

Evolución de la Salud Pública

Cuadernos prosigue la tarea de reproducir documentos que ilustran el desarrollo del pensamiento médico-social y sanitario. Esta vez se trata de extractos de cuatro artículos publicados en el primer número de la Revista del Servicio Nacional de Salud (1956), a los cuales damos la denominación de uno de ellos: "Doctrina del Servicio Nacional de Salud".

En 1952, después de más de 20 años de debates, se había promulgado, luego de aprobación unánime por el Congreso, la Ley 10383, que modificó la Ley 4054 sobre Seguro Obligatorio (1924), creando el Servicio de Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud. En el artículo 62 se establecía, simplemente, que el el Servicio Nacional de Salud está "encargado de la protección de la salud, por medio de acciones sanitarias y de asistencia social y atenciones médicas preventivas y curativas". En el artículo 63 se le asignaban "las funciones, atribuciones y obligaciones que las leyes que se indican encargan a los siguientes organismos": Servicio Nacional de Salubridad, Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, Departamento Médico del Servicio de Seguro Social, Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, Sección de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo, Instituto Bacteriológico y Servicios Médicos y Sanitarios de la Municipalidades.

La lectura de estos textos revela la claridad y fuerza con que los precursores y los directivos del SNS explicaron al país y al personal el modelo central del trabajo a realizar, cual era el de una atención integral de la salud. En el aspecto organizacional, las intenciones y la situación descrita para el "joven" Servicio (llevaba tres años de funcionamiento) recordarán a los miembros actuales del Sistema Público de Atención de la Salud algunas de sus vivencias actuales, dejándoles sin duda materia de reflexión. Es útil recordar que, poco tiempo después de escribirse estos artículos, el peso de los Hospitales Regionales hizo que ellos, y no los Centros de Salud, se convirtieran en la cabeza de las Areas de Salud, que pasaron a llamarse "Areas Hospitalarias".

DOCTRINA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD (1956).

De: Síntesis del Desarrollo Histórico de la Salubridad en Chile

Dr. Enrique Laval M.¹ y Dr. René García Valenzuela²

Revista del Servicio Nacional de Salud 1956; 1 (1): 23-30. (extracto)

La dispersión de esfuerzos encaminados a un solo propósito, la protección de la salud,

había agitado desde antiguo nuestros círculos médicos. Regresaba el Profesor Alejandro del Río en 1929 de un nuevo viaje por Europa cuando en octubre de ese año dictó diversas conferencias sobre política sanitaria, que produjeron honda impresión. Fue entonces cuando dijo:

"Sobre las finalidades mismas de la higiene de nuestros días no hay en el público una idea bien precisa; tampoco a nuestro juicio se coloca en su verdadero sitio ni se asigna su cabal función al servicio encargado de la atención de los enfermos (Beneficencia, Asistencia Social).

¹ Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

² Consejero Nacional de Salud, por el Colegio Médico de Chile

La higiene previene, la asistencia cura, es una fórmula simplista, anticuada, que conviene abandonar definitivamente para dar plaza a la verdad, desde luego.

“El desarrollo histórico de ambos servicios, es decir, de la sanidad y de la asistencia, explica el criterio del pasado. Y para comprender cuántos errores éste encierra, basta imponerse de la evolución del último cuarto de siglo, del nacimiento y rápido desarrollo de la medicina preventiva y su trascendental importancia en los primeros años de la vida y deducir las lógicas consecuencias que se derivan del hecho de que la profilaxis efectiva de las plagas dominantes que afligen a la humanidad -hablo de tuberculosis y las enfermedades venéreas- sólo es posible mediante la asistencia de los respectivos enfermos.

“Predomina hoy la tendencia a sustituir en la medida de lo posible la asistencia curativa por la preventiva, lo que equivale a decir que existe una asistencia preventiva. Y debemos agregar que esta nueva rama adquiere de día en día mayor importancia.

“Se dirá y con razón, que estas nuevas directivas introducen una lamentable confusión en el viejo concepto de los asuntos propios a la sanidad y a la asistencia (antigua Beneficencia). Para salir de esta dificultad muy real basta un poco de lógica y decir: sanidad y asistencia son inseparables y deben por lo tanto refundirse en un solo organismo y, en todo caso, obrar de concierto”.

