

1991

SALUD Y MUNICIPALIZACION

Dr. Oscar Arteaga H.*

I. INTRODUCCION

La situación de salud de nuestro país constituye uno de los principales objetos de preocupación ciudadana desde hace ya algún tiempo. Se hizo evidente en el contexto eleccionario de 1989 y se ha mantenido como uno de los problemas priorizados por la población en las encuestas que se han realizado en el año en curso.

La opinión pública ha conocido últimamente los pronunciamientos de diferentes organizaciones gremiales como FENATS, y Colegios Profesionales. Sin embargo, hasta ahora las iniciativas orientadas a canalizar una adecuada discusión pública han sido escasas, limitándose a algunos esfuerzos desarrollados por la Sociedad Chilena de Salud Pública y el Depto. de Salud Pública del Colegio Médico de Chile. Estamos convencidos de que la reflexión y búsqueda de soluciones respecto de los problemas que presenta el Sistema de los Ciudadanos de Salud en Chile [1] debe abarcar los más vastos sectores de la comunidad nacional. Nuestra intención es contribuir a este análisis desde la perspectiva de la Atención Primaria.

II. LA MUNICIPALIZACION DE LA ATENCION PRIMARIA

En Chile, el año 1980 se inició un proceso de traspaso a la administración municipal de los establecimientos de Nivel Primario [2] y que culminó en 1988 con la casi totalidad de estos establecimientos bajo la dependencia municipal a través de dos mecanismos: Departamentos de Salud y Corporaciones Privadas de Desarrollo de Salud y Educación.

Los objetivos de la municipalización fueron definidos por el Dr. Juan Giaconi, Ministro de Salud del régimen militar, en los siguientes términos [3]:

- 1] Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud.
- 2] Mejorar el control y fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las Direcciones de Servicios del SNSS.

* Médico Director Area de Salud Corporación Municipal de Conchalí

- 3] Ordenar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población.
- 4] Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura.
- 5] Hacer posible una mayor participación comunitaria en la base social.
- 6] Permitir una mejor integración multisectorial.

Transcurridos ya diez años desde el inicio de este proceso enteramente realizado en el contexto autoritario del régimen militar, hay tres ejes de problemas que en nuestro juicio son los más importantes.

A. Situación de los Trabajadores de Salud:

La municipalización significó que el personal de los establecimientos de Nivel Primario pasara a depender administrativamente de la autoridad municipal. Este proceso, realizado sin instancias de diálogo ni consulta previa a los trabajadores del sector, trajo consigo un cambio dramático de régimen laboral para éstos, quienes dejaron de ser regidos por el estatuto de empleado público [D.L.338 de 1960] para quedar adscritos en su nueva condición de empleados particulares al Código de Trabajo [D.L. 2.200 de Junio de 1978, actual Ley 18.620]. Esto significó una serie de pérdidas para los trabajadores y que constituyen actualmente sus principales reivindicaciones, las que fueron enumeradas en el Primer Congreso Nacional de trabajadores de Atención Primaria Municipalizada [4] en los siguientes puntos:

Aspectos Administrativos

- 1] Carencia de un reglamento que defina, regule y evalúe funciones.
- 2] Carencia de un Sistema de Reconocimiento de años de servicio.
- 3] Carencia de una escala de sueldos a nivel nacional.
- 4] Carencia de un sistema de perfeccionamiento y promoción.
- 5] Carencia de sistema de contrataciones y cargos.

Aspectos Técnicos

- 1] Incumplimiento de normativas ministeriales.
- 2] Carencia sistemática de insumos y fármacos.
- 3] Carencia sistemática de recursos humanos.

- 4] Identidad de las supervisiones.
- 5] Elaboración de normativas sin la participación de los equipos de trabajo.
- 6] Programaciones formales.
- 7] Retraso tecnológico en los medios de diagnóstico y tratamiento.
- 8] Indefinición de plantas esquemáticas.

Al desaparecer la carrera funcionaria y establecerse una dependencia directa de la autoridad unipersonal del Alcalde, se crea en los funcionarios un sentimiento de inestabilidad.

Se agudiza, a la vez, la rotación de personal profesional - especialmente médicos - que junto a mejores condiciones económicas, rápidamente emigran de las comunas más pobres. Se atenta así, contra la permanencia necesaria para desarrollar adecuadas relaciones con la comunidad usuaria de los establecimientos de salud.

