

MUNICIPALIZACION

*Dr. Gonzalo Navarrete
Sub-Director Médico del
Servicio de Salud Metropolitano Sur*

Cuad. Méd.-Soc., XXXII, 4, 1991/ 5-7

Intentaré introducir el tema desde el punto de vista de la experiencia concreta que nosotros hemos tenido en el Servicio de Salud Sur.

Puntualizaré cuáles son, desde nuestro punto de vista, los temas centrales no resueltos con respecto a la atención primaria, para poder después introducir el debate.

La historia de la transferencia de la atención primaria, desde el Ministerio de Salud a las Municipalidades, fue un proceso doloroso, sin la participación de los trabajadores ni de las organizaciones gremiales profesionales. Sus objetivos más bien estuvieron enmarcados en la opción política de seguridad nacional y en un planteamiento estratégico del sector salud.

De esta manera, hoy es percibida por algunos, como una posibilidad de aprovechar esta decisión en el marco de avanzar en una política de descentralización y desconcentración, con una participación real de la comunidad en la gestión de la atención primaria en salud. Para otros, se plantea la necesidad de revertir en democracia el proceso de desmembramiento de los sistemas de atención en salud, devolviendo la administración a los servicios de salud.

Desde el punto de vista de la gestión concreta del Servicio de Salud Metropolitano Sur, que tiene en su área jurisdiccional a 8 comunas, con seis consultorios y once postas rurales, creo que podemos señalar cinco puntos conflictivos que nos parece necesario y prioritario resolver. Lo primero es la situación de recursos humanos; segundo, la situación financiera; tercero, los mecanismos de integralidad de los sistemas de atención; cuarto, los sistemas de

participación, y quinto, los sistemas de control y la cantidad y calidad de la atención.

Con respecto al tema del recurso humano, es tal vez el tema más conflictivo de la atención primaria; existe una ausencia absoluta de carrera funcionaria, en ninguna de las municipalidades -por lo menos del área- existe una carrera funcionaria real ni virtual, aun cuando no existe impedimento legal para ello. Esto se traduce en diferencias intramunicipales y de intermunicipios, resultando así una falta de motivación por permanecer en la atención primaria y una rotación permanente del personal, basado en las ofertas del mercado laboral de la zona.

Por otra parte al mantener un contrato de empleado particular tiene imposibilidad jurídica de negociación colectiva, los trabajadores mantienen una situación de conflicto permanente sin vías claras ni razonables de solución.

A esto se agrega la pérdida de múltiples beneficios laborales. Al revisar el informe del Primer Congreso Nacional de los Trabajadores de Atención Primaria se enumera una larga lista de beneficios perdidos, lo que los mantiene en una permanente sensación de marginación y exclusión, que hace prácticamente imposible una relación laboral sana. Esto excluye el sistema de capacitación, el sistema de reciclaje, permisos administrativos, bienestar, etc.; situaciones que cualquier trabajador en una empresa tiene, aquí no existen.

Con respecto al tema de financiamiento. El financiamiento por el sistema FAPEM al menos en nuestra comuna, y tal como ocurre en los hospitales de los servicios, hoy no tiene ninguna relación con

los costos de operación de la atención primaria y en la actualidad ninguna municipalidad factura el techo asignado. Sus costos de personal son equivalentes o superiores al techo, motivo por el cual, de no entregarse este techo financiero, no se podría ni siquiera cancelar los sueldos.

Esto deja el tema del FAPEM fuera de cualquier elemento que hoy día signifique alguna vía de financiamiento real. Esto se relaciona con un par de cartas que llegaron desde la Subsecretaría de Desarrollo Regional, en las cuales se plantea que en aquellas municipalidades en que no se factura el techo; los servicios podrían retener esas platas y negociar con las municipalidades algunas actividades de programas nuevos. Eso es absolutamente imposible, por lo menos desde el punto de vista de nuestros servicios.