De: Editorial: Medicina en Chile.

*Dr. Abraham Horwitz B.*³

Revista del Servicio Nacional de Salud 1956; 1 (1): 3-4 (extracto extenso)

El progreso de la medicina chilena muestra una dependencia cada vez más íntima de las condiciones generales del desarrollo científico,

económico y social del país. La ciencia ha sido y es la fuente de sus ideas, técnicas y métodos y la base de su experiencia colectiva nacional. Así, ha podido ofrecer las características convenientes a cada tiempo y momento de nuestra realidad.

El dinamismo de este proceso se ha acentuado en los últimos treinta años, en correspondencia con los adelantos de la tecnología y con la aceleración de los cambios en la sociedad.

Estas transformaciones, especialmente las derivadas del tránsito de una economía agraria de subsistencia a una economía urbana e industrial, modificaron substancialmente el ámbito de las relaciones sociales. Vastos sectores de la comunidad fueron afectados por las modalidades del trabajo asalariado, el hacinamiento urbano y la desproporción de los ingresos. Su consecuencia, entre otras, fue el aumento de los riesgos y de los problemas colectivos de salud, con sus repercusiones sobre la seguridad y el bienestar nacionales.

Era una situación nueva, cuya solución sobrepasaba la relación individual entre médico y paciente y la capacidad de la medicina curativa. Enaltece a nuestra tradición clínica el que, desde su propio seno, haya surgido la decisión de adaptar las funciones médicas a esas necesidades. Las aplicaciones de la ciencia sanitaria y de la seguridad social, aunque separadas de la clínica en un comienzo, contribuyeron con eficacia al mejoramiento de la salubridad y a la orientación preventiva del pensamiento médico.

Esta perspectiva se ha ampliado como consecuencia de los avances coetáneos de la medicina científica, de la educación y de otras ciencias sociales y del incremento de los medios de producción y de distribución. Investigaciones perfeccionadas sobre el ciclo de vida del hombre en sociedad, dieron origen a la concepción de que salud y enfermedad

¹ Subdirector Normativo del SNS; Profesor de Higiene y Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

son efectos de un mismo hecho natural: el de reacción y adaptación de los individuos a un ambiente cambiante. Es artificial, por lo tanto, la segregación de las funciones curativas y preventivas. La enfermedad es un fenómeno ecológico, que se interpreta a través de su historia natural, como la interacción de agente, huésped y ambiente.

De este modo, la medicina es una y se realiza mediante la integración de sus funciones de reparación, protección y fomento de la salud. Su objeto no es ya el paciente fragmentado por la especialización; es el hombre en su integridad bio- física y social; es la persona con sus sentimientos, costumbres, creencias, tensiones y temores; es el ser social por naturaleza en recíproca acción y reacción con su medio. Las mejores tendencias de la medicina se orientan en esa dirección.

Un nuevo espíritu inspira el humanismo médico, entendido en su más generoso significado de comprensión y de exaltación de la dignidad del hombre. Como ciencia de la vida y del bienestar humanos, nada de lo que pueda influir sobre estos valores es extraño a las preocupaciones de la medicina actual. En este sentido, la salud, por sí misma, no representa una finalidad. Es un medio para la realización de las potencialidades de cada ser, en beneficio la de familia, de la sociedad y de la humanidad.

El Servicio Nacional de Salud constituye la expresión objetiva de esas tendencias. La integración es su sello distintivo. Proclama la integración del individuo en la plenitud de su unidad biológica y en la totalidad de su ambiente físico, cultural y social; la de las funciones médicas entre sí y con el conjunto de esfuerzos de mejoramiento económico y social que efectúen el Gobierno y la comunidad organizada.

Fruto de esta expansión de responsabilidades, sin parangón en el Continente, es la identificación de la doctrina y de los métodos con la actitud y pensamiento de los profesionales y funcionarios del Servicio, como requisito indispensable para el cumplimiento de sus propósitos.

