

SITUACION DE LA SALUD MUNICIPALIZADA DE VALDIVIA

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 2, 1992/ 35-38

Dr. José Luis González

Descripción

En la Provincia de Valdivia existen situaciones muy diversas en lo que a salud municipalizada se refiere:

En la Comuna de Valdivia existen dos Consultorios Municipalizados y uno dependiente del Hospital Base del Servicio de Salud. Uno de los Consultorios Municipalizados atiende una población superior a los 60.000 habitantes, con una dotación de profesionales y una planta física insuficientes. El otro, que atiende a alrededor de 12.000 habitantes, tiene a su cargo las Postas Rurales y también ha tenido problemas de falta de personal, especialmente en lo que se refiere a horas médicas.

En las 11 Comunas restantes de la Provincia de Valdivia, la situación es diferente si se trata de Comunas con Hospital del Servicio de Salud y Consultorios adosados, en cuyo caso sólo se traspasaron las Postas Rurales a la Administración Municipal. Es lo que ocurre en Corral, Lanco, Los Lagos, Paillaco y Río Bueno, donde son equipos del Servicio los que realizan las Rondas de Salud. En estos establecimientos predominan los Médicos Generales de Zona.

En La Unión, Comuna más importante después de Valdivia, existe un Hospital del Servicio y un Consultorio General Urbano Municipalizado.

En Panguipulli y San José de la Mariquina hay Hospitales particulares, de una Congregación Religiosa, y Consultorios Urbanos Municipales. Además, en la Comuna de Panguipulli, existen 2 Con-

sultorios Generales Rurales Municipalizados en las localidades de Coñaripe y Chashuenco, lugares donde el poco atractivo por aislamiento y otras circunstancias ha obligado a solicitar sean atendidos por Médico General de Zona, lo que hasta aquí, tampoco ha logrado asegurar la permanencia de profesionales.

Otras Comunas más pequeñas y con mayor proporción de población rural como Máfil, Futrono y Lago Ranco, cuentan con Consultorios Generales Rurales, atendidos generalmente por médico único contratado por la Municipalidad respectiva.

Condiciones de trabajo de los médicos y del personal

Prácticamente no quedan médicos en el sector municipalizado que hayan trabajado anteriormente en el Servicio de Salud, pero una proporción importante, por lo menos del 50%, del personal no profesional y parte de otros profesionales, enfermeras y matronas, laboran en los Consultorios desde antes del traspaso. Conviene tomar en cuenta que muchos funcionarios aceptaron y recibieron su desahucio en el momento del cambio de régimen laboral, de modo que, para las Municipalidades no existe mayor antigüedad en el sistema que la transcurrida desde la fecha del traspaso el que no fue simultáneo en todas las Comunas e, incluso, en la Provincia de Valdivia fue bastante posterior a otras provincias. Sin embargo, el traspaso significó un deterioro objetivo de la situación laboral para quienes lo sufrieron en términos de perder la posibilidad de carrera funcionaria, las imposiciones por el total de sus remuneraciones

y otras garantías como días administrativos y servicios de bienestar y capacitación.

Adicionalmente, la forma discrecional en que los Alcaldes y/o las Corporaciones Municipales de Salud asignaron funciones y responsabilidades, contrataron personal y establecieron remuneraciones, sin concursos ni criterios objetivos para reconocer antecedentes, méritos o calificación del desempeño funcionario, condujo a una desconfianza en el sistema por parte de los funcionarios y a una sensación de inestabilidad laboral que llevó a una actitud de servilismo más que desempeñar bien la función.

Este factor, unido al hecho de que las Municipalidades hacen aportes financieros propios muy disímiles, a la salud, según sus medios, el interés del Alcalde y del Codeco y la importancia política que le atribuyen a resolver el problema de la atención de salud en su Comunidad, producen una escala de remuneraciones muy diversa de una Municipalidad a otra y, como consecuencia, una enorme rotación de personal, especialmente médicos, con el consiguiente deterioro de la atención.

Por otra parte, hemos observado que, en la medida en que el Ministerio ha aportado más fondos incrementando el FAPEM tradicional, a través de programas de reforzamiento y de proyectos específicos, ha disminuido el aporte de fondos municipales propios, lo que mantiene disponibilidades presupuestarias sensiblemente iguales y deficitarias.

Participación comunitaria a nivel local

Desde que asumió el actual Gobierno se ha ido incrementando la participación comunitaria en forma muy lenta.

La realización de Talleres de Atención Primaria ha logrado despertar inquietud por participar en algunas personas de la Comunidad e inquietud por promover la participación en algunos miembros del equipo de salud.

El principal logro ha sido la percepción por parte de la Comunidad, de la salud como un fenómeno integral y no sólo como un problema de atención médica.

Sin embargo, se destacan algunos problemas:

– Las organizaciones comunitarias presentan grados muy distintos de organización, la que es especialmente baja en el sector rural.

– Hay una verdadera “autocensura” para la participación, con poca conciencia de protagonismo social.

– Sólo en algunas Municipalidades existe el convencimiento de la importancia de la participación comunitaria en salud, lo que frustra en gran medida los resultados de los esfuerzos de la DAP.

– Dada la alta rotación de los equipos de salud, es difícil obtener en ellos una continuidad de motivación para estimar la participación comunitaria.

– Algunos equipos locales caen en prácticas paternalistas, lo que termina por desincentivar la participación.

Programas y experiencias sanitarias

En la Comuna de Valdivia, se está desarrollando un Proyecto Kellogg de “Modelos de Atención Primaria”, que ha permitido dotar de material audiovisual a las Postas, aportar equipos de informática a los Consultorios y capacitar al personal y a líderes comunitarios en técnicas de educación popular participativa, adquirir un vehículo para educación y atención de salud y apoyar, en general, las iniciativas de los Consultorios en orden a implementar estrategias de atención primaria.

Esta experiencia está rindiendo frutos, pero es muy pronto para evaluar su continuidad y su probable éxito.

Tres Comunas de la Provincia cuentan con Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria que han permitido entregar más fondos para contratación de personal no profesional, aumentar el ítem presupuestario de farmacia y disponer de mayores recursos para capacitación.

Estas mismas tres Comunas, Lago Ranco, Corral y Panguipulli, están incluidas en un Programa de Bienestar Familiar para localidades rurales pobres, lo que ha permitido que los propios equipos locales en conjunto con la comunidad, hayan presentado Proyectos que apuntan, fundamentalmente, a mejorar las condiciones de saneamiento básico de Escuelas, Postas y Viviendas.

En el resto de las Comunas, la situación es muy diversa. En algunas, las autoridades municipales se han desentendido absolutamente del sector Salud y han confiado la conducción del Consultorio a Directores de su confianza, pero sin mayor apoyo, lo que conduce a una realización más o menos rutinaria de las actividades habituales.

En otras, el Alcalde mismo ha impulsado la realización de obras físicas que puedan ser publicitadas, como es la construcción de postas o la adquisición de equipo.

En general, a excepción de las Comunas con programas de apoyo, no se gestan ni se apoyan experiencias locales innovadoras.

Perspectivas de la salud municipalizada

Para abordar las perspectivas del sector salud en el ámbito municipal, es necesario considerar un cambio de escenario producto de las elecciones que se celebrarán, probablemente, a mediados de 1992.

Un Municipio generado democráticamente deberá preocuparse, en mayor grado que el actual, por asegurar el éxito de su gestión en un Sector tan sensible como es el de la atención de salud. Sin embargo, si no existe un conjunto de normas administrativas de cobertura nacional, se puede caer en una anarquía de manejo del sector, aún más desquiciadora que la situación actual. Es decir, las reglas generales del manejo administrativo de salud deben conformar un marco flexible, un "rayado de cancha", al que se sometan todos los municipios.

Por otro lado, es evidente que no existe voluntad política en el Gobierno para reintegrar el sector actualmente municipalizado al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Frente a esa realidad, lo que corresponde es buscar la manera de hacer más eficiente, equitativa, integral y participativa la actual atención de salud municipal.

El anteproyecto de Estatuto Docente Municipal, elaborado por el Ministerio, apunta en la dirección correcta, pero merece algunos comentarios:

- La dotación de salud municipal que se establezca debe considerar las estrategias de atención primaria. El conjunto de equipos locales municipalizados de la Provincia ha sugerido: 1 Médico, 1 Enfermera y 1 matrona por 3.000 habitantes. 1 Odontólogo por 5.000 habitantes. 1 Asistente Social y 1 Nutricionista por 10.000 habitantes.

Agregar un equipo completo (Médico, Enfermera, Matrona y Odontólogo) por cada 20 Rondas Rurales mensuales.

Una dotación establecida debe considerar una

planta de administrativos que va de 4 a 15 funcionarios según la población adscrita.

- El Estatuto debe considerar que los Médicos Municipalizados puedan acceder a Becas de Especialización y Misiones de Estudio en igualdad de condiciones con los médicos integrales y generales de zona.

El Estatuto debe ir acompañado del marco general administrativo, antes mencionado, y de una forma distinta de asignar recursos para la atención municipalizada. Se ha dicho con justa razón, que el actual sistema FAPEM es "intrínsecamente perverso", dado que privilegia la cantidad de acciones curativas, lo que atenta contra la calidad y contra los otros componentes de la atención integral, como son participación, educación, prevención, fomento y rehabilitación de la salud.

Existe un estudio de financiamiento elaborado por el Proyecto Minsal-Banco Mundial, para establecer un per cápita nacional y ponderadores que consideren las situaciones locales. En ese estudio no queda claro la base de cálculo del per cápita ni la participación de los equipos regionales o de cada Servicio en la determinación de ponderadores. Creemos que ambos cálculos deben considerar, aparte de la ruralidad y la situación socioeconómica, la distancia, la brecha que separa los índices de salud comunales de un promedio nacional aceptable.

Estimamos que una efectiva descentralización y modernización debe considerar los factores anotados: Participación de los equipos de cada servicio, determinación de factores comunes para el cálculo de los ponderadores, cálculo de un per cápita de acuerdo a necesidades y no a disponibilidades presupuestarias actuales, como meta a alcanzar en un plazo razonable, inclusión y ponderación adecuada, en la "canasta de prestaciones" de acciones que apunten a la integralidad de la atención como actividades educativas, intersectoriales y comunitarias, visitas domiciliarias familiares, financiamiento para instancias de coordinación y para el desarrollo de estrategias de participación social y de desarrollo de sistemas locales de salud.

Un nuevo enfoque de la salud municipal debe considerar también, el control y supervisión de cada servicio sobre aspectos financieros y de gestión administrativa, es decir, asegurar el respeto del marco administrativo de que se hablaba anteriormente.

DEBATE

Habla otra persona:

¿Cuánto costaba en plata?

Habla otra persona:

Daba un promedio, yo no sé si será aplicable a nivel nacional; creo que no tendría por qué serlo, pero alrededor de 12 mil pesos mensuales por funcionario el volver por lo menos nuestros recursos humanos a un estatuto común o a las disposiciones legales que rigen a los funcionarios del Ministerio. Si esto fuera así, y perdóneme los funcionarios municipales presentes, si esto fuera así, sería más barato volver por lo menos el recurso humano a dependencias del Ministerio que lo que costó reinsertar a los ex agentes del CNI en el Ejército, que costó una pelea tan grande el año pasado.

La pregunta al Doctor González es qué conocimiento de la posición de los funcionarios municipalizados de los consultorios de Valdivia hay al respecto de la postura nacional del movimiento de trabajadores municipalizados.

Doctor González:

Hay dos posturas diferentes, una es de los trabajadores no profesionales del sector municipalizado, cuyo anhelo es generalizado, así lo han manifestado en contacto directo que ha tenido el Servicio de Salud de Valdivia con ellos es volver al Ministerio, o sea, volver a depender del Ministerio en las mismas condiciones que el personal de los 5 escalafones que se componen las plantas ministeriales.

Con respecto a los profesionales, ha habido en el último tiempo reuniones con ellos, tanto por parte del Colegio como por parte del Servicio de Salud de Valdivia y aún aceptando que no se vuelva a atrás, ellos consideran que el sistema debe tener estas modificaciones de que hablamos, a que había hecho mención hace un momento atrás, fundamentalmente en términos de dotación, en términos de opción a concurso y especialización en las mismas condicio-

nes que los trabajadores que trabajan en las dependencias del Ministerio en el Servicio de Salud y en términos de un cambio en la forma de financiar el sector municipal.

Otra persona:

A si tienen alguna cifra en cuanto a qué ha significado la evolución de la cantidad de acciones de salud que se han hecho desde que se traspasaron algunos establecimientos a las municipalidades, ustedes allá, si ha significado un aumento real. Porque uno de los argumentos más socorridos para defender toda esta cosa de la municipalización es la cosa de aumentar recursos humanos, la posibilidad de aumentar la cobertura, si ustedes tienen alguna objetivación de que si eso es, sí o no.

Dr. González:

Bueno, algunas cifras tenemos y también tenemos una visión relativamente directa, yo no quería tocar nada personal aquí, pero en los últimos dos años de dictadura me tocó trabajar en un hospital misional, trabajé en el (no le entendí la palabra) todos los años de la dictadura y en Panguipulli, que es un hospital de monjas, y en el hecho veíamos en ese hospital todos los rechazos del consultorio, rechazos que no se reflejaron durante ninguno de esos dos años en las estadísticas que el consultorio enviaba al Servicio de Salud.

Posteriormente, hemos podido medir en parte esto, y la cantidad de consultas durante el período en que se municipalizó, fundamentalmente de consultas, disminuyó en alrededor de un 15% en la provincia en promedio después de la municipalización. El problema es que no se registró durante mucho tiempo yo diría hasta ahora hay un sub-registro importante del rechazo, por razones obvias, o sea, en la medida que disminuyen las consultas se acceden las municipalidades con más dificultad al Fapen, o sea, existen las facultades en los convenios, como para no pagar el 100% del Fapen a cada municipalidad si no llegan a las consultas programadas, de modo que es muy fácil ocultar el rechazo y en esta forma evitarse esta sanción económica.