

“PERSPECTIVAS DEL MINISTERIO DE SALUD, ESTATUTO DE LA SALUD DEL SECTOR MUNICIPALIZADO” 1

Dr. Roberto Belmar

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 2, 1992/ 15-27

Quiero agradecer la invitación, creo que este tema ha concitado el interés de muchos sectores y yo quisiera compartir el actual estado de la información con ustedes, tratando un poco de salirme de la coyuntura, y tratar de poner el tema en el contexto de la realidad actual. Tengo media hora de exposición, así que voy a tratar de ser muy explícito e ir a los puntos fundamentales.

SITUACION

No podemos entrar a hablar de estatuto si no miramos el contexto de la salud.

La situación de este país, desde el punto de vista poblacional, epidemiológico, de medio ambiente y de distribución de su población y de la pobreza en ella, determina que estamos enfrentados a una situación de salud extraordinariamente importante y que sus instrumentaciones, como en el pasado nos vimos para enfrentar la salud, están obsoletas.

Como todos ustedes saben, el Servicio Nacional de Salud fue creado en la década de los 50, frente a situaciones económicas sociales de enfermedad, de distribución de la población diametralmente opuestas a las de ahora, un país joven, monoprodutor fundamentalmente, con enfermedades infecto-contagiosas, en que sobresale el problema del niño con desnutrición, con diarrea infantil, con gran desempleo. Iniciándose la confrontación entre el sistema democrático y el fascismo, lo cual determinó una manera de enfrentar la salud a través de la creación del Servicio Nacional de Salud, que varios años

antes se constituyó en ley en el año 1952.

Ahora nos enfrentamos a una sociedad totalmente diferente, saliendo de un período dictatorial, una población donde predomina el grupo trabajador, donde la mujer ha agregado a sus responsabilidades de la familia y del hogar responsabilidades laborales. Donde se ha identificado claramente el grupo de los jóvenes y donde tenemos un grupo creciente de adultos mayores, no en forma homogénea, sino distribuida en determinadas comunas.

Donde las enfermedades infecto-contagiosas a través de la magnífica labor del Servicio Nacional de Salud ha sido controlada, estableciendo una mortalidad infantil decreciente, que solamente fue quebrada en los últimos años del gobierno anterior, en cuanto a su declinación y que realmente ha demostrado eficazmente una manera de enfrentar el binomio madre-niño.

Ahora estamos enfrentando a otro tipo de patología, la patología de tipo crónica, degenerativa y tumores que responden a situaciones diametralmente opuestas a lo que significa una enfermedad de tipo aguda. Que, además, al fenómeno de las personas agregamos todo el deterioro del medio ambiente, factor que no estaba pensado en el pasado y que sin duda no sólo determina la calidad de vida, sino que el importante impacto en salud en los menores. En niños menores la mortalidad por enfermedades respiratorias es la primera causa de muerte, y son enfermedades eminentemente de tipo prevenible.

Así que sin duda los retos de tipo epidemiológico son totalmente diversos.

Pero sin duda que aparte de esa situación demográfica y epidemiológica enfrentamos un problema doble.

Primero, la extraordinaria heterogeneidad de nuestra población.

En tres sectores territoriales tenemos casi el 60% de la población, Valparaíso-Viña, Concepción-Talcahuano y Santiago. Pero a su vez tenemos un 18% de población de una ruralidad que es tan extrema como en los países más rurales del mundo, el 18% en el altiplano, en la cordillera de la costa, en las islas del sur determina este fenómeno de una ruralidad extrema, de un grupo importante de nuestra población. Esta macrópolis en el otro extremo del problema de la distribución poblacional plantea todos los problemas de la macrópolis moderna, con marginalidad, hacinamiento y todos los fenómenos que conllevan la vida en el medio urbano.

Ese es un fenómeno que es importante tener en cuenta. Y el otro fenómeno, que éste es un país, que para los ojos de los economistas es un país extraordinariamente exitoso, el milagro chileno. Chile está abandonando América Latina, ya está llegando a Dinamarca, ustedes conocen esa frase famosa.

Pero eso, cuando trabajamos con los promedios; pero cuando trabajamos los rangos y las dispersiones, nos damos cuenta que es un país extraordinariamente pobre. Tiene 5 millones de pobres, un grupo en extrema pobreza, y que los promedios provienen de un fenómeno de desigualdad social profunda, que es mucho más grave tener grupos tan extraordinariamente afluentes, donde más de la mitad de la población vive en condiciones de ingresos menores de 200 dólares mensuales.

Así es que hay una situación allí, de distribución de la pobreza, extraordinariamente importante. Esto determina que tenemos que mirar la salud de una manera diferente, un poco saltando con una serie de elementos de tipo conceptual, que lo hemos discutido. Porque, básicamente, las caras que veo aquí son caras muy similares, en foros similares que hemos estado, en los últimos 3 ó 4 días o semanas.

Les puedo decir sin duda que la atención primaria es la respuesta a este tipo de fenómenos. Primero, porque la atención primaria es capaz de mirar la enfermedad en el seno mismo de la familia y de la sociedad. Segundo, porque tiene la capacidad de dispersión de poder responder a esta diversidad poblacional y de marginalidad. La atención primaria tiene la capacidad de trabajar en equipo, donde podemos incorporar profesiones, de la más diversa calidad. Prácticamente no hay profesión en nuestro mundo profesional que no tenga un rol en la aten-

ción primaria. La atención primaria, además, permite incorporar otros sectores a la tarea de hacer salud, que no están en el equipo de salud regular, porque atención primaria no sólo tiene que ver con prevención y en mantener la salud, sino que en mejorar la calidad de vida.

Entramos al fenómeno de la calidad maximizando la realidad local y haciendo un útil, un uso más eficiente a los recursos. Es decir, atención primaria es quizás el único instrumento moderno que tienen las sociedades para enfrentar las patologías del próximo siglo. Por lo tanto, cuando vemos atención primaria, la tenemos que ver en este contexto y no responder a la coyuntura del momento, por muy importante que ella sea.

Porque sin duda que la crisis que vive el sector salud en estos momentos nos permite generar las fuerzas sociales y políticas para poder mirar el sector y hacer los cambios profundos que nosotros queremos hacer, porque ya hay una respuesta en la mesa, que es extraordinariamente importante.

¿Es el mundo privado eficiente para enfrentar la atención de los problemas de salud, o es el Estado, con un concepto solidario de la salud, el que lo puede hacer? Yo creo que ésta es la primera pregunta que uno se tiene que proponer.

Bueno, aquellos que hemos tenido experiencia en ambas partes del mundo, les podemos decir sin dudas y lo podemos decir en cualquier foro: el mundo privado no tiene ninguna capacidad técnica, pero lo que es más grave, ninguna capacidad ética para enfrentar el problema de salud.

Yo les puedo contar que en aquellas sociedades, que fueron las primeras que desarrollaron los consultorios, que lo único que queda del consultorio es una oficinista, donde se hacen las vacunaciones, y esto ¿por qué? Porque es la parte de salud que es peligrosa desde el punto de vista económico.