De: Doctrina del Servicio Nacional de Salud.

Dres. Guillermo Valenzuela Lavín⁴, Bogoslav Juricic Turina⁵ y Abraham Horwitz Barak⁶

Revista del Servicio Nacional de Salud 1956; 1(1): 5-18 (extracto)

La salud es un componente de la economía, depende de ella e influye en su desarrollo.

El hombre, más que una unidad biológica, es un ser social. Vive en comunidades formadas por familias y contribuye al bienestar común con su energía física e intelectual.

La medicina es una ciencia social. Procura el bienestar físico, mental y social de las personas y no sólo la ausencia de enfermedades. Su objetivo inmediato es el enfermo, su propósito último es la adaptación de los individuos a su ambiente natural.

Los problemas de la salud y de la enfermedad constituyen un todo cuando se miran desde el ángulo de los métodos que ponen en juego la medicina, tanto experimental como aplicada, para resolverlos. La complejidad de los factores que condicionan el estado de salud obliga al trabajo en colaboración de diversos grupos de profesionales y auxiliares con distinta formación. El hecho aparece más claro cuando se considera que perseguimos, en última instancia, el equilibrio del hombre con su ambiente mediato o inmediato; así lo dicta la Ecología.

⁴ Director General del SNS.

⁵ Subdirector General del SNS

⁶ Subdirector Normativo del SNS

Las causas de las enfermedades, a su vez, son múltiples y complejas y se originan de los elementos que componen el medio. Por tratarse de dos estados que revelan variaciones de un mismo fenómeno -el de adaptación- se desprende que los mecanismos de carácter técnico y administrativo para resolver los problemas que generan, deben ser coincidentes. El propósito fundamental en que se basan es el de la integración, en virtud de la cual los distintos técnicos deben mostrar una unidad de pensamiento y de acción en el ejercicio de sus funciones, poniendo en práctica todos los resortes de la medicina individual y colectiva, según corresponda, para abordar cada problema en particular. Dicho propósito sólo puede cumplirse cuando se ha creado la actitud correspondiente en el conjunto de trabajadores de la salud de sus diversas esferas de acción mediante un largo proceso educativo.

Estimamos que estas premisas nos permiten sentar la doctrina para los Servicios encargados de la salud. Toda vez que se asigna un valor a la vida humana, el cual se expresa en la medida en que el hombre produce, se hace de la salud un derecho y de su fomento y conservación, una obligación de Estado.

En doctrina, un programa organizado de salud pública tiene por objeto aplicar la medicina como ciencia y como arte con el propósito de atender a los enfermos, prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover el bienestar físico y mental de los habitantes; como consecuencia, contribuir al progreso cultural, social y económico de la región en la cual se desarrolla.

El programa debe servir a todos los habitantes sin discriminaciones, considerando las comunidades como un todo y la familia como la entidad social básica e indivisible en lo que respecta a los problemas de salud.

La organización de las actividades y sus secuencias deben fundamentarse en un conocimiento de las necesidades y de los recursos existentes. Las tradiciones, las costumbres y la psicología de los individuos

son de particular importancia al determinar las técnicas y procedimientos que se emplearán para dar forma a los objetivos de cada programa en particular.

En Chile, por mandato de la ley, le corresponde al Servicio Nacional de Salud, el coordinar los recursos, tanto de personal como materiales, con el fin de llevar a la práctica los propósitos señalados, organizando las comunidades a base de la colaboración de los distintos grupos que la componen.

Estructura

El Servicio Nacional de Salud integra las funciones, atribuciones, obligaciones, personal y presupuestos de las más importantes instituciones médicas curativas y preventivas que existían en el país. En la práctica, este Servicio debe prestar atención médica completa y gratuita, al conjunto de trabajadores manuales y sus familias, a los grupos de bajo nivel económico y una importante proporción del personal de la Institución, que constituyen el 70% de la población. Sólo quedan al margen de sus beneficios los empleados públicos y particulares, que conservan su sistema de previsión; otros grupos, como Fuerzas Armadas, ferroviarios, etc., y los patrones y las personas de situación económica satisfactoria que trabajan independientemente.

