



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS HISTÓRICAS

“Ser trabajador de los Servicios de Atención Primaria en Salud: municipalización, precarización laboral y organización sindical. Santiago, 1981 - 1997”.

INFORME FINAL DE SEMINARIO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADA EN HISTORIA

Seminario de Grado: Historia Social de Chile

Estudiante: Francisca Armijo Baeza

Profesor Guía: Gabriel Salazar Vergara

Marzo de 2017

“Más difícil aun cuando las condiciones materiales de vida que imponía el esforzado y mal pagado trabajo cotidiano en los hospitales y consultorios tendía a apagar en funcionarios, médicos y paramédicos, el fuego inicial de la utopía”.

María Angélica Illanes.

A Paula, mi mamá, mi confidente, por apoyarme incansablemente.

*Por enseñarme el valor del estudio y por impulsarme siempre a superar todos los
obstáculos que la vida nos presenta.*

A mis hermanos, Esteban y Paula, por su cariño y compañía.

A mi amiga María Luisa, por acompañarme en todo lo que me he propuesto.

A mi amiga Eliana, por su amistad imprescindible.

A Pablo, mi compañero de todos los días.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a mi profesor de historia de enseñanza media, Carlos Torres, quien fue parte esencial en mi formación escolar, no sólo por contagiarme el gusto por la historia sino también por plantearme desafíos en el plano del aprendizaje y del conocimiento. Nunca olvidaré su amor y compromiso con su profesión.

Agradezco también la formación académica de los profesores Pablo Artaza y Gabriel Salazar, quiénes desde el primer día de clases en la licenciatura, me enseñaron la importancia del estudio y del compromiso con la creación de conocimiento.

A Mirtha y Carolina, por abrirme las puertas de la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipal y hacerme sentir en casa, cuando parecía imposible conversar entre tanta actividad que había en la sede.

A Gislina, Marta, Soledad y Leandra, por recibirme muy amablemente en el Centro de Salud Familiar de la Villa O'Higgins en La Florida y por su disposición a colaborar con esta investigación en todos los ámbitos.

A Aurora Araos, por una de las conversaciones más interesantes que he tenido en los últimos años.

A Carmen Sepúlveda, Carlos Carrillo y Rodrigo Carrillo, por ayudarme siempre que lo necesité. Por su cariño de todos los días.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
FINALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN	9
METODOLOGÍA.....	10
PRESENTACIÓN DE LAS ENTREVISTADAS.....	11
ABREVIACIONES	12
CONSIDERACIONES TEÓRICAS	13
SOBRE LA CATEGORIZACIÓN DEL TRABAJADOR PRECARIADO.....	13
a) Trabajador de la APS: explotación continua de la vida cotidiana.....	13
CAPÍTULO I: DEL SNS A LA MUNICIPALIZACIÓN. DEL FUNCIONARIO PÚBLICO AL EMPLEADO PRIVADO	17
EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS): EL GRAN OBSTÁCULO EN LA MUNICIPALIZACIÓN DE LA SALUD	17
a) Antecedentes y mirada ideológica de la salud en el SNS.....	17
b) Elementos teóricos en la consolidación del SNS.....	20
LA DISCUSIÓN SOBRE EL ROL DEL ESTADO.....	22
a) Centralismo y burocratismo	22
MUNICIPALIZACIÓN Y DESMANTELACIÓN DEL SNS.....	26
a) El plan piloto y el traspaso de los servicios a las municipalidades.....	26
b) Estructura municipal de administración.....	29
c) Financiamiento de la salud municipal	30
LA DESARTICULACIÓN.....	33
a) La contradicción: las realidades comunales v/s la municipalización de la Atención Primaria en Salud.....	33
CAPÍTULO II: LA PAUPERIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD Y DE LOS TRABAJADORES 37	
a) Condiciones de la APS post golpe	37
b) Pérdida de beneficios, deterioro administrativo y técnico	41
c) Problemáticas de la Atención Primaria actuales.....	48

CAPÍTULO III: ¡IGUAL TRABAJO, IGUAL SALARIO! EL DESPERTAR DE LOS TRABAJADORES DE LA APS	49
DE LA RABIA A LA ORGANIZACIÓN: LA FUNDACIÓN DE LA COORDINADORA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	49
EL NACIMIENTO DE LA CONFUSAM.....	57
a) Principios de la organización.....	57
b) Las demandas de la CONFUSAM.....	60
CAMBIO DE PARADIGMA: UNA NUEVA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MUNICIPALIZACIÓN	62
a) Municipalización versus municipalismo.....	62
b) Los alcaldes, el municipio y los consultorios	64
CONCLUSIONES.....	67
BIBLIOGRAFÍA	70
FUENTES.....	70
LEYES CONSULTADAS	70
BIBLIOGRAFÍA	71
RECURSOS ELECTRÓNICOS.....	72
ANEXOS	73
Anexo 1: Entrevistas	73
Entrevista N°1	73
Entrevista N°2	81
Entrevista N°3	84
Anexo 2: Boletines INFUSAM	91

INTRODUCCIÓN

La Historia de la Salud en Chile es una sola: El colapso reciente del Hospital San José no es una realidad nueva, como tampoco lo son la espera, las atenciones precarias y un sistema de Salud que nunca ha estado en sintonía con las necesidades reales de nuestra sociedad, sobre todo desde 1973 en adelante. Tampoco es una realidad nueva el ingenio y valentía con que los trabajadores de la salud han enfrentado las condiciones laborales y de vida que les han sido impuestas por un sistema económico y político que nada ha tenido que ver con la concepción de una salud pública, integral y digna para Chile.

Sin embargo, este escenario no ha significado pasividad ni inmovilismo, pues la lucha organizada de los funcionarios de la Salud Pública tiene trayectoria en nuestro país. Recordemos la década de 1960 los episodios que han sido denominado por la historiadora María Angélica Illánés como “Las Gloriosas Jornadas de Agosto”, donde los trabajadores de la Salud iniciaron numerosas huelgas y manifestaciones que tensionaron el debate nacional y la concepción sanitaria que se estaba imponiendo en Chile, realzando la problemática humanista-social de la medicina y la lucha por sus reivindicaciones. Jornadas en las que se vio a los trabajadores de la salud en las calles enfrentándose a la policía, empapados, gritando, desafiantes.

A pesar de lo importante que pueda significar la trayectoria y la perspectiva de los trabajadores, ha sido bajo el registro y las investigaciones provenientes del campo de la historia que han profundizado sobre los sujetos históricos que han impulsado y vivido los cambios y transformaciones en el campo de la salud. Aspecto que motiva esta investigación y que pretende aportar en el rescate de una memoria colectiva desde los mismos protagonistas.

En la siguiente investigación me abocaré a la caracterización de las condiciones de vida y laborales de los trabajadores de los Servicios de Atención Primaria, en el

marco de la municipalización de la salud y de las vías alternativas que levantaron los trabajadores frente a un proyecto de vida y de sociedad que quisieron transformar.

¿Es posible afirmar que la precarización laboral en la Atención Primaria devino de la municipalización de la salud? ¿Fue la condición de precariados lo que motivó la organización sindical en la APS?

Frente al contexto de privatización y de extensión de la política neoliberal de la dictadura militar, la figura del funcionario público de los consultorios se vio en gran parte transformada, no sólo por el forzado traspaso hacia la condición laboral de empleado privado, sino por lo que implicó en la cotidianeidad de los trabajadores. Investigar las transformaciones del sector salud y por tanto del desarrollo de las políticas sanitarias en Chile bajo el punto de vista histórico de los funcionarios de la salud primaria, en tanto influyeron en la construcción de un sujeto precariado que buscó organizarse para revertir esta situación, es uno de los desafíos más grandes que se propone este trabajo. Pues la profundización de episodios de la vida cotidiana y su reflexión sigue siendo una deuda desde el ámbito académico.

Es por ello que la siguiente investigación tiene como eje los relatos de las trabajadoras de la salud municipalizada a fin de devolverles el protagonismo de su misma historia, acallada por este modelo político y económico que ha intentado esconder sus opiniones, sus historias, su descontento, mediante la institucionalización de sus demandas, pero que, y a pesar de ello, se han fortalecido y dignificado con una organización sindical que les ha permitido acompañarse y exigir lo justo.

FINALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

Como objetivo general me planteo analizar el impacto del proceso de municipalización y privatización de la salud en las condiciones laborales de los trabajadores de los Servicios de Atención Primaria en Santiago, 1981 - 1997. La intención de esta investigación es profundizar sobre los factores que llevaron a los trabajadores de la salud a cambiar las dinámicas y prácticas cotidianas de sus vidas en el escenario de precarización y municipalización de la salud, mediante las legislaciones y políticas en el área de salud y que finalmente los motivaron a reorganizarse en la Coordinadora de Atención Primaria en 1989.

Objetivo específico 1: Identificar y analizar las políticas y mecanismos legales que condujeron a la precarización laboral de los trabajadores de la salud primaria, en el contexto de la municipalización de la salud. Con este objetivo pretendo evidenciar las relaciones entre la legislación laboral y políticas de salud de la época con la pauperización de las condiciones de vida y laborales de los trabajadores de la Salud.

Objetivo específico 2: Caracterizar el impacto de estos mecanismos y prácticas en las condiciones de vida de los trabajadores de los consultorios. Con este objetivo pretendo dar cuenta de la cotidianidad de los trabajadores de la salud y de las implicancias de los elementos analizados en el objetivo 1.

Objetivo específico 3: Analizar y comentar las propuestas y proyectos alternativos que levantaron los trabajadores de la salud en resistencia a la precarización laboral y social, con especial referencia en los ámbitos gremiales y políticos. Finalmente, con este objetivo pretendo analizar la respuesta organizativa de los trabajadores de la salud y de proyecto transformador, frente al contexto de municipalización y por tanto de la creación de la Coordinadora Nacional de Trabajadores de Atención Primaria en Salud, con énfasis en el pliego de demandas que levantaron y el proyecto que sustentaba dicha organización y que dio paso a la creación futura de la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada en 1997.

METODOLOGÍA

Para la realización de los objetivos que he propuesto para esta investigación utilizaré métodos propios de la investigación cualitativa, desde donde recurriré a fuentes primarias como la obtención de testimonios personales y colectivos a partir de la realización de entrevistas y mediante fuentes secundarias en la consulta de cuerpos legales, boletines, documentos institucionales. En cuanto a las fuentes primarias, las obtendré dirigiéndome a los Centros de Salud Familiar, consultorios de la Región Metropolitana y sede de la CONFUSAM ubicados en la comuna de La Florida y Santiago Centro, respectivamente. Donde entrevistaré a trabajadores de la salud y dirigentes de la Salud Municipalizada. De esa forma, el enfoque estará en la entrevista a enfermeras, asistentes de la salud y dirigentes de la APS.

En cuanto al primer objetivo que persigue esta investigación, recurriré a bibliografía asociada a la temática, a cuerpos legales, boletines, documentos institucionales, cuadernos médicos-sociales. Desde donde obtendré recursos para el análisis de: la Constitución de 1980, de los Decretos Ley correspondientes al traspaso de los consultorios dependiente de los Servicios de Salud a las municipalidades, el Plan Laboral, desde el Decreto Ley N° 2.200 sobre “contrato individual de trabajo”, Decreto Ley N° 2.756, Decreto Ley N° 2.758, Decreto Ley 2.763 y Reforma de la Previsión y el Código del Trabajo, pérdida de beneficios de la Carrera Funcionaria y Estabilidad Laboral.

En cuanto al segundo y tercer objetivo que he planteado, recurriré a la entrevista en la sede de la CONFUSAM, del Ministerio de Salud y de sindicatos comunales de la CONFUSAM. Con ello, buscaré registros históricos (boletines, archivos) y relatos personales acerca del foco que confiere al objetivo 2 y 3. Allí contemplaré entrevistas para abordar el campo entre trabajadores de la salud, funcionarios públicos del ministerio de salud y dirigentes de las organizaciones asociadas a la investigación.

PRESENTACIÓN DE LAS ENTREVISTADAS

Como hemos señalado en la metodología de la investigación, las entrevistas y relatos orales de trabajadoras y dirigentes de la salud municipalizada fueron claves para la realización y colaboración en el cuerpo de este trabajo, es por ello que es pertinente presentar a cada una de ellas. Todas trabajadoras de la salud municipalizada y afiliadas a la CONFUSAM.

Carolina Espinoza (45), trabajadora social de profesión, Dirigenta Nacional de la CONFUSAM (Encargada Comisión Igualdad de Oportunidades) y dirigente de la Asociación de Funcionarios CESFAM. Asociación de Base Consultorio Yazigi de Lo Prado y afiliada de la Federación Centro Occidente Metropolitana.

Aurora Araos (65), enfermera de profesión, Dirigenta Nacional de la CONFUSAM (encargada de la Comisión Jurídica, Capacitación y Técnica). Asociación de Base Cesfam El Manzano, comuna de San Bernardo y afiliada de la FREMESAM.

Gislina Reyes (55), enfermera de profesión, Dirigenta Nacional de la CONFUSAM (Encargada Comité de Pensionados), Dirigenta de Base Asociación de Funcionarios de la comuna de La Florida (AFUSALUD RM), Dirigenta Federación Metropolitana FREMESAM.

Marta, Leandra y Soledad, técnicos en enfermería de profesión, afiliadas a la Asociación de Funcionarios de la comuna de La Florida (AFUSALUDRM).

Mirtha Inostroza (64), técnico en enfermería de profesión, Dirigenta Nacional de la CONFUSAM (Encargada de Tesorería), Asociación de Base Consultorio Carol Urzúa de la comuna de San Bernardo y afiliada FREMESAM.

ABREVIACIONES

AFUSAM: Asociación de Funcionarios de la Salud Municipalizada

APS: Atención Primaria en Salud

CONFUSAM o “Confu”: Confederación Nac. de Funcionarios de la Salud Municipalizada

FENPRUS: Fed. Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud

FREMESAM: Federación Regional Metropolitana de la Salud Municipalizada

MINSAL: Ministerio de Salud

PEM: Programa de Empleo Mínimo

POJH: Programa de Ocupación para Jefes de Hogar

SNS: Servicio Nacional de Salud

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

SOBRE LA CATEGORIZACIÓN DEL TRABAJADOR PRECARIADO

a) Trabajador de la APS: explotación continua de la vida cotidiana

La categoría de análisis que motiva la investigación tiene sustento en los factores que influyeron en la construcción de una realidad laboral pauperizada para los trabajadores de la salud. Es por ello que este apartado tiene como objetivo discutir el concepto de trabajador precariado y el contexto global en el que se inserta este modo de explotación laboral, que no sólo trae consecuencias en el ámbito del trabajo sino también del proyecto de vida de los trabajadores.

De esta forma, un análisis interesante sobre el tema ha sido desarrollado por Daniel Núñez¹ que desde el ámbito de la sociología señala que de las tesis neoliberales sobre la concepción del trabajo surge el planteamiento de la flexibilización laboral, la que se entiende como la eliminación de las trabas que impedirían que los mecanismos propios de mercado se encarguen de “forma espontánea” de regular los salarios y el empleo a las condiciones de mercado.

En este sentido, esa regulación del mercado como desregulación de las actividades, promueve la eliminación de regulaciones jurídicas incluyendo aquellas que son ejercidas por los mismos trabajadores asociados en sindicatos que limitan y presionan en la contratación de trabajadores en las condiciones que impone el empleador. Aspecto que Núñez ejemplifica con la ley del salario mínimo que limita la demanda del trabajo en tanto “*impone trabas a la contratación de los trabajadores en las condiciones que requiere el empleador*”², ya que los teóricos neoliberales proponen la necesidad de que esta sea reducida o lisa y llanamente eliminada, para que el salario sea regulado por el mismo mercado.

¹ NÚÑEZ, D. *Notas sobre el concepto de Flexibilidad Laboral y su aplicación en Chile*. Santiago, 2004.

² *Idem*.

Esta concepción de flexibilidad laboral se aplica en Chile a partir del golpe de Estado y, concordando con Tetelboin, se intensifica con la aprobación del Plan Laboral diseñado en ese entonces por el ministro del trabajo José Piñera. Este plan buscaba terminar con el carácter regulador de las relaciones laborales que hasta ese entonces tenía el código del trabajo, y desde donde es posible distinguir tres componentes de este modo de explotación laboral.

El primero de ellos corresponde a la flexibilidad del empleo, es decir, a la capacidad de aumentar o disminuir el personal de planta sin tanta rigidez legal. En segundo lugar, la flexibilidad salarial, que es la capacidad del mercado para ajustar el valor del salario según sean sus necesidades. Y finalmente, la flexibilidad intersectorial del trabajo, que refiere a la capacidad de movilidad que poseen los trabajadores para ocuparse en cualquier segmento del mercado laboral sin mayores restricciones.

Agacino ha planteado que aquellos componentes y el modo de comportamiento del mercado del trabajo ha adquirido un rol estratégico, que es observable en períodos de crisis y en períodos donde se ha alcanzado un acelerado crecimiento económico, donde los procesos de ajuste estructural y de reformas económicas *“no sólo encierran altos costos sociales durante el ajuste, sino además, tal resultado exitoso desde un punto de vista macroeconómico, tiene como efecto (y condición) un estado de mayor vulnerabilidad y desprotección estructural de los trabajadores”*³.

Bajo estas definiciones, Gómez⁴ plantea que la flexibilización laboral como una forma de precarización de las condiciones de trabajo –en tanto condición de trabajador precariado– es el resultado de una desestructuración de la clase obrera, pues no constituye de por sí una realidad político-organizativa identificable, sino que *“su condición es la de fuerza de trabajo, individuos agregados con intereses distintos”*⁵. La condición de precario entonces rompe con esa “vieja distinción” entre tiempo productivo y tiempo improductivo, pues la precariedad es concebida como esa

³ *Idem.*

⁴ GÓMEZ, A. *El trabajador precario y la construcción del precariado como sujeto del cambio*. Universitat Pompeu Fabra.

⁵ *Idem.*

explotación continua no sólo en tanto trabajo y mano de obra, sino como explotación continua en la vida cotidiana. En efecto, el precariado puede ser considerado como como sujeto constructor de realidad, desde donde es posible observar la construcción de una identidad colectiva entre los precariados, no como un colectivo o sujeto estático en abstracto, sino como sujetos que se forjan en la decisión de alternativas y de acción.

Según esta última definición, bajo una mirada historicista y con ello dinámica, como señalara Pinto⁶, la construcción del sujeto colectivo implica la consideración de su trayectoria de permanencia y de cambios. Es por ello que el contexto en que se forja la condición de precariados y la organización gremial de los trabajadores de la atención primaria no son comprensibles sin recoger y situarnos desde el contexto histórico.

El precariado, como un sujeto político de “transformación social”, no está dado por su propia condición de precario, sino que se hace a sí mismo en el conflicto. Esta premisa plantea la necesidad de la organización para la subversión de las lógicas de flexibilización laboral, sin embargo, esa lógica para Núñez genera una atomización e imposibilita la organización entre “iguales”. El precariado contiene en sí ese particularismo como un rasgo permanente, *“ser precario significa estar solo frente a la explotación. Los proletarios de hace décadas, potencialmente, encerraban en sí la posibilidad de articularse como sujeto del cambio. El trabajador precario carece de esa potencialidad, por las razones antes apuntadas. La precariedad es social, pero ésta se vive individualmente”*⁷. En definitiva, el precariado no es el sujeto que hace posible un “proyecto”, pues a diferencia del proletariado, no es “lo dado”, sino una clase en potencia que se construirá a partir del proyecto de disolución del orden social.

Por otro lado, Vejar⁸ postula que la precariedad se define como condición, como fenómeno emergente e irruptivo, como una forma de *“estar/ser en el mundo vinculado a la pérdida y/o debilitamiento de los vínculos sociales de integración y protección social*

⁶ PINTO, J. 1999. *Historia contemporánea de Chile. Tomo II: Actores, identidades y movimiento*. Santiago, LOM Ediciones. 94p.

⁷ *Idem*.

⁸ VEJAR, D. *La precariedad laboral, modernidad y modernización capitalista: Una contribución al debate desde América Latina*.

que sostenían el compromiso social fordista"⁹. Bajo esa perspectiva el concepto de precariedad laboral puede vincularse con el deterioro de las condiciones laborales. Una condición de "inestabilidad laboral", es decir, un lugar dentro del espacio social donde los trabajadores se encuentran desprotegidos ante la expansión de las relaciones no formales: "donde las leyes no lo protegen".

Finalmente, la precariedad solo es entendible como un "*síntoma de los cambios y mutaciones en la dinámica interior del patrón de acumulación capitalista, y como parte de una respuesta del capital a su propia crisis*"¹⁰. Es en el ámbito histórico, del nuevo régimen del capitalismo, que ha vuelto la inseguridad y la inestabilidad laboral las principales determinantes de la estructuración y construcción de sujetos en la actualidad. La descomposición de las relaciones estables que tienen lugar en el mundo del trabajo y que son propias del capitalismo industrial, junto con la erosión de las sociedades de bienestar, ha refundado las relaciones entre capital y trabajo "*siendo las consecuencias principales la degradación de la condición de los/as trabajadores/as y la redefinición de las dimensiones de la cohesión social*"¹¹.

⁹ *Idem.*

¹⁰ *Idem.*

¹¹ *Idem.*

CAPÍTULO I: DEL SNS A LA MUNICIPALIZACIÓN. DEL FUNCIONARIO PÚBLICO AL EMPLEADO PRIVADO

No son pocas las obras e investigaciones provenientes del campo de la historia que han profundizado sobre las tensiones y disputas históricas que han girado en torno a la salud en nuestro país. Sin embargo, estas se han centrado en la caracterización de la institucionalidad sanitaria en Chile y en los marcos ideológicos en que las políticas de salud han sido elaboradas dejando en gran parte de lado el estudio de los sujetos históricos que han impulsado y vivido los cambios y transformaciones en el campo de la salud: los trabajadores de la salud. Este primer capítulo supera los límites de la historiografía y se nutre de disciplinas como la psicología, sociología y medicina con el objetivo de permear las discusiones teóricas que se han dado en torno a la municipalización de la salud, las condiciones laborales de los servicios sanitarios chilenos, el contexto histórico por el que han estado marcadas y en búsqueda de los protagonistas de esta historia.

EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS): EL GRAN OBSTÁCULO EN LA MUNICIPALIZACIÓN DE LA SALUD

a) Antecedentes y mirada ideológica de la salud en el SNS

Una primera referencia que concuerda con la perspectiva de esta investigación la ha realizado Carlos Molina¹² desde el campo de la historiografía acerca del desarrollo de la política sanitaria en Chile y los procesos que han tensionado su configuración, bajo la premisa de que no son entendibles sin la comprensión de las contradicciones presentes entre los distintos intereses de clases que marcaron la consolidación de las políticas, a la vez que el desarrollo de las instituciones de salud ha estado muy vinculado a la emergencia y protagonismo del movimiento popular que ha enarbolado proyectos de transformación de la sociedad que se han expresado como tensiones y cambios en las instituciones sanitarias.

¹² MOLINA, C. *Institucionalidad sanitaria chilena 1889 – 1989*. LOM Ediciones, Santiago, 2010.

Estos aspectos han sido claves en la comprensión del proceso de municipalización que no sólo afectaría al área de salud, sino también en educación.

¿Con qué se enfrentaron en el campo de la salud los intelectuales del golpismo? ¿Cuál fue el gran obstáculo que no permitió dismantelar la salud, heredada de la década de los sesenta y setentas, sino hasta 1981? Estas interrogantes permiten adentrarnos en el período anterior al proceso de municipalización de la salud, período que estuvo marcado por un contexto social y político en el que el rol del Estado, y por tanto de las políticas sanitarias, fueron una de las grandes disputas a nivel de la discusión nacional.

El gran obstáculo. En 1951 y 1952 se origina con la reforma a la Ley N° 4.054 el Servicio Nacional de Salud y donde el gobierno encargado de llevar a la práctica el Servicio fue el de Carlos Ibáñez del Campo. El 3 de agosto de 1952 en medio de un debate acerca del rol del Estado en la salud pública de Chile se promulgaba el Decreto Ley N° 10.833 que daba origen al SNS. Mediante esta ley, se lograba encauzar la acción del Estado frente al derecho a la salud, permitiendo la integración de organizaciones que actuaban de diversa manera tanto en los ámbitos de la protección como en el fomento y la recuperación de la salud.

El Servicio Nacional de Salud, como proyecto legislativo de la década de los 40 y en medio de tensiones entre los bloques políticos predominantes de la época que ralentizaron su promulgación (conflicto entre el Frente Popular y los partidos conservadores) fue propuesto bajo un conjunto de artículos, como señala Carlos Molina¹³, los que se plantearon desde la concepción de la medicina social como fundamento originario y bajo la figura de una Reforma Sanitaria y Previsional. En la formulación del proyecto y la mirada ideológica de la salud convergieron los pensamientos formativos de la Escuela de Salud Pública, del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico y de los aprendizajes a partir de las experiencias de trabajo en comunidades geográficas y sanitarias delimitadas. De esta forma, para Nina Horwitz

¹³ MOLINA, C. *Institucionalidad sanitaria chilena 1889 – 1989*. LOM Ediciones, Santiago, 2010. 129p.

estas unidades sanitarias constituyeron un primer cimiento al SNS, las que *“imprimieron una fuerte tradición de exitosa integración de las acciones de la salud. El trabajo en las unidades sanitarias fue una primera formación que imprimiría el sentido social”*¹⁴ que encarnaría el SNS en su período auge.

Esta mirada buscaba el respaldo en la multicausalidad de los fenómenos biológicos como una perspectiva para comprender la medicina y la salud, lo que gravitaría su desarrollo en una visión ecológica en el sentido de comprender la salud como un complejo campo de procesos, lo que se relacionaba justamente con la integración de las acciones curativas y preventivas. Esa tensión entre la medicina curativa y la preventiva sería uno de los límites que habría obstaculizado la rápida promulgación de la ley que diera vida al SNS.

Así, en la década de los 60, el SNS realizaba estudios donde la salud se concibió como problemática social no sólo “biológica”, por ejemplo, se establecía *“una “ración modelo”, que es lo mínimo que debe consumir una persona para poder vivir sin enfermarse o debilitarse. Pues bien, a fines de 1967 había en Chile 1.510.000 trabajadores que ganaban menos de lo que cuesta la ración modelo para una familia”*¹⁵. De esa forma, el objeto de la medicina ya no era el paciente como individuo sino el hombre con su integridad psicológica, biológica y social: *“es la persona con sus sentimientos, costumbres, creencias, tensiones, y temores. Es el ser social por naturaleza, en reciproca acción y reacción con su medio”*¹⁶.

Para Eduardo Morales, hay dos ideas centrales en torno al SNS que destacan dentro de la política sanitaria. La primera de ellas es que el Servicio logró agrupar mediante el imperio de la ley a entidades prestadoras de salud como: el SNS, la Junta de Beneficencia y Asistencia Social, el Servicio Nacional de Beneficencia y Asistencia Social,

¹⁴ HORWITZ, N. *Salud y Estado en Chile. Organización social de la salud pública, período del servicio nacional de salud*. Serie publicaciones científicas representación OPS – Chile. 67p.

¹⁵ MORALES, E. *Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud, Chile 1964 – 1978*. Documento de Trabajo Programa FLACSO, número 110. Mayo 1981.

¹⁶ HORWITZ, A. *Medicina en Chile*, en Rev. SNS. Octubre 1956. Vol. I, editorial.

el Departamento Médico de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia y, la Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección del Trabajo, el Instituto Bacteriológico y los Servicios Médico Sanitarios de las municipalidades¹⁷, entidades que lograban cubrir la atención de salud en el país tanto en lo curativo como en lo preventivo y que tuvo su correlato en la mejora de los indicadores de salud en el país. Hacia 1970 el SNS era el pilar básico de la salud en Chile pues tenía un 100% de cobertura de la población en cuanto a lo preventivo, fomento y protección que cubría alrededor del 80% en lo que se refiere a recuperación de la salud. Los índices que obtuvieron progresos más notables se registran en el área materno infantil y del recién nacido, donde las tasas de mortalidad de la población en general logran disminuir por el descenso de la mortalidad infantil.

b) Elementos teóricos en la consolidación del SNS

Dos aspectos relevantes fueron la planificación estatal y la participación social en la construcción y funcionamiento del SNS. En el Chile de la década de los sesenta –por presión social más que por intención de quienes gobernaban el Estado– se produjo una expansión de la base de participación social y política sumándose los grupos obreros, pobladores y campesinos en la construcción de un proyecto de desarrollo nacional. Desde 1964, con el gobierno de Frei Montalva, el alcance que habían ido adquiriendo las demandas sociales de la población fue enmarcado en un programa cuyo fin *“era dinamizar coordinadamente todas las fuerzas productivas de la sociedad para obtener una respuesta de avance. Como forma operativa de expresión de la interdependencia entre los sectores de la sociedad, se adoptó el concepto y métodos de la planificación”*¹⁸.

Durante este período, el SNS alcanza su consolidación institucional. En las construcciones técnicas los problemas de salud se definieron parcialmente como dependientes de factores médicos debido a su interdependencia con las condiciones

¹⁷ HORWITZ, N. *Salud y Estado en Chile. Organización social de la salud pública, período del servicio nacional de salud*. Serie publicaciones científicas representación OPS – Chile.

¹⁸ *Ibíd.*, 68p.

sociales y económicas. Se consideró el gasto en salud como una inversión de capital de igual importancia que las productivas y de consumo. Se comenzaba a afirmar, por tanto, que el Estado y la comunidad debían compartir esfuerzos con el SNS para el abordaje de la salud y la enfermedad pues *“la participación y la responsabilidad que le incumbe al SNS es solo parcial, en orden a guiar a la comunidad organizada en la solución de sus problemas de salud; pero es obligación del Estado y de aquella, realizar los esfuerzos necesarios tendientes a modificar los demás elementos del medio que están fuera del radio específico de acción del servicio médico, como son: el salario, alimentación, vivienda, educación, recreación, vías de comunicación, etc”*¹⁹. En esta representación de la salud, que tenía estrecha relación de dependencia con los otros sectores sociales, se estipulaba por primera vez la planificación de las acciones de salud integrada a los planes de desarrollo socioeconómico nacional, creándose además la Oficina de Planificación y Presupuesto el Ministerio de Salud.

En este contexto, en la década de los setenta bajo el gobierno de la Unidad Popular Chile asiste a procesos de movilización y participación popular en escala masiva donde se comenzaban a gestar las condiciones para una sociedad socialista. *“De ahí que uno de los rasgos más sobresalientes en el plano de la política social fueron las campañas masivas de acción social, de las que luego se desprendieron iniciativas organizativas sistemáticas de nivel técnico profesional. Se destacaron las campañas de salud: vacunaciones, planes extraordinarios de atención en áreas carentes de servicios, nutricionales, etc”*²⁰. La salud se concebía ahora como un componente básico del bienestar pues adquiere el carácter de fin en sí mismo, a cuyo logro debían concurrir todas las fuerzas productivas de la sociedad, rechazándose las concepciones que consideraban a la salud como un medio para el desarrollo de las fuerzas productivas.

La participación social, en definitiva, se promovió en diferentes organizaciones de la sociedad entre ellas el SNS, revelándose como una búsqueda de legitimidad para hacer viables procesos de cambio social global de alcance trascendente.

¹⁹ *Ibíd.*, 69p.

²⁰ *Idem.*

Conceptualmente, la idea de la democratización en la salud es parte de la ideología de la medicina comunitaria, que era una nueva expresión de la medicina integral y social que incorporaba la activa participación de la comunidad para producir una nueva síntesis sociocultural y técnica de la salud. Tal meta se lograría a través de un proceso de interacción institucionalizado entre profesionales, funcionarios y la comunidad.

LA DISCUSIÓN SOBRE EL ROL DEL ESTADO

a) Centralismo y burocratismo

Sobre las discusiones en torno al proceso en que se configura la política neoliberal en el sector salud, para Tetelboin²¹, esa necesidad de “atacar” por parte del gobierno militar el centralismo y burocratismo del Estado, y que se encontraba en la raíz de la ideación del SNS, fue planteada como un requisito técnico para otorgar mayor eficiencia y aliviar el peso de este sector en las arcas del Estado, política que fue presentada como neutra. Sin embargo, el verdadero significado de tales políticas eran los criterios que había fijado el equipo económico del gobierno “*según las propias palabras del ministro de Economía era “provocar, de una vez, por la línea dura, la necesidad de volver al rigor profesional”*”²². Criterios que daban luces de lo que serían las grandes transformaciones del gasto fiscal y que cuestionaban el papel del Estado.

De esa forma, la necesidad de imposición de la voluntad privatizadora fue evidente desde un comienzo. Sin embargo, pregunta Tetelboin: “*¿Por qué hay que esperar hasta 1979 para que aparezca un cuerpo normativo global, incorporando en el Decreto Ley N° 2.763 para transformar el sector salud?*”²³. Cuestión que tiene su explicación en dos etapas que vivió el sector salud antes de su total transformación. La primera, que corre desde septiembre de 1973 a julio de 1974, que ha sido denominada como normalización, donde el discurso antiestatista y los planteamientos

²¹ TETELBOIN, C. *Estado y políticas de salud en Chile: el proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973 - 1979*.

²² *Ibíd.*, 3p.

²³ *Ibíd.*, 5p.

normalizadores y re-estructuradores avanzaban en el enunciado de una de las bases que tendría el nuevo sistema: la descentralización de los servicios públicos de salud²⁴. Y una segunda, desde 1974, que se caracteriza por la incorporación de la salud a la política económica de libre mercado del gobierno cuyo año de transición fecha en 1975, donde se comenzaron a transparentar las intenciones políticas del régimen frente a la salud dando paso a la reformulación de la previsión para permitir la liberalización de los servicios. Avanzando sobre todo en lo que respecta a los usuarios del sistema quienes serán los principales agentes dentro del sistema donde *“la demanda de servicios de salud se reformula en función de la capacidad de pago de los demandantes: por un lado, los que pueden pagar; por otro, los que no lo pueden hacer”*²⁵.

El ambiente había forzado a una espera de una reforma de la previsión que no llegaba como tampoco el mejoramiento del nivel de vida de la población. Al contrario, las condiciones del pueblo se vieron pauperizadas, en un contexto donde aumentaba el desempleo y la disminución de la capacidad adquisitiva, lo que hacía difícil el pago de la atención médica y, por tanto, lo convertían en una “falacia” teórica y empíricamente. Cambio de perspectiva que incluso, contra el desarrollo de la medicina, habría de generar que la extensión de la cobertura para los llamados “sectores de extrema pobreza” tendrían que ejercer bajo los límites de una medicina muy simple (y precaria), aunque ello significara *“al decir del propio ministro, el retroceso de la medicina en sus aspectos más caros y sofisticados”*²⁶.

Al momento de realizarse el traspaso de los servicios primarios, la responsabilidad del Estado cesó en las prioridades del nivel de atención primaria y se desplazó la mayor especialización hacia el nivel secundario. Por lo que *“en esa medida se proyectará la organización de los recursos físicos y humanos, lo que se traducirá en el deterioro de la calidad de la atención ofrecida”*²⁷. En esta línea, si se tiene en cuenta la pauperización de recursos básicos y el personal de los consultorios sujetos a restricciones de salario, inclusive con la supresión del pago de horas extraordinarias, la

²⁴ *Ibíd.*, 11p.

²⁵ *Ibíd.*, 18p.

²⁶ *Idem.*

²⁷ *Ibíd.*

afirmación de una atención en salud cada vez más limitada, precarizada, de mercado y básica no está lejos. En síntesis, la municipalización como la descentralización señalaron tempranamente la ruptura en la atención médica chilena. Los criterios de planificación como los de realización de acciones concertadas por el personal de salud eran reemplazados por *“una supuesta acción racionalizadora, que convertía al sector público regionalizado en consumidor y facilitador de la economía social de mercado”*²⁸.

Para Luz Rebolledo²⁹ los principales factores que impulsaron las reformas de la década de 1980 en torno al sector de salud se relacionan, en primer lugar, con la necesidad de atención de las necesidades del perfil epidemiológico de la población chilena. Con esto se refiere al problema del envejecimiento de la población, las tasas de mortalidad y cambio en los patrones de morbilidad, cuestión que se habría visto reflejado en el aumento de enfermedades crónicas no contagiosas y las que requerían tratamientos y acciones dentro del plano de lo preventivo. En segundo lugar, Rebolledo se refiere al orden político-económico, cambios que se relacionarían con la crisis del Estado y que se funda en la visión de que el Estado es incapaz de resolver problemas económicos. Contexto en el que cobra relevancia la figura del mercado como *“agente director y eficiente de recursos”*. La libre elección por parte de los consumidores de la prestación de los servicios de salud ha sido considerada por los economistas del régimen como uno de los motores de cambio.

Finalmente, un tercer factor, son las políticas de ajuste producto de la deuda que han mantenido los países latinoamericanos, las que para la autora han traído una reducción por parte del Estado de los gastos fiscales, adquiriendo el carácter de un Estado subsidiario, por lo que *“finalmente el deterioro de la imagen del estado como ente regulador, el cual durante este período ha generado más costos que beneficios, ha pasado a enfilar la última de las razones que mueven al cambio durante los años 80”*³⁰. En este escenario, se inician en el país una serie de reformas en el sector salud, esa subsidiariedad se relacionaba con el elemento descentralizador pues habría permitido

²⁸ *Idem.*

²⁹ REBOLLEDO, L. *Los sistemas de salud en Chile: una mirada después de las privatizaciones. Capítulo III. Neoliberalismo y salud en Chile.*

³⁰ *Idem.*

el proceso de municipalización y el traspaso final de las funciones financieras y productivas al sector privado conjugadas con la focalización de la política, donde se habría privilegiado la atención materno-infantil y la atención primaria.

Concordando con Tetelboin y Molina, Rebolledo plantea que el gobierno militar frente al contexto descrito declaró que la estructura y el funcionamiento del sector salud no eran compatibles con la nueva “orientación” que el país estaba tomando. De manera que las reformas que se efectúan en este periodo tienen de fondo la pre-crisis donde se apunta a la reorganización de las funciones del Ministerio de Salud y organismos independientes, reforma que desde el carácter administrativo que declara Rebolledo, tenía como objetivo delimitar las funciones de los organismos públicos con las que se intentó otorgar autonomía para mejorar la “*efectividad y calidad de las gestiones*”.

Una perspectiva distinta aporta María Angélica Illánés³¹, quien señala que el proceso de la *municipalización* presenció una brusca retirada de la participación y organización popular que antes coadyuvaba en la labor sanitaria. A partir de ello se produce un distanciamiento de los servicios de Atención Primaria de la población respecto de la dinámica “de la vida popular donde estaban insertos”. La política neoliberal que es denominada “asistencial”, se materializa a partir de la prestación de una “salud curativa mínima”, dejando de lado los supuestos de la medicina social y humanista que se promulgaba a comienzos de la década de 1970. Cuestión que Illánés postula que sólo lo preventivo se expresó a través de “*un abúlico reparto de leche a los sectores tradicionalmente prioritarios (el binomio madre-niño) y en la distribución de vacunas*”³², que desde la postura de los médicos comprometidos con la práctica de la “medicina social” fue uno de los cambios más relevantes de la época, la pérdida de vínculo entre la institucionalidad de salud, representada territorialmente por los consultorios, y la sociedad de base, en la “*desaparición de la comunidad organizada*”.

³¹ ILLÁNÉS, M. *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia de la salud pública Chile 1880 - 1973 (Hacia una historia social del siglo xx)*. Colectivo de Atención Primaria, Santiago, 1993.

³² *Ibíd.*, 509p.

*como gestora de cambios, rol que había sido crecientemente enfatizado en décadas anteriores*³³.

En teoría, ello significó poner fin al “movimiento social” en el campo de la salud, cuestión que, en términos de la perspectiva histórica, expresaba un fin de la relación Estado-Pueblo, que va más allá de eso incluso, pues se intentaba terminar con el concepto “democratizador” que habían alcanzado las instituciones mediadoras del Estado *“tales como los consultorios, en el campo social/popular, vulnerado uno de los logros más importantes en el ámbito de la relación Estado-Pueblo”*³⁴. En definitiva, y a pesar de las intenciones y proyectos populares que nacían a partir de la negación de la participación del pueblo, se marcaba la imposibilidad de una “re-institucionalización de la participación popular”, lo que para Illánés no es algo ajeno al desarrollo de la historia de nuestro país ya que la visión instrumental del pueblo desde siempre ha sido *“usable para las conquistas “patrióticas” y desechable para las construcciones democráticas”*³⁵.

MUNICIPALIZACIÓN Y DESMANTELACIÓN DEL SNS

a) El plan piloto y el traspaso de los servicios a las municipalidades

La irrupción de la política neoliberal en salud y los problemas que presentaba el Servicio Nacional de Salud tenían su correlato en la Ley de Medicina Curativa dictada en 1968 y que había dado preexistencia a los planteamientos ideológicos y políticos que habría de sustentar la dictadura militar desde 1973. De esa forma, para Molina la arremetida de la dictadura no fue algo inesperado ya que habría sido el resurgimiento de planteamientos de antaño que veían técnica y financieramente como inviable el sistema de salud estatal, aspirando a liberar la iniciativa privada en las prestaciones de salud en el país. Cuestión que tuvo base en el plan neoliberal elaborado en la década de los sesenta en el Instituto de Economía de la Universidad Católica, asesorado por

³³ *Ibíd.*, 510p.

³⁴ *Idem.*

³⁵ *Ibíd.*, 511p.

intelectuales de la Escuela de Chicago. A partir de 1974, la nueva Dirección del Servicio Nacional de Salud, junto a algunos cuadros dirigentes del Colegio Médico y algunos economistas asesores provenientes de la Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN) elaboraron un documento de trabajo que fue conocido con el nombre de “Sistema Nacional de Servicios de Salud”, el que constataba que en el proceso de reconstrucción nacional el SNS no sería funcional a la economía social de mercado, apareciendo como una “isla socialista” en el contexto de las ideas sustentadas en el nuevo gobierno.

Ya hacia 1975 y 1976 la restricción del gasto en salud fue severa, lo que se tradujo no solo en la capacidad empleadora del Estado frente a los Servicios de Salud sino también en las restricciones en cuanto a insumos como la venta de bienes raíces, vehículos y otros que representaban solo gastos para el Estado como el traspaso de cementerios, farmacias de urgencia, talleres de mueblería, etc. “*y las intenciones de privatizar el Instituto Bacteriológico y el Laboratorio Chile*”³⁶.

Luego de que se decretara en 1981 el traspaso a la administración municipal de 400 consultorios urbanos, rurales y postas rurales se iniciaba el proceso de municipalización en el país. Para Jiménez³⁷, se trataba de un “plan piloto” que solo abarcó establecimientos del nivel primario, y que dejaba excluidos a servicios de mayor complejidad y área geográfica mayor a una comuna como lo eran los Hospitales, los Servicios de Urgencia, Consultorios de Especialidades y Consultorios Generales de gran tamaño (sobre 100.000 usuarios). A diferencia del proceso que se iniciaba en Educación el autor señala que “*en salud no fue un proceso masivo y el traspaso se realizó solo como un comodato precario y en los casos que hubo acuerdo de firmar un convenio entre director de servicio que cede el establecimiento y un alcalde*”³⁸.

³⁶ MORALES, E. *Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud, Chile 1964 – 1978*. Documento de Trabajo Programa FLACSO, número 110. Mayo 1981. 102p.