Entonces, no hay sector privado en el mundo que quiera vacunar, porque un Guillain-Barré cuesta un juicio de un millón de dólares y no hay ninguna compañía productora de vacunas que quiera correr ese riesgo. Por lo tanto, sólo el Estado puede tomar esas responsabilidades, sólo el Estado tiene la capacidad de enfrentar aquellos problemas que una sociedad tiene, y lo hacen los Estados más privatizantes.

Y ahí está la medicina para los grupos étnicos, ahí está la medicina para los grupos de alto daño, como fue en el pasado la tuberculosis, como es ahora el problema del SIDA, allí está el problema de los adultos mayores, allí está el problema de los abusos de droga, donde hay incapacidad del sector, no sólo

económicas, sino que ética para enfrentar este tipo de problemas.

Por lo tanto, no hay duda de que esta respuesta es que nosotros tenemos que desarrollar un Estado con un concepto de solidaridad y de equidad en la distribución de la salud, que permita enfrentar los problemas del mañana.

Yo creo que ésa es la pregunta, a mi modo de entender, base, fundamental, que nosotros tenemos que enfrentar hoy día y dirimir eso que está en la mesa.

Segunda pregunta que tenemos es el problema de la equidad. Equidad no es solamente acceso igualitario. Equidad significa distribuir los recursos de salud por el concepto de daño; vale decir, que yo tengo que distribuir mis recursos y focalizarlos en aquellos sectores donde los posibles daños se van a desarrollar con mayor intensidad.

Por lo tanto, tengo que mirar epidemiológicamente; por lo tanto, el instrumento es la epidemiología, es el instrumento de la ciencia médica, y no es la fisiopatología, con el debido respeto. Es sin duda la ciencia que nos va a identificar los daños y nos va a permitir focalizar. Tenemos que cambiar en nuestras mentes la manera de ver salud, y esto nos permite focalizar y el método de la epidemiología poder hacer equidad.

Equidad no sólo en el concepto de la pobreza, sino equidad en aquellos elementos en los cuales tú, como Estado, tienes que mirar el bien social y tomar decisiones. Equidad significa que todos tenemos derecho a respirar un aire limpio, eso significa tomar medidas que son impopulares y probablemente caras, pero tú tienes que tomarlas en un momento dado, y es el Estado el que tiene la responsabilidad de hacerla para tener un acceso equitativo al oxígeno y a los mecanismos respiratorios.

Y si tomas este concepto en todos los ámbitos y tomas el concepto de la contaminación de las aguas, el concepto de la contaminación del suelo, el concepto de control de alimentos, el concepto de la elaboración de alimentos, es solamente este rol que te va a permitir a tí primero, establecer los diagnósticos, focalizar y hacer tus acciones. Pero para ello necesitas instrumentaciones legislativas y reglamentarias que te permitan hacer esta realidad.

Pero para hacer esto en un país tan diverso, con una geografía tan compleja como la nuestra, sin duda que el nivel central, como lo ha demostrado hasta ahora, es absolutamente incapaz de enfrentar este problema y solamente lo tiene que hacer a través de un proceso descentralizado, donde la sociedad tome un rol participativo, fundamental y no simplemente complementario, como muchas veces

plantea el proceso de participación social, donde la sociedad viene a suplementar el rol del equipo técnico de salud.

Tiene que haber un proceso donde la sociedad participe en los diagnósticos de salud, en definir las prioridades, en establecer y buscar recursos, en elaborar los programas y llevarlos a efecto, y en evaluarlo en conjunto.

La sociedad tiene el derecho a participar en todas esas etapas del procesos de salud, así que yo no quisiera seguir en este tema, viendo la audiencia y que la gran mayoría de ustedes puede compartir esos puntos de vista conmigo, en el sentido de que hay que cambiar el punto de gravitación de la salud, por lo tanto aquí, cuando estamos hablando de atención primaria, es un diálogo más hacia afuera que adentro.

No estamos diciendo que Atención Primaria es antagonista a la atención cerrada y a la clínica, estamos diciendo que el sector salud tiene que tomar la decisión de poner la gravitación en Atención Primaria e integrar los hospitales a la atención primaria y no la atención primaria a los hospitales.

No es un juego de palabras, es quizás la parte más profunda de toda la discusión, porque vamos a tener que conversar esto en las próximas décadas y va a ser una conversación bastante más compleja y difícil de lo que nosotros podemos esperar. Porque el desarrollo de la ultraespecialidad ha creado una subcultura médica, que va a ser muy difícil hacer entender este fenómeno que yo estoy planteando, de que la atención primaria es el elemento gravitante para enfrentar los retos del futuro.

Ustedes me han oído varias veces, voy a usar otro ejemplo para que no se repita. En las enfermedades crónicas o degenerativas hay un proceso de décadas en que viene el período pre-riesgo, el período de riesgo, el período asintomático y la enfermedad propiamente tal.

Si nosotros tomamos, por ejemplo, el fenómeno del infarto del miocardio que sucede en un segundo, pero se genera en 3 ó 4 décadas viene desde el momento en que el niño aprende un estilo de vida, un tipo de hábitos nocivos, como el fumar, se expone después a los riesgos clásicos y después viene a tener un infarto a los 50 ó 55 años.

Pero esto partió en la primera o segunda década de su vida, por lo tanto teníamos que tener acción en todo ese período. Ese período, como lo podemos enfrentar nosotros, solamente a través del proceso de atención primaria que está diseñado para preocuparse del ser humano desde el momento en que es embrión, en su parto, en su período de niño, escolar, adulto, etc., solamente la atención primaria tiene ese mecanismo para enfrentar ese tipo de patología,

agregando que gran parte de esas patologías crónicas no tenemos el equivalente a lo que tenemos en el mundo agudo con las vacunas o con los antibióticos.

Así que sin duda cuando nosotros planteamos esto, estamos planteando una pregunta de fondo, porque sucede que para enfrentar los daños de las cardiopatías se han desarrollado equipamientos tecnológicos e inversiones económicas de altísimo costo.

Por lo tanto, aquellos que hacemos atención primaria tenemos que esperar una confrontación, porque vamos a confrontar el mundo que ha diseñado salud, como una gran empresa económica, por lo tanto aquí cuando hablamos de atención primaria, vamos a enfrentar a la empresa de la salud que es diferente y que no usa preferentemente esta tecnología. No es que no la use, pero no con las preferencias como el otro, por lo tanto aquí hay un problema coyuntural y que de alguna manera los que estamos en torno a esta mesa hemos dado en nuestro frente esta lucha. Quizás algunos implícitamente, otros como yo creo lo estamos haciendo muy explícitamente. Nosotros no estamos discutiendo si el salario va a ser más o menos, estamos aquí discutiendo de que estamos cambiando el énfasis de hacer salud, y de que hay que ponerlo en la mesa hoy día, porque el estatuto de la salud va a permitir que en los próximos meses sea el debate en ese nivel y por eso yo insto a esta audiencia sofisticada de salud pública que entienda lo que estamos discutiendo acá, y no estamos discutiendo un estatuto laboral. Estamos discutiendo una manera de hacer salud en forma diferente, estamos cambiando el sector, por lo tanto la discusión va a ser en torno a eso, pero va a estar matizada por otros factores.