La responsabilidad del Servicio en lo que se refiere a protección y fomento de la salud comprende a toda la población sin exclusiones de ninguna especie. Su organización se basa en los siguientes principios fundamentales:

1. Autonomía técnica y administrativa.
2. Integración formal y funcional de las acciones y servicios destinados a la protección, reparación y fomento de la salud.
3. Centralización en el planteamiento, normalización y evaluación de programas. Descentralización en la aplicación de las normas y en la concepción y ejecución de los programas locales.
4. Concentración de esfuerzos en las acciones más productivas realizadas a

través de programas sistemáticos dirigidos esencialmente a la unidad familiar.

5. Interrelación entre la Institución y la comunidad organizada para promover la activa participación de ésta en la solución de sus problemas de salud.

6. Dedicación exclusiva e incremento de la capacidad técnica y administrativa de personal.

Utilización.

Los Hospitales y Consultorios.

El índice ocupacional de las camas de hospital es de 81.6% con un rendimiento de 22 a 23 personas por año-cama, el cual es inferior en un 50% al observado en Estados Unidos, produciéndose así una aparente falta de camas. La relación de consulta externa por cama-día fluctúa entre 0.05 y 0.27, siendo un buen índice el de 0.7, revelando por lo tanto un rendimiento muy bajo en la atención externa y la necesidad de una mejor orientación. Los servicios externos de hospitales, consultorios, postas y otros, prestaron en 1955 un poco más de seis millones de consultas de las cuales el 26% corresponde a madre y niño. Del total de consultas el 40% fue realizado en la provincia de Santiago y solamente el 4.5% en las postas, vale decir para la población rural, con un promedio de 540 atenciones anuales por posta. Esto evidencia una desproporción importante de prestaciones entre ambos medios y un insuficiente rendimiento de las estaciones médico rurales.

Madre y niño.

Hasta 1954, los servicios correspondientes mantenían en control a poco menos del 30% de las mujeres embarazadas. Esta proporción es muy variable en las diferentes zonas del país: fluctúa entre un 50% a 6.8% y las cifras bajas corresponden únicamente a las provincias agrícolas, en las cuales aproximadamente sólo un 15% se controla antes del parto. El Servicio concede, a través de su legislación, atención médica y auxilios maternal y de lactancia.

Los partos atendidos en hospital alcanzaron ese año a 78.603 o sea aproximadamente un tercio del total. Los partos a domicilio, atendidos por matronas del Servicio, fueron unos 20.000 más, lo cual da alrededor de 40 % de partos controlados por el Servicio Nacional de Salud.

Las lactantes controlados en 1954 sumaban aproximadamente un 33% de lo nacidos vivos. Esta cifra ha sido ligeramente ascendente en los últimos años. Más del 70% de los lactantes en control corresponde a las provincias de Santiago, Valparaíso y Concepción. La proporción de lactantes inscritos en el Servicio, baja considerablemente en las provincias agrícolas.

Epidemiología.

...Durante 1955 se inmunizaron contra la tos ferina y la difteria 82 500 niños menores de seis años; contra la viruela se vacunaron 577 600 personas; se practicaron 107 600 vacunaciones con BCG y se desinsectaron 447 700 personas.

El Servicio de Epidemiología cuenta con 5 mil camas y con 30 centros de diagnóstico y tratamiento que realizan 150 mil exámenes de salud y mantienen en control aproximadamente 20 mil enfermos, en lo que a lucha antituberculosa se refiere.

De: La Organización Local Del Servicio Nacional De Salud

Dr. Hernán Durán Morales Y Dr. Miguel Solar**

Revista Del Servicio Nacional De Salud 1956; 1 (1): 19-22 (extracto)

Al crearse el Servicio Nacional de Salud, todos los recursos para la protección, fomento y reparación de la salud, estaban diseminados en el país sirviendo a una necesidad local.

* Zona VIII de Salud (Santiago); y Catédra de Administración Hospitalaria de la Escuela de Salubridad, Universidad de Chile

Fue tarea de éste buