

ANÁLISIS DEL ANTEPROYECTO DE LEY DEL ESTATUTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 2, 1992/ 53-57

*Coordinadora Nacional de Federaciones,
Sindicatos y Asociaciones Gremiales de
Atención Primaria Municipalizada*

INTRODUCCION

Ante la Municipalización de la Salud impuesta por el régimen anterior, los trabajadores de Atención Primaria no tuvimos ninguna participación en el diseño y puesta en práctica de esta política, ni siquiera pudimos elegir entre permanecer en el S.N.S.S. o ser traspasados a las Municipalidades.

Hoy, en Democracia nuestro descontento cuenta. Y por ello queremos dejar establecido que los trabajadores de la Salud Municipalizada insistimos en rechazar categóricamente la Municipalización de la salud, dada la pésima experiencia que ésta ha significado para la población y los trabajadores del Sector. Nos oponemos a parcelar la salud en esquemas municipales y estatales que se traducen en fragmentación y desmembramiento del S.N.S.S., en la ruptura de la integralidad de la atención, con efectos perjudiciales sobre la eficiencia y la eficacia de la gestión. Prácticamente, se destruye el trabajo en equipo y se atenta contra la calidad y la humanización de la atención en salud.

La Municipalización ha demostrado no ser sinónimo de modernidad y descentralización. No ha servido para impulsar la estrategia de desarrollo a través de reforzamiento de la Atención Primaria, al no generar en la práctica las bases de una participación comunitaria o intersectorial. Se logra dividir y disgregar a los trabajadores de la Salud y se legitima la creación de funcionarios de segunda

categoría. La grave crisis desatada es funcional al proyecto desmantelador de la Salud Pública en Chile, iniciado bajo el régimen militar y a la privatización acelerada del Sector Salud.

Es así como prestigiados salubristas expresan lo siguiente:

- Profesor Benjamín Viel V.: "Entregarle a las Municipalidades la responsabilidad de la atención de enfermos es una errada interpretación del espíritu de Alma Ata que no debemos apoyar".
- Dr. Mariano Requena B.: "La Municipalización es una descentralización frustrada, truncada, es tener dos sistemas de atención en salud para las mismas personas".
- Profesor Jorge Rosselot V.: El Estatuto en cuestión "conduce a malograr las actividades que actualmente está cumpliendo el S.N.S.S., en un contexto de problemas serios que afectan a la población beneficiaria, al desarticularse en forma total la precaria articulación aún existente entre los niveles primario, secundario y terciario. En el fondo, se pone en peligro así la existencia misma de un auténtico servicio público de salud, destruyendo los avances logrados desde 1952".
- Profesor Hernán Alessandri: Cuestionaba la descoordinación entre distintos niveles de atención, sometiendo, cada vez que se deriva al paciente con una interconsulta a una mecánica de "pelota de ping-pong".

Es por esto que la Salud Pública en Chile debe ser regida por un solo organismo nacional, centralizado en lo normativo y presupuestario, descentralizado en lo operativo, fundamentalmente de carácter solidario y que esté ajeno a las contingencias político partidistas, intereses particulares locales o nacionales, objetivos institucionales parciales.

Teniendo en claro lo anterior y con el antecedente del Estatuto elaborado en nuestro primer Congreso, es que nos sentamos a una mesa de conversaciones con el Gobierno para confrontar la posición de los trabajadores respecto a un proyecto de Estatuto que tuviera como finalidad desarrollar el sector de Salud Primaria y a la vez sirviera para "cancelar" la deuda social que el Estado contrajo con los trabajadores de la salud tras pasados en forma absolutamente arbitraria y en desmedro de su desarrollo laboral y económico, y lo más importante, por otro lado, con la comunidad. Lamentablemente, las instancias técnicas no resolutivas a las que tuvimos acceso no lograron influir en la elaboración a puertas cerradas de la propuesta del Gobierno.

El Estatuto que resultó:

1. Contó con la participación marginal del sector.
2. Consolida la Municipalización.
3. Pone en peligro evidente el desarrollo de la Atención Primaria y a los trabajadores que allí laboran.
4. No analiza el contexto global del Sistema de Salud y la crisis que éste vive y sin garantizar un proceso de desarrollo profesional ya que hace omisión de una carrera funcionaria universal para todo el sector salud.
5. Atenta contra el derecho al acceso equitativo a la atención de salud de la población beneficiaria al avalar las injustas diferencias de recursos existentes entre comunas y que contribuiría a sostener con financiamiento del Estatuto. Este pretende paliar, pero no reduce significativamente la desigualdad que existe en la atención de salud entre comunas adineradas y comunas pobres.
6. No hay intención de revocar el principio de cobro introducido en 1986 con la Ley 18.469, estableciendo la posibilidad que las entidades administradoras cobren por las prestaciones médicas y odontológicas al usuario que en este momento goza de gratuidad.
7. La Municipalización actual es un obstáculo considerable para la Atención Primaria, integral como doctrina de salud, es decir, como un proceso participativo, integral, intersectorial y priorizado.

ASPECTOS ESTRUCTURALES

Chile contaba desde 1952 con un sistema público bien integrado. En cada área de salud todas las acciones convergían, bajo una conducción única, que permitía la mejor utilización de los recursos disponibles, hacia la entrega de los servicios requeridos a cada persona y comunidad.

En 1981, el gobierno militar decide municipalizar los consultorios y postas por razones perfectamente funcionales a su modelo socioeconómico autoritario, en que el control político se ejerce a través de la "alcaldización", y el control financiero que exigía el ajuste estructural de la economía se consigue con el rol subsidiario del Estado, en que éste deja de ser responsable y "ejecutará las acciones de salud para las personas que no tengan otra alternativa al alcance". (Quesney, 1979). De esta manera, se desintegró el sistema.

El actual Gobierno ha ensayado mantener la Municipalización. Se ha entregado todas las oportunidades en forma de apoyo financiero y técnico. Se ha argumentado que éste facilita la descentralización, la desburocratización y la participación, y que podría atraer financiamiento adicional a los municipios. Sin embargo, no hay estudios científicos recientes (documento CPU, data de 1988) que avalúen los resultados del Sistema Municipalizado de Salud.

Más bien la experiencia de estos dos últimos años ha sido abrumadoramente negativa:

- Los municipios no se han interesado por la salud, llegando hasta la desmunicipalización de los Consultorios y Postas de la Undécima Región (Aysén).
- Los esfuerzos del MINSAL por favorecer la AP a través de extensiones horarias, Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), asignaciones de medicamentos, implementación de laboratorios comunales no han redundado en mejoramiento significativo de la calidad de la atención a los ojos del público, según distintas encuestas.
- La doble dependencia técnico-administrativa, es decir, normativa por un lado y ejecutiva por el otro, entre el Servicio de Salud que entrega vía Departamento de Atención Primaria (DAP) la dirección técnica supervisa, y la Municipalidad que asigna los recursos según los criterios administrativos, produce una constante disociación técnico-administrativa que crea entre otros defectos:

- a) La duplicidad de líneas de autoridad y de aparatos administrativos, que conllevan frecuentemente a hacer primar criterios particulares del Alcalde, locales y ajenos a salud, así como el sobredimensionamiento de gastos administrativos (que frecuentemente sobrepasan el 20%, es decir, similar al de las Isapres, demostrando una alta ineficiencia).
- b) Dificulta la fiscalización por parte del Nivel Central. Según un estudio, la supervisión desde el nivel superior muestra un incumplimiento en un 83% de Consultorios generales y un 60% de Postas rurales (un documento CPU, 1988).
- c) El notorio aumento del presupuesto de salud (de un 50% entre 1990 y 1992), no ha resultado en un aumento equivalente de prestaciones, planteándose aquí el problema de la falta de control sobre el destino que tienen los aportes que entrega el MINSAL a nivel Municipal.
 - Se ha acentuado la atomización del Sistema de Servicios de Salud, agravando la descoordinación y desarticulación entre niveles Primario, Secundario y Terciario.
 - La alta rotación de los profesionales de salud municipalizados, con largos períodos en que no hay médico o no hay enfermera en toda una comuna, o en un consultorio o en rondas rurales. Esto no se resuelve con mayores sueldos, pues lo que los profesionales rechazan es el trabajar aislados de los Servicios de Salud y sin perspectivas de carrera en el ámbito nacional.
 - La municipalización no ha demostrado ser camino ni para la participación comunitaria ni para la colaboración intersectorial, sometiendo a la Atención Primaria a los vaivenes producto de cambios políticos a nivel comunal, a la vez que persiste una fuerte dependencia del Nivel Central.
 - El anteproyecto de ley sobre Atención Primaria pretende perpetuar y hacer irreversible la salud al traspasar los bienes inventariados, muebles e inmuebles entregados en comodato por los servicios de salud del país a las Municipalidades. Esto preocupa sobre-

manera, ya que constituye una virtual privatización al transferir como donación los bienes del Estado, al patrimonio de municipalidades, en manos de Corporaciones de Derecho Privado y de Departamentos de Salud Municipal (DESAM) (Art. 53).

- El cobro a los beneficiarios establecido en la Ley Nº 18.469, modalidad de atención Institucional, por las prestaciones médicas y odontológicas otorgadas en Atención Primaria podrá ser reestablecido (Art. 51, inciso primero), a menos que se mantenga la gratuidad mediante decreto del MINSAL, suscrito además por los ministros del Interior y Hacienda.

FINANCIAMIENTO

El Estatuto pretende corregir las distorsiones producidas por el Sistema de Financiamiento por Facturación de Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipales (FAPEM), restituyendo el Sistema de financiamiento existente anteriormente de asignación "per cápita". No obstante esto, y reconociendo que el FAPEM desvía los recursos hacia acciones curativas, perpetúa las diferencias entre municipalidades pobres y las que disponen de recursos propios para asignar a salud, y el "techo" del FAPEM desfinancia el sistema, el Proyecto de Ley mantiene simultáneamente con la introducción de un "per cápita" ponderado por riesgo socio-económico una asignación FAPEM.

SITUACION DEL USUARIO:

- a. Los recursos locales determinan la cantidad y calidad de los programas a entregar. Es así, "en algunos casos, la diferencia entre comunas pobres y ricas llega a ser de 1 a 18 veces" (referencia: según Dr. J. Jiménez de la Jara, Margarita Gili, documento CPU, 1988).

La concentración de la pobreza en algunas comunas determina mayores necesidades de atención de salud, en la medida que la población es de alto riesgo por las condiciones de desempleo, bajo ingreso, condiciones deficientes de vivienda y carencia e insuficiencia de servicios básicos, pésimas condiciones de saneamiento ambiental. Todas estas condiciones de vida inciden en altas tasas de morbimortalidad que implican mayores exigencias de los servicios de salud, con pocos o escasos recursos en las comunas, imposibilita

realizar programas adecuados, poniendo énfasis en la medicina curativa en desmedro de la atención de fomento y protección.

- b. El Estatuto no establece la real participación comunitaria. En un estudio reciente, el Programa de Salud de la Vicaría Oriente plantea que lejos de favorecer la participación, el proceso de municipalización de la salud obstaculiza su auténtico desarrollo (ver documento: Sobre la participación comunitaria en A.P., Vicaría Zona Oriente, Diciembre 1991).
- c. La Atención Primaria no está en condiciones de responder a situaciones de emergencia en salud, como el brote de cólera, u otras provocadas por factores ambientales, como los síndromes bronquiales obstructivos en niños, que han debido ser asistidos para su solución por el nivel central.

Considerando lo anterior, en cuanto a que los recursos determinan la calidad y la cantidad de atención, teniendo así atención de salud para ricos y otra para pobres, que se debilita la participación social, así como la capacidad de responder a situaciones de emergencia, ¿dónde queda el objetivo de Alma Ata "Salud para Todos en el año 2000"?

SITUACION DE LOS TRABAJADORES

El Estatuto nos merece los siguientes reparos:

1. Inestabilidad laboral: Se relativizan los contratos indefinidos al condicionarlos a la redefinición de la dotación año a año.
 - Existe la posibilidad de reducción de personal por razones presupuestarias (Art. 48, Letra f).
 - Permite contratos transitorios de hasta un 20% del total de funcionarios.
2. Sueldos inferiores a la Ley Fenats (Ley Nº 19.086 y Ley 15.076, manteniendo la odiosa discriminación.
3. No se reconocen los grados de inicio establecidos en la Ley 19.086 para los escalafones del servicio, profesionales (grado 17 y desde el 1º de Julio de 1992 grado 16) y los paramédicos (grado 24, con 1.500 horas).
4. Establece diferentes sueldos según comunas para igual función y dentro de una comuna desigualdad de ingreso según contrato indefinido o tran-

sitorio, generando trabajadores de segunda y tercera categorías.