Estamos discutiendo una manera de hacer salud en forma diferente, estamos cambiando el sector, por lo tanto la discusión va a ser en torno allí, pero va a estar matizada por otros factores.

Cuando la Ley de Isapres, que es una ley tan importante, está todavía allí en discusión y se ha matizado la discusión y no se ha ido al hecho fundamental en la situación de las Isapres, las cuales son entidades de lucro, las que regulan un sector importante de nuestra salud.

Y el hecho esencial no es el porcentaje, sino es que sean instituciones que se rigen por el lucro y que no son instituciones, aunque no fueran privadas sin fines de lucro, las que deberían hacer ese tipo de función, como lo hacen todas las sociedades modernas, por lo tanto la situación que aquí nosotros planteamos es extraordinariamente importante. Yo no quisiera quedarme solamente en este ámbito de

análisis de discusión de tipo conceptual, porque yo creo que ustedes están muy interesados en la parte del estatuto mismo, y cómo el estatuto mismo responde a este tipo de visión y a este tipo de planteamiento.

EL ESTATUTO

El estatuto tiene tres componentes, un componente administrativo técnico, uno financiero y otro de orden laboral.

En el componente administrativo lo que el estatuto hace, rearticula la atención primaria al sector salud manteniendo la descentralización. Por todos los antecedentes anteriores, la descentralización es fundamental como instrumento de hacer salud, hay que mantener la descentralización, perfeccionarla, profundizarla y democratizarla, eso no cabe la menor duda. Hoy día, no hay descentralización, no hay democracia, no hay realmente la descentralización que todos decimos, por lo tanto en el municipio democratizado, con las instrumentaciones legales y con los recursos necesarios se va a poder hacer la descentralización adecuada.

Pero esa descentralización tiene que estar por una parte asegurada, pero también la atención primaria tiene que estar articulada al proceso de hacer salud de acuerdo a las normas y regulaciones que establece el estado a través del Ministerio de Salud. Por lo tanto, normas ministeriales y programas ministeriales son condiciones fundamentales.

Yo no puedo aceptar que una municipalidad determinada decida hacer un centro oftalmológico con la plata de atención primaria, eso no es atención primaria, y la ley le va a decir al alcalde, mire, si usted quiere hacer un centro oftalmológico, hágalo, pero la plata que yo le paso a usted es para hacer atención primaria, está claramente establecido, normado y aprobado por el Consejo Comunal, los programas van a ser aprobados por los consejos comunales, le van a tomar el compromiso político, a la comuna de hacer los programas, antes de que haya el traspaso de fondos. Por lo tanto aseguramos que estos programas, normados y regulados por el Ministerio, se hagan de una manera formalizada y que después, al aplicarse, el Ministerio, a través de sus instrumentaciones, el Departamento de Atención Primaria, pueda hacer la parte regulatoria, que está establecida al detalle por la ley, hasta con algún grado de control sobre los recursos económicos.

Para hacer esto necesitamos un buen Departamento de Atención Primaria. Estamos trabajando en ello, y en este momento vamos a agregar 60 funcionarios a lo largo del país para que los depar-

tamentos de atención primaria tengan paulatinamente el número adecuado.

¿Qué otra cosa más hace la parte administrativa? Regula un proceso para que las comunas pequeñas puedan integrarse con los Servicios de Salud y con otras comunas, para enfrentar en forma conjunta y eficiente la atención primaria. Sabemos que no puede una comuna que tiene una posta rural hacer salud. Tendrá que incorporarse para hacerlo. Además, la ley va a establecer mecanismos como funcionarios de salud del Servicio de Salud y como funcionarios de Salud Municipal para poder intercambiar, lo que nos va a permitir incorporar generales de zona en atención primaria, pero nos va a permitir también que funcionarios de los servicios puedan ir a hacer atención primaria.

Esto se hace regularmente en el país, pero se hace de manera informal, dependiendo de las personas. Es un caso clásico que un funcionario de municipalidad pase un día y medio en el hospital y ese día los médicos del hospital van a hacer las rondas por él y eso se hace a lo largo del país, pero se hace por la buena voluntad de las personas. Ahora existen las instrumentaciones legales para que esto se formalice y se instituya. Vale decir, que hay instrumentos administrativos técnicos que nos van a permitir generar las condiciones para que en la parte rural obtengamos mecanismos eficientes y eficaces para hacer atención primaria y donde los servicios tengan las instrumentaciones para que haya prácticamente un trasvase de intercambio de personal para que puedan integrarse.

La idea fundamentalmente en este caso de las comunas pequeñas, es que en un hospital de tipo 3 y 4, se integren 4 ó 5 comunas y se haga un manejo integrado, donde sea un equipo que enfrente este aspecto de salud de tipo rural.

También desde el punto de vista administrativo se van a establecer todos los mecanismos para que al no cumplirse las acciones que establece el Ministerio, existan los reales elementos reguladores para que esto se haga, y cuando esto no se haga, existan los mecanismos de control, técnico, administrativo y financiero, que nos permita a los Servicios de Salud hacer que se cumplan las normas ministeriales.

En la parte financiera, todo este proyecto no se puede hacer con el Fapem, lo hemos calificado en nuestro departamento como intrínsecamente perverso. La ley establece claramente que la entrega de recursos se hará por un per cápita. Un per cápita flexible, que va a estar indexado no sólo por la población, sino que con las características sociales y epidemiológicas y que va a ser hecho anualmente

en decretos conjuntos, con Hacienda, Salud e Interior. Que nos va a permitir no tener un techo que ahora no representa nada, por supuesto se acaban los techos y se entregan los recursos en forma directa por población, así que realmente el mecanismo financiero asegura los recursos, yo creo que los recursos si no están, casi están.

Vamos a tener para hacer atención primaria alrededor de 10 dólares per cápita, 9 para ser preciso.

Lo cual nos va a permitir, si distribuimos bien los fondos, realmente hacer bien la atención primaria, lo que pasa es que está mal distribuida, a muchas comunas no les alcanza para hacer y otras comunas usan la mitad de lo que tienen. Entonces ahora vamos a poder, al hacer un per cápita y realmente distribuir la plata donde se necesita. Así que yo creo que el factor económico, al revés de lo que la gente piensa, no es un factor tan malo, sino que es el fenómeno cómo se entrega la plata y la distribución de estos fondos. La ley va a lidiar con esto, va a entregar las instrumentaciones y esto va a permitir ser un proceso de un decreto no de una ley que sea flexible, haciendo un proceso de trabajo continuo.

Se van a generar a nivel de los servicios, comisiones mixtas de los servicios y de las comunas que van a permitir producir los mecanismos de preparación de los documentos de evaluación conjunta, de visión del sector y del uso de la epidemiología, que nos asegure que estos ajustes anuales vayan haciendo un resultado real de la visión y la investigación de la realidad epidemiológica y administrativa del sector.

En la parte económica existe también una disposición: primero, la plata que se traspasa es para hacer lo que el Ministerio dice, y esto refrendado por el Consejo Comunal. Si la comuna quiere hacer más, bienvenido, pero eso va a tener que estar en el presupuesto en el programa de salud. Si el Ministerio quiere hacer otro invento más nuevo, más novedoso, va a tener que poner la plata.

