

## ANEXO 3

### OBSERVACIONES SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 2, 1992/ 64-66

*Dr. Roberto Mancini R.*

#### ASPECTOS GENERALES

1. Cualquier legislación sobre atención primaria debe ser concordante con la definición global que se proponga para el sector salud. Por lo tanto, es necesario establecer inicialmente una política global para el sector y cualquier desarrollo específico debe ser coherente con ella.
2. El concepto de descentralización puede ser entendido a través de la entrega de una mayor autonomía de gestión de los Servicios de Salud. Sin embargo, debe existir una adecuada interrelación entre dichos Servicios y sus organizaciones dependientes (niveles de atención primaria, secundaria y terciaria) que evite una desarticulación técnica y administrativa, que sólo puede ir en desmedro de una mejor atención de la población.
3. No es posible concebir niveles de atención de salud que conformen en sí mismos sistemas poco conectados –e incluso aislados– no sólo en lo financiero y administrativo, sino también en el flujo de información técnica, capacitación, docencia, investigación y –lo más importante– en la cobertura asistencia integral que requiere la población.

#### OBSERVACIONES GENERALES SOBRE EL PROYECTO DE LEY SOBRE ESTATUTO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL

1. El Proyecto contiene tres elementos que pueden analizarse por separado:

- 1.1. Sobre organización de la atención primaria.
- 1.2. Sobre recursos humanos.
- 1.3. Sobre financiamiento.

2. Respecto de **organización**, en el Proyecto se aprecia una confusión de roles entre los Servicios de Salud y las Municipalidades, en cuanto a su capacidad de gestión sobre la atención primaria (y no sólo sobre atención primaria de salud municipal, como erradamente lo señala el enunciado de la Ley).

Por una parte plantea la necesidad de mejorar la capacidad de gestión de los Servicios, pero por otro lado establece el traspaso definitivo de bienes muebles e inmuebles a las Municipalidades y deja la programación también en manos de la iniciativa municipal, con lo que impide un real manejo de la normativa y del control de su cumplimiento (más aún, establece sanciones de tipo pecuniario que son impracticables, por el impacto que tendrían sobre la misma atención de salud deficitaria que se intenta corregir).

En otro sentido, crea una serie de niveles normativos y de instancias resolutorias, sin dar en definitiva a ninguno de ellos la capacidad de gestión suficiente como para establecer diagnósticos locales y soluciones efectivas y eficientes.

Por último, si lo que se pretende –en la política global de descentralización– es agilizar las gestiones técnica, administrativa y financiera, no se puede rigidizarla al mismo tiempo, estableciendo normativas demasiado pormenorizadas en el

Proyecto de Ley, ya que eso debería ser materia de Reglamentación local definida por cada Servicio de Salud de acuerdo a su diagnóstico, recursos y posibilidades.

3. Respecto de recursos humanos, genera una serie de normas sobre remuneraciones, asignaciones y condiciones de trabajo que tienden a consolidar una estructura administrativo-funcionaria dependiente del nivel central y rígida, que se contradice con el espíritu de descentralización que emana de la propuesta general.
4. Sólo en el aspecto financiamiento la propuesta de asignación de recursos “per cápita”, sumada al FAPEM, pareciera ser la forma más lógica de incentivar una mejor atención del usuario, ya que lo transforma en consumidor con posibilidad de intervenir en el sistema (privilegiando o desechando al prestador según sea la atención brindada). No obstante, deberá tenerse especial precaución –quizás a través de la reglamentación que acompañe a la Ley– de establecer controles que eviten “orientación maliciosa” de los recursos (podría en este aspecto considerarse el procedimiento usado en Educación respecto de establecimientos municipalizados y subvencionados).

## RECOMENDACIONES

1. En términos ideales sería aconsejable postergar el estudio parlamentario de este Proyecto, llevando la discusión al nivel global de reestructuración que se propone para el sector salud y haciendo coherente la normativa de la atención primaria con ese concepto general.
2. Ante la realidad de un Proyecto que ya ha sido despachado al Parlamento y sobre el que sólo podría plantearse modificaciones a su articulado, debería hacerse un estudio que permitiese los siguientes cambios:
  - 2.1. Cambiar el concepto de “atención primaria de salud municipal” por el de “atención primaria de salud”.
  - 2.2. Mejorar el control de la gestión a través de los Servicios de Salud, manteniendo en ellos la propiedad de los establecimientos y bienes muebles y entregándoles la facultad de establecer convenios con entidades administradoras (sean o no municipales) y

de caducarlos si se comprueban deficiencias graves en su gestión. Además, sería necesario impulsar la programación local por parte de los Servicio de Salud, lo que permitiría que mantuviesen la cohesión del sistema, flexibilizando al mismo tiempo el rol de programación que cumple el nivel central para hacer más efectiva la descentralización propuesta.

- 2.3. Respecto de recursos humanos, parece más recomendable establecer sólo “pisos” de remuneraciones y normas mínimas de trabajo funcionario, dejando enunciada la posibilidad de negociar colectivamente otras asignaciones y mejorías de la condición de trabajo (y no negando ese derecho, como se señala en el Proyecto). Esto permitiría un ajuste mucho más cercano a la realidad local, que el que pueda establecer el nivel central. Por otra parte, dichas normas mínimas deberían ampliarse a todos los trabajadores del nivel primario de atención, independientemente de quien sea el ente administrador.
- 2.4. La capacitación debería resguardarse a través de los Servicio de Salud, los que podrían establecer “perfiles” de profesionales que se requieren en la atención primaria. También se puede considerar el perfeccionamiento, la docencia y la investigación – como elementos que tendría que contener la Ley– bajo responsabilidad directa de los Servicios de Salud. Esto permitiría dar la continuidad requerida al proceso de atención de salud, ya que éste no es sólo una simple prestación de servicios, sino conlleva todos los demás factores antes señalados.
- 2.5. Sobre financiamiento, el Proyecto debería establecer la posibilidad de manejar “per cápita” diferenciados según lo establezca el Servicio de Salud respectivo, ampliando además la posibilidad de establecer convenios no sólo con las Municipalidades, sino también con otras entidades que estén interesadas en asumir esa función (y en este caso es muy atractiva la posibilidad de dar mayores facilidades a las “sociedades profesionales”, respaldando el concepto de intervención profesional, regulada por la ética y el respeto entre pares, más que por

incentivos económicos liberales o de estructura burocrática estatal).

3. En síntesis, la Ley debería simplificarse al máximo, eliminando todos aquellos artículos que tienden a rigidizar la gestión y dejando atribuciones amplias a los Servicios de Salud para hacer convenios.

**Nota:** Los conceptos emitidos en esta presentación son el resultado de varias reuniones sostenidas durante los últimos dos meses por un número importante de profesionales —que participan o están relacionados con el sector—

y que han sido recopilados y resumidos de la mejor forma posible por el suscrito. Su intención es aportar positivamente al debate de este tema, que es de gran preocupación gremial y política, toda vez que la atención primaria es posiblemente el punto más sensible del sector salud.

Dr. Roberto Mancini Rueda,  
Consejero General  
Colegio Médico de Chile

Santiago, 19 de Febrero de 1992