Desde el *año pasado* se nos entrega el techo contra facturación, cualquiera que esta sea, de lo contrario no pagan los sueldos. Conjuntamente, la asignación que existe en los techos está fundada con criterios poco claros que, en la actualidad, están en revisión. Esto establece diferencias en los aportes municipales que van desde un 14% a un 35% del total del gasto.

En nuestros municipios hay algunas municipalidades que aportan el 14% y otras que llegan a aportar hasta el 35% del gasto. Como promedio del servicio, el aporte municipal al financiamiento de la atención primaria es del 31%. Eso da un aporte promedio del servicio de un 69% y un aporte municipal de un 31%.

Del total del gasto, el 73% corresponde a remuneraciones. Así, el Ministerio cubre el promedio de un 97% de las remuneraciones. El resto de los gastos: farmacia, laboratorio, consumos básicos, son generalmente cubiertos por los municipios.

El tema de la integralidad: Actualmente existen dificultades serias e innecesarias respecto a la integralidad del conjunto de prestaciones de salud entre los distintos niveles de atención, con una separación administrativa y claras deficiencias en las coordinaciones técnicas.

Esto entorpece el flujo de información, la integración de los profesionales y el flujo de éstos desde un nivel a otro; la programación, la supervisión y especialmente la calidad y la oportunidad en la atención de los pacientes. En resumen, hoy, esto depende de la voluntad de los actores, pero sin ninguna responsabilidad administrativa ni conductos eficientes de comunicación.

Respecto al tema de la participación. Dentro de

la estrategia de atención primaria está claro que la participación de los trabajadores en la gestión y de la comunidad en un trabajo conjunto con los consultorios en un enfoque territorial, juegan un rol insustituible. Por lo tanto, la constitución de sistemas locales de salud es un objetivo estratégico.

En la actual gestión se han desarrollado interesantes experiencias en este sentido. Esto se ha logrado cuando se ha reunido, por un lado, un movimiento social ascendente que toma conciencia que la democratización de su comuna y de su junta de vecinos, incluye la democratización y participación en el área de salud, tanto a nivel de consultorio como comunal, en estos procesos de cambio.

Por otro lado, el sector salud debe estar sensibilizado con su comunidad. Esto ha permitido iniciar un proceso que tiende a revertir modelos de gestión autoritarios administrativamente alejados de la realidad.

Sistemas de control: La cantidad de acciones han sido tema de preocupación central de los modelos de control. Esto tiene —o ha tenido— una finalidad financiera en la medida que ha jugado un rol trascendente en la cantidad de recursos que se obtenían por los municipios sin un rol estadístico para los servicios de salud, preocupados de mostrar acciones más que soluciones.

Los controles de calidad han sido indirectos y no forman parte de la cultura de las autoridades locales de atención primaria, a las cuales no se les ha pedido este tipo de evaluaciones, pero sí son la angustia diaria para los trabajadores y la queja de los pacientes. Establecer un sistema de planificación y evaluación técnica, administrativa y social con características territoriales nos parece esencial.

Los cinco puntos anteriores nos parecen que deben ser calculados en un proceso democrático y desprejuiciado para establecer las opciones que permita resolver la actual crisis de la atención primaria, crisis que —pensamos— hoy tiene la posibilidad histórica para resolverse positivamente.

Esto es un resumen —desde nuestro punto de vista— de cuáles son los cinco elementos centrales que deberían considerarse al establecer lo que podríamos llamar la selección de lo que es la crisis de la atención primaria.

La proposición oficial del Ministerio, hoy día, pasa por lo que se planteó inicialmente, que son la creación de las Corporaciones de Derecho Público, que son entidades parecidas a las Corporaciones de Derecho Privado, pero en las que el trabajador tiene un estatuto jurídico —como estatuto de la salud— estatuto que no se conoce y que está hoy día en

proceso de discusión en el Ministerio y con un sistema de gestión determinado fundamentalmente por un encargado de salud que es dependiente de un Consejo, integrado por los Municipios, los Servicios

de Salud y los Trabajadores. Esto podría ser por una o por varias Municipalidades y son de una administración autónoma con patrimonio propio y con independencia administrativa.