Así que en este momento no más lo que ustedes han vivido: que a alguien se le ocurra una nueva idea, aparece la idea, pero no aparecen los recursos. En este momento está absolutamente normado, todo nuevo programa tiene que venir con su correspondiente financiamiento.

No va a existir esto de "achíquense un poco" y hagan esta cosa que es tan importante. Muchas veces nosotros caemos en el canto de la sirena y aceptamos. Porque esto es tan importante, que lo vamos a trabajar un poco más, nosotros no aceptamos ese predicamento, creemos que la ley debe establecer que los fondos son para hacer los programas normados del Ministerio, cualquier otra cosa tiene que tener su financiamiento, y si a nivel local

se quieren agregar nuevos programas, lo tiene que hacer con financiamiento propio.

La última parte de este proceso, de esta ley, dice relación con la parte laboral. Primero, tiene dos componentes: uno, pagar una deuda social. Esto es demasiado optimista. Tratar de pagar una deuda social debería ser la manera real de decirlo, con la limitación que todos sabemos. ¿Qué significa? Primero, hacer una imposición por el total de haberes, pagar todos los años servidos en el sector público de salud, no sólo en atención primaria. Resolver todas las situaciones administrativas que estaban pendientes en el pasado, específicamente el problema de los empleados, de los funcionarios de la Caja de Empleados Públicos y Periodistas. Y hacia adelante generar una carrera, universal a lo largo del país. Que tenga un piso, no un techo, vale decir, que asegure un mínimo y que a nivel de cada municipalidad se dé la flexibilidad para que dentro de un marco establecido se pueda atraer personas cuando son condiciones difíciles de práctica de la atención primaria. Esta carrera regula la entrada a través de un concurso público anunciado por medio de la prensa nacional 15 días antes y con una comisión en que está representado el servicio y las autoridades de salud de la comuna.

El alcalde está obligado a ofrecerle el cargo a la primera, a la que gane el concurso, no hay ternas ni binomios, sino que el primero gana, y solamente cuando este primero renuncia por escrito, entra el segundo y así sucesivamente. Así que realmente hay un fenómeno de ingreso por concurso, existe solamente una excepción, cuando es el problema de traspaso de personal entre dos comunas. Queda el problema que pasa con las personas que tienen que cambiar porque su esposa o esposo se van por causales en función, lo que se va a hacer para no alterar el proceso de los concursos, se va a entregar puntaje adicional para darle una situación de preeminencia. Porque aquí viene lo segundo de la ley. Que hay dotaciones en este momento se acepta como dotación todo lo que hay, para no producir ningún caos y sensación de que esta ley va a significar la pérdida del trabajo, la ley dice que nadie va a poder perder su trabajo por esta ley, se establecen como dotación lo que hay hoy día, y se inicia un proceso de ajuste de las dotaciones donde de acuerdo a las normas ministeriales cada establecimiento va a buscar su componente en cantidad y calidad de acuerdo a sus responsabilidades en atención primaria.

En este proceso se va a tratar de generar normas nacionales, ya se han establecido que se vayan ajustando a las realidades locales y allí entonces se irán generando estas dotaciones. Una vez que la

persona gana el concurso e ingresa a una dotación donde está definida la función de la persona. La dotación no sólo está en las personas, sino que en las funciones que el vaya a realizar. Esta persona crece de acuerdo a tres mecanismos que ustedes ya los conocen, porque se ha discutido en varias oportunidades a través de años de servicios, de mérito y de perfeccionamiento. El sueldo base puede aumentar hasta un 150%, si una persona comienza con 150 mil puede terminar con 375 mil a la misma moneda. Vale decir que realmente hay un real crecimiento que hace cada dos años en bienes y se deja de ganar las asignaciones a los 30 años. Y en ese momento la persona podrán jubilar si así lo dicen ya que las jubilaciones por monto acumulado y no por años de servicios.

Sin duda que este proceso tiene la ventaja de que cada persona puede hacer su carrera sin preocuparse quién está delante o al lado, porque no va a depender de quién está, tú creces con los años que sirves, el perfeccionamiento que desarrollas y por el mérito que has ganado.

En cuanto a perfeccionamiento, los cursos van a ser regulados y normados por el Servicio. No cualquier curso, no cualquier cosa y todos los cursos van a ser con examen rendido y aprobado.

Además, va a haber un fondo, si yo hago un curso, ese curso tiene que estar financiado, lo que va a significar el aumento de los salarios, por lo tanto va a haber un fondo para hacer este tipo de actividades, no va a ser una ley que va a estar desfinanciada, sino que va a tener una instrumentación propia.

También el perfeccionamiento permite que grados académicos, como el grado de Salud Pública y el grado de Medicina Familiar ganen inmediatamente un porcentaje. Si son 35%, ganarán un 10%, del que tiene por ejemplo el grado de Magister en Salud Pública, para estimular que en la atención primaria la gente se perfeccione y se quede allá, el cual no es reconocido hasta donde yo sé por otros componentes en otros sectores.

Por lo tanto, no solamente va a haber un perfeccionamiento que vamos a dar, sino que uno lo puede adquirir en situaciones que la ley y el reglamento van a reconocer, también habrá facilidades para que la persona pueda formarse aparte.

Porque un punto que colocó el Colegio de Dentistas me parece muy obvio: hay personas que van un tiempo a atención primaria, por lo tanto no los podemos condenar a permanecer en atención primaria, por lo tanto tiene que haber flexibilidad horaria para que las personas tomen otros perfeccionamientos para que puedan competir, en disci-

plinas que en estos momentos no se hacen en atención primaria.

Yo digo que todas las especialidades deberían hacerse en atención primaria y de hecho de alguna manera lo estamos haciendo. Pero hay situaciones reales y lo que plantea el Colegio de Dentistas es muy real, y nosotros vamos a generar tiempo aparte para que las personas se puedan formar en aquellas cosas que le interese, o aquellas otras áreas que le interese, que no son de salud. Creo que toda persona tiene el derecho de tomar un curso de filosofía, o los que somos más alegres un curso de cueca. Bueno tengamos la oportunidad y el tiempo para hacerlo, y que eso no limite el otro perfeccionamiento.

Se separó mérito de perfeccionamiento, porque el perfeccionamiento fundamentalmente es para profesionales, para el personal especialista en atención primaria no profesional, por lo tanto va haber comisiones de evaluación que va a estar formada por el director del establecimiento y por personas pares, si evaluamos a un médico, van a ser por médicos, si evaluamos a un auxiliar va a ser por un auxiliar. Y en estos momentos no lo dice la ley, pero es nuestra posición que en el reglamento, cuando se establezcan los componentes nosotros pensamos que debe estar presente los colegios respectivos. Para que en la evaluación, no sea una evaluación que solamente lo haga el nivel jerárquico, sino que también haya otras visiones que permitan asegurar objetividad.

Además, toda la evaluación va ser sobre bases objetivas, no va a ser sobre el subjetivismo que me gusta o no me gusta la persona o si pertenece al Colo Colo o la Chile, o los equivalentes en esos sectores. Por lo tanto nosotros tenemos esa claridad, que aunque el mérito puede significar para algunos subjetivismo, la ley no lo va a permitir.