³⁷ JIMENEZ, J. *Política y sistemas de salud. Análisis preliminar de la década 74 – 83*. CPU Corporación de Promoción Universitaria, 1985.

³⁸ *Ibíd.*, 20p.

“Cada municipio hizo lo que quiso. Pagaban los sueldos que querían, contrataban a quien querían, no sabían de ninguna norma sanitaria y mucho menos epidemiológica”. (Aurora Araos).

La mayoría de los traspasos de consultorios y servicios de la atención primaria se realizaron durante 1988, fundamentalmente los consultorios urbanos. Los objetivos que perseguían los traspasos definitivos o provisorios eran:

- a) Facilitar una administración descentralizada, atendiendo a las características y diversidades de cada Comuna.
- b) Contribuir a racionalizar el aparato estatal permitiendo mayor eficiencia en la asignación de recursos.
- c) Mejorar el control y fiscalización de establecimientos alejados.
- d) Permitir el apoyo de fondos municipales a la salud.
- e) Hacer posible la participación comunitaria.

En la reglamentación se señalaba que las prestaciones de salud se regirían por normas técnicas provenientes del Ministerio de Salud por medio de los Servicios de Salud que tenían las facultades de vigilar y fiscalizar el desempeño de los establecimientos. En cuanto al personal traspasado debieron señalar en nómina el régimen previsional al que optaban, rigiéndose todos bajo el Código del Trabajo quedando excluidos de la dotación de funcionarios municipales.

“Entonces empezaron los recursos a declinar, no había plata en los consultorios. Los consultorios se llovían por dentro, no teníamos implementos, jeringas, nada. No había profesionales... El alcalde decía: “ya, tú estás contratado”, “te voy a pagar esto”. Nos quitaron todo y estábamos enrabiados. Perdimos todos los derechos... A vacaciones, de bienestar, salas cuna... todas las garantías de los trabajadores públicos las perdimos, pasamos a ser trabajadores privados con el Código del Trabajo”. (Aurora Araos).

“Pasamos a estar en Código del Trabajo y no había ninguna regla. Claro, cuando nos traspasan a los municipios [...] perdimos carrera funcionaria, perdimos sueldo, trato, o sea, cero respeto del alcalde en dictadura... era una condición no solo materialmente precaria sino de maltrato y abuso”. (Carolina Espinoza).

b) Estructura municipal de administración

A partir del Decreto Ley N° 3.477, las municipalidades se vieron enfrentadas a:

1. La construcción de departamentos municipales de salud y educación.
2. La entrega de servicios de salud traspasados a entidades jurídicas de Derecho Privado.
3. La creación de corporaciones municipales o de Desarrollo Social.

“Los alcaldes eran designados, todos eran milicos cabeza cuadradas que poco y nada sabían de salud, y veían en esto [en la municipalización] una posibilidad de dar pega a sus familias y amigos. Y entonces en ese contexto se crean las corporaciones de salud municipal de derecho privado y “sin fines de lucro”. (Aurora Araos).

El convenio tipo suscrito entre los municipios y los servicios de salud, contemplaba los siguientes puntos³⁹:

1. La Municipalidad se obliga a restituir al servicio de salud los bienes que le han sido entregados en Comodato y en el mismo estado en que los ha recibido, considerando el desgaste producto por el tiempo.
2. La Municipalidad debe destinar los establecimientos como a sí mismo los dineros provenientes del pago de prestaciones de salud exclusivamente a desarrollar funciones asistenciales en la atención de las necesidades de salud de la población.
3. La Municipalidad se obliga a ejecutar las acciones de salud en atención ambulatoria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas y sobre el ambiente cuando corresponda en los establecimientos que se traspasan.

³⁹ *Idem.*

4. Los elementos necesarios para desarrollar los programas de alimentación y vacunación son proporcionados por el servicio, sin costo para el municipio, de acuerdo con las normas y planes de Ministerio de Salud.

5. La Municipalidad está obligada a mantener un arsenal farmacológico con el objetivo de entregar gratuitamente los medicamentos prescritos a los beneficiarios.

6. El incumplimiento por parte de la Municipalidad o de personas jurídicas sin fines de lucro de las obligaciones asumidas, permiten al servicio disponer el término del convenio.

c) Financiamiento de la salud municipal

La Atención Primaria en salud al estar bajo la responsabilidad de los municipios, se enfrentaron, al igual que en la municipalización de la educación, al financiamiento que provino del mismo municipio mediante transferencias al organismo respectivo como ya mencionábamos (departamentos de salud o corporaciones de derecho privado) y del ministerio de salud.

El sistema de financiamiento correspondía a la modalidad de facturación por atención prestada en el establecimiento municipal (FAPEM), que se definía un arancel considerando las condiciones y acciones realizadas en los consultorios y el tipo de profesionales que las otorgaba. Costos que tuvieron un énfasis particular en las actividades curativas asistenciales en desmedro de las actividades de promoción, educación, prevención y fomento de la salud.

Una segunda modalidad de financiamiento corresponde al parte por transferencia del municipio. Cada año eran destinados un porcentaje de recursos entregados por el fondo común municipal a los establecimientos municipalizados de atención primaria. La justificación inicial de esta transferencia fueron la entrega de recursos para la mantención y recambio de equipos, para inversión, ampliaciones, etc. *“Pero en la práctica la mayoría de los municipios han debido destinar estos fondos para cubrir la*

diferencia que existe entre la operación del sistema y los recursos que entrega el ministerio de salud, mediante FAPEM”⁴⁰. Lo que tenía como consecuencia que quedaban sin la capacidad de respuesta a necesidades de infraestructura de los consultorios. Así el presupuesto tenía como ítems:

“Arancel Prestaciones de Salud Municipalizada: Exámenes de laboratorio (sangre hematológica, sangre bioquímico, microbiológicos, exámenes de deposiciones, exudados, secreciones y otros líquidos, exámenes de orina); Imagenología; Neurología; Dermatología y tegumentos; Cardiología; Neumología; Gastroenterología; Urología; Rondas traslados; Acciones de Salud (consulta médica, control (matrona, nutricionista, enfermera, etc), visita domicilio, educación de grupo, colocación de vacunas, desparasitación (sarna y pediculosis), despacho de recetas crónicas; Odontología”⁴¹.

Donde los recursos disponibles para la gestión de la salud municipal registraban grandes desigualdades como se puede observar en el Cuadro 1:

Cuadro 1: Recursos disponibles para la gestión de salud municipal RM (1991)⁴²			
COMUNAS	PCAP TOTAL	PCAP FAPEM	PCAP AMUNI
Providencia	18.437,84	2.988,74	10.449,10
Las Condes	8.869,92	1.711,60	6.948,55
Alhue	8.597,99	5.221,11	3.376,88
Pirque	7.741,29	5.029,94	2.649,35
Ñuñoa	7.414,45	4.535,58	2.122,01
María Pinto	6.058,67	4.145,41	1.913,27
Calera de Tango	5.974,95	3.236,08	2.738,87
San Pedro	5.950,63	3.860,47	2.090,16
Isla de Maipo	5.307,17	2.821,72	2.485,45
San Miguel	5.124,91	2.899,46	1.945,78
Conchalí	4.957,78	3.192,49	1.064,31
Renca	4.430,54	2.649,98	1.221,83

⁴⁰ *Ibíd.*, 15p.

⁴¹ *Ibíd.*, 16p.

⁴² La autoría del cuadro es de la subsecretaría de Desarrollo Regional y la población corresponde a la población beneficiaria registrada según la encuesta CASEN de 1990.

Colina	4.239,03	3.517,98	143,72
La Granja	4.101,68	3.275,91	472,94
Puente Alto	4.023,30	3.665,13	28,68
Quilicura	3.934,34	2.695,54	615,63
Lampa	3.681,22	3.263,53	417,69
La Reina	3.668,12	2.258,59	1.049,54
La Pintana	3.640,80	2.172,65	1.002,96
San Bernardo	3.600,89	2.099,55	1.188,01
Lo Prado	3.526,62	2.453,69	607,44
San Joaquín	3.516,61	2.870,96	365,12
La Cisterna	3.445,54	2.047,31	991,90
Paine	3.444,38	2.642,44	801,94
Santiago	3.361,60	818,82	2.542,78
Cerro Navia	3.039,01	2.327,14	259,56
Peñalolén	3.028,20	1.967,19	766,14
Macul	2.879,25	2.191,44	345,65
Pudahuel	2.660,80	1.878,25	283,11
San Ramón	2.333,92	1.074,75	362,31
Peñaflor	1.819,61	1.052,42	767,19
San José Maipo	1.738,94	857,96	880,99
Buín	1.712,80	1.035,22	407,59
Quinta Normal	1.309,16	880,30	428,86
Melipilla	1.109,24	735,59	373,65
Til-Til	902,83	879,70	23,13
La Florida (*)	738,13	0,00	0,00
El Monte	0,00	0,00	0,00

(*) No se dispone de toda la información.

PCAP TOTAL: Recursos totales por población beneficiaria.

PCAP FAPEM: Aporte FAPEM por población beneficiaria.

PCAP AMUNI: Aporte municipal por población beneficiaria.

Actualmente, esta brecha entre los municipios con más bajos recursos y las comunas con mayores recursos sigue presente y se han establecido algunas medidas para paliar el déficit existente dentro del sistema de financiamiento de la Atención Primaria (por paciente inscrito), sin embargo, han sido insuficientes.

“Todos los consultorios del país están municipalizados. El 90% están municipalizados tanto urbano y rurales. El per cápita basal [...] es la manera de cómo que se financia la Atención Primaria que es a través de paciente inscrito y por cada usuario hay un financiamiento de per cápita basal mensual con el que atender, con el cual se financias, pero además hay indexadores de pobreza y ruralidad, entonces los municipios rurales tienen un incremento en ese per cápita basal. Y también los municipios declarados como pobres también tienen indexadores para pelear, en parte, este déficit pero aun así es absolutamente escaso”. (Carolina Espinoza).

LA DESARTICULACIÓN

a) La contradicción: las realidades comunales v/s la municipalización de la Atención Primaria en Salud

El debate que se ha dado sobre el proceso de *municipalización*, ha sido respecto de los objetivos estratégicos que se buscaban cumplir con su implementación. La discusión se ha centrado en torno al discurso antiestatista del régimen donde algunos han planteado la necesidad de darle mayor eficacia a los servicios públicos y otros han desconfiado de aquellas declaraciones y han postulado que la descentralización y municipalización de la salud fueron una necesidad política en torno a la desarticulación política del SNS.

En este sentido, Durán⁴³ desde el campo de la medicina, ha planteado que la *municipalización* no puede ser entendida sin comprender las intenciones político-ideológicas y financieras que lo sustentan y con las que se pretendió llevar a cabo,

⁴³ DURÁN, H. *El ámbito de la gestión de la municipalización de la salud*. Cuadernos de Medicina Social, XXIX, 2, 1988. 43 - 46p.

dentro del nivel de atención primaria de salud, entre otras transformaciones, la privatización de las consultas médicas. Quedando de esta forma desplazadas las acciones preventivas en el sistema de servicios de salud, dicotomía que rompe con los principios fundantes de la integración de los servicios en un sistema único y donde la municipalización debe ser entendida bajo la función de organismos locales que velan por el cuidado y desarrollo de la comunidad, la que participa en la gestión y cuyas autoridades han sido generadas a partir de esa comunidad.

De esta forma, la municipalidad-comuna es el ámbito político de un sistema “local de servicios”, cuya importancia radica en que esos servicios locales son los instrumentos ejecutores de la política de salud, que ha sido canalizado a través del Ministerio de Salud hacia servicios de salud regionales y de estos a los locales. Tal necesidad, explica Durán, se articuló con las urgencias que determinaba la política que se estaba instalando y que ponía plazos en el régimen a objeto de “estabilizar el sistema político vigente”. De esa forma, el traspaso de las funciones a los municipios, para Carolina Tetelboin⁴⁴, se impuso como una solución a los problemas de atención del ámbito local, tanto en educación como en la salud primaria.

Dictado el Decreto Ley N° 3.063 en 1979 de las rentas municipales, además de anunciar aumentos en los ingresos de los municipios, los facultaba para tomar bajo su propia responsabilidad los servicios a cargo de organismos públicos y privados con la base del principio de subsidiariedad, siendo desarticulada y desvinculada de la atención primaria del SNS. Jorge Rosselot⁴⁵ postula que a causa de la premura con que fue implantada la municipalización se originaron problemas en la atención médica que hasta hoy día persisten inclusive luego de la promulgación de la Ley N° 19.378 de 1996 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

Rebolledo plantea que la aplicación de la reforma se habría realizado sin tomar en cuenta las diferencias económicas de cada comuna, pues el financiamiento de cada

⁴⁴ TETELBOIN, C. *La Transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973 – 1990. Reformas de primera generación.* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco Coordinación de Extensión Universitaria.

⁴⁵ ROSSELOT, J. *Colegio Médico y la salud en Chile.* Revista Pediatría al Día. 1997; 13(4).

municipio del país, en teoría, permitiría en buen manejo de los dineros, los que permitirían el mejoramiento de los servicios como de los establecimientos, sin embargo, su traducción en la asignación de recursos para salud generó una gran desigualdad en la atención en salud y condiciones sanitarias.

“La capacidad de implementar la cantidad de recursos humanos que contrata el municipio tiene cierta libertad [el gobierno comunal], entonces hay algún grado de desigualdad tanto como entre un hospital y otro. Hay desigualdades en todo el país lamentablemente, pero eso no se soluciona desmunicipalizando los consultorios”.
(Carolina Espinoza).

Para Molina⁴⁶, la reducción del gasto fiscal no sólo afectó al SNS sino a todo el sector público de la salud, reducción que se apoyaba en el creciente aumento de los aportes individuales de la población por concepto de “cotizaciones” y por una disminución en el aporte del sector patronal “*que llegó a ser voluntaria a lo que se agregó una reducción brusca y sostenida, casi hasta la extinción, de los presupuestos de inversiones en equipamiento tecnología y en mantenimiento*”⁴⁷.

La solidez del Servicio Nacional de Salud de trayectoria y estructura basta en nuestro país (más de 20 años), no daba espacios para la instalación de políticas neoliberales en el campo de la salud y no daba tregua a mayores avances, cuestión fue uno de los problemas fundamentales con los que se encontraron los teóricos del neoliberalismo. A partir de ello, se sienta la necesidad de “regionalizar, descentralizar” entre las urgencias de la dictadura, ya que más allá de los objetivos y el discurso que se había extendido respecto de la municipalización y regionalización sobre hacer más eficiente la acción del Estado, se encontraba la centralidad en lograr la desarticulación del SNS a modo de romper con las trabas legales y jurídicas que imposibilitaban la desregulación de los servicios.

De esa forma, la regionalización y municipalización, señala Tetelboin⁴⁸, regularon y fueron la base de la reorganización política y administrativa del régimen militar con

⁴⁶ MOLINA, C. *Op., Cit.*

⁴⁷ *Idem.*

⁴⁸ TETELBOIN, C. *Op., Cit. La Transformación neoliberal del sistema de salud.*

el objetivo de controlar política y socialmente el país, además de preparar las estructuras institucionales diversas para cumplir los objetivos privatizadores. Desde allí, es posible comprender la importancia en la instalación de la política neoliberal, la regionalización de los servicios públicos, el fortalecimiento de las funciones y rol de los alcaldes, el fortalecimiento económico de las regiones y municipios, es decir, del proceso de descentralización administrativa.

En este plano de discusión, Illánes reflexiona acerca de la posibilidad de reconceptualizar la municipalización bajo el concepto de “pueblo-derecho” y no como “pueblo-objeto”, donde el carácter de dicho proceso hubiese continuado con el desarrollo organizativo y participativo de la comunidad poblacional tal como se habría alcanzado a desarrollar en el campo de la salud durante 1970 a 1973, sobre todo en referencia a la actual controversia respecto de la municipalización de la salud que hoy atraviesa una nueva valorización en torno al lugar del municipio como una posible expresión de gobierno local y democrático. Pero al contrario de ello, la municipalización en la concepción ideológica del régimen militar y como parte de un proceso de anulación de las trabas jurídicas para la privatización y liberalización del comercio, se correspondió con un modelo autoritario y mercantil de la sociedad en la que los sectores populares se constituyeron como el “cuerpo-pobres” del modelo neoliberal, *“respecto de los cuales la salud municipal actúa prestando la asistencialidad mínima propiamente requerida”*⁴⁹.

⁴⁹ ILLÁNES, M. *Op., Cit.* 512p.

CAPÍTULO II: LA PAUPERIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD Y DE LOS TRABAJADORES

a) Condiciones de la APS post golpe

Las condiciones en las que se desarrollan desde 1973 en adelante los servicios de atención primaria, sobre todo en recursos y personal de salud, fueron muy precarias no sólo en cuanto al financiamiento, sino también en cuanto al rol que jugaba la atención primaria dentro de la comunidad. Molina señala que hay innumerables testimonios que dan cuenta de cómo los centros de salud, consultorios y hospitales se comienzan a apagar tras la municipalización de los servicios, habiendo disminuido el rol cultural y social que estos establecimientos impulsaron antes del golpe, sobre todo de 1970 a 1973. Período en donde constituyeron centros sociales, docentes, de encuentro y construcción colectiva de una cultura sanitaria. Luego del golpe de Estado, los servicios fueron “*enrejados creándose cuerpos de vigilancia que dependían de los órganos de seguridad del Estado y que impedían el libre acceso de la población a sus recintos sanitarios*”⁵⁰.

“Perdimos todo po’. Tuvimos que resistir. Aguantando [...] no teníamos derecho a voto ni voz. Era difícil manifestarse y mucha gente se resignó a este estado de explotación, porque si no, perdían la pega o en esa época te hacían desaparecer o te mataban po’, o te encarcelaban, entonces no hubo capacidad de respuesta inmediata. La Coordinadora empieza a existir como Coordinadora el año 86 por ahí, que después se transformó en esta CONFUSAM”. (Gislina Reyes).

Sobre las condiciones laborales y de vida en las que se desarrollaron los trabajadores de la salud municipalizada, Tetelboin plantea que existen dos grandes cuerpos legales que permiten comprender las relaciones laborales y de vida. La Constitución de 1980, que sienta la base para plantear la salud ya no como un derecho, mucho menos como una responsabilidad del Estado. Ahora como una contingencia entregada al mercado. Y, por otro lado, el Plan Laboral, que fue un conjunto de leyes y

⁵⁰ MOLINA, C. *Op., Cit.*

complementos que se iniciaron en julio de 1978 con la dictación del Decreto Ley N° 2.200 sobre “contrato individual de trabajo”.

Hasta 1979 las políticas laborales estuvieron marcadas por la constante represión a los dirigentes de las organizaciones de salud, al control de las actividades sindicales y a la supresión y suspensión de las funciones de negociación y de elección sindicales. Por lo que la actividad organizada de los trabajadores se vio mermada y restringida a temas de carácter informativos y debiendo ser informadas a la fuerza policial. Dentro de los efectos más importantes está *“la indefensión de los trabajadores respecto de sus condiciones de trabajo, con caída de los sueldos y salarios”*⁵¹.

“En esa época era resistir. Había gente más organizada que seguramente en esa época tenían compromisos de militancia política y se atrevían a organizar a los trabajadores en forma espontánea [...] se abolieron los sindicatos, en tiempo de dictadura no había derecho a organizarse, ni a huelga y lo que ahí se generaba eran líderes que aparecían tratando de movilizar y generar conciencia y despertar para empezar a movilizarse a demandar. Ocorre a nivel del país porque las protestas más importantes, entre ellas la caída de la dictadura, si es que se puede llamar que se cayó, partieron el año 83, 84, 85 entonces nosotros estábamos inmersos en ese contexto.

Ya estaban todos los sectores organizándose, los pobladores, los estudiantes, los trabajadores a través de una CUT clandestina. Y nosotros fuimos parte del acontecer histórico que había en ese minuto y ahí aparecieron las primeras líneas de organizaciones de líderes visibles demandando, organizando, marchando, apoyando en las protestas. Y ahí empieza todo a armarse, hasta que vuelve la democracia transada y en el 90 se genera otro Estado democrático en Chile”. (Gislena Reyes).

“La historia relata que antes de la descentralización y de pasarnos a ser dependientes de los municipios... [que fue el año 1981 en plena dictadura donde las decisiones, eso es importante, las decisiones las tomaban sin, obviamente, consulta y ahí] decidieron desarticular el Servicio Nacional de Salud, que era un esqueleto único donde estaba todo conectado ente el “mundo consultorio” y hospitalario con especialidades, todos

⁵¹ TETELBOIN, C. *Op., Cit.*

éramos funcionarios públicos. Públicos con un estatuto único o con un formato laboral para todos igual [...] y viene la municipalización el año 81... a nosotros nos sacan del esqueleto de la red pública, nos dejan dependiendo del Ministerio de Salud en el ámbito técnico y del recurso humano junto a los hospitales... al mundo secundario y terciario. [...] A partir del 81, nos mandan a ser dependientes de los municipios y somos contratados bajo Código del Trabajo. (Gislina Reyes).

La implantación del sistema neoliberal y la nueva institucionalidad, impuestas durante el régimen militar (1973-1989), marcaron un proceso en que el endeudamiento exterior que se justificó a través del crecimiento económico, pues tuvo uno de los más altos índices entre 1970 y 1984 marcando un crecimiento del 7,6%⁵² anual. Sin embargo, este crecimiento no fue homogéneo dentro de la sociedad, ya que los sectores populares y de trabajadores quedaron emplazados en una especie de “mundo paralelo”, puesto que el desempleo ya alcanzaba el 20% hacia 1982 (ver cuadro 2) y un 30% hacia 1983⁵³. La disminución notable de la capacidad adquisitiva, la erradicación de las viviendas marginales y el bloqueo represivo que sufrieron los trabajadores mostraban las intenciones políticas a partir de las que se edificaría un nuevo modelo económico y político.

CUADRO 2 ⁵⁴				
“Población total por situación en la fuerza de trabajo”				
Año	Población total*	Fuerza de trabajo	Población ocupada	Desocupación real oficial **
1960	7.585,2	2.427,3	2.255,0	7,1
1965	8.509,7	2.673,2	2.502,1	6,4
1970	9.357,6	2.950,1	2.770,1	6,1
1975	10.196,4	3.169,8	2.743,5	13,4
1979	10.989,1	3.477,4	3.003,3	13,6
1980	11.104,3	3.635,5	3.174,4	10,4
1981	-	3.594	3.191	11,2
1982	-	3.504	2.825	19,4

⁵² SCHMIDT-HEBBEL, K. *El crecimiento económico de Chile*. Banco Central [Documentos de trabajo], Junio 2006. <<http://www.bcentral.cl/eng/studies/working-papers/pdf/dtbc365.pdf>> [Consulta: 4 de Julio de 2016].

⁵³ MELLER, P. *Un siglo de economía política en Chile (1810-1990)*, Santiago de Chile: Andrés Bello, 2007. 198p.

⁵⁴ La autoría de los datos es de Cecilia Montero en: “*Crisis del empleo y relaciones sociales*”. Edición digital del Centro Documental Blest. [En línea]. <<http://www.blest.eu/biblio/zapata/cap1.html>>. [Consulta: 7 de enero de 2017].

* Población estimada según nueva proyección. INE-CEEADE, 1979.
** Estimación profana (*sic*) de Economía del Trabajo, que incluyen los programas de subsidio a cesantes (PEM y POJH).

“Los contratos se iban renovando cada cierto tiempo, además en el contexto histórico [...] del 81 hasta el 87, había una precarización del empleo tremenda y de la mayoría de la gente, porque no se creaban cargos ni puestos, porque se empieza a dismantelar el Servicio Público y con un financiamiento que no llegaba al 1% del PIB, por tanto las condiciones de contratación de nuevos funcionarios era bajísima y aparecieron en ese minuto los empleos PEM y POJH, que se crearon también en el mundo de la salud. Y eran contratados los funcionarios por un sueldo mínimo para ejercer las funciones de salud, cosa que estaba fuera del marco legal. No había plata para contratar gente, ni siquiera bajo el Código del Trabajo. Desde allí quedamos bajo el alero de las contrataciones del Código que está vigente hasta hoy y te renovaban cada tres meses. Te podían despedir sin causal, argumentando causales como “que le caías mal a la jefa, que no eras del perfil”, como se da en el mundo privado”. (Gislina Reyes).

El contexto de desempleo y de descontento, fueron preocupaciones relevantes en el marco de la doctrina de seguridad nacional, que concibió al nivel de pobreza del país y de “subdesarrollo” como las condiciones propicias para subversión. Bajo esa idea, la descentralización administrativa y la regionalización se presentaron como mecanismos y estrategias para absorber las posibilidades de reorganización de la población.

En este escenario, es donde se crean los programas y políticas de empleo que buscaban dar respuesta a la gran desocupación y el aumento de la tasa de pobreza que se registraba en el país que habían sido producto de los cambios estructurales que la dictadura neoliberal estaba implementando. Estos programas estaban relacionados muy de cerca con el proceso de municipalización ya que el Programa de Empleo Mínimo (PEM) desde 1975 y el Programa de Ocupación para Jefes de Hogar (POJH) ya en 1982, a pesar que se gestaron como políticas desde los Ministerios, tuvieron su expresión laboral y de despliegue a nivel municipal y no desde el Ministerio de Trabajo.

El PEM y el POJH como programas de emergencia tuvieron sus expresiones en actividades laborales relacionadas con:

- a) Construcción de plazas y jardines.
- b) Instalación de redes de alcantarillado.
- c) Construcción de calles y caminos.
- d) Labores de aseo y alimentación en jardines infantiles y escuelas.
- e) Atención de enfermos en hospitales y consultorios.
- f) Trabajos administrativos en oficinas públicas.

Ambos programas reafirmaban la desprotección social, la miseria y ponían como principios el disciplinamiento de la fuerza laboral naturalizando prácticas precarias y la explotación, no sólo por la contratación de mano de obra barata y por el bajo valor de los salarios, sino también por el régimen y ritmo de trabajo que terminaba por enfermar a los trabajadores. Incluso al ser planteados como programas de emergencia resultaron finalmente convertirse en una realidad permanente y algo de lo que alardearon los militares bajo el concepto de “sentido social” de sus políticas, cuando era todo lo contrario.

Para Verónica Valdivia, el PEM y el POJH favorecieron la apuesta política del régimen militar por darle centralidad a los municipios, los que como ya mencionamos, sirvieron para contener a la población del descontento y garantizar a los cesantes, al menos, un ingreso familiar mensual⁵⁵.

b) Pérdida de beneficios, deterioro administrativo y técnico

La falta de médicos y de personal fue uno de los principales problemas que debió enfrentar el sistema público, sobre todo con personal calificado para el área. En cuanto al personal administrativo de los consultorios se vieron afectados por el contaste rotativo de puestos cambios de tareas, fuertes turnos y bajos sueldos. En este plano, es

⁵⁵ *Ibíd.*, 86p.

posible distinguir tres niveles de precarización laboral que afectaron de manera transversal a los funcionarios de la salud primaria.

Nivel de beneficios

En cuanto a la pérdida de la calidad de funcionarios públicos y su traspaso a la calidad de empleados privados, por tanto, el paso a ser normados bajo el Código del Trabajo tuvo como alguna de sus consecuencias⁵⁶:

1. La Pérdida de la Carrera Funcionaria, que tuvo repercusiones no sólo en el ámbito de las remuneraciones sino también en la posibilidad de capacitación y perfeccionamiento profesional para los funcionarios de la atención primaria.
2. Pérdida de los reajustes de Sector Público, aspecto que fue una de las banderas por las que lucharon los trabajadores de la APS y por lo que se organiza el paro nacional de 1991 para percibir el 10% de reajuste.
3. Pérdida del Servicio de Bienestar, que eran:

“Organismos que se dedicaban a entregar prestaciones sociales; en general, pueden ser préstamos financieros, reembolsos de gastos, prestaciones culturales, recreativas y vacacionales, entre otras. Es complementario a lo que se llama el sistema de protección social que está compuesto por el sistema de salud, previsión y de accidentes del trabajo”. (Leonardo Holgado)⁵⁷.

4. Pérdida de la Gratuidad de atención en Salud para el trabajador y sus cargas.
5. Pérdida de la Sala Cuna y el Jardín Infantil para los hijos de funcionarios.
6. Pérdida de la estabilidad laboral, ya que el financiamiento que era recibido para los programas anuales en los consultorios tenía dos repercusiones. Por un lado, una gran carga administrativa para los municipios y los servicios de salud, y por otro, proliferaban trabajos precarios ya que los funcionarios eran contratados

⁵⁶ ARAOS, A. *Presentación: Coordinadora. Historia de sus luchas*. Febrero 2010.

⁵⁷ Entrevista a Leonardo Holgado. Véase en: *Boletín Informativo de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM)*, N°13, marzo de 2013.

bajo régimen de honorarios, lo que terminaba en rotaciones entre comunas y daba inestabilidad laboral a los trabajadores. Así mismo, el modelo de financiamiento no contribuía a dar protección salarial a los funcionarios, los que se veían obligados a remediar las dificultades de acceso a la salud aumentando su carga laboral incluso para conseguir medicamentos básicos.

Nivel de deterioro administrativo

En cuanto al deterioro administrativo, esto se refiere al área que comenzó a hacerse cargo el municipio desde 1981, el que se encargaba de llevar a cabo los planes del MINSAL como medidas básicas y estaba a cargo del recurso humano contratado y de implementar, por voluntad, políticas complementarias a los programas mínimos. En este plano la legalidad y normativas de contratación fueron uno de los grandes dolores de cabeza para los trabajadores. Esto se evidenciaba mediante:

1. Carencia de reglamento que defina, regule y evalúe las funciones dentro de la atención primaria, por lo que incluso dentro del equipo de salud los roles por categoría de trabajo estaban exentos de toda rigurosidad.
2. Carencia de un sistema de reconocimiento de años de servicio: *“Por otro lado, los que deciden permanecer en el sistema y se ven parcialmente en una situación más ventajosa solo esperan el momento de la jubilación, mientras este llega vegetan y mal atienden a los afiliados dada la poca motivación y poco futuro que les espera en el sistema”⁵⁸.*
3. Carencia de una escala de sueldos a nivel nacional que permitiera una homogeneidad en la contratación y manejo de financiamiento transversal de los municipios hacia los consultorios.
4. Carencia de un sistema de perfeccionamiento y promoción, quizás una de las consecuencias que más sintieron los trabajadores de la atención primaria,

⁵⁸ REBOLLEDO, L. *Op., Cit*, 100p.

puesto que las capacitaciones eran la vía para conseguir mejores remuneraciones y permitían a la par entregar mejor calidad en el servicio.

5. Carencia de un sistema de contrataciones y cargos, lo que se traducía en despidos arbitrarios, contrataciones en precarias condiciones y protección laboral insuficiente.

Nivel de deterioro técnico

La reducción del gasto fiscal en la atención primaria se tradujo en un empeoramiento no sólo laboral sino también del estado de salud de la población y un deterioro en la relación del costo y la efectividad del sistema de salud. Inclusive hasta hoy día, los recursos que recibe la salud municipalizada no alcanzan para costear los planes de salud familiar a pesar de haberse creado los Centros de Salud Familiar. El deterioro técnico corresponde al área en que el ministerio de salud se responsabilizaba, por lo que esto se evidenció en:

1. Incumplimiento de normativas ministeriales.
2. Carencia sistemática de insumos y fármacos.
3. Carencia sistemática de recursos humanos.
4. Elaboración de normativas sin participación de los equipos de trabajo.
5. Retraso tecnológico en los medios de diagnóstico y tratamiento.

Niveles de precarización laboral que efectivamente tuvieron correlato en la atención hacia los pacientes de consultorios. Así, por ejemplo, en 1985 en un estudio realizado por Medina de la Corporación de Promoción Universitaria arrojaba frente al juicio de la atención en salud de la población una evaluación mayormente negativa hacia la atención médica. Así como también las preferencias por los servicios de salud por sector socioeconómico, los sectores altos y medios optaron por la consulta particular y el sector bajo optó, en desmedro del consultorio público, por consulta en la posta.

Cuadro 3: Juicio sobre la atención de salud por sector económico. Julio 1985, Medina 1983⁵⁹.				
	Total Pond.	Alto	Media	Bajo
Buena	10,7	31,5	16,7	0,0
Regular	23,8	30,9	28,9	17,4
Mala	64,7	37,4	54,2	81,2
No sabe	0,5	0,0	0,0	1,2
No responde	0,0	0,0	0,0	0,0
%	100,0	13,0	40,0	46,9
N° de casos	200	66	68	66

Cuadro 4: A quién acudió la última vez que necesitó atención médica. Julio 1985, Medina 1983⁶⁰.				
	Total Pond.	Alto	Media	Bajo
Consulta particular (familiar médico, médico de familia, médico particular)	23,4	59,2	39,4	0,0
Clínicas privadas o centros médicos	10,0	32,9	14,5	0,0
Consultorio público (SNSS/Municipales)	3,4	0,0	3,3	4,4
Consulta hospital SNSS	20,2	0,0	20,1	25,8
Consulta en posta	36,2	0,0	10,3	68,2
Hospitales FFAA	6,4	7,8	12,0	1,3

⁵⁹ JIMÉNEZ, J. *Política y sistema de salud. Análisis preliminar de la década 74-83*. CPU Corporación de Promoción Universitaria, 1985. 116p.

⁶⁰ *Idem*.

Este escenario tenía como telón de fondo “*la deserción y el traslado de parte importante del personal médico a instituciones privadas de salud*”⁶¹, pues la creación de un sistema paralelo al estatal presentó ventajas laborales en infraestructura, en la calidad de los equipos que poseían gran capacidad técnica y administrativa. Aspectos que vendrían a cambiar no sólo el ámbito del trabajo, sino también la relación entre los afiliados y la institución, que se formalizaría mediante un contrato individual que junto con establecer deberes y derechos de ambas partes contendría un plan de salud. “*Estos fueron los conceptos básicos que se vertieron en el tan mencionado DFL N°3 de 1981 que dio origen al sistema privado de salud en Chile*”⁶².

Los trabajadores se vieron desmotivados por el exceso de trabajo y presionados por la escasez de recursos en los establecimientos, lo que se vio agravado por la falta de fiscalización de los recursos, del mismo personal y de los insumos por parte del sector de salud público. Por otro lado, la variedad de profesionales y especialistas en hospitales y consultorios seguían siendo escasos incluso llegando a retroceder a los índices presentados en 1940.

“[La fuga de profesionales al sector privado] Estaba absolutamente respaldado por el modelo neoliberal que tenemos en salud donde prima la libre demanda y el mercado. Entonces obviamente el Ministerio de Salud no tenía políticas de recurso humano para la salud de este país, en lo que se refiere a Atención Primaria, que depende de los municipios. Entonces la fuga que hay de profesionales en consultorios, porque seguimos con mirada biomedicalizada de la salud, tiene que ver con que no los obligan a hacer permanencia en la atención primaria y sí tienen egresados de carrera de medicina, y el Estado sabiendo que hay déficit no genera políticas para hacerlos estar en salud primaria.

Diffícilmente con este mercado en que se te hace atractivo irte de un lugar a otro dependiendo de donde te paguen más, pegas sin vocación de servicio, sin ética profesional, sino que de una mirada individual por supuesto que el sistema ampara todo esto y esa es la razón... los centros de salud ponen rendimientos de atención

⁶¹ REBOLLEDO, L. *Los sistemas de salud en Chile: una mirada después de las privatizaciones. Capítulo III. Neoliberalismo y salud en Chile.*

⁶² *Ibíd.*, 74p.

horrorosos, por ejemplos 15 minutos por paciente, 20 minutos por paciente y entonces que consulta haces, cuando en la privada tienes más tiempo ganas más que acá y no tienes la cantidad de pacientes que ver y resolver cosas.

Entonces lo que dicen los médicos es poco atractivo, las lucas son pocas, no tienen acceso a perfeccionamiento, no hay buenas condiciones laborales, eso hace más atractivo que cabros egresados se viren al mundo privado y sigan haciendo el hoyo que tenemos acá. Y por eso incluso ha llegado gente extranjera a cubrir los cargos". (Gislina Reyes).

La distribución de los especialistas por región resultaba inequitativa y se acentuaba entre los sistemas públicos y privados. *"Así por ejemplo se puede señalar que hacia 1992 el país contaba con 1 médico por 881 habitantes y si esta proporción de circunscribe sólo al sector público la variación reduce a 1 médico por cada 1500 habitantes⁶³".*

Este déficit incluso pasó indiferente frente al Colegio Médico que no tiene relación alguna con la CONFUSAM actualmente:

"El Colegio Médico como lo definía históricamente el último presidente democrático, Salvador Allende, es un colegio de clase. Que tiene un peso súper importante en las políticas de salud, porque tienen desde toda la historia del Colegio Médico peso en el Ministerio de Salud, por lo tanto, ellos son un ente súper protagónico y súper incidente en las políticas de salud y el Ministerio los tomó como referentes técnicos de las opiniones sobre el tipo de política de salud que debe haber [...] Cuando pierdes la relación de qué se hace en la salud pública [y generas la política] es cuando empiezan a haber privilegios a través del Colegio Médico que tensionan los programas y medidas sanitarias que nosotros finalmente ejecutamos.

El Colegio Médico no tiene política de acercamiento hacia la Administración Pública, no ha tenido mucha incidencia a nivel territorial, porque la mayoría de los médicos públicos que trabajan en atención primaria están asociados a confusam y a su comuna". (Gislina Reyes).

⁶³ *Idem.*

c) Problemáticas de la Atención Primaria actuales

Las problemáticas dentro de la atención primaria, y en relación con su financiamiento, están asociadas hoy al modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario. En primer lugar, es posible evidenciar un debilitamiento del nivel primario, en términos de fragmentación de la atención y pérdida de la integralidad y problemas derivados de la aplicación de la reforma de la salud. Por otro lado, existe un déficit de profesionales que tiene sobrecarga en la atención secundaria y de urgencia, así como una baja cantidad de médicos de familia en los consultorios. Déficit que se ha visto profundizado por la falta de incentivos y por la baja materialización de las políticas de salud familiar, que han producido el abandono de las actividades tanto de promoción como de prevención de la salud, por el incumplimiento de las metas del MINSAL, y finalmente por la escasez de recursos debido a las desigualdades de ingreso y aportes financieros de las municipalidades.

CAPÍTULO III: ¡IGUAL TRABAJO, IGUAL SALARIO! EL DESPERTAR DE LOS TRABAJADORES DE LA APS

DE LA RABIA A LA ORGANIZACIÓN: LA FUNDACIÓN DE LA COORDINADORA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La condición de trabajadores precariados y el maltrato laboral, llevaron a los funcionarios de la Atención Primaria a comenzar a organizarse para exigir la recuperación de los derechos perdidos y por condiciones laborales dignas. La municipalización, proceso llevado a cabo sin la participación y opinión de los trabajadores, significó *“un violento cambio en su régimen laboral: dejaron de pertenecer al Estatuto Administrativo DL 338 y fueron incorporados al Código del Trabajo en calidad de empleados particulares”*⁶⁴. Al momento de decretarse el traspaso los trabajadores de la Atención Primaria no contaban con un organismo que lograra unificarlos para oponerse a la concreción de las medidas que los despojaban de históricas conquistas. La represión y el nivel de control de los trabajadores por parte de las fuerzas militares no solo marcaba su respuesta defensiva frente a la posibilidad de organización de los funcionarios públicos, sino también que venía a marcar la fundación de un nuevo régimen político que tuvo su correlato en la acción económica, política e ideológica de la burguesía, y donde a nivel de políticas y de definiciones, eran claramente visibles las intenciones privatizadoras y neoliberales.

“La verdad es que cada funcionario dependiendo de la comuna y del alcalde, por no decir señor feudal del territorio, le tocaban determinadas condiciones. Era una cosa súper adversa y complicada, más en el contexto socio político que vivía el país, entonces significó perder muchas condiciones y fue difícil articularse por la dificultad que había para ejercer los derechos sociales en general, entonces los sindicatos que se conforman... muchos se conforman de manera secreta”. (Carolina Espinoza).

“Lo que había que hacer era generar un cambio de la ley orgánica constitucional municipal para bajar un poco el poder absoluto que tenían [y tienen] los alcaldes de

⁶⁴ ARAOS, A. *Presentación: Coordinadora. Historia de sus luchas*. Febrero 2010.

este país en cada comuna y ser transversalizadores en la toma de decisiones [...] que termine de ser esto una política comunal de acuerdo al alcalde que gana cada cuatro años, lo que entienda y vea como necesidades de salud. Porque hay un aporte que ellos entregan como municipio de acuerdo al aporte que quieren poner. No está normado eso, es como ellos quieren. La realidad es diversa en 356 municipios". (Gislina Reyes).

En este contexto, las organizaciones de trabajadores en general sufrieron “*más que un repliegue, una desbandada y la desmoralización*”⁶⁵. Sin embargo, a pesar del escenario represivo, hacia finales de la década de los 80 los trabajadores de la Atención Primaria comienzan a confluir en la necesidad de presionar y tensionar a las autoridades. Cuestión que estuvo marcada por los ciclos de protestas nacionales que se habían comenzado a vivir desde 1983 y álgidamente hasta 1986 y que habría de preparar el camino para la transición a la democracia. Los primeros llamados y convocatorias, señala Mario Garcés, habrían sido por parte del sindicalismo y de seguidillas los movimientos de pobladores organizados, es por ello que ante la ausencia de espacios reales de negociación y de disputa de propuestas, “*la estrategia predominante de los movimientos sociales fue de tipo expresiva: variadas formas de desobediencia civil (un día al mes se convocaba a protesta, no se enviaban los niños al colegio, no se hacían compras, y se hacían sonar las cacerolas a la anochecer), manifestaciones relámpagos en lugares céntricos, paros universitarios y barricadas en los barrios populares cuando caía la noche*”⁶⁶.

En esta confluencia y con el objetivo de conseguir mejoras salariales y laborales para todo el equipo de la salud municipalizada, los funcionarios de la Atención Primaria abrieron paso a la consecución de sus derechos, por un lado, mediante la manifestación pública y la utilización de uno de los recursos organizativos y de protesta más potentes: el paro de las funciones administrativas y de la atención médica. Y por otro, mediante

⁶⁵ SAAVEDRA, A. *Un marco conceptual para el estudio de las clases sociales en el Chile actual*. INSTITUTO DE ESTUDIOS ESTRATÉGICOS PARA EL DESARROLLO HUMANO. Valdivia 2007.

⁶⁶ GARCÉS, M. *Los movimientos sociales populares en el siglo XX: balance y perspectivas*. ECO, Educación y Comunicaciones. Revista N°43, primavera 2004. 29p.

la consolidación de los sindicatos de trabajadores de consultorios a lo largo de todo el país.

Ya en 1988, el proceso de municipalización se había acelerado alcanzando casi la totalidad de las regiones, comunas y trabajadores de la Atención Primaria del país. En el contexto nacional de movilizaciones democratizadoras se dieron las primeras formas de acción de los trabajadores municipalizados. A mediados del año 1989 surgen los primeros sindicatos con gran heterogeneidad de quienes los integraban, desde auxiliares, enfermeras, etc. Lo que favorecía el trabajo bajo la *concepción de equipos*⁶⁷ y donde para Aurora Araos primó la unidad y el consenso como principios base de la organización, al igual que bajo la independencia y autonomía de los partidos políticos y Gobierno, aspectos que les habrían permitido un *“rápido desarrollo del movimiento, por ser este fiel reflejo de los intereses del sector”*⁶⁸.

Las respuestas insuficientes y poco dignas por parte de las autoridades comunales no satisfacían las demandas de los trabajadores y entonces surgen las Federaciones Regionales y los Comunales de Sindicatos y Asociaciones. De esa forma:

“Los primeros sindicatos se forman en las grandes capitales [...] Santiago, Concepción, Valparaíso. Eso es lo que cuentan los compañeros más antiguos. Y estos sindicatos empiezan de a poco a encontrarse, porque, tratando de dar algún grado de solución, empiezan a encontrarse en el Ministerio, en los Servicios de Salud, con otros compañeros de otras comunas y empieza con eso... Muy de calle, sin redes de comunicación tan expeditas como hoy día, a generarse la Coordinadora Nacional de Trabajadores de la Salud Municipalizada”. (Carolina Espinoza).

“Entonces los compañeros que forman los primeros sindicatos eran geniales. Porque era gente en ese tiempo que se reunían en restaurantes, plazas, cuando se juntaban se juntaban en sus casas y cuando se empezaron a juntar de distintas regiones, las actividades las hacían al puro ñeque, con su plata, de su bolsillo, el sindicato no tenía ninguna condición. Porque los sindicatos de los funcionarios públicos no tenían ninguna regalía [...], digo regalía porque [recién hoy] tenemos horas de fuero fiscal

⁶⁷ Ahondaremos más adelante sobre esta concepción de trabajo y de organización de los trabajadores de la salud municipalizada.

⁶⁸ ARAOS, A. *Presentación: Coordinadora. Historia de sus luchas*. Febrero 2010.

que son financiadas por el propio sistema [...] La Ley N° 19.296, que es la ley que regula las asociaciones de funcionarios, tiene ese tipo de beneficio que los demás del mundo privado no tienen, y que por lo tanto en ese tiempo para formar los sindicatos lo hicimos de manera clandestina. Tenían menos condiciones y la gente se empezó a organizar, empezaron a juntarse y a dar la pelea [...] El primer congreso resuelve que la pelea es demandar el volver a ser funcionarios públicos y por tanto que los consultorios volvieran a ser dependencia del Ministerio de Salud". (Carolina Espinoza).

Mientras esto ocurría, en el plano político del país se producía la transición pactada a la democracia, como un proceso en donde convergieron negociaciones entre el pinochetismo que *"buscaba transitar hacia una democracia restringida y vigilada y una oposición –"democrática" y renovada– que suscribía el mismo proyecto económico, político e ideológico con arreglos menores aceptando, de hecho, al bloque en el poder y la hegemonía de su fracción dominante"*⁶⁹.

"Así que ahí tratamos de organizar este mono. Nos organizamos y la primera instancia de lucha fue en el año 90. Como habíamos perdido la carrera funcionaria, ese año en el 90 se iba a dar un reajuste del 10% al sector público, y nosotros no éramos públicos [...]. Pero necesitábamos ese reajuste. Y estábamos recién organizándonos como trabajadores de la Atención Primaria". (Aurora Araos).

"En ese momento era tal el desconocimiento de la Coordinadora que... esto es una anécdota... que teníamos un teléfono de contacto en la casa de uno de los compañeros y llamaban a preguntar por la Señora Coordinadora, "una señora" [...]. Bueno, y empezamos a transmitir por nuestras vías que íbamos a hacer el paro. El 90% de los trabajadores de la Atención Primaria se adhirieron y logramos de 'hecho' no por "derecho"⁷⁰ el reajuste para nosotros que no nos correspondía, por suerte estábamos en 'democracia'". (Aurora Araos).

El paro nacional convocado, entonces por la Coordinadora de Trabajadores de la Atención Primaria, había tenido como antecedente una seguidilla de pequeñas

⁶⁹ SAAVEDRA, A. *Op. Cit.*, 175p.

⁷⁰ Esta distinción la realiza para recalcar que no les correspondía tal reajuste.

actividades y manifestaciones que habían ido dando forma al gran descontento de los funcionarios en los consultorios. La marginación de los trabajadores de Atención Primaria en Salud del derecho a reajuste del Sector Público, propicia la movilización a nivel nacional que logra unir las organizaciones de trabajadores de la V, VI, VII y Región Metropolitana en la Coordinadora Nacional de Federaciones, Asociaciones Gremiales y Sindicatos.

“En diciembre del 90 teníamos un mapa de Chile y como yo soy enfermera, teníamos un mapa donde marcábamos los casos y enfermedades graves. Todo con banderitas rojas. Entonces se nos ocurrió anotar quiénes estaban con nosotros [con la Coordinadora y con el paro], para saber... y empezaron a llamar, y a llamar. Y marcábamos más banderas rojas, se empezó a poner rojo todo el mapa, estaba casi todo Chile con nosotros... y nos mirábamos y no sabíamos que [...] íbamos a hacer con todos ellos. Teníamos un grito que decía: “Igual trabajo, igual salario”. (Aurora Araos).

El día del primer Paro Nacional, 19 de diciembre de 1990, se habían sumado inclusive trabajadores de consultorios de comunas que aún no contaban con sindicatos u organizaciones propias. Ese mismo día la Coordinadora Nacional de Trabajadores de Atención Primaria como organización representante del grueso de funcionarios de la salud municipalizada asume la conducción y dirección del movimiento. Como relata Carolina Espinoza, proceso que habría sido llevado a cabo con grandes esfuerzos personales sin contar con recursos ni con el apoyo de nadie más que de la fuerza de los trabajadores organizados.



Fotografía 1.

Primer paro nacional de la Atención Primaria. 19 de diciembre de 1990, Ministerio de Hacienda⁷¹.

Sopesando el nivel de adhesión al Paro Nacional y al entusiasmo con que había sido preparado, la Coordinadora vio la necesidad de avanzar en la consolidación de una organización que agrupara a todos los trabajadores de la Atención Primaria, levantando una sola propuesta, momento en que se *“aboca a la titánica tarea de realizar el Primer Congreso Nacional”* que se realizaría en la ciudad de Valparaíso. Instancia que sería financiada con el aporte personal de cada uno de los trabajadores que, a la época, entregaron una cotización de 150 pesos, recursos con los que la comisión encargada de organizar el Congreso convocó a todas las regiones y comunas del país. Lo que permitió darle el carácter de nacional, democrático y representativo al congreso donde asistirían delegados elegidos en las bases con el objetivo de que las

⁷¹ La autoría de la fotografía de Aurora Araos.

resoluciones del congreso resultaran la expresión fidedigna de las aspiraciones de los trabajadores.

Regiones	Representados
I	201
II	0
III	145
IV	132
V	818
VI	74
VII	562
VIII	840
IX	216
X	238
XI	0
Sur	782
Sur Oriente	216
Occidente	300
Norte	325
Oriente	157
Representados	5.006

Tabla 1. Representados por delegados en el 1er Congreso Nacional de la APS, Valparaíso 1991⁷².

Finalmente participan 117 delegados con derechos plenos desde la I a la X región representando a más de 5.000 trabajadores como se observa en la tabla 1. A la instancia se invita a autoridades políticas y del Ministerio de Salud pero no asistieron. El congreso culmina el día 25 de marzo del 91 con una marcha en que los delegados asistentes al encuentro junto con más de 800 trabajadores de la Quinta Región se dirigieron al Parlamento *“haciendo entrega simbólica de las resoluciones del primer Congreso Nacional de Trabajadores de Atención Primaria”*⁷³.

⁷² Véase en: ARAOS, A. *Presentación: Coordinadora. Historia de sus luchas*. Febrero 2010.

⁷³ *Idem*.

Las actividades continuaron luego del primer paro con el esfuerzo y compromiso declarado en el primer congreso y extendiéndose hacia el resto del país:

“Por buena voluntad, poniendo plata del bolsillo, la mayoría de las reuniones eran en Valparaíso, Santiago, Rancagua, como la zona central porque no había mucha disponibilidad de lucas para irse a Temuco o a Coyhaique, sino que se centralizó todo a través de las regiones más cercanas a la metrópoli. Participó mucho la quinta, la sexta y ahí por los contactos vía teléfono. En ese momento no había mail, internet... el habla, el “yo conozco” a una persona, se le entregaba la información como los mensajeros y ahí se fue estructurando el movimiento, nos reuníamos en plazas, cafés, bar, nos prestaban a veces sindicatos de otras ramas de la producción. En Valparaíso nos prestaban, me acuerdo, el sindicato de los estibadores portuarios, en Rancagua el de los mineros.

Nos aunábamos tratando de generar un único concierto de trabajadores contra la dictadura funcionábamos bien, porque teníamos un enemigo común, aunque siempre teníamos los particulares sectoriales, nosotros seguíamos viendo lo propio. Pero había un gran consenso de que teníamos que generar políticas de avanzada y protesta social para que acabara la dictadura y pudiéramos recuperar la democracia y el Estado de derecho. Era un mundo sindical más solidario más ameno, más constructivo que el que existe hoy. Hoy día hay una fragmentación espantosa, no hay mucho que decir, la mayoría de los trabajadores están ocupados de temas particulares legítimos, pero como concierto de clase trabajadora organizada no. Hay una distancia tremenda con lo que está pasando con la CUT, por lo tanto, hoy día siendo legal en la constitución en término de plataformas de trabajo unificado estamos súper separados. Yo creo que el único tema que concita a lo común es esta demanda de término del sistema previsional y el reajuste del sector público, como referente común y no hay más. Siempre cosas muy específicas, pero una plataforma de una central unitaria potente que represente a la clase trabajadora con perfil anticapitalista y todo eso... la verdad es que no mucho”. (Gislina Reyes).

EL NACIMIENTO DE LA CONFUSAM

“Y así nos empezamos a organizar, hasta que en el 97 nos juntamos como CONFUSAM en la ciudad de La Serena. Los objetivos eran: crear la CONFUSAM, unirnos a la CUT, y a la CTC. Ahí hemos ido avanzando recuperando los derechos perdidos en dictadura, el último que recuperamos fue el bienestar y jubilación por años de servicio, lo que más hemos logrado es 21,5 meses”. (Aurora Araos).

a) Principios de la organización

La Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipal tiene su Congreso Fundacional en 1997 en la ciudad de la Serena como ya adelantábamos. Instancia donde se definieron principios, directrices y un pliego de demandas que enarbolarían como trabajadores organizados bajo una sola figura sindical de la Atención Primaria de salud municipal: la CONFUSAM.

“A diferencia de otros sindicatos del mundo público, nosotros tuvimos principios declarados desde el inicio que tiene que ver con la autonomía, con la no dependencia de los partidos políticos, [...] con un rol entendido más allá de lo meramente reivindicativo [...] también con un compromiso social que dentro de nuestra misión y visión está explícito el compromiso que tenemos con la defensa de la salud como un derecho humano y por tanto nuestro compromiso como actor social respecto a la construcción de un país más justo. Con una mirada política amplia pero que no se deja dirigir por ningún partido político y dentro de nuestros principios está la autonomía y la democracia interna”. (Carolina Espinoza).

Así como también la pluriestamentalidad y el bienestar económico, político social y cultural de todos los trabajadores “*contribuyendo así al desarrollo de una sociedad más justa*”⁷⁴. Principios que se relacionan con lo que mencionábamos hace algunas páginas, respecto del trabajo realizado por la Confederación bajo la *concepción de equipos*. Esto se relaciona con la confluencia de todos los estamentos funcionarios: médicos cirujanos, farmacéuticos, químico-farmacéuticos, bioquímicos, cirujano-dentistas, técnicos de

⁷⁴ Confederación Nacional de la Salud Municipal. *Declaración de Principios*, La Serena 1997. [En línea] <www.confusam.cl/idex.php/nuestra-historia> [Consulta: 10 de diciembre, 2016].

nivel superior, técnicos de Salud, administrativos de Salud y auxiliares de servicios de Salud, con el objetivo de conseguir mejoras salariales y laborales para todo el equipo de la salud municipalizada sin distinciones de estudios ni profesiones. Aspecto que Carolina Espinoza destaca, ya que, a diferencia del gremio de profesores, las luchas que ha dado la CONFUSAM, como organización de todos los trabajadores de la salud, no busca solo reductos para un sector dentro de los funcionarios de la salud, sino que para la totalidad por lo que la participación es transversal dentro de la toma de decisiones como concierto de trabajadores.

“Eso ha sido uno de los grandes éxitos que ha tenido esta confederación que permite que se asocien todos los funcionarios que están contratados con la Ley de Estatuto de Atención Primaria, desde el portero hasta el jefe de salud. Por lo tanto, genera la transversalidad de las demandas para todos porque el concepto es, que independiente del rol que tu cumplas, de la función que cumplas, del grado académico que tengas, todos estamos con un fin último primero que somos todos trabajadores, asalariados, que vendemos nuestra fuerza de trabajo y que todos necesitamos avanzar en la igualdad de derechos y en la consecución de mejores condiciones de trabajo. Entonces [...] hasta hace poco, hasta la jefa de salud era afiliada confusam. Incluso hay directores, funcionarios no profesionales y profesionales, administrativos, guardias, todos entramos en la misma organización. Eso da una sensación de pertenencia, unidad y ponencia muy importante y es un acierto que ha tenido la organización”. (Gislina Reyes).

Dentro de esos principios, la CONFUSAM ha planteado como misión la lucha por *“un sistema de salud público de calidad, centrado en la concepción de la Salud como derecho humano fundamental, regido por los principios de solidaridad, integralidad, equidad, universalidad y participación social, cuyos ejes deben ser la Atención Primaria como modelo, y la dignidad de las(os) trabajadoras(es) de la Salud Municipalizada como condición”*⁷⁵.

⁷⁵ *Idem.*

“Desde entonces, nosotros resolvimos dar la pelea por el Estatuto Administrativo y hemos ido incorporando también, a contrapelo, políticas de modernización del Estado entonces hoy nosotros como organización, a diferencia de los compañeros de los gremios del sector centralizado, que son demasiados... [Tu sabes que la salud central hay tres o cuatro o cinco FENATS... está la FENPRUS, está el Colegio Médico, que además es un sindicato, por llamarlo sindicato, bastante peculiar con sus agrupaciones de que se yo] nosotros tenemos una asociación de conductores de ambulancia, asociación de paramédicos, asociación de o sea...”. (Carolina Espinoza).

Desde 1995, con la creación del Estatuto de Atención Primaria que rige hasta el día de hoy a los funcionarios de la salud municipalizada, la organización ya en 1997 logra pasar a ser una organización de derecho porque la Ley N° 19.296 de funcionarios públicos centralizados y descentralizados los amparaba. Se les permitía crear asociaciones, federaciones y confederaciones bajo la legalidad y donde empezaría la demanda por el Estatuto propio que les devolviera la condición de funcionarios públicos: con carrera funcionaria, con capacitación, experiencia laboral que les permitiera avanzar dentro de los niveles de remuneraciones, las que mejoraron notablemente. Este estatuto de ambos niveles de la salud, regulaba los aspectos financieros en los consultorios para Gislena Reyes, lo que permitió conocer como llegaban esos dineros, quienes los enviaban.

“[La lucha por el estatuto administrativo propio fue el] Mismo capítulo que siguieron los profesores que también fueron municipalizados y que empezaron a dar la pelea por tener el estatuto docente. La gran diferencia siempre la recalcaré es que nosotros como sector salud dimos la pelea por un estatuto propio para todo el equipo de la salud. A diferencia de los docentes que dieron la pelea por un estatuto solo para el profesorado, dejando fuera a todo el personal asistente de la educación porque el estatuto es solo para los profes. Craso error y yo creo que para nosotros es uno de los aciertos más importantes es la concepción de equipo. Y que a diferencia de lo que pasa en la salud central tampoco los médicos tienen un estatuto distinto todo el equipo médico hasta auxiliares de servicio están regidos por el mismo estatuto administrativo [...] El estatuto de Atención Primaria, en la Ley N° 19.378 es el Estatuto Administrativo más moderno que tiene Chile”. (Carolina Espinoza).

“Eso es el 95 y hasta la fecha hemos mantenido demandas donde aparte de agregar temas propios de beneficios y derechos de los funcionarios del sector nuestro, también nos da la posibilidad de generar políticas y opiniones en relación a la materia de como deberíamos generar una salud pública para este país. No solamente nos preocupamos de mejorías corporativistas, sino que además estamos preocupados por la salud pública y su defensa, y mantener en primera línea de fuego una salud financiada por el Estado que garantice la salud como tal. Estamos lejos de eso”.
(Gislina Reyes).

b) Las demandas de la CONFUSAM

Desde la creación de la Coordinadora de Atención Primaria como organización de hecho hasta la consolidación de la organización de derecho de los trabajadores de la Atención Primaria (la CONFUSAM) el pliego de reivindicaciones y de demandas de los funcionarios ha girado en torno la necesidad de mejoras laborales y de financiamiento de la salud municipalizada. La desigualdad brutal que se vive en el sistema municipalizado ha sido una de las grandes peleas que han dado los trabajadores de la APS y donde se ha planteado una disputa abierta entre quienes han concebido la lucha por la vuelta a los Servicios de Salud y quienes han desarrollado el municipalismo como un paradigma y modelo médico dentro de la Atención Primaria.

“En una primera edición [la Coordinadora] se plantea como reivindicación central dar la lucha por volver a los Servicios de Salud, volver a las dependencias administrativas del Ministerio [...]. Y el Congreso siguiente, la organización resuelve por votación y por una discusión bien intensa [había compañeros como por ejemplo el actual presidente Esteban Maturana, que estaban por la tesis de volver a las dependencias centrales, pero] gana la opción de dar la pelea por un estatuto propio. Que en el fondo es cambiar la estrategia para lograr lo mismo porque lo que se perseguía como fin reivindicativo era tener carrera funcionaria y estabilidad laboral”. (Carolina Espinoza).

“Al año siguiente el mismo congreso de la Coordinadora Nacional de Trabajadores de Atención Primaria, los sindicatos de consultorios, resuelven que la misma

demanda es posible en este contexto político a través de dar la pelea por un estatuto administrativo propio”. (Carolina Espinoza)

La principal demanda ha sido el financiamiento de la salud municipal como motor para asegurar la defensa de la salud pública no sólo en términos de condiciones de trabajo y remuneraciones dignas, sino por las grandes falencias que existen hoy en términos de recursos humanos dentro de la salud municipalizada “*como de alguna profesión en específico que se nos fuga, que es el tema de los médicos*”⁷⁶. En general, la cantidad de profesionales es insuficiente para las necesidades de la población que tienen a cargo los trabajadores de consultorios, por lo que incluso con medidas modernizadoras de programas y políticas sanitarias como lo ha sido el modelo de salud familiar, no ha podido ser materializado porque los criterios y estándares que se requieren para su implementación, como el tiempo de atención familia, no pueden ser alcanzados con el nivel de atención e infraestructura de los servicios.

“Decimos que vamos al modelo de salud familiar, pero estamos apagando el incendio con una carga asistencial que no te permite hacer prevención y promoción de la salud. Entonces nuestra principal demanda es lograr alcanzar el per cápita que se haga cargo de financiar esta canasta de prestaciones que está establecida por ley y que efectivamente no alcanza a cubrirse con lo que hoy día recibimos de financiamiento. Nosotros el año pasado (2015) logramos con el ministerio una mesa de trabajo tripartita: MINSAL, Asociación Chilena de Municipios y CONFUSAM, logramos develar el valor del per cápita basal mínimo para cubrir la canasta de prestaciones que por ley debíamos entregar en los consultorios.

Y eso fue el año 2015, y en ese entonces el per cápita debía ser basal de 6.050 pesos y para ese momento el per cápita era de 3.700 y tantos pesos. Entonces claro el 2016 se incrementó el per cápita y este año se incrementó también pero no llegamos ni cerca de los 6.000 pesos y también hay que actualizar ese precio. Entonces una reivindicación central es lograr alcanzar el per cápita basal para plantearnos el poder resolver la carencia de recursos que tenemos, porque nos ocurre mucho que en los municipios más grandes son donde ha habido una mayor capacidad técnica y hay ciertas condiciones, pero en los municipios más pobres el círculo de la pobreza se reproduce. Los municipios

⁷⁶ Entrevista N°1 a Carolina Espinoza.

más aislados tienen más dificultades de entregar postraciones porque tampoco los recursos humanos llegan”. (Carolina Espinoza).

CAMBIO DE PARADIGMA: UNA NUEVA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MUNICIPALIZACIÓN

a) Municipalización versus municipalismo

Tal como planteábamos hace algunas páginas, la posibilidad de desarrollo de las políticas de salud en el ámbito comunal y arraigadas al círculo barrial de los consultorios, bajo un proceso organizativo y participativo de la comunidad, tal como lo logrado en el primer tercio de la década de los 70 y en referencia a la nueva valorización en torno al lugar del municipio como una posible expresión de gobierno local y democrático han sido los pilares bajo los cuales los trabajadores de la salud municipalizada han levantado sus demandas, pero también una concepción del municipalismo desde donde se han distanciado de las demás organizaciones de la salud. Mirada que ha significado una brecha política y reivindicativa entre las organizaciones sindicales del área de la salud, sobre todo en lo referente a la relación con las organizaciones de trabajadores de la salud central (hospitales).

“Nosotros tendemos a la unidad y por principio nos relacionamos con ellos [Salud central] de la manera más frecuente posible, pero con mucha dificultad porque entre ellos mismos, como están peleados, cuando tu estas con uno, el contrario se enoja [...] y porque además tenemos una diferencia súper grande en la mirada que tenemos respecto a la salud municipal”. (Carolina Espinoza).