B. Sistema de Asignación de Recursos:

El sistema empleado para asignar recursos el Nivel Primario desde que se inició el traspaso ha sido el FAPEM [Facturación de Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipales]. En los convenios originales firmados entre los Servicios de Salud y los municipios se establecía que el Servicio pagaría a la Municipalidad en forma mensual una cantidad de dinero determinada según el número de atenciones realizadas dentro del mes precedente a los beneficiarios de la Ley 18.469 que optaran por la Modalidad Institucional [5]. Sin embargo, al cabo de un año se modifica la cláusula decimotercera de los convenios reemplazándola por una nueva redacción que establecía límites máximos anuales de gasto por atención [6].

Al iniciarse el proceso municipalizador en 1987 una Comisión Interministerial de Salud e Interior, determinó montos máximos mensuales, por región, que el Ministerio de Salud transferiría a los establecimientos municipales, asignándole a los Intendentes atribuciones para modificar "techos", lo que debía incorporarse a los 122 convenios entre Servicios de Salud y Municipalidades vigentes a esa fecha y a los que se firmarían en el futuro. Se establece, además, que las facturaciones inferiores al duodécimo del monto máximo anual se cancelarán en su totalidad y los meses en que dicha facturación sea superior al duodécimo se

cancelará sólo el valor correspondiente a éste. Todo gasto de salud que exceda el monto máximo será de cargo exclusivo de la Municipalidad.

El valor de las atenciones se señalaba en el documento "Arancel de Valores para cobro de prestaciones que realicen las Municipalidades", que se adjuntaba en los convenios de traspaso como integrante de ellos. Sin embargo, las prestaciones se reembolsaban en un porcentaje del valor arancelario, el que se mantuvo en 90% hasta Abril del presente año, fecha desde la que aumentó a 100% .

Considerando este marco jurídico, el sistema de asignación de recursos financieros a la Atención Primaria ha tenido algunas características que señalamos:

1. Institucionalización de la Inequidad:

El sistema FAPEM ha dado suficientes pruebas de ser injusto. No es posible establecer una racionalidad técnica en la asignación de los montos por región y comuna. Estos últimos han estado sujetos a la determinación exclusiva del Intendente Regional.

Hay municipalidades que no alcanzan el techo asignado debido a la insuficiencia de sus recursos [v.g. infraestructura deficiente que les limita el aumento de recursos humanos]. A estas municipalidades el sistema las castiga perpetuándolas en su precariedad. Hay otros municipios que regularmente sobrepasan el monto máximo de facturación. A estos el sistema los castiga por ser eficientes.

En suma, el FAPEM perpetúa las diferencias entre municipalidades pobres y las que disponen de recursos propios para asignar a salud.

2. Desviación hacia orientación curativa:

Los valores asignados a las diferentes prestaciones en el Listado de Prestaciones de Salud Municipales, estimulan las acciones curativas de los diferentes estamentos del equipo de salud, a modo de ejemplo señalamos [7]:

ACTIVIDAD	VALOR EN U.A.*	RENDIMIENTO	TOTAL U.A./HORA
a] C.médica	5.33	4 - 6/hr.	21.32 /31.98
Ed. de grupo x médico	5.50	1U.E./hr.	5.50
b] Cons. o control Enf.	1.65	4/hr.	6.6
V.Dom.xEnf.	2.5	2/hr.	5
Ed.Grupo x Enf.	2.85	1U./hr.	2.85

*U.A.= Unidad Arancelaria [cuyo valor es \$ 150].

Con esta realidad resulta obvio y comprensible que las jefaturas municipales de salud favorezcan las acciones curativas en desmedro de aquellas educativo-preventivas. No hacen otra cosa que maximizar el rendimiento de sus recursos.

C. Desintegración de los Diferentes Niveles Del Sistema de Salud

La integración del Nivel Primario con el Secundario se afectó, debido a la forma en que se efectuó el proceso municipalizador. La relación entre ambos niveles se redujo a la supervisión técnica de los consultorios por parte de los Servicios de Salud. Debemos convenir que los aspectos técnicos y administrativos se encuentran imbricados y, las más de las veces, una diferenciación entre ambos se hace indistinguible.

La legislación laboral para personal de consultorios y hospitales pasó a ser distinta, lo que impidió un desplazamiento fluido de funcionarios entre ambos niveles.