5. No se hace efectivo el reconocimiento de los años de servicio en términos económicos para la mayoría de los trabajadores. Más bien lo que hay es un congelamiento de los actuales sueldos, que siendo bajos, son mayores que los que propone el Estatuto (mínimos nacionales).
6. No otorga gratuidad de atención de salud para los trabajadores y sus cargas.
7. No contempla un Servicio de Bienestar.
8. No establece las asignaciones de terreno como responsabilidad (excepto Director), movilización y colación.
9. Discriminación con respecto a la asignación de A.P. entre distintos estamentos.
10. La mal llamada Asignación de Atención Primaria no cumple con el rol de ser un incentivo para la permanencia y desarrollo de profesionales en el sector.
11. No permite organizarse en sindicatos, perdiendo nuestro fuero legal, con la consecuente atomización del movimiento.
12. No considera el Estatuto a los trabajadores administrativos que desempeñan funciones exclusivamente en salud en las Corporaciones o DESAM.
13. No está establecido en el Estatuto cuáles son los criterios que regirán para determinar el crecimiento por capacitación y mérito. Tampoco queda garantizada la acumulación máxima de puntaje por capacitación y mérito al término de la carrera funcionaria. En ese momento sólo se habrán computado automáticamente para el cálculo de la remuneración mínima los quince bienes, incrementando en un 80% por antigüedad (experiencia) el sueldo base mínimo nacional, dejando la remuneración al término de la carrera muy por debajo de la del Servicio.
14. Los trasposos o permutas desde la Municipalidad al Servicio no están contemplados y son muy difíciles de una comuna a otra.
15. No existen instancias que permitan la participa-

ción de los trabajadores en la gestión en salud a nivel de la A.P.

16. No se clarifica la calidad funcionaria.

17. No se otorga el Bono Compensatorio que indemnizara por el perjuicio que causó la municipalización a nivel salarial.

Se genera así un sistema que lejos de ser un polo de atracción, establece condiciones de discriminación de tal magnitud que aumenta el éxodo de trabajadores, principalmente profesionales que tienen fuera del sistema Municipalizado condiciones laborales de perfeccionamiento y carrera funcionaria muy superiores. La alta rotación de personal e inestabilidad laboral conspiran contra el trabajo, la consolidación y la mística de los Equipos de Salud.

Estas conclusiones son el resultado de un análisis de los distintos sectores organizados en torno a la Coordinadora Nacional de Trabajadores de Atención Primaria Municipalizada, en que participan todos los estamentos que conforman los Equipos de Salud que laboran en nuestro sector. El legítimo descontento del conjunto de los trabajadores de Atención Primaria se basa en la apreciación mayoritaria de que nuestras reivindicaciones más senti-

das no están siendo atendidas. Reiteran por ello el convencimiento sobre la vigencia de los planteamientos de nuestros congresos nacionales, en Valparaíso y Talca, durante el año 1991, enriquecidos por los aportes y el esmero de nuestras bases por sacar a la A.P. del estado de discriminación y postergación.

Por todo lo anterior, es que los Trabajadores de Consultorios Municipalizados rechazamos el Estatuto y hacemos un llamado a los Señores Parlamentarios a "No Legislar", y a conformar una Comisión Multisectorial que involucre la participación real y efectiva de: Colegios Profesionales, Ministerio de Salud, Trabajadores de Salud, Usuarios, Comisión Salud de ambas Cámaras y expertos Salubristas para discutir en profundidad la situación de la Salud Pública del País y proponer un sistema que sea viable y que contemple las necesidades de la Población y dignifique al Trabajador de la Atención Primaria.

Coordinadora Nacional de Federaciones,
Sindicatos y Asociaciones Gremiales de Atención
Primaria Municipalizada.

Santiago, Marzo 1992.