La mirada que tienen las organizaciones del sistema central de salud (hospitalario, sobre todo) respecto a la municipalización no representa hasta la actualidad a los funcionarios de la salud municipal, pues han apostado por la demanda de la desmunicipalización de la salud, remontándonos al carácter de demandas que en un comienzo se dieron en la Coordinadora. Sin embargo, bajo ese punto de vista y frente al contenido desarrollado en la propuesta de municipalismo de la CONFUSAM,

volver a la dependencia de los Servicios de Salud implicaría para los trabajadores de la atención primaria no solo la pérdida de sus conquistas laborales, sino también el quiebre de un proyecto político que tiene su correlato en la concepción del municipio como gobierno y la relación entre funcionarios y pacientes de la salud municipal.

“Ellos [trabajadores de la salud central] reconocen que las condiciones laborales nuestras son superiores en términos de que nosotros [...] tenemos carrera funcionaria, efectivamente tenemos ascenso... en el fondo, la gente compara las remuneraciones sobre todo el sector de paramédicos y ve que los profesionales están bien, porque en las comunas ganas más que en un hospital, no solo líquido sino también en el tiempo se nota mucho más la velocidad de crecimiento de las condiciones laborales. Ellos plantean la defensa de la salud pública y plantean que el municipio no es gobierno, no es público.

En cambio, nosotros en la CONFUSM nos declaramos defensores del municipalismo, nosotros entendemos que el municipio es gobierno local y que nos permite una mejor implementación de las políticas públicas, entonces defendemos la tuición técnica del Ministerio, pero también la dependencia administrativa territorial de los gobiernos comunales que también son parte del estado descentralizado. Y que, además, con esta posibilidad de tuición administrativa de los gobiernos locales somos capaces de aterrizar las políticas públicas nacionales, que deben tener un directriz país, pero que deben atender la realidad comunitaria y local que son súper diversas por condiciones culturales, geográficas y etc. El tema del municipalismo nos separa con los compañeros de la salud central”. (Carolina Espinoza).

Por otro lado, esa defensa del municipalismo también para los mismos funcionarios ha implicado un trato y una relación distinta con los vecinos y la población de las comunas donde residen su lugar de trabajo. Esa sintonía entre los trabajadores y los “pacientes” ha sido fundamental en el desarrollo de la propuesta de financiamiento para el sector, llegando al punto de la realización de Consejos Locales y Consultivos con la participación de organizaciones sociales del sector.

“Nosotros creemos que el consultorio es de la comunidad, que el consultorio debe tener una política de puertas abiertas a las organizaciones sociales. Nosotros como sindicato además dentro de nuestra orientación y nuestros principios de trabajo

contemplamos la militancia o participación del sindicato de la asociación de funcionarios en los Consejos Consultivos y Consejos Locales de salud que deben funcionar permanentemente en cada establecimiento y, por lo tanto, dentro de nuestra política sindical, estaba el impulsar el desarrollo de una alianza permanente entre los usuarios y los trabajadores para las mejores condiciones. Porque efectivamente tenemos graves problemas”. (Carolina Espinoza).

“La confusam quiere mantener la municipalización modificando aquellas cosas que no ayudan a generar una salud pública, porque la primera puerta de entrada es la OMS, nosotros no estamos descubriendo algo nuevo, efectivamente es [necesaria una política de salud] inserta en los territorios. La entrega de salud en los Centros de Salud Familiar para la promoción y prevención que es nuestra tarea. Pero hoy sigue una salud biomedicalizada, que solo actúa frente a la enfermedad en lo curativo, pero de prevención y promoción, la nada misma. Y de modelo de salud familiar la nada misma y eso tiene que ver con financiamiento. El PIB que entrega este país a salud está por debajo del 3% aún. Lejos de los indicadores de recomendación de la OCDE, Banco Mundial y todo. Nosotros estamos haciendo magia con el aporte de financiamiento desde el Estado hacia la atención primaria”. (Gislina Reyes).

b) Los alcaldes, el municipio y los consultorios

Una obra reciente de Verónica Valdivia⁷⁷, del ámbito de estudio de la historia, ha profundizado sobre las transformaciones que vivieron los municipios en la década de los 80. La autora señala que la relación que se estableció entre el municipio y la población, fue la de promocionar un tipo de participación social radicalmente distinta al menos hasta la que se había desarrollado antes de 1973. Los alcaldes designados debieron abocarse a contener cualquier intento de organización y de descontento social, por lo que la participación ciudadana se limitó a generar cuerpos intermedios en las comunas que canalizaran e hicieran de soporte para la “expresión ciudadana”. Por ejemplo, la creación de los Consejos de Desarrollo Comunales (CODECOS), tenían como principio

⁷⁷ VALDIVIA, V., ÁLVAREZ, R., Y DONOSO, K. *La alcaldización de la política. Los municipios en la dictadura pinochetista*. Santiago, LOM Ediciones, 2012.

reemplazar la actividad de los partidos políticos, como mediadores entre la ciudadanía y el municipio, entre la sociedad civil y el Estado.

Según Valdivia, esto tenía como fondo la despolitización y el entendimiento de la participación social como la mediación por medio de grupos corporativistas con las autoridades, aspecto que no se logra instalar a profundidad pero que sin embargo marca el pulso del proyecto que venía a imponerse. Pese a ello, los militares mediante el rol que le asignaron al municipio, de la “resocialización” de la política, sí logran instalar la lógica del individualismo, del clientelismo y de la participación despolitizada o desinteresada y por tanto también de darle una centralidad importante en la vida cotidiana y diaria de los vecinos de la comuna.

Bajo este contexto, la relación de los funcionarios de la salud primaria con el municipio fue y sigue siendo deficiente, salvo casos muy particulares. En el capítulo anterior abordamos la relación entre la creación de la política pública sanitaria y la incidencia administrativa del municipio en la consolidación de los programas. Bajo la concepción del municipalismo como el resultado de la relación entre el gobierno local y el establecimiento de los consultorios como centros promotores de la prevención y promoción de la salud arraigados en el territorio comunal, que la Confusam ha planteado la necesidad de discutir sobre las funciones y roles del municipio en la realidad comunal sanitaria.

“Nosotros creemos que es necesario modificar la capacidad de los alcaldes con concejales más empoderados con una mayor tuición técnica también”. (Carolina Espinoza).

O sea aquí también hay una falencia del ejercicio del gestor de RED que debiera ser el director de cada servicio de salud en el trabajo técnico de los territorios y ahí también hay una situación bien compleja porque hay directores de Servicio de Salud [...] [Todo el sistema de prestadores depende del Servicio de Salud hay 28 servicios en el país, digo 28 y no 29 porque en Aysén no hay salud municipal, es la única que no tiene atención primaria municipal por lo tanto ahí es el único lugar del país donde no hay CONFUSAM. Pero de Arica a Magallanes la ‘confu’ está presente] Y hay directores de servicio que son bien primaristas y que efectivamente se meten en las

comunas intervienen en el sentido de no de imponer, sino que de entregar apoyo técnico y orientación a los municipios. Y hay otros directores de servicio que la verdad es que la relación es nula y están preocupados de los hospitales y la Atención Primaria [...] no se le da la relevancia". (Carolina Espinoza).

"Entonces el país es esquizofrénico. Se habla de la relevancia de la Atención Primaria, que es estratégico prevenir en vez de curar, pero eso es teoría porque en la práctica no se implementa y mientras eso no se implemente es un saco roto porque claramente las necesidades son crecientes y los recursos escasos. Así como hay directores de servicio que no son cultores de RED y consideran el pilar al sistema público de salud y lo articulen... también hay alcaldes que no entienden nada de salud pública la ven como un cacho. En cambio, hay otros alcaldes que a veces, de municipios bien pobres, le ponen harto énfasis, empeño y entienden. Entonces hay un trabajo colaborativo". (Carolina Espinoza).

CONCLUSIONES

La municipalización de la salud, como la vía hacia la privatización y la descentralización del Estado neoliberal, marcó el inicio de la desarticulación y desmantelación del Servicio Nacional de Salud y, por tanto, de la salud pública. El traspaso de los consultorios urbanos y rurales hacia la administración municipal implicó la pérdida de relación con el sistema de salud en los niveles secundarios y terciarios, un desfinanciamiento que agravaba los índices sanitarios de la época y la profundización del trabajo precario en condiciones miserables y denigrantes para los trabajadores de la APS que, en ese entonces, comienzan a regirse bajo la calidad de empleados privados. El Código del Trabajo, como nueva figura legal marcó un antes y un después en la vida laboral y familiar para los funcionarios que debieron lidiar con la pérdida de todas sus conquistas laborales y aún más, con el giro ideológico que tuvieron las políticas y programas de salud, que de forma retrógrada y sin manejo de las necesidades epidemiológicas de la población, relegaron a la salud pública una única función: la medicina curativa. Los planes de promoción y prevención de la salud fueron considerados como gastos innecesarios y sufrieron recortes desde las arcas fiscales.

El antiestatismo y la mirada económica de la dictadura militar cambiaron el rol de los consultorios y del protagonismo que en materia sanitaria y cultural tuvieron dentro de las comunas, al menos desde 1970 hasta 1973. De esta forma, los trabajadores de la APS se vieron forzados a nuevos ritmos laborales y a extensas jornadas donde la espera crecía y parecía nunca acabarse. La condición de precariados se volvió relevante al momento de identificarse entre pares del mismo equipo de salud sin distinciones profesionales ni de categorías de contratación, por lo que de a poco se comenzó a gestar un descontento, una insatisfacción y frustración laboral, por lo que avanzada la década de los ochenta la organización y ganas de discutir sobre la situación laboral de los consultorios entre los trabajadores comenzó a sentirse como una necesidad. Es bajo este contexto en el que se dan las primeras jornadas de protesta nacionales y que serán el punto de partida hacia la creación de una organización que aglutinara a los trabajadores de la salud primaria.

A partir del primer capítulo, es posible afirmar que la municipalización como medida contenedora-represora de la expresión social y de la participación ciudadana puso fin a la trayectoria del SNS que había dado contexto a un movimiento social de la salud. El protagonismo del pueblo en la definición de la política de salud ya no sería el motor que promoviera los programas y planes, sobre todo en la atención primaria. El mercado, la demanda y la reducción del gasto fiscal serían los nuevos términos bajo los que se comenzaría a gestar el nuevo modelo de salud. Pero este aspecto no tenía nada de nuevo si miramos el desarrollo de la medicina en el país, puesto que ya en 1968 con la Ley de Medicina Curativa se adelantaban los planteamientos ideológicos que inclusive habrían de sustentar a la dictadura militar.

La arremetida teórica de la política neoliberal no fue sorprendente, los intelectuales del golpismo se encargaron de idear técnica y financieramente desde la década de los 60, lo que sería la aparición de la iniciativa privada en salud y en el resto de las prestaciones de servicios sanitarios del país. Por otra parte, el peso del Colegio Médico, como uno de los sectores que asesoraron la nueva política, apostaron por la instalación de una economía social de mercado y por tanto de un enorme distanciamiento de la realidad laboral de los funcionarios de la atención primaria. Así mismo, el recorte fiscal y la pauperización de las condiciones de infraestructura y deterioro del recurso humano parecieron más directrices o estrategias para desestabilizar al sistema público de salud que consecuencias propias de la municipalización.

En definitiva, el traspaso de la atención primaria a la administración de los municipios se convirtió en una de las posibilidades para desmantelar la salud pública, así como también la centralidad que se le dio desde el gobierno militar permitió tener un control político de las expresiones sociales, logrando copar la cotidianidad de la población de la comuna e instalando un nivel de inclusión ideológica que trajo como consecuencias la despolitización, el desinterés, el individualismo. Todo ello mientras la carga y el peso de una salud que parecía no importarle a nadie recayó en el ingenio de los funcionarios de los consultorios, que se las arreglaban para lidiar con la atención médica y con los escasos recursos que existían.

Bajo este contexto, en el segundo capítulo planteamos los niveles de precarización laboral que sufrieron los trabajadores de la APS y su relación con los resultados a nivel del estado y estándares de la salud pública en el país. Analizamos la falta de médicos y de personal capacitado como uno de los principales problemas a los que se enfrentó la salud primaria en el proceso de la municipalización. Lo que también se veía profundizado por la rotativa que se generó entre el personal administrativo de los consultorios que estaban sometidos a turnos extensos y bajos sueldos. De esta forma, como ya afirmábamos, el abandono de la salud pública mediante el deterioro técnico, administrativo, de infraestructura dieron pie a la existencia de una salud privatizada no como meras consecuencias, sino como la posibilidad de dismantelar la atención pública.

Planteado esto, entonces también podemos señalar que la precarización laboral y de la salud pública fueron parte de la política antiestatista de la dictadura militar que hasta el día de hoy se mantienen, bajo los principios de la subsidiariedad y del *“que el público haga lo que el privado no le interesa”*.

Finalmente, sobre las interrogantes que planteamos en las primeras páginas respecto de la posibilidad de que la condición de precariados habría sido lo que motivó la organización sindical en la APS, en el tercer capítulo abordamos la relación entre la condición pauperizada del trabajo en los consultorios y la necesidad de organización de los trabajadores como la forma de conseguir mejoras laborales gremiales y para la salud en general. En este sentido, el precariado de la atención primaria, como sujeto constructor de la realidad sanitaria, construyó una identidad colectiva entre sus pares de la salud, no como un colectivo o sujeto estático según las condiciones de época en abstracto, sino como sujetos que se forjaron en la decisión de alternativas y de acción, como en la creación de la Coordinadora de APS, en la posterior CONFUSAM y en el trabajo de cada día por profundizar el proyecto del municipalismo y de la defensa de la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES

1. *Boletín Informativo de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM)*, N°16, junio de 2013.
2. *Boletín Informativo de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM)*, N°14, abril de 2013.
3. *Boletín Informativo de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM)*, N°13, marzo de 2013.
4. *Boletín Informativo de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM)*, N°11, noviembre de 2012.
5. *Boletín Informativo de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM)*, N°9, agosto de 2012.
6. HERNÁNDEZ, H. Y DUARTE, D. *SERIE DOCUMENTOS DE TRABAJO C.P.U. Documento de Trabajo N°12/94*. Servicios Traspasados Educación y Salud. Mayo 1994.

LEYES CONSULTADAS

Decreto Ley N° 2.200 sobre “contrato individual de trabajo”.

Decreto Ley N° 2.756.

Decreto Ley N° 2.758.

Decreto Ley N° 2.763.

Reforma de la Previsión y el Código del Trabajo

BIBLIOGRAFÍA

1. NÚÑEZ, D. *Notas sobre el concepto de Flexibilidad Laboral y su aplicación en Chile*. Santiago, 2004.
2. GÓMEZ, A. *El trabajador precario y la construcción del precariado como sujeto del cambio*. Universitat Pompeu Fabra.
3. PINTO, J. 1999. *Historia contemporánea de Chile. Tomo II: Actores, identidades y movimiento*. Santiago, LOM Ediciones.
4. VEJAR, D. *La precariedad laboral, modernidad y modernización capitalista: Una contribución al debate desde América Latina*.
5. HORWITZ, N. *Salud y Estado en Chile. Organización social de la salud pública, período del servicio nacional de salud*. Serie publicaciones científicas representación OPS – Chile.
6. MOLINA, C. *Institucionalidad sanitaria chilena 1889 – 1989*. LOM Ediciones, Santiago, 2010.
7. HORWITZ, A. *Medicina en Chile*, en Rev. SNS. Octubre 1956. Vol. I, editorial.
8. JIMÉNEZ, J. *Política y sistemas de salud. Análisis preliminar de la década 74 – 83*. CPU Corporación de Promoción Universitaria, 1985.
9. MORALES, E. *Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud, Chile 1964 – 1978*. Documento de Trabajo Programa FLACSO, número 110. Mayo 1981.
10. TETELBOIN, C. *Estado y políticas de salud en Chile: el proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973 – 1979*.
11. TETELBOIN, C. *La Transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973 – 1990. Reformas de primera generación*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco Coordinación de Extensión Universitaria.
12. REBOLLEDO, L. *Los sistemas de salud en Chile: una mirada después de las privatizaciones*. Capítulo III. Neoliberalismo y salud en Chile.

13. ILLÁNES, M. *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia de la salud pública Chile 1880 – 1973 (Hacia una historia social del siglo xx)*. Colectivo de Atención Primaria, Santiago, 1993.
14. DURÁN, H. *El ámbito de la gestión de la municipalización de la salud*. Cuadernos de Medicina Social, XXIX, 2, 1988. 43 – 46p.
15. ROSSELOT, J. *Colegio Médico y la salud en Chile*. Revista Pediatría al Día. 1997; 13(4).
16. SAAVEDRA, A. *Un marco conceptual para el estudio de las clases sociales en el Chile actual*. INSTITUTO DE ESTUDIOS ESTRATÉGICOS PARA EL DESARROLLO HUMANO. Valdivia 2007.
17. GARCÉS, M. *Los movimientos sociales populares en el siglo XX: balance y perspectivas*. ECO, Educación y Comunicaciones. Revista N°43, primavera 2004.
18. MELLER, P. *Un siglo de economía política en Chile (1810-1990)*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 2007. Pp 198.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

1. Confederación Nacional de la Salud Municipal. *Declaración de Principios*, La Serena 1997. [En línea] <www.confusam.cl/idex.php/nuestra-historia> [Consulta: 10 de diciembre, 2016].
2. MONTERO, C. en: *Crisis del empleo y relaciones sociales*. Edición digital del Centro Documental Blest. [En línea]. <<http://www.blest.eu/biblio/zapata/cap1.html>>. [Consulta: 7 de enero de 2017].
3. SCHMIDT-HEBBEL, K. en: *El crecimiento económico de Chile*. Banco Central de trabajo, Junio 2006. <<http://www.bcentral.cl/eng/studies/working-papers/pdf/dtbc365.pdf>> [Consulta: 4 de Julio de 2016].

ANEXOS

Anexo 1: Entrevistas

Entrevista N°1

Nombre: Carolina Espinoza

Edad: 45

Título Profesional: Trabajadora Social

Cargo: Dirigenta Nacional CONFUSAM (Encargada Comisión Igualdad de Oportunidades) y dirigente de la Asociación de Funcionarios CESFAM.

1. **¿Cómo se vivió el proceso de municipalización por los trabajadores de consultorios?**

C: La municipalización se genera en los años 80 y nosotros de ser funcionarios públicos y tener las condiciones de servicios de bienestar, carrera funcionaria y sueldos bajos... pero que tu sabías cuanto ibas a ganar y las reglas del juego, por decirlo de alguna manera, se pierde todo eso cuando se nos municipaliza. La verdad es que cada funcionario dependiendo de la comuna y del alcalde, por no decir señor feudal del territorio, te tocaban determinadas condiciones. Era una cosa súper adversa y complicada, más en el contexto socio político que vivía el país, entonces fue perder muchas condiciones y fue difícil articularse por la dificultad que había para ejercer los derechos sociales en general, entonces los sindicatos que se conforman... muchos se conforman de manera secreta o tratando de pasar lo más piola posible.

2. **A partir de eso... ¿Cómo se produce la conformación de la Coordinadora de Trabajadores de Atención Primaria?**

C: Los primeros sindicatos se forman en las grandes capitales, te digo, Santiago, Concepción, Valparaíso. Eso es lo que cuentan los compañeros más antiguos. Y estos sindicatos empiezan de a poco a encontrarse porque, tratando de dar algún grado de solución, empiezan a encontrarse en el Ministerio, en el Servicios de Salud, con otros

compañeros de otras comunas y empieza con eso... Muy de calle, sin redes de comunicación tan expeditas como hoy día, a generarse la Coordinadora Nacional de Trabajadores de la Salud Municipalizada.

3. ¿Cómo fue ese proceso en el resto del país?

C: La Señora Coordinadora jajaja, como llego por ahí una vez preguntando una señora de regiones. La Coordinadora, que era una organización de hecho, que funcionó y empezó tuvo su primer congreso en el año 92, ya estábamos de vuelta a la democracia y pasó por hartas etapas.

4. ¿Qué se plantea en ese congreso?

C: En una primera edición se plantea como reivindicación central dar la lucha por volver a los Servicios de Salud, volver a las dependencias administrativas del Ministerio en el fondo. Y el Congreso siguiente, la organización resuelve por votación y por una discusión bien intensa, había compañeros como por ejemplo el actual presidente Esteban Maturana, que estaban por la tesis de volver a las dependencias centrales, pero gano la opción de dar la pelea por un estatuto propio. Que en el fondo es cambiar la estrategia para lograr lo mismo porque lo que se perseguía como fin reivindicativo era tener carrera funcionaria y estabilidad laboral.

5. Eso se pierde con la municipalización... ¿Cómo fue la pérdida de esos beneficios?

C: Al ser Código del Trabajo, por supuesto porque estaba regido por el Código del Trabajo y no había ninguna regla. Claro, cuando nos traspasan a los municipios queda la mansa cagá'. Te digo, o sea perdimos carrera funcionaria, perdimos sueldo, trato, o sea, cero respeto del alcalde en dictadura... era una condición no solo materialmente precaria sino de maltrato y abuso, bueno estábamos en dictadura y había una condición súper difícil.

6. Volvamos a la conformación de la Coordinadora y los primeros sindicatos

C: Bueno, entonces los compañeros que forman los primeros sindicatos eran geniales. Porque era gente en ese tiempo que se reunían en restaurantes, plazas, cuando se

juntaban se juntaban en sus casas y cuando se empezaron a juntar de distintas regiones, las actividades las hacían al puro ñeque, con su plata, de su bolsillo, el sindicato no tenía ninguna condición. Porque los sindicatos de los funcionarios públicos no tienen ninguna regalía po', digo regalía porque tenemos horas de fuero fiscal que son financiadas por el propio sistema entonces nosotros ejercemos y yo estoy acá trabajando por el sindicato, pero tengo cargo en mi consultorio como es la ley 19.296. Que es la ley que regula las asociaciones de funcionarios que tiene ese tipo de beneficio que los demás del mundo privado no tiene, y que por lo tanto en ese tiempo para formar los sindicatos eran de manera clandestina. Tenían menos condiciones y la gente se empezó a organizar, empezaron a juntarse y a dar la pelea y como te digo el primer congreso resuelve que la pelea es demandar el volver a ser funcionarios públicos y por tanto que los consultorios volvieran a ser dependencia del Ministerio de Salud.

