía.
- Generar una discusión a nivel de la sociedad.
- Garantizar unidades de cuidados paliativos.
- Muerte digna en el contexto de garantizar derechos sociales que permitan la autonomía en la toma de decisiones.

AGENDA SALUD: BEATRIZ SÁNCHEZ

DIÁLOGOS PRESIDENCIALES

¿Cuál será la estrategia de su gobierno para enfrentar la epidemia del VIH?



El VIH es un fenómeno sanitario y social complejo. Como tal, requiere de un abordaje que incorpore diversas dimensiones. Desde una mirada social, es imprescindible avanzar en disminuir el estigma y discriminación asociada a la enfermedad. Esto genera temor al diagnóstico, alejando a las personas de los servicios de salud y de recibir un tratamiento oportuno. En el largo plazo, significa un mayor número de personas contagiadas. Si no logramos revertir estos factores que alejan a la población de los servicios de salud, a la larga todas nuestras demás intervenciones serán inefectivas.

Por tanto, requerimos impulsar un esfuerzo mancomunado que se refleje en el tipo de mensajes que entregamos desde el salud y otros sectores a la ciudadanía.

La exigencia de test diagnósticos de VIH como herramienta para excluir personas de procesos de selección de personal en muchas grandes empresas, nos muestra un ejemplo claro en el cual el diagnóstico es utilizado con una lógica de castigo y marginalización. Políticas claramente discriminatorias como esta no pueden permitirse en un gobierno del Frente Amplio.

Desde la mirada de prevención de nuevos casos, promover el uso de condón en la población debe ser un objetivo central.

Para ello proponemos aumentar su disponibilidad en colegios y universidades, apuntando al grupo etario que más ha aumentado su infección los últimos años. Así mismo, es imprescindible avanzar en una política intersectorial de educación en salud sexual y reproductiva entre MINEDUC y MINSAL, la cual sea explícita y oportuna.

Por otro lado, el diagnóstico precoz es también una herramienta para el control de la transmisión. Para ello nos parece fundamental avanzar en la disponibilidad y uso del test rápido de VIH en APS, incluyendolo en los exámenes preventivos habituales utilizados en este nivel de atención.

En el corto plazo planteamos la necesidad de avanzar hacia el acceso libre al test, disminuyendo las barreras para un diagnóstico precoz.

Finalmente, el tratamiento. Una persona en tratamiento es una persona que deja de contagiar a otros, mejorando además su propia calidad y pronóstico de vida. Por lo mismo, el tratamiento temprano debe ser uno de los focos centrales para enfrentar el problema. En esto, el país ha avanzado en la senda correcta al tener tratamientos de alta efectividad disponibles, logrando recientemente universalizar la indicación de tratamiento a todas las personas infectadas, acorde a las recomendaciones internacionales. Continuaremos en esta senda en nuestro futuro gobierno.

PUNTOS CLAVES

- Educación sexual a cargo de minsal-mineduc.
- Combatir políticas discriminatorias.
- Promover uso de condón.
- Diagnóstico precoz. (test rápido VIH en APS)
- Avanzar hacia acceso libre al test.
- Tratamiento temprano.

AGENDA SALUD:
BEATRIZ SÁNCHEZ
DIÁLOGOS PRESIDENCIALES

¿Cuál será el rol de su gobierno en la formación de especialistas en las profesiones médicas y no médicas?



El sistema de salud cuenta con importantes brechas de recursos humanos, tanto en términos absolutos como relativos según distribución geográfica y entre subsectores (público y privado). Chile es uno de los países con menor número de médicos por habitantes de la OCDE, incluso menor que otros países de Latinoamérica (ej. Argentina, Uruguay, México). Junto a esto, presenta una mala distribución geográfica, pero por sobre todo, una distribución inequitativa entre subsectores: más de $\frac{2}{3}$ de las horas médicas se concentran en el sector privado, dejando sólo $\frac{1}{3}$ de las horas para la atención en el sistema público, que atiende a cerca del 80% de la población. Al mismo tiempo, la mayor parte concentra su atención en el nivel secundario y terciario, potenciando el déficit en la atención primaria. Se estima un déficit de al menos un 1.500 de jornadas completas en la APS y de 3.594 especialistas en la red de salud. Los esfuerzos de los últimos Gobiernos ha estado centrado en la formación de médicos especialistas hospitalarios, enfocados en la retención de corto plazo, pero sin abandonar la lógica de precarización laboral en la vinculación, una de las principales causa de la migración al sistema privado. De esta forma, es un desafío pendiente avanzar en la formación y retención de largo plazo de estos especialistas, como también, dar mayor énfasis la formación y retención de médicos en la APS.

Por otro lado, poco o nada se habla de la formación y retención de otros trabajadores de la salud. Existe una brecha importante de profesionales de 5.979 jornadas completas, mientras en el caso de técnicos paramédicos llega 2.964. La lógica de mercado imperante en la educación superior ha implicado una pérdida de mirada estratégica de la formación de recursos humanos en relación a las necesidades del sector salud, lo que junto a una precarización del trabajo en sector salud, ha generado un difícil escenario. Hoy resulta normal que en los establecimientos de salud se produzcan contrataciones de empresas externas, contratación de personal en base a honorarios en donde no se les reconoce su condición de trabajadores. En base a este diagnóstico, nuestras propuestas de gobierno en recursos humanos en salud son:

1. Regularemos y planificaremos el recurso humano sanitario a nivel nacional, regional y local, alineando las necesidades con la capacidad productiva de la Educación Superior, con el objetivo de revertir la falta de trabajadores en el sector público. Para esto, se realizará durante el primer año de Gobierno un estudio de las brechas de trabajadores de salud existentes, en base a lo cual se levantará un “Plan Nacional de Formación en Salud”, en conjunto con el MINEDUC y Universidades, para cubrir las brechas encontradas. Este plan incluirá planes específicos para cada estamento.

AGENDA SALUD:
BEATRIZ SÁNCHEZ
DIÁLOGOS PRESIDENCIALES

2.- Planificaremos y ejecutaremos un Plan de redistribución equitativa de trabajadores de la salud, el cual buscará generar incentivo remuneracionales y no remuneracionales para la inserción y retención de recursos humanos en las regiones con mayor necesidad.

3.- Iniciaremos un proceso de discusión de carrera laboral digna con los trabajadores de la salud para terminar con la pérdida de los derechos laborales y la precarización que resulta transversal en todos los estamentos. Esperamos implementar en el segundo año de gobierno una reforma que aumente la estabilidad laboral y la permanencia en el sistema público para asegurar calidad asistencial.

4.- Modificaremos la estructura salarial privilegiando elementos basales dejando de lado las asignaciones transitorias.

5.- Avanzaremos en la implementación de una Ley Médica Única, que contemple todas las etapas del ciclo de formación y retención en el sistema público. Queremos ser explícitos en que esto contempla la calidad funcionaria desde la formación.

6.-Incrementaremos las funciones y distribución de responsabilidades de los profesionales de salud no médicos en la atención clínica.

7.-Nueva política de capacitación, permitiendo acceso continuo a todos los trabajador/as en todos sus niveles y estamentos.

8.-Se mejorarán en las políticas de bienestar, que impliquen disminuir la exposición a estrés laboral, por lo que se requiere medidas preventivas y pesquisa activa de los problemas de salud de los trabajadores.

9.- Implementaremos un plan de prevención y manejo del maltrato y abuso/acoso sexual al interior de los centros de salud, con los mecanismos de fiscalización adecuados para que este se cumpla.

PUNTOS CLAVES

- Regular y planificar RRHH sanitario.
- Distribución equitativa de RRHH.
- Modificar estructura salarial.
- Ley Médica Única.
- Incrementar rol de profesionales no médicos.
- Plan de prevención y manejo del maltrato y acoso.

AGENDA SALUD: BEATRIZ SÁNCHEZ

DIÁLOGOS PRESIDENCIALES

¿Qué política desarrollará su gobierno para cuidar la salud de los inmigrantes?



Nuestro compromiso político es, ante todo, atender adecuadamente a las necesidades de salud de toda la población. Eso incluye a la población inmigrante. Migrar es un derecho humano, además de ser un fenómeno que ofrece grandes beneficios. Chile tiene la oportunidad de crecer sinérgicamente con el flujo migratorio del que es receptor, para lo cual tenemos el desafío de cuidar apropiadamente de las personas que se insertan a nuestra sociedad.

El principio de no discriminación requiere que los Estados garanticen que los servicios de salud, además de disponibles, accesibles y de calidad, sean pertinentes y aceptables para todos los habitantes de su territorio independiente de su estado migratorio. El primer punto sobre la disponibilidad de servicios ha sido abordado por el convenio celebrado entre el Departamento de Extranjería y Migración y el Fondo Nacional de Salud, que establece que todo migrante con visa en trámite tiene acceso a prestaciones de salud en el servicio público (Decreto 67). Junto con esto, el Ministerio de Salud también ha implementado un proyecto piloto de salud de inmigrantes orientado a reducir brechas de acceso a servicios de salud. Ambas iniciativas son esfuerzos que deben reforzarse, a lo cual nuestra propuesta es agregar un programa nacional de capacitación a funcionarios de salud orientado al desarrollo habilidades para la atención de salud con competencia cultural, de modo que la atención no sólo esté disponible y sea accesible, sino que sea aceptable culturalmente.

Finalmente, ha existido cierto debate en torno a la relación entre migración y la re-emergencia de patologías previamente controladas. En un contexto de alto intercambio cultural, económico y humano, los movimientos de agentes infecciosos son inevitables. No es posible, ni deseable, pretender construir barreras para dicho intercambio. Tampoco caer en el facilismo de pretender que cierta migración es segura, mientras otra es peligrosa, basado en prejuicios raciales o de cualquier otra índole. Simplemente los sistemas de salud deben fortalecer su capacidad de responder ante el nuevo contexto. Por ende, la manera correcta de enfrentarlo es justamente facilitando el acceso a salud de modo oportuno, logrando el diagnóstico precoz de la enfermedad para evitar su contagio en la población y entregarle el tratamiento necesario a quien lo requiera. Ante cualquier necesidad de salud la respuesta debe ser tratar correctamente y con equidad, pero nunca cerrar las puertas al flujo migratorio. Así mismo, estigmatizar a la población migrante en relación a ciertas patologías no hace más que alejarlos de los servicios de salud, retrasando su diagnóstico y tratamiento con consecuencias negativas para ellos y sus comunidades.

PUNTOS CLAVES

- Garantizar disponibilidad, accesibilidad y calidad de la atención.
- Respaldo al Decreto 67 de extranjería.
- Incrementar la capacidad de respuesta sanitaria a los flujos migratorios.
- En contra de la estigmatización.