¿Cómo se termina la relación laboral? Se termina por causas extraordinariamente bien definidas, en las cuales -había una palabra que causó mucho escozor que era por fuerza mayor-. Por fuerza mayor, eso se retiró de la ley, tratamos de sacar todas aquellas cosas que de alguna manera produzcan algún tipo de conflicto, así que simplemente esa parte de fuerza mayor no sigue, aunque el principio era correcto, nosotros creemos que debe haber estado todo reglamentado.

Como llegué a mi hora, no quisiera alargar el tiempo, probablemente quedaron muchas otras cosas en el tintero, pero sin duda aquí está lo que yo les decía al comienzo de la intervención, que esta ley trata de decir que aquí hay un Estado solidario, que piensa que la salud de una sociedad es función del Estado regular el sector mixto, por supuesto, pero

que del rol del Estado no sólo regula, sino que es el que tiene que asegurar la equidad en aquellos sectores o aquellas situaciones en las cuales la salud no va a llegar y que el mundo económico no lo va hacer nunca. Aquí es un Estado que hace la tarea, que deja establecido que la gravitación fundamental, se hace desde atención primaria. Y que para hacer esto nosotros reconocemos tres grandes actores. El actor humano, que es el equipo de atención primaria, que se regula con un reglamento. El actor técnico, que significa programas normados por el Ministerio. Y el actor económico, que para tener este personal y estos programas adecuados, tiene que haber un personal regulado y con recursos adecuados.

Yo creo que el estatuto trató de responder esas tres preguntas, cuando ustedes lo puedan leer, esperamos que lo puedan leer como nosotros lo leemos. Este estatuto, ahora la última emisión de voz, como dicen los profesores de castellano, después de un largo proceso de trabajo interno, donde se enriqueció con el diálogo, con los trabajadores, dos a tres veces por semana en nuestra comisión, dos a tres veces por semana con los trabajadores, once versiones sucesivas del documento que ustedes conocen. Ese documento se hizo en base de la versión número cinco, en este momento el articulado que llevamos a los Ministros es la versión número once. Así que realmente hubo un proceso de enriquecimiento y yo tengo conmigo las once copias para la historia, donde ustedes van a poder ver y con fecha, la ley decía a, y el próximo borrador dice b, por lo tanto nosotros podemos documentar específicamente cómo este proceso se fue regulando y enriqueciendo. Después de este largo proceso de 5 ministerios, se presentó antes de ayer al consejo de ministros, el consejo de ministros que ya conocía el documento. Lo reconoció como extraordinariamente bueno, diciendo que la bondad de ellos era su debilidad en el sentido que va a producir en el sector público una situación de meta a alcanzar que puede tener algún grado de problema, pero sin duda se reconoce que el sector amerita que esto se haga y los Ministros lo aprobaron con un voto de aplauso, diciendo que era un buen aporte. Que sin duda era muy superior al estatuto docente, porque realmente el estatuto docente es una cosa muy genérica, esto realmente regula el sector en forma adecuada y que la norma llamemos supletoria, esperamos que nunca se use.

En esta reunión de Ministros se estableció un itinerario de ajuste desde el punto de vista legal, porque algunas de las normas no se pueden hacer porque son inconstitucionales. El entusiasmo nos lleva a hacer cosas que cuando los abogados lo

toman dicen esto se puede. Nosotros hemos planteado, por ejemplo, obligar a las Municipalidades que pongan un porcentaje para atención de salud y eso no se puede hacer legalmente, lo grave de esto no es hagámoslo, a ver qué pasa, se lo mandan a la Comisión de Constitución y de ahí pasan meses antes que esto se pueda dirimir, por lo tanto, hay que realmente mirarlo en el contexto político, así que ahora está la parte del grupo legal del gobierno, mirando que todos los artículos no rompan la Constitución.

Segundo, ¿cuáles artículos necesitan un quórum calificado?, por lo menos tres artículos necesitan quórum calificado. La idea es que tengan los menos posible, que no existen votos suficientes para ese tipo de cosas, entonces por eso todavía estamos en esa parte de trabajo.

La conversación con los Diputados ahora fue muy buena, establecimos la necesidad de que esto se hiciera con la mayor prontitud, nosotros como atención primaria estamos pidiendo que esto se haga con algún grado de urgencia, es como norma todo un sector, las urgencias pueden ser mal recibidas por el Congreso, así que vamos a tratar en una primera instancia a ver qué velocidad tienen y llegar a un acuerdo. La señora Laura Rodríguez, como ustedes todos saben, está enferma, está su equipo con nosotros, pero en este momento está tomando la presidencia el señor Tohá, así que con él vamos a tomar un mecanismo de asegurar que esto sea un proceso lo más eficiente posible.

DEBATE

Doctor Hormazábal:

Creo que en la exposición del doctor Belmar en realidad el tema ha sido eludido. Bueno ha sido eludido desde que se hizo el programa de la concertación, desde que tuvimos la reunión como representantes de los trabajadores municipalizados en el 4º. piso del Ministerio.

Desde que se hizo el programa de la Concertación que se viene eludiendo el tema. Se nos ha acusado a quienes hemos tenido una opinión distinta de ser estatistas, anticuados, de ser personas que estuvieron al amparo de la dictadura, de ser personas que no tienen un conocimiento integral de la sociedad.

Y bueno, así y todo en el programa de la Concertación participaron muy pocas personas, siguen participando pocas personas y son los mismos de siempre, incluso son los mismos que controlan la Revista de Atención pPrimaria.

La participación de otros médicos no se da. Primero, el Ministro plantea una de las primeras cosas que dice es que los cambios democráticos obligan a replantear todo el proceso de atención primaria de acuerdo a principios, eso lo decía antes que fuera Ministro. Después él cambió su idea e insiste en que el proceso de descentralización pasa por la alcaldización. No va a cambiar ese proceso, Doctor Belmar. Las cosas que estamos viviendo en este día son las mismas que le dijimos nosotros en una reunión en julio del año 1989, se están dando las cosas como las dijimos, pero nadie nos creyó. Incluso algunos opinaban que estábamos fuera de tiempo. Bueno el tiempo nos ha seguido dando la razón y la inmensa mayoría de los trabajadores de la atención primaria están en desacuerdo con las propuestas ministeriales. Creo que el gobierno no ha avanzado en este proceso democrático, creo que usted está tratando de imponer un modelo técnico, no es un avance cuando usted dice que se van a gastar 10 dólares per cápita. En este libro que dice la herencia de los Chicago boys el gasto en el último tiempo es de 10 dólares per-capita, no es un avance.

Con respecto a que la democratización de las comunas va significar una mayor participación, un mayor impulso de trabajo, lo decimos hoy día, que no sabemos realmente que va a pasar mañana. Con la participación social yo pienso que será más nefasto, va a ser más negativo y los factores de riesgo por la política que impone un Ministerio van a ser mayores para la población. Porque ese médico que probablemente hasta gane un concurso y que es socialista, por ejemplo, va a ser cuestionado por el concejal de Renovación Nacional y si el que gana es de la UDI y la mala suerte que le toca estar en la comuna de El Bosque, por ejemplo, podría ser cuestionado políticamente, ése es el gran riesgo y ese riesgo va a existir.

Nosotros votamos por la propuesta del estatuto de la salud y fue rechazado. Ahora yo no sé si al gobierno le interesa la opinión de los trabajadores de la atención primaria. Todos los criterios todas las conversaciones que se han dado han sido negativas. Yo me acuerdo que usted fue a inaugurar el Consultorio "Amador Neghme" hace más de un años atrás y nos dijo que a más tardar en marzo de este año 1991 la atención primaria de todo Chile iba a tener carrera funcionaria, lo cual no fue efectivo.

Podemos continuar, pero no se trata de rebajar el nivel. Lo que a nosotros nos interesa y los trabajadores de atención primaria tenemos una postura que es bien clara, los funcionarios debieran ser uno solo en este país. La salud en Chile, por lo que se ha visto por la parte técnica, por la historia, por todo debiera

estar centralizada en cuanto al estudio técnico, de hecho lo está, y la tecno-burocracia que usted va a seguir implementando, porque hay nuevos 60 funcionarios de las DAP, que son generales sin tropa, por lo tanto esa descoordinación va a seguir.

El otro punto es el financiamiento, en este momento al país le está costando más caro mantener toda esta infraestructura municipalizada, que hacer una vuelta al Servicio. En este momento se llega a las aberraciones de que se discute mucho que las Isapres tienen un gasto cercano al 20% del gasto de administración y resulta que en las corporaciones municipales se está llegando hasta un 35% en gastos administrativos y se está gastando en algunas corporaciones hasta 60 dólares solamente en atención primaria por cápita al año.

Creo que el problema es tan serio, que no es un problema de tipo personal con usted ni nada por el estilo, pero urge de que la voz de la gente que ha tenido experiencia de trabajo, de la gente que está actualmente trabajando en este momento en los consultorios. Sabemos que en este momento hay serios problemas de recursos humanos, hay serios problemas en los equipos y usted lo sabe muy bien, y la gente está frustrada, porque ve que las expectativas que se plantearon en este gobierno no se están cumpliendo, y no se están cumpliendo no por un problema de voluntad, sino por un problema de tozudez de algunas personas.

La mayoría de los directores de los servicios, de las DAP del país están en contra del proceso de municipalización. En Aysén se ha revertido el proceso, en Santiago existen consultorios que pertenecen al Servicio debemos, entonces por lo tanto aquí hay una incongruencia muy grande. Nosotros al Colegio Médico le hemos planteado ustedes están favoreciendo una política de generar trabajadores de primera clase y trabajadores de segunda clase.

La solución es bien clara y sencilla, aquí la solución es clara y ejecutiva. Ley 15.076 para todos los médicos de Chile, tan sencillo como eso, estatuto administrativo de la salud para los hospitales, clínicas y todo que garantice un mínimo. Tan sencillo como eso. No hay que hacer acomodos políticos, no hay que hacer reuniones, no hay que hacer negociaciones, no hay que hacer largas argumentaciones. Una propuesta muy clara, se puede votar, se puede exhibir.

Ahora eso es de una agilidad administrativa asombrosa, yo creo que hasta el mismo general Pinochet está sorprendido de la agilidad con que eso se puede hacer. Pero bueno, por ello es necesario sacarse las influencias que tienen algunas autoridades, que están siendo influenciadas por una política

sociológica mundial. Esto no es un hecho aislado, esto es un paradigma mundial. Aquí ha habido ciertas cosas y más tarde, yo creo que habría que discutir las con algunas ONG en el cual existe el paradigma sociológico, de que la descentralización un proceso anárquico, se confunde muchas veces lo que es la descentralización con la tendencia de que todo el poder pase a las bases, y en este momento no está siendo así. Porque en este momento las bases están opinando y están diciendo, bueno descentralización nosotros opinamos, nosotros tenemos poder de decidir, nosotros decimos no, pero la autoridad de arriba dice sí, y al final quien va a ganar, yo estoy seguro de que va a ganar la autoridad actual.

Quisiera que me respondiera solamente una pregunta. Si usted realmente va a escuchar la opinión de los médicos, de Chile, ¿va a escuchar la opinión de los trabajadores de la atención primaria de Chile, o no? Quisiéramos tener respuestas antes del próximo año. Pinochet no nos escuchó y nosotros no pudimos cambiarlo. Desgraciadamente no es un problema con el gobierno, si no que con algunas autoridades de la tecno-estructura que están basados en un paradigma mundial, que no es aplicable a la realidad chilena.

Habla un Participante:

Cortito, porque no he aprendido a hablar tan bien como el colega, que se tuvo que hacer dirigente sindical para poder defender lo que es la atención primaria en algunas comunas del país.

Yo creo que si la respuesta va a ser no, que no se les va oír la opinión, debíamos meter la parte de la dirigencia sindical como puntaje para los cargos, porque realmente si una persona no está organizada, no vamos a seguir teniendo ninguna defensa en la atención primaria.

Soy pediatra salubrista con 15 años de servicio, magister en salud pública, pediatra con beca de retorno, con un generalato de zona. Fui despedida con fecha 21 de noviembre 1991 por el alcalde de San Ramón, argumentando que yo hacía política.

En lo particular soy pediatra salubrista por amor a las dos profesiones y me dediqué a la atención primaria, porque creo que es la gran alternativa de salud de los países en vías de desarrollo, como el nuestro, y daré mi vida por conseguir al menos que las autoridades de salud actuales escuchen nuestra opinión.

Nosotros, Dr. Belmar, le pediríamos que no apure a nadie para que los estatutos se aprueben, porque nosotros no estamos de acuerdo con la municipalización y estamos trabajando ahí, entonces no quere-

mos que los estatutos estén aprobados, porque con ello consideramos que firmamos nuestra sentencia de muerte y somos para siempre municipalizados.

La experiencia que se vive en municipalización es tremendamente traumática cuando usted se encuentra con el grupo organizado político, y no tiene experiencia más que ser un profesional dedicado a la salud, de manera que yo creo que si usted tiene la experiencia viviente, y tiene un despido de un médico salubrista, con una gran dignidad profesional que ha dedicado su vida a esto, yo creo que no hay que buscar más pruebas. Mi cargo está ocupado en este minuto por una persona que lleva dos años de recibido, y que no tiene ningún currículum, de manera que yo creo que la pregunta la sigo manteniendo. Se nos va a oír al Dr. de atención primaria, sí o no. Yo me atrevo asegurar que más de el 90% no la quiere y sería como la primera pregunta.

Y la segunda cosa, si se va a mantenerla, hagamos por lo menos que todas las municipalidades tengan una corporación municipal, y démosle apoyo a los sindicatos de salud para poder seguir defendiendo, porque realmente ese es el verbo que hay que usar.

Habla otra persona:

Yo también rechazo el estatuto propuesto y debo aclarar que nos dieron solamente los antecedentes y algunas características del proyecto de estatuto, o sea, ni siquiera tuvimos una información adecuada.