En nuestra opinión, esto ha tenido dos implicancias principales:

1. Pérdida de una concepción holística del Sistema de Salud: Cada nivel se ha desligado del otro lo que incluso se ha expresado en desentenderse de los impactos que las políticas de contención de costos propios ocasionan en el otro nivel.
2. Rigideces programáticas: Debido a que prácticamente el único vínculo entre los servicios y los consultorios municipales eran los Programas de Salud, se exacerbó una concepción normativa centralizada de éstos, trastocándose

el sentido de la supervisión como "proceso de orientación educativa para guiar al equipo en el uso la tecnología más adecuada para el logro de los objetivos del programa" [8] transformándose en control obsesivo por los rendimientos.

III. PROPOSICIONES:

Creemos que la situación de la Atención Primaria es una manifestación de una crisis más global que afecta a todo el sistema de salud. No parece adecuado, por lo mismo, plantearse soluciones que no consideren los temas de fondo que será necesario abordar como país. En efecto, se ha hecho manifiesta la necesidad de aumentar la fracción del PGB destinado a salud por sobre el 0,98% actual [9]. Será necesario, además, pensar en reestructurar el financiamiento del sistema tendiendo a disminuir la proporción del aporte del usuario que hoy alcanza al 77.3% [1]. Se hace urgente introducir modificaciones que modernicen la gestión de los servicios públicos de salud. Es impostergable una solución al problema de los trabajadores de todo el sector salud tanto municipal como del SNSS en términos de remuneraciones y carrera funcionaria.

En este contexto general hay ciertas orientaciones que debiera tener el enfrentamiento de la situación de Atención Primaria.

A. Descentralización

Este concepto que se ha incorporado al lenguaje público habitual en los últimos años, en lo sustantivo "implica un aumento del poder, la autonomía de decisión y el control de los recursos, de las actividades locales en desmedro de órganos centrales del Estado" [10]. Es necesario distinguirla de Desconcentración, fenómeno que sólo implica transferir a órganos dependientes de la administración central atribuciones que no alteran la naturaleza decisoria [11]. El modelo instaurado por el gobierno militar, contrariamente a lo señalado por sus partidarios, fortaleció y potenció la desconcentración en un afán de "disponer de una organización piramidal que permitiera a la más alta autoridad hacer sentir su presencia y acción en todos los ámbitos del país" [12].

En el sector salud hay varios actores que se han manifestado favorablemente respecto del desarrollo de una política descentralizadora [4,9]. Esto es, se considera adecuada la transferencia decisional hacia servicios regionales y locales. Es conveniente señalar que los 27 Servicios de Salud no son descentralizados como señala la Ley 2.763 de 1979, sino desconcentrados, pues la autoridad máxima de cada servicio constituye un cargo de confianza del gobierno central.

B. Municipalización:

Los aspectos negativos de la municipalización son bien conocidos; hemos mencionado algunos en los puntos anteriores. Sin embargo, un análisis riguroso nos obliga a señalar también los positivos.

No cabe duda que de los objetivos originalmente asignados a la municipalización, el que más se ha logrado es la canalización de fondos municipales a salud. En 1989 el aporte de los municipios a Atención Primaria alcanzó aproximadamente Ch\$ 3.000 millones [11], es decir un 20% de lo que se entrega vía FAPEM. La Subsecretaría de Desarrollo Regional destaca varios aspectos, entre los cuales citamos [11]:

- a] Reparar y habilitar establecimientos existentes, construyendo nuevas dependencias tales como salas de espera, boxes de atención, etc.
- b] Construir nuevos establecimientos en áreas densamente pobladas.
- c] Equipar sus dependencias con el instrumental especializado adecuado.
- d] Apoyar la gestión administrativa de los establecimientos al incorporar equipos de comunicaciones internas y externas [radio, teléfonos, citofónos, ambulancias, etc.]
- e] Mantener permanentemente completo el stock farmacológico mínimo, lo que antes no se lograba desde el nivel central.
- f] Aumentar la dotación de profesionales y personal de colaboración.

Creemos que un primer desafío a abordar es realizar un análisis desapasionado de la municipalización en salud, considerando los aspectos positivos y los negativos. La forma en que se llevó a la práctica este proceso durante el gobierno militar que le ha significado ser definido como "Alcaldización" [13], indudablemente ha desprestigiado el concepto de Municipalización e incluso el de Descentralización.

Nos parece que el tratamiento de este tema debe ser cuidadoso y responsable para evitar caer en simplezas como el pensar que todo se arregla con centralizar los servicios y que el personal que se encuentra en las municipalidades vuelva a los Servicios de Salud. La frustración de expectativas que ello produciría en el personal debido a las actuales condiciones en que dichos Servicios se encuentran, podría generar un problema muy grave e insuperable.

Consideramos una condición indispensable para mantener una política de verdadera descentralización el resolver el problema de fragmentación que afecta actualmente a los trabajadores de salud, planteándose un Estatuto Común a todos quienes prestan servicios en los diferentes niveles del Sistema de Salud, que asegure un desarrollo profesional adecuado.

Por otro lado, si entendemos con la DMS [Alma Ata] a la Atención Primaria como Estrategia de Desarrollo, debemos impulsar y estimular una real participación de la comunidad organizada, de los propios trabajadores de la salud y de otros actores locales como las ONG, para lo cual será necesario contar con mecanismos jurídico-administrativos que posibiliten la participación social [13,14].

Finalmente, será requisito para el desarrollo integral de una gestión descentralizadora y local, el que la asignación de recursos se haga en base a mecanismos que contemplen la población usuaria, la situación biomédica-social de dicha población, y que también considere incentivos que estimulen la eficiencia de la gestión.

IV. SINTESIS

El problema de la Atención Primaria no puede analizarse en forma aislada del contexto de crisis que afecta a todo el Sistema de Cuidados de la Salud de nuestro país.

Es necesario cambiar la situación actual de la Atención Primaria Municipal, particularmente en lo referido a relación laboral de los funcionarios y mecanismos de asignación de recursos financieros.

Los mecanismos de solución debieron potenciar una política descentralizadora y salvaguardar los intereses de los trabajadores de la salud, a la vez que favorecer la participación social.

Conchalí, Agosto 1991.

Referencias Bibliográficas:

- 1] Requena M. y Giaconi J. Doctrina e historia del financiamiento de la salud en Chile. Revista Vida médica Vol. 42 número 5 Nov.-Dic. 1990.
- 2] D.F.L. Nro. 1/3063 del Ministerio del Interior de 1980.
- 3] Giaconi J. Organización y estructura del sector salud en Chile 1974-1984. Análisis preliminar. CPU Documento de trabajo Nro. 8/85.
- 4] Documento Primer Congreso Nacional de Trabajadores de Atención Primaria Municipalizada. Valparaíso 23, 24 de Mayo de 1991.
- 5] Convenio de Traspaso Consultorios Eneas Gonel, Lo Aránguiz y El Cortijo entre Servicio de Salud Metropolitano Norte y Municipalidad de Conchalí, Noviembre 1981. Publicado en Diario Oficial el 30 de Diciembre de 1981.
- 6] Documento Propositiones para modificar convenios suscritos entre Servicios de Salud y Municipalidades sobre traspasos de establecimientos asistenciales a fin de fijar un límite máximo anual de gastos por atenciones. MINSAL. 1982.
- 7] Documento Listado de prestaciones de salud municipales. MINSAL. 1990.
- 8] Durán H. Aspectos conceptuales y operativos del proceso de planificación de la salud. Cuadernos del ILPES 1989 (Pág. 168).
- 9] Documento Informe Final de Taller Desafíos de la Política de la salud para Chile. Tema II Bases para una política alternativa. Sociedad Chilena de Salud Pública-GICAMS. Lo Cañas 30 y 31 de Enero de 1991.
- 10] De Mattos C. La Descentralización ¿ Una nueva panacea para enfrentar el subdesarrollo regional ? Publicación ILPES 1989.
- 11] Ruiz F. Julio (Asesor Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo). El proceso de descentralización de servicios: Logros y experiencias con énfasis en salud. Documento de ponencia presentado en Seminario Internacional Experiencias y Dilemas en la Focalización y Descentralización de Programas de Salud y Nutrición. Stgo. Nov. 1990.
- 12] Hevia R. Patricio. (citando al General Julio Canessa). La Salud en Chile: Situación actual y propuesta de cambio para la transición democrática. Centro de Documentación PAESMI. Stgo. Julio 1988.