Al año siguiente el mismo congreso de la Coordinadora Nacional de Trabajadores de Atención Primaria, los sindicatos de consultorios, resuelven que la misma demanda es posible en este contexto político a través de dar la pelea por un estatuto administrativo propio. Mismo capítulo que siguieron los profesores que también fueron municipalizados y que empezaron a dar la pelea por tener el estatuto docente. La gran diferencia siempre la recalcaré es que nosotros como sector salud dimos la pelea por un estatuto propio para todo el equipo de la salud. A diferencia de los docentes que dieron la pelea por un estatuto solo para el profesorado, dejando fuera a todo el personal asistente de la educación porque el estatuto es solo pa' los profes. Craso error y yo creo que para nosotros es uno de los aciertos más importantes es la concepción de equipo. Y que a diferencia de lo que pasa en la salud central tampoco los médicos tiene un estatuto distinto todo el equipo médico hasta auxiliares de servicio están regidos por el mismo estatuto administrativo y yo te digo, así con conocimiento de causa el estatuto de Atención Primaria, en la ley 19.378 es el estatuto administrativo más moderno que tiene Chile. Estamos súper orgullosos porque lo hemos reformado, de hecho ahora estamos trabajando en nueva reforma para mejorarlo, pero sin duda garantiza carrera funcionaria, sin platas esquemáticas, por tanto nos permite tener un

nivel de ascenso efectivo en el tiempo por mérito propio a través de la experiencia y capacitación.

7. ¿Bajo qué principios se forja el trabajo en la organización?

C: Eso es súper importante, entonces cuando la Coordinadora de los Trabajadores de la Atención Primaria resuelve dar la pelea por el estatuto propio creo que es una de las virtudes que tiene nuestra organización, que no tiene tanto dogma, tanta ortodoxia. A diferencia de otros sindicatos del mundo público, nosotros tenemos principios declarados desde el inicio que tiene que ver con la autonomía, con la no dependencia de los partidos políticos, sí con un rol entendido más allá de lo meramente reivindicativo, sino también con un compromiso social que dentro de nuestra misión y visión esta explícito el compromiso que tenemos con la defensa de la salud como un derecho humano y por tanto nuestro compromiso como actor social respecto a la construcción de un país más justo. Con una mirada política amplia pero que no se deja dirigir por ningún partido político y dentro de nuestros principios esta la autonomía y la democracia interna. Entonces nosotros resolvimos dar la pelea por el estatuto administrativo y hemos ido incorporando también, a contrapelo, políticas de modernización del Estado entonces hoy nosotros como organización, a diferencia de los compañeros de los gremios del sector centralizado, que son demasiados. Tu sabes que la salud central hay tres o cuatro o cinco FENATS... está la FENPRUS, está el Colegio Médico, que además es un sindicato, por llamarlo sindicato, bastante peculiar, eh... con sus agrupaciones de que se yo, pero tenemos asociación de conductores de ambulancia, asociación de paramédicos, asociación de o sea...

8. ¿Y cómo es la relación con esas organizaciones?

C: Nosotros tendemos a la unidad y por principio nos relacionamos con ellos de la manera más frecuente posible, pero con mucha dificultad porque entre ellos mismos, como están peleados, cuando tu estas con uno, el contrario se enoja eh... y porque además tenemos una diferencia súper grande en la mirada que tenemos respecto a la salud municipal.

9. ¿Cuál es esa mirada?

C: Ellos reconocen que las condiciones laborales nuestras son superiores en términos de que nosotros, como te decía, tenemos carrera funcionaria, efectivamente tenemos ascenso... en el fondo la gente compara las remuneraciones sobre todo el sector de paramédicos ve que los profesionales están bien, porque en las comunas ganas más que en un hospital, no solo líquido sino también en el tiempo se nota mucho más la velocidad de crecimiento de las condiciones laborales. Ellos plantean la defensa de la salud pública y plantean que el municipio no es gobierno, no es público. En cambio, nosotros en la CONFUSM nos declaramos defensores del municipalismo, nosotros entendemos que el municipio es gobierno local y que nos permite una mejor implementación de las políticas públicas, entonces defendemos la tuición técnica del Ministerio, pero también la dependencia administrativa territorial de los gobiernos comunales que también son parte del estado descentralizado. Y que además con esta posibilidad de tuición administrativa de los gobiernos locales somos capaces de aterrizar las políticas públicas nacionales, que deben tener un directriz país, pero que deben atender la realidad comunitaria y local que son súper diversas por condiciones culturales, geográficas y etc. El tema del municipalismo nos separa con los compañeros de la salud central.

10. Y en esa concepción del municipalismo, ¿Cómo entienden la relación entre los consultorios con los vecinos y gente de la comuna?

Buenísima, nosotros creemos que el consultorio es de la comunidad que el consultorio debe tener una política de puertas abiertas a las organizaciones sociales, nosotros como sindicato además dentro de nuestra orientación y nuestro principios de trabajo contemplamos la militancia o participación del sindicato de la asociación de funcionarios en los Consejos Consultivos, Consejos Locales de salud que deben funcionar permanentemente en cada establecimiento y por lo tanto, dentro de nuestra política sindical, estaba el impulsar el desarrollo de una alianza permanente entre los usuarios y los trabajadores para las mejores condiciones. Porque efectivamente tenemos graves problemas.

11. ¿Cuáles son esos problemas?

Las carencias de recursos son tremendas, la disposición de algunos alcaldes es bien nefasta porque hay alcaldes que de verdad adolecen bastante, que también existe un sobre poder del alcalde que no está bien. Nosotros creemos que es necesario modificar la capacidad de los alcaldes con concejales más empoderados con una mayor tuición técnica también, o sea aquí también hay una falencia del ejercicio del gestor de RED que debiera ser el director de cada servicio de salud en el trabajo técnico de los territorios y ahí también hay una situación bien compleja porque hay directores de Servicio de Salud... Tu sabes que todo el sistema de prestadores depende del Servicio de Salud hay 29, 28 servicios en el país digo 28 y no 29 porque en Aysén no hay salud municipal, es la única que no tiene atención primaria municipal por lo tanto ahí es el único lugar del país donde no hay CONFUSAM. Pero de Arica a Magallanes la '*confu*' esta presente... Y hay directores de servicio que son bien primaristas y que efectivamente se meten en las comunas intervienen en el sentido de no de imponer, sino que de entregar apoyo técnico y orientación a los municipios. Y hay otros directores de servicio que la verdad es que la relación es nada y están preocupados de los hospitales y la Atención Primaria queda... no se le da la relevancia. Entonces el país es esquizofrénico. Se habla de la relevancia de la Atención Primaria, que es estratégico prevenir en vez de curar, pero eso es teoría porque en la práctica no se implementa y mientras eso no se implemente es un saco roto porque claramente las necesidades son crecientes y los recursos escasos. Así como hay directores de servicio que no son cultores de RED y consideran el pilar al sistema público de salud y lo articulen... también hay alcaldes que no entienden nada de salud pública la ven como un cacho. En cambio, hay otros alcaldes que a veces, de municipios bien pobres, le ponen harto énfasis, empeño y entienden. Entonces hay un trabajo colaborativo.

12. ¿Y cómo se definen esas políticas y programas en las comunas?

C: Las políticas y programas son del Ministerio, todos los consultorios. El alcalde, digamos que el municipio tiene la responsabilidad administrativa y por tanto tiene que ver con los contratos, condiciones, con la cantidad de dotación que implementa, pero la parte administrativa le corresponde al municipio. Y la tuición técnica íntegramente al

MINSAL a través de los servicios de salud en cada territorio. Entonces claro, un alcalde puede implementar y lo han hecho de implementar cuestiones más allá de lo que el MINSAL plantea en sus programas, pero no menos.

[...]

Ese tipo de cosas, como por ejemplo las farmacias comunales... es posible que el municipio haga cosas adicionales, pero en términos país hay un mínimo, una canasta de prestación hay programas que son para todo el país. La capacidad de implementar la cantidad de recursos humano que contrata el municipio, tiene cierta libertad el gobierno comunal en eso, entonces hay algún grado de desigualdad tanto como entre un hospital y otro. Hay desigualdades en todo el país lamentablemente, pero eso no pasa por desmunicipalizar los consultorios.

13.¿Y frente a ese diagnóstico, cuáles son las principales demandas de la CONFUSAM?

C: Nuestra principal demanda es el financiamiento de la salud municipal y en ese sentido, también se relaciona evidentemente con las condiciones de trabajo y remuneraciones porque efectivamente para poder entregar servicio público de calidad, entendemos que debe haber un empleo en condiciones dignas y decentes. O sea, hoy día tenemos grandes falencias de recursos humanos tanto en cantidad como de alguna profesión en específico que se nos fuga, que es el tema de los médicos. O sea, mirar hoy día la cantidad de médicos que tenemos, la cantidad de profesionales en general es insuficiente para la población que tenemos a cargo en los consultorios y por lo tanto es bien complejo, bien difícil implementar un modelo de salud familiar que requiere ciertos estándares, incluso tiempo de atención por familia. Pero cuando tienes una cantidad de población inscrita y una cantidad de dotación a cargo que es insuficiente no alcanza a cubrir todo lo que quisiéramos.

Decimos que vamos al modelo de salud familiar, pero estamos apagando el incendio o con una carga asistencial que no te permite hacer prevención y promoción de la salud. Entonces nuestra principal demanda es lograr alcanzar el per cápita que se haga cargo de financiar esta canasta de prestaciones que está establecida por ley y que

efectivamente no alcanza a cubrirse con lo que hoy día recibimos de financiamiento. Nosotros el año pasado logramos con el ministerio una mesa de trabajo tripartita: MINSAL, Asociación Chilena de Municipios y CONFUSAM, logramos develar el valor del per cápita basal mínimo para cubrir la canasta de prestaciones que por ley debiéramos entregar en los consultorios.

Y eso fue el año 2015, y en ese entonces el per cápita debía ser basal de \$6.050 y para ese momento el per cápita era de \$3.700 y tantos pesos. Entonces claro el 2016 se incrementó el per cápita y este año se incrementó también pero no llegamos ni cerca de los \$6.000 y también hay que actualizar ese precio. Entonces una reivindicación central es lograr alcanzar el per cápita basal para plantearnos el poder resolver la carencia de recursos que tenemos, porque nos ocurre mucho que en los municipios más grande son donde ha habido una mayor capacidad técnica y hay ciertas condiciones, pero en los municipios más pobres el círculo de la pobreza se reproduce. Los municipios más aislados tienen más dificultades de entregar prestaciones porque tampoco los recursos humanos llegan.

14. ¿Y los consultorios urbanos están también municipalizados, corren bajo esas políticas?

C: Todos los consultorios del país están municipalizados. El 90% están municipalizados tanto urbano y rurales. Y cuando yo te hablo de per cápita basal, te digo que es la manera de que se financia la Atención Primaria que es a través de paciente inscrito y por cada usuario hay un financiamiento de per cápita basal mensual con el que atender, con el cual te financias, pero además hay indexadores de pobreza y ruralidad, entonces los municipios rurales tienen un incremento en ese per cápita basal. Y también los municipios declarados como pobres también tienen indexadores para palear, en parte, este déficit pero aun así es absolutamente escaso.

Entrevista N°2

Nombre: Aurora Araos

Edad: 65

Profesión: Enfermera

Cargo: Dirigenta Nacional CONFUSAM (encargada de la Comisión Jurídica, Capacitación y Técnica)

1. ¿En qué situación se encontraba al momento de la conformación de la Coordinadora de Trabajadores de la Atención Primaria?

A: Bueno, yo soy de profesión enfermera, fui exiliada en dictadura... Tu sabes yo en ese tiempo era militante del MIR y a finales de los 80 vuelvo y me meto en el tema de la Coordinadora. Por estos días he presentado una demanda al Estado de Chile.

2. ¿Cómo se vivió el contexto de la municipalización de los consultorios en paralelo a la conformación de la Coordinadora?

A: En los años 80, la Atención Primaria antes de los 80 la salud pública en Chile era una sola... Primaria, secundaria, terciaria, estaba toda ligada. La atención primaria dependía del Servicio de Salud, pero por la estafa que realizaron en los años 80 en la dictadura, sacan la salud y la educación de los ministerios y la municipalizan, pasando los consultorios a depender de los municipios y alcaldes y ahí queda la cagá'.

3. ¿Cómo fue ese traspaso?

A: Queda la cagá po'. Porque los alcaldes eran designados, todos eran milicos cabeza cuadradas que poco y nada sabían de salud, y en veían en esto [en la municipalización] una posibilidad de dar pega a sus familias y amigos. Y entonces en ese contexto se crean las corporaciones de salud municipal de derecho privado y "sin fines de lucro" jaja. Y bueno, cada municipio hizo lo que quiso. Pagaban los sueldos que querían, contrataban a quien querían, no sabían de ninguna norma sanitaria y mucho menos epidemiológica. Entonces empezaron los recursos a declinar, no había plata en os consultorios. Los consultorios se llovían por dentro, no teníamos implementos, jeringas, nada. No había

profesionales... Perdimos la carrera funcionaria. El alcalde decía: “ya, tú estás contratado”, “te voy a pagar esto”. Nos quitaron todo y estábamos enrabiados. Perdimos todos los derechos... A vacaciones, de bienestar, salas cuna... todas las garantías de los trabajadores públicos las perdimos, pasamos a ser trabajadores privados con el Código del Trabajo.

4. Con esa rabia crean la Coordinadora...

A: Sí. Así que ahí tratamos de organizar este mono. Nos organizamos y la primera instancia de lucha fue en el año 90. Como habíamos perdido la carrera funcionaria, ese año en el 90 se iba a dar un reajuste del 10% al sector público, y nosotros no éramos públicos po'. Pero necesitábamos ese reajuste. Y estábamos recién organizándonos como trabajadores de la Atención Primaria...

5. ¿Y cómo lo hicieron para aunarse?

A: Bueno en ese momento era tan el desconocimiento de la Coordinadora jaja, que bueno esto es una anécdota... que teníamos un teléfono de contacto en la casa de uno de los compañeros y llamaban a preguntar por la Señora Coordinadora, una señora po' jaja. Bueno, y empezamos a transmitir por nuestras vías que íbamos a hacer el paro. El 90% de los trabajadores de la Atención Primaria se adhirieron y logramos de hecho no por derecho⁷⁸ el reajuste para nosotros que no nos correspondía, por suerte estábamos en democracia.

6. ¿Antes del paro habían tenido actividades?

A: Sí. Muchas hicimos, pero fue como el pik el 90. En diciembre del 90 teníamos un mapa de Chile, bueno como yo soy enfermera, teníamos un mapa donde marcábamos los casos y enfermedades graves. Todo con banderitas rojas. Entonces se nos ocurrió anotar quiénes estaban con nosotros, para saber... y empezaron a llamar, y a llamar. Y marcábamos más banderas rojas, se empezó a poner rojo todo el mapa, que estaba casi todo Chile con nosotros... y nos mirábamos y no sabíamos que hueá' íbamos a hacer con todos ellos. En ese tiempo el presidente era Enrique. Teníamos un grito que decía: “Igual

⁷⁸ Esta distinción la realiza para recalcar que no les correspondía tal reajuste.

trabajo, igual salario". Vamos a pedir propia legislación, vamos a pedir un estatuto propio...

7. ¿Luego del paro, como sigue la organización?

A: Bueno y así nos empezamos a organizar hasta que en el 97 nos juntamos como CONFUSAM en la ciudad de La Serena. Los objetivos eran crear la CONFUSAM, unirnos a la CUT, y ahí hemos ido avanzando recuperando los derechos perdidos en dictadura, el último que recuperamos fue el bienestar y jubilación por años de servicio, lo que más hemos logrado es 21,5 meses.

Entrevista N°3

Nombre: Gislena Rojas

Edad: 55

Profesión: Enfermera

Cargo: Dirigenta Nacional CONFUSAM (Encargada Comité de Pensionados), Dirigenta de Base Asociación de Funcionarios de la comuna de La Florida (AFUSALUD RM), Dirigenta Federación Metropolitana FREMESAM.

[También participaron de esta entrevista: Soledad, Marta, Leandra]

1. ¿Cómo era trabajar en el tiempo del traspaso de los consultorios?

Mira, la historia relata que antes de la descentralizaron y pasarnos a ser dependientes de los municipios... que fue el año 1981 en plena dictadura donde las decisiones, eso es importante, las decisiones las tomaban sin, obviamente, consulta y ahí decidieron desarticular el Servicio Nacional de Salud, que era un esqueleto único donde estaba todo conectado ente el “mundo consultorio” y hospitalario con especialidades, todos éramos funcionarios públicos. Públicos con un estatuto único o con un formato laboral para todos igual y viene la municipalización el año 81... a nosotros nos sacan del esqueleto de la red pública, nos dejan dependiendo del Ministerio de Salud en el ámbito técnico y del recurso humano junto a los hospitales... al mundo secundario y terciario. Nosotros a partir del 81, nos mandan a ser dependientes de los municipios y somos contratados bajo Código del Trabajo.

La figura de Código del Trabajo, donde claramente, ahí se perdieron todos los beneficios de ser funcionarios públicos.

2. ¿Y esos contratos se renovaban?

Se iban renovando cada cierto tiempo, además en el contexto histórico, acuérdate que en esos años, del 81 hasta el 87, había una precarización del empleo tremenda y de la mayoría de la gente, porque no se creaban cargos, porque se empieza a dismantelar el Servicio Público y con un financiamiento que no llegaba al 1% del PIB por tanto las condiciones de contratación de nuevos funcionarios era bajísima y aparecieron en ese

minuto los empleos PEM y POJH, que se crearon también en el mundo de la salud. Y eran contratados los funcionarios por un sueldo mínimo para ejercer las funciones de salud, cosa que estaba fuera del marco legal. No había plata para contratar gente, ni siquiera bajo el Código del Trabajo. Desde allí quedamos bajo el alero de las contrataciones del Código que está vigente hasta hoy y te renovaban cada tres meses. Te podían despedir sin causal, argumentando causales como “que le caías mal a la jefa, que no eras del perfil”, como se da en el mundo privado.

Y ahí pasamos del 81 al año 95... en los 90 se supone vuelve la democracia. En el 90 se crea la Ley de Asociaciones de Funcionarios Públicos que es la 19.296, de la cual nosotros no estábamos afectos porque estábamos contratados por el Código del Trabajo y el año 95 después de reunirnos del 90 al 95 a través de la Coordinadora, que empezó a funcionar el 87, las demandas propias fueron volver a ser centralizados y frente a ello el gobierno desde inicios de la democracia dice que eso es inviable y ahí se decide generar la estrategia de forma un estatuto de Atención Primaria para los funcionarios que trabajen en los consultorios, en ese minuto se llamaba a darnos la condición de funcionarios públicos descentralizados como pasó con educación y salud. Porque educación también la municipalizaron más o menos en la misma época y bajo esa figura se crea el estatuto de atención primaria el año 95 que nos rige hasta hoy y en ese contexto logramos pasar de ser una organización de hecho a ser una de derecho porque nos amparaba la ley 19.296 de Funcionarios Públicos centralizados y descentralizados. Nos permitía hacer asociaciones, federaciones y confederaciones. Y bajo ese alero, empieza la demanda que la primera fue este estatuto que nos volvía a la condición de funcionarios públicos, de tener una carrera funcionaria que nos permitiera tener capacitación, experiencia e ir generando remuneraciones con los niveles que uno iba adquiriendo en la carrera funcionaria y mejorar nuestras remuneraciones, que mejoraron sustancialmente. Este estatuto regulaba los aspectos financieros de los consultorios: cómo llegaban los dineros, quienes los mandaban, que los administraba el municipio y nos permitió generar esta carrera, que nos permite ir cambiando cada tres a cuatro años de nivel que parte en el 15 y termina en el primero. Eso es el 95 y hasta la fecha hemos mantenido demandas donde aparte de agregar

temas propios de beneficios y derechos de los funcionarios del sector nuestro, también nos da la posibilidad de generar políticas y opiniones en relación a la materia de como deberíamos generar una salud pública para este país. No solamente nos preocupamos de mejorías corporativistas sino que además estamos preocupados por la salud pública y su defensa, y mantener en primera línea de fuego una salud financiada por el Estado que garantice la salud como tal. Estamos lejos de eso.

3. ¿Cómo fue la pérdida de los beneficios? ¿Cómo se las arreglaron?

Perdimos todo po'. Tuvimos que resistir. Aguantando hasta acuérdate que esto pasa el 81, en plena dictadura, no teníamos derecho a voto ni voz. Era difícil manifestarse y mucha gente se resignó a este estado de explotación, porque sino, perdían la pega o en esa época te hacían desaparecer o te mataban po', o te encarcelan entonces no hubo capacidad de respuesta inmediata. La Coordinadora empieza a existir como Coordinadora el año 86 por ahí, que después se transformó en esta CONFUSAM.

4. ¿En el 85, 86, cómo eran las actividades de la Coordinadora?

Era resistir, había si gente más organizada que seguramente en esa época tenían compromisos de militancia política que se atrevía a organizar a los trabajadores en forma espontánea, acuérdate que se abolieron los sindicatos en tiempo de dictadura no había derecho a organizarse, ni a huelga y lo que ahí se generaba eran líderes que aparecían tratando de movilizar y generar conciencia y despertar para empezar a movilizarse a demandar y ocurre a nivel del país porque las protestas más importantes, entre ellas la caída de la dictadura, si es que se puede llamar que se cayó, partieron el año 83, 84, 85 entonces nosotros estábamos inmersos en ese contexto, ya estaban todos los sectores organizándose, los pobladores, los estudiantes, los trabajadores a través de una CUT clandestina. Y nosotros fuimos parte del acontecer histórico que había en ese minuto y ahí aparecieron las primeras líneas de organizaciones de líderes visibles demandando, organizando, marchando, apoyando en las protestas. Y ahí empieza todo a armarse, hasta que vuelve la democracia transada y en el 90 se genera otro Estado democrático en Chile.

5. ¿Y cómo se relacionaban con otras regiones en la Coordinadora?

Por buena voluntad, poniendo plata del bolsillo, la mayoría de las reuniones eran en Valparaíso, Santiago, Rancagua, como la zona central porque no había mucha disponibilidad de lucas para irse a Temuco o a Coyhaique, sino que se centralizo todo a través de las regiones más cercanas a la metrópoli. Participo mucho la quinta, la sexta y ahí por los contactos vía teléfono. En ese momento no había mail, Facebook, el habla el “yo conozco” a una persona, se le entregaba la información como los mensajeros y ahí se fue estructurando el movimiento, nos reuníamos en plazas, cafés, bar, nos prestaban a veces sindicatos de otras ramas de la producción en Valparaíso nos prestaban, me acuerdo, el sindicato de los estibadores portuarios, en Rancagua el de los mineros.

6. ¿Cómo era la relación con esos sindicatos?

Yo creo que tratando de generar un único concierto de trabajadores contra la dictadura funcionábamos bien, porque teníamos un enemigo común, aunque siempre teníamos los particulares sectoriales nosotros seguíamos viendo lo propio. Pero había un gran consenso de que teníamos que generar políticas de avanzada y protesta social para que acabara la dictadura y pudiéramos recuperar la democracia y el Estado de derecho. Era un mundo sindical más solidario más ameno, más constructivo.

7. ¿Y hoy día?

Hoy día hay una fragmentación espantosa, no hay mucho que decir, la mayoría ocupada de temas particulares legítimos, pero como concierto de clase trabajadora organizada no. Hay una distancia tremenda con lo que está pasando con la CUT, por lo tanto, hoy día siendo legal en la constitución en término de plataformas de trabajo unificado estamos súper separados. Yo creo que el único tema que concita a lo común es esta demanda de término del sistema previsional, porque educación no lo concito, lo concito como mundo ciudadano pero en término salud..., el reajuste del sector público. Como referente común y no hay más. Siempre cosas muy específicas, pero una plataforma de una central unitaria potente que represente a la clase trabajadora con perfil anticapitalista y todo eso... la verdad es que no mucho.

8. ¿Y qué perspectivas tienen hoy día respecto de la confusam?

El financiamiento es un tema central, no podís tener recursos sin financiamiento, no podís tener mejores condiciones de infraestructura, mejores prestaciones, recursos humanos adecuados, o sea, es el como el motor. Hay temas pendientes, la mirada que hoy día tienen los gobiernos de turno sobre la posibilidad de desmunicipalizar o no la salud porque hay opiniones distintas en el mundo social y político es un tema que la confusam por definición propia está resuelto. Pero no respecto al concierto ciudadano. O sea, la confusam dice que no se desmunicipaliza, lo que hay que hacer es generar un cambio de la ley orgánica constitucional municipal para bajar un poco el poder absoluto que tienen los alcaldes de este país en cada comuna y ser transversalizadores en la toma de decisiones y que termine de ser esto una política comunal de acuerdo al alcalde que gana cada cuatro años, lo que entienda y vea como necesidades de salud. Porque hay un aporte que ellos entregan como municipio de acuerdo al aporte que quieren poner. No está normado eso, es como ellos quieren. La realidad es diversa en 356 municipios.

La confusam quiere mantener la municipalización modificando aquellas cosas que no ayudan a generar una salud pública porque la primera puerta de entrada OMS, nosotros no estamos descubriendo algo nuevo, efectivamente es inserto en los territorios. La entrega de salud en los cesfam para la promoción y prevención que es nuestra tarea. Peor hoy sigue una salud biomedicalizada que solo actúa frente a la enfermedad en lo curativo, de prevención y promoción, la nada misma y de modelo de salud familiar la nada misma y eso tiene que ver con financiamiento. El PIB que entrega este país a salud está por debajo del 3% aún. Lejos de los indicadores de recomendación de la OCDE, Banco Mundial y todo. Nosotros estamos haciendo magia con el aporte de financiamiento desde el Estado hacia la atención primaria.

Nuestra bandera de lucha sigue siendo la mejoría del financiamiento para hacer una salud pública de calidad en la gestión. La constitución de Chile solo garantiza el acceso a la salud y no la ven como un derecho que es lo que peleamos nosotros. Nosotros queremos que se garantice en la Constitución, que es otra gran batalla, la salud como un

derecho básico inalienable y esencial que eso obligaría al Estado a no ser un subsidiario sino a ser responsable como estable para hacerse cargo de ello.

9. Sobre el deterioro administrativo y laboral: ¿Qué pasa con la fuga de médicos hacia el sector privado?

Está absolutamente respaldado por el modelo neoliberal que tenemos en salud donde prima la libre demanda y el mercado. Entonces obviamente el Ministerio de Salud hoy día no tiene políticas de recurso humano para la salud de este país, en lo que se refiere a Atención Primaria, que depende de los municipios. Entonces hoy día esta fuga que hay de profesionales en consultorios, porque seguimos con mirada biomedicalizada de la salud, tiene que ver con que no los obligan a hacer permanencia en la atención primaria y si tiene egresados de carrera de medicinas y el estado sabiendo que hay déficit no genera políticas para hacerlos estar en salud primaria difícilmente con este mercado en que se te hace atractivo irte de un lugar a otro dependiendo de donde te paguen más, pegas sin vocación de servicio, sin ética profesional, sino que de una mirada individual por supuesto que el sistema ampara todo esto y esa es la razón... los centros de salud ponen rendimientos de atención horrorosos, por ejemplos 15 minutos por paciente, 20 minutos por paciente y entonces que consulta haces, cuando en la privada tienes más tiempo ganas más que acá y no tienes la cantidad de pacientes que ver y resolver cosas.

Esas son políticas del ministerio, el que pone el rendimiento. Entonces lo que dicen los médicos es poco atractivo, las lucas son pocas, no tienen acceso a perfeccionamiento, no hay buenas condiciones laborales, eso hace más atractivos que cabros egresados se viren al mundo privado y sigan haciendo el hoyo que tenemos acá. Y por eso incluso ha llegado gente extranjera a cubrir los cargos.

10. ¿Cuál ha sido la relación con el Colegio Médico?

Ninguna. El Colegio Médico como lo definía históricamente el último presidente democrático, Salvador Allende, es un colegio de clase. Que tiene un peso súper importante en las políticas de salud, porque tienen desde toda la historia del colegio médico peso en el ministerio de salud, por lo tanto, ellos son un ente súper protagónico y súper incidente en las políticas de salud y el Ministerio los tomó como referentes

técnicos de las opiniones sobre el tipo de política de salud que debe haber. Cuando pierdes la relación de que se hace en la salud pública es cuando empiezan a haber privilegios a través de su colegio médico tensionan.

El tema del EUNACOM es un lucro.

El Colegio Médico no tiene política de acercamiento hacia la Administración Pública, no ha tenido mucha incidencia a nivel territorial porque la mayoría de los médicos públicos están asociados a confusam y a su comuna.

11. ¿Qué implica la pluriestamentalidad en la CONFUSAM?

Eso ha sido uno de los grandes éxitos que ha tenido esta confederación que permite que se asocien todos los funcionarios que están contratados con la ley de estatuto Atención Primaria, desde el portero hasta el jefe de salud por lo tanto genera la transversalidad de las demandas para todos porque el concepto es que independiente del rol que tu cumpla de la función que cumplas del grado académicos que tengas, todo estamos con un fin último primero que somos todos trabajadores, asalariados, que vedemos nuestra fuerza de trabajo y que todos necesitamos avanza en la igualdad de derechos y en la consecución de mejores condiciones de trabajo. Entonces nosotros tenemos hasta hace poco hasta la jefa de salud era confusam. Incluso hay directores, funcionarios no profesionales y profesionales a los administrativos, a los guardias todos entramos en la misma organización. Eso da una sensación de pertenencia, unidad y ponencia muy importante y es un acierto que ha tenido la organización.

Anexo 2: Boletines INFUSAM

Boletín Informativo de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM), N°9, agosto de 2012.

“Somos fundadoras de la Confederación”, dicen con orgullo las integrantes de la actual Directiva de Fremesam, quienes -mayoritariamente- pertenecieron a fines de los 80’ a “La Coordinadora”, antecesora de Confusam. Hoy su federación es la más grande y representa a 33 asociaciones, integrando a comunas sobre todo del área sur y suroriente y una de la oriente (La Reina). Conversar con este grupo de mujeres es un viaje por la historia de la Confederación, por sus luchas y por sus logros. Recuerdan tomas del Ministerio de Salud, primeros paros, movilizaciones y desafíos a la autoridad. Entre estos, aquella vez en que fueron a La Moneda para la celebración del Día de la Mujer, casi clandestinas porque no les habían dado invitaciones, y llevaban unas poleras que decían “Lagos, traicionaste a las mujeres que votaron por ti”. U otra en que se tomaron el Minsal y cuando estaban adentro descubrieron que otra organización les había ganado la iniciativa y tenía controlado el tercer piso...”⁷⁹.

Boletín Informativo de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM), N°11, noviembre de 2012.

“ESTEBAN MATURANA, PRESIDENTE DE LA CONFUSAM

La esperanza de renovación en la CUT nunca se pierde

¿Cuáles son las principales críticas que hace Confusam a la CUT?

Que no se respetaron acuerdos de un congreso realizado hace más de una década, donde se definió la necesidad de avanzar hacia la plena democratización de la Central; uno de ellos era la elección de dirigentes nacionales a voto universal y terminar con las elecciones

⁷⁹ **Boletín Informativo** de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM), N°9, agosto de 2012. 3p.

indirectas. Ese voto fue modificado por un congreso bastante minoritario en cuanto a participación efectuado en 2011, y manipulado por los grupos de poder para no cumplir el anterior mandato. La otra crítica tiene que ver con la falta de transparencia y tiene dos vertientes. Por una parte, el manejo financiero de la Central, ya que no hay conocimiento acabado de los recursos que han ingresado no solo por cotizaciones, sino de parte del gobierno por las propiedades requisadas en dictadura, por apoyos internacionales u otros. Estamos hablando de miles de millones y los informes nunca han dado cuenta acabada. Lo otro es respecto a quiénes componen la Central, nadie conoce el padrón de afiliación solo quienes la controlan.

Siendo estos problemas tan graves por qué son tan pocas las organizaciones que manifiestan su desacuerdo...

Porque la Central es controlada por dos partidos políticos: el comunista y el socialista y, lamentablemente, los dirigentes confunden la militancia sindical con la política. Y también muchos optan por priorizar las órdenes de sus sectores.

¿Esperan cambios con la elección de Bárbara Figueroa?

Las esperanzas nunca se pierden. Bárbara es una dirigente joven, no muy conocida hasta su elección, y que asumió la Central con un discurso de renovación. Pero, obviamente, obras son amores y mientras sus buenas intenciones no se concreten...

¿Por qué Confusam sigue siendo parte de la Central?

Nunca ha estado en discusión porque, independiente, de las dificultades con el Ejecutivo de la CUT, entendemos que el problema hay que resolverlo internamente. Seguiremos en esa lógica con otros grupos que entiendan que el camino de la Central es distinto al del pasado reciente. Salirse nos deja dos opciones: trabajar al margen de las organizaciones sindicales o constituir una nueva Central, y nada más lejos de nuestras expectativas.

¿Pero a ustedes no los dejaron participar en la reciente lección?

Eso fue una maniobra que dejó fuera también a la Connut y a parte de los afiliados a la CTC que, por coincidencia, son parte de las organizaciones más críticas a la CUT. Pero eso

no modifica nuestra convicción de que debemos seguir siendo parte y desde dentro bregar para su renovación o refundación.

¿En qué proceso va la denuncia por fraude?

Fue acogida por el tribunal y está en proceso de discusión. Creemos tener la razón y esperamos que acoja la petición de anular las elecciones y convocar a un nuevo proceso con condiciones de transparencia.

Confusam está tensionando a la CUT ¿Cómo esperan construir relaciones?

Hasta el momento hemos seguido trabajando con ella. Estamos negociando en conjunto con las otras organizaciones del sector público el reajuste salarial y esa Mesa es conducida por la presidenta de la Central con quien hemos tenido un trato cordial. Ellos asumen que tenemos el derecho de presentar los recursos que consideremos pertinentes y que tendrán que responder y ambos acataremos. Quiero aprovechar para hacer un llamado a la CUT y a su nueva directiva, a hacerse cargo de recuperar para el país una Central que cuente con la legitimidad necesaria y la convocatoria masiva del mundo sindical para enfrentar los desafíos futuros”⁸⁰.

Boletín Informativo de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM), N°13, marzo de 2013.

“LEONARDO HOLGADO, ABOGADO LABORALISTA ASESOR DE LA CONFEDERACIÓN

“Crear servicios de bienestar fortalece a la Confusam”

¿Qué es un servicio de bienestar?

Son organismos que se dedican a entregar prestaciones sociales; en general, pueden ser préstamos financieros, reembolsos de gastos, prestaciones culturales, recreativas y

⁸⁰ **Boletín Informativo** de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM), N°11, noviembre de 2012. 3p.

vacacionales, entre otras. Es complementario a lo que se llama el sistema de protección social que esta compuesto por el sistema de salud, previsión y de accidentes del trabajo.

¿Los trabajadores de la salud municipalizada eran los únicos que no podían acceder a estos servicios?

En el sector público el único subsector excluido era salud municipalizada. Lo que hace la norma es permitir el ingreso de estos trabajadores a los servicios de bienestar, pone en marcha los servicios de bienestar de salud que se creen y una adecuación posterior para que funcionen según la ley municipal.

¿Por qué es mejor crear un servicio de bienestar que incorporarse a los ya existentes?

Técnicamente es mejor por varias razones. La primera y fundamental es que las escalas de sueldos son más altas en salud porque es un servicio especializado y eso se refleja en los sueldos y en las cuotas de los sistemas de bienestar que, por lo general, son un porcentaje del sueldo. La segunda razón, es que refuerza la ley 19.378 porque otorga a estos trabajadores y trabajadoras su propio sistema de bienestar. También da posibilidades al movimiento sindical de salud de conseguir beneficios más pertinentes para sus asociad@s.

En ese sentido ¿fortalece a la Confusam?

La fortalece en dos sentidos. Por una parte, le quita cierta carga en el sentido de que las prestaciones orgánicas van a estar cubiertas por este servicio y se disminuye el asistencialismo. Este es un peso complejo para el sindicalismo porque tiene que cumplir funciones de representación, de defensa, de negociación y, además, se le piden estas asistencias y coberturas. Y, por otra, refuerza la representación de la organización sindical y queda claro que esta ley salió por efecto de la movilización y trabajo de la Confederación.

¿Cuál es la directriz del Directorio de Confusam?

Es formar sistemas de bienestar de salud en todas las comunas donde sea posible en términos orgánicos y financieros, de acuerdo a la realidad local y dotaciones. Cuando estas

últimas son pequeñas no conviene y es más recomendable incorporarse a los servicios ya creados. Los servicios de bienestar son comunales. Así, me puedo sumar al que hay negociando las condiciones -porque debiera haber una cuota diferenciada-, pero si se tienen condiciones básicas de dotación, haga el suyo porque le va a dar fuerzas y va a descargar el tema de prestaciones sociales. La ley dice que debe haber un reglamento comunal y en ese escenario se generó uno tipo para ser adecuado a las condiciones locales. Estos reglamentos permiten una vinculación de carácter político-sindical entre las asociaciones y los servicios de bienestar, ya que como existe libertad de afiliación, buscamos resguardar que este servicio se mantenga en coordinación con la asociación de funcionari@s y no se transforme en una empresa financiera.

¿Cómo pretenden evitarlo?

Hay normas en el reglamento tipo que establecen límites al nivel de préstamos y al periodo de pago; también se enfatiza que se hagan las prestaciones de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria. Además, los soci@s y la organización podrán fiscalizar y solicitar información. Pero también habrá un control interno a través de los asociad@s de Confusam que van a ser miembros del comité de bienestar.

¿Hay un tiempo definido para su puesta en marcha?

Hay 24 meses cuyo límite es diciembre de 2014. Esto implica una subvención fiscal de dos UTM por ese periodo por soci@. Terminados los dos años el aporte pasa a ser resorte del presupuesto municipal. Por ello, mientras antes se parta este desafío mejor llegamos en lo funcional, financiero y prestacional a ese plazo”⁸¹.

Boletín Informativo de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM), N°14, abril de 2013.

“SUBSECRETARIO DE REDES, LUIS CASTILLO, Y BONO POR TRATO A USUARIO

“La encuesta permitirá a los trabajadores validarse con la población”

⁸¹ **Boletín Informativo** de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM), N°13, marzo de 2013. 3p.

¿Los trabajadores de la salud municipalizada cuentan hoy con asignaciones vinculadas a calidad?

Cuentan con incentivos asociados a cumplimiento de metas sanitarias, pero no hay -salvo este que estamos incorporando-, ningún incentivo asociado a calidad y a percepción de calidad de la población. La principal queja de los usuarios es la mala percepción en cuanto a trato, a accesibilidad y a confianza en la APS.

¿Qué se entiende por trato a usuario?

El trato es la relación que tengo con el que me entrevista o me examina. En este caso, los usuarios hablan de trato poco educado, poco amigable, poco cercano y que les entregan poca información, tanto los profesionales como los técnicos. Para mejorar la accesibilidad hemos invertido en aumentar el per cápita, desarrollado proyectos con municipalidades para incorporar agendas telefónicas, mensajería de texto para confirmar y reconfirmar horas y otros procedimientos. Pero nos dimos cuenta que eso no era todo. Así, nacieron los 50 consultorios de excelencia para premiar a aquellos que sobresalieran en accesibilidad, modernización de la gestión y en la entrega de salud, pero también en percepción de buen trato a los pacientes. Hemos seleccionado a 60 para instalar un sistema online, para que cuando el paciente salga conteste si lo atendieron bien, mal o más o menos. Esto lo haremos porque queremos saber si esos consultorios que hemos escogido efectivamente son sobresalientes. Por otro lado, nos dimos cuenta que gran parte de la percepción de lo que la gente recibe en salud depende de cómo se entrega. Ahí el personal es fundamental desde el portero para dentro. Ese tema lo conversamos con la directiva de Confusam, lo trabajamos y juntos preparamos un instrumento de transformación cultural que permitiera dar un incentivo a los funcionarios según la percepción de los usuarios sobre su trabajo.

¿Harán un piloto para evaluar el instrumento?

No. Le pedimos a un tercero, la Universidad de Chile, que metodológicamente definiera las preguntas que mayormente reflejan la percepción de la gente. Este instrumento se validó con la Confusam y la encuesta se aplicará simultáneamente en todo Chile. Así, por primera

vez, el público evaluará cómo lo están haciendo los funcionari@s y de acuerdo a los resultados vamos a diferenciar el bono.

¿Cómo se va a manejar que no interfieran otros elementos en la percepción del trato? Me refiero a infraestructura, falencia de profesionales...

Metodológicamente las preguntas separan la infraestructura de la atención y del trato al usuario. Si el consultorio es mal evaluado, el jefe del departamento de atención primaria del servicio de salud tendrá que ver qué problemas hay y determinar si hubo otros factores que afectaron la calificación.

¿Qué ocurrirá si los consultorios mal calificados se concentran en ciertas comunas? ¿Cómo diferenciarán gestión de trato?

Tengo comunas y consultorios excelentes en áreas pobres y no hay correlación entre el ingreso per cápita de la comuna y la calidad de la prestación. En Cerro Navia, Puente Alto, La Granja, Lo Prado, por ejemplo, hay centros de salud familiar, que la gente los evalúa muy bien y los cuidan. Si aparecen con problemas dos o tres consultorios de una comuna, el jefe del departamento de salud del servicio tendrá que intervenir y hablar con la unidad municipal de esa comuna para identificarlos. Cuando hay largas lista de espera o salas de espera atochadas, en el 60 a 70 por ciento de los casos es por problemas de gestión.

Este proceso debiera, a su juicio, ser visto como una oportunidad por los trabajador@s...

Es la mejor oportunidad que han tenido, porque es para validarse con la población. Invito a todos los trabajadores y trabajadoras de la salud municipalizada a que no tengan miedo y se incorporen de cuerpo y alma a la evaluación y al proceso. Espero que entiendan que la percepción de su calidad depende de ell@s, que la confianza depende de ell@s. Puede que haya problemas estructurales, pero estamos llamados a mejorar y a aumentar la percepción de la población respecto a la calidad y al trato. Si la correlación es muy buena,

será un espaldarazo muy grande para los buenos consultorios y los buenos funcionari@s y nos permitirá conocer dónde están los problemas para tratar de mejorar”⁸².

Boletín Informativo de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM), N°16, junio de 2013.

“Del universo de 44.317 funcionari@s de APS:

8.372 laboran en Cefsam rurales.

28.600 laboran en Cefsam urbanos y 4.676 laboran en Postas de salud rural.

2.669 laboran en otros establecimientos (Cosam, laboratorios, farmacias, entre otros)

Nuestros logros

- Estatuto propio, ley 19.378*
- Carrera funcionaria*
- Gratuidad en salud pública*
- Estabilidad laboral*
- Desempeño colectivo*
- Asignación de zona*
- Zona extrema*
- Incentivo al retiro*
- Pasantías internacionales*
- Asesoría jurídica nacional*
- Servicios de bienestar*
- Bono por trato usuario*
- Participación activa en mesa del sector público”⁸³.*

⁸² **Boletín Informativo** de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM), N°14, abril de 2013. 3p.

⁸³ **Boletín Informativo** de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (INFUSAM), N°16, junio de 2013. 2p.