A nosotros nos plantean, nos preguntan mucho sobre la participación como trabajador y yo, como hemos visto, dirigente de una federación y que nos conocemos en bastantes oportunidades con el doctor Belmar, no hemos tenido participación real. Entonces nos cuesta entender a qué llaman ustedes participación, y más aún en lo que se refiere a la municipalización, que vemos que se legalizaría con este probable estatuto, cómo serían las formas concretas de participación de la comuna se fijaron política, en dónde van a participar ponencias, cómo será el mecanismo de tarea de votación en relación a las decisiones a tomar.

Y por otra parte, me interesa saber cómo usted logra la igualdad o la posibilidad de tener acceso a la salud en zonas que no son generadoras de recursos, vale decir, que como en el área sur nosotros no tenemos grandes industrias, no tenemos grandes entradas de ingresos, por lo tanto la comuna prácticamente va a tener muy poco aporte extra, además de lo que da el Estado, por lo tanto nosotros seríamos condenados, como somos condenados epidemiológicamente por la realidad que estamos viviendo en salud.

Todas las plagas que pasan en el país los tenemos nosotros. Entonces, por lo tanto, cómo resuelve usted una situación que en el área sur se ve muy marcada con muchas dificultades para resolver lo que son los problemas, en relación a otras áreas o en otras regiones del país, vemos una gestión local, participativa, pero no vemos que pudiera haber una igualdad, vemos más bien las desigualdades.

Ahora, con respecto a los trabajadores, en relación a los sueldos, usted plantea un piso que es el sueldo base, van haber comunas que van aceptar con más sueldo a las personas, por lo tanto, si yo no tengo mi compromiso con mi comuna, con mi gente, yo voy a tener el derecho a optar por un sueldo mejor, porque lógicamente otras comunas ya lo están pagando. Así habrán profesionales mejor pagados que otros. El estatuto no regula ni siquiera los sueldos.

En relación actualmente ustedes están perdiendo a la gente que están por compromiso, han pasado toda una dictadura, han pasado todo un daño como funcionarios y los van a perder si ustedes no le reconocen esta situación de posibilidades de arreglo de reconocimiento como trabajadores, eso es básicamente la forma como plantea la remuneración.

Dr. Guillermo Salgado del DAP del Servicio de Salud Sur:

Me quiero referir, no tanto en relación al estatuto mismo, sino en relación a la coherencia del sistema de salud público chileno.

No quiero entrar en la discusión en los detalles del estatuto, pero del punto de vista general me parece preocupante que el desarrollo y el enfoque que se le da al sistema de salud público chileno se enfrente en forma parcializada, es decir, primero es un estatuto de la atención primaria mientras no se dice nada con lo que va a ocurrir con los hospitales, con los servicios de salud. En tanto está totalmente poco claro lo que pasará con los servicios particularmente referente las limitaciones que tienen a su capacidad de operación, su capacidad de desarrollo, su capacidad de manejo financiero.

En mi opinión el sistema de salud público chileno requiere un cambio sustantivo para ser un sistema exitoso, para poder enfrentar los problemas de salud pública de la población, y ese cambio tiene que ser un cambio coherente, tiene que ser un sólo enfoque en mi opinión, no un enfoque parcializado por sectores, la atención primaria va para trabajadores de una calidad, no sé si primera o segunda, como dice el doctor Hormazábal, y por otro lado todo lo que son los servicios de salud.

En mi opinión, si la ley propuesta se aprueba, esa

dicotomía va a continuar y el sistema de salud pública chileno va a seguir teniendo las debilidades y las incoherencias que tiene.

Rodrigo Díaz:

Yo trabajo en el Hospital de San Fernando, no en atención primaria, soy vicepresidente del Consejo Regional y estuvimos esta semana, el día lunes, nos reunimos para tratar estos temas.

Entre otros estaba el director regional, el jefe del DAP, directores de consultorios, lo envió su opinión los del capítulo de atención primaria. Es unánime la opinión de no aceptar la municipalización, y hacemos los mismos reparos con respecto al estatuto que parte confirmando algo que no se acepta.

Tenemos la información que tanto los directores regionales, como los directores de DAP, no están de acuerdo con este sistema y vemos que no es un asunto de gobierno, sino es más bien de un sector que quiere imponer un sistema, que básicamente los funcionarios, los trabajadores, gran parte del Colegio Médico no está de acuerdo. Yo creo que hay que partir desde ahí la discusión y no aceptando un estatuto que produce un rechazo tan grande como el que se ha visto aquí.

Yo trabajo en un hospital se ve que hay mas cargo, hay mas recursos, faltan menos medicamentos, ha habido una mejoría. Por el contrario, en la atención primaria cada vez a pesar de entregarse más recursos la atención es más deficiente y hay serios problemas y es porque el sistema de fondo hay que plantearlo en términos distintos, como planteó el Ministro de Salud, lo que leyeron poco rato atrás, yo creo que la discusión tiene que ser planteada en esos términos y las autoridades deben escuchar al Colegio Médico a los funcionarios que trabajan en atención primaria.

Habla Berna Franco, dirigente sindical del área oriente:

Realmente yo parezco que vengo de otro mundo. Nosotros, como área oriente, al tener otra realidad, nos sentimos que estamos de acuerdo con la municipalización, lo que nosotros como trabajadores siempre hemos pedido, es el hecho de que estemos regulados, porque realmente nosotros como área oriente y en lo particular como consultorio hemos tenido una gestión local ha habido mayores recursos. Pero realmente al analizar seriamente estos antecedentes del ante proyecto no estamos de acuerdo, porque realmente nosotros como trabajadores queremos una real participación en la elaboración de este estatuto, y no nos podíamos pronunciar respecto de estos antecedentes, pero como trabaja-

dores nosotros pedimos que se nos regulara la situación.

Ahora en lo personal, yo creo que nosotros, por ser entre comillas un "área privilegiada", hemos tenido ventajas con la municipalización. Pero al pensar que seguiría existiendo esta diferencia entre las municipalidades pobres y las ricas, realmente sentimos que no hay una equidad en la entrega de la salud a toda la población, conociendo un poco la historia de lo que pasa en el área sur realmente da como temor de que se implante este tipo de municipalización donde no se generan los recursos en esas municipalidades.

Nuestra petición es que queremos un estatuto único de la Salud. Porque la historia nos cuenta que cuando se ha legislado generalmente para los trabajadores municipalizados, se ha legislado como para trabajadores de segunda clase. Es por eso también que nos gustaría conocer antes de que se vaya al parlamento, la totalidad de los articulados de este estatuto, no queremos urgencia al respecto, queremos realmente que si se va a legislar, se legisle con el pleno conocimiento y con la plena autoridad que nosotros como trabajadores también tenemos en la gestación de este documento.

Doctor Belmar:

Yo desgraciadamente tengo otras actividades, así que yo le pediría que dejáramos hasta aquí. Aquí estoy simplemente porque nuestro deseo es participar y oír opinión, a mí me informaron de esta actividad. El Doctor Cavala contactó y se hizo saber que existía esta reunión y que yo debería hablar a las 11, yo estaba en una reunión con diputados y me hice un hueco para venir, eso responde a la primera pregunta, en el sentido que nosotros queremos realmente oír, y de hecho cuando nosotros entregamos el documento hubo cambios importantes, de hecho nosotros nos reunimos con la directiva de los trabajadores, dos veces por semana por un mes, y en esas reuniones siempre participaron más de 20 personas y algo se hablaría ahí en ese tiempo que permitió que se pusieran cambios en el estatuto, vinieron personas de todo el país, habían dificultades económicas y nosotros como Ministerio ayudamos en los pasajes para que los trabajadores pudieran venir.

Nuestro equipo trató de representar dentro de la comisión las aspiraciones de los trabajadores y sus puntos de vista, pero como yo dije en un momento dado, hay distintas opiniones, hay distintos puntos de vista, y el gobierno toma todos estos antecedentes y trata de elaborar un producto que represente su responsabilidad como gobierno y su capacidad de

oír a todos los sectores, pero sin duda que este proceso no se ha agotado y yo quiero responder a la respuest: nosotros somos partidarios hemos tratado dentro de las comisiones que se produzca la comunicación y la entrega del articulado completo antes de que vaya al congreso, nosotros esperamos que se produzca en los próximos días y en este momento el Congreso está en receso así que no se puede presentar el estatuto.

Así que va haber ese mecanismo de conocer todos los principios, los principios están en la mesa y han sido presentados en foros, en discusiones nosotros hemos ido a todas las instancias de participación, así que yo creo que en este tipo de debate debemos mantener un determinado nivel y usar palabras de tipo derogatoria, yo creo que no ayudan a la comunicación a la democracia.

Nosotros como departamento de atención primaria hemos ido a todas las instancias, hemos ido a todas las invitaciones, de hecho hemos dejado de hacer otras responsabilidades por ir a los foros y a las conversaciones que nos enriquecen, como está y tratamos de dar los antecedentes por qué llegamos a esta situación.

Puede que no estemos de acuerdo en la democracia, no es consenso, es respeto a los puntos de vista y ustedes tendrán que respetar mi punto de vista y acusaciones de tecnocracia y tozudez no van ayudar, porque aquellos que han trabajado conmigo, yo creo que lo menos que tengo de tozudo y de tecnócrata, así que yo no voy a reconocer esas cosas, creo que es imprudente el lenguaje y nosotros hemos tratado de levantar. Acabamos de tener una reunión en este mismo edificio hace 48 horas y fue maravillosamente buena, no puedo decir lo mismo de la reunión de hoy día, por lo tanto nosotros exigimos un marco de respeto, eso no quiere decir que no vamos a ir y que tenemos miedo de confrontarlo.

Nosotros tenemos la puerta abierta de administración de atención primaria el que va a mi oficina, siempre encuentra la posibilidad de conversar conmigo, y a todas las invitaciones donde ustedes están nosotros estamos ahí, así que va a haber oportunidad y nosotros estamos oyendo lo que los trabajadores están diciendo.

Debemos reconocer cómo funciona la democracia. La democracia tiene un Ejecutivo que tiene un programa, el programa de la Concertación no tiene el volver la atención primaria a los servicios, no está en los programas de la Concertación, no es parte de este gobierno, por lo tanto no está. En estos momentos al no estar no quiere decir que no se puede incorpora.

En estos momentos el ejecutivo presenta un proyecto de ley para ser debatido y entregado a la

instancia de decisión que es el Congreso por lo tanto cuando ésto se envía al Congreso no queda allí, entra realmente al proceso que se establece en la democracia porque se establece el diálogo y por supuesto, lo que surga del Congreso va a ser la ley que vamos a respetar.

Ustedes como trabajadores o como fuerza social, tienen todo el derecho a usar todos los mecanismos dentro de la democracia para que esta información llegue y se legisle y represente lo que nuestro pueblo quiere, y no sacar los acuerdos por secretaría, y nosotros estamos oyendo, tratando de maximizar este documento para que llegue, y represente el sector, y que el Estado pueda cumplir su rol, nosotros hemos dado los argumentos porque creemos que hay que mantener la descentralización, porque ahora no tenemos municipalización.

Yo quisiera decir que yo tengo profundo respeto con la democracia y le he dedicado toda mi vida a la democracia no sólo a la salud, aquellos que nos tocó vivir todos los tiempos anteriores, y aquí hay muchas personas a las cuales no tengo que hacer declaraciones públicas, cual ha sido mi posición frente a ello. Creemos en la democracia y yo creo en la democracia en la comuna, yo creo profundamente, yo creo que el gran factor que no existe en la comuna es la democracia, cuando sea el voto popular que dirima las cosas, y no decir vamos a volver al servicio, porque el servicio es una actividad artificiosa. La comuna es una instancia real democratizada, yo creo que antes de que se tomen juicios y se rechacen abiertamente hay que darle el beneficio de la duda la democracia en la comuna. Esta es una ley simple con quórum simple, por lo tanto si se aprueba mañana, podrá cambiarse mañana con los votos correspondientes. Por lo tanto yo creo que hay que darle el beneficio de la duda a la democracia en el Congreso y yo creo que tenemos que tener municipalidades democratizadas, donde estos principios que pueden ser atacados.

Una persona que gana un concurso, nadie la puede sacar, excepto por un sumario administrativo o un comportamiento demostradamente negativo a través de un proceso. Pero no va a haber ninguna autoridad que la pueda sacar, y aquí no va a depender del alcalde, de si el diputado X tiene una enemistad con un funcionario. Ese funcionario es igual en el caso de un servicio público, su ideología no va a depender de su trabajo, el estatuto asegura eso, que va a haber un concurso ganado y nova a haber miles de concursos.

Y la otra situación específicamente al proceso de enriquecer este producto por supuesto, se puede enriquecer tanto en la discusión en el Congreso,

como en el proceso cuando ustedes tengan acceso ya al detalle que nosotros como ejecutivos demos conocimiento a los componentes de las letras como estos principios se van a implementar.

Yo quisiera decir que esto no es el foro final sobre el tema, yo creo que nosotros queremos mantener el diálogo, yo estoy abierto a ir a cualquier tipo de reunión o mi equipo, y estamos en los próximos días dispuestos a avanzar sobre este tema en el máximo posible. Yo entiendo que aquí hay mucha emoción porque todo el mundo ha sufrido en general y en particular en salud, yo creo que de alguna manera esta discusión está cruzada por una serie de factores de tipo psicológico y sin duda hay algunas cuentas que le quieren pasar al sector salud, y de hecho la van a pasar a nosotros: a atención primaria. Yo también entiendo esa realidad, pero creemos que esto es una

buena propuesta, creemos que la propuesta viene a la experiencia, nosotros hemos evaluado lo que se ha hecho hasta ahora, hemos visto que en aquellos lugares donde las condiciones se dan como en el estatuto, las cosas funcionan y realmente redundan en la mejor calidad que recibe la población. Así que nosotros tenemos suficientes antecedentes objetivos, no subjetivos de que esta propuesta es factible y que va a producir realmente una mejoría al sector.

Yo les pido disculpas de no poder participar en las condiciones quisiera, en este momento estoy haciendo un sacrificio muy grande; llegué a esta reunión y quiero decir que estamos dispuestos a recibir todo tipo de opiniones y de consultas, pero yo realmente no puedo continuar, porque tengo que seguir en otras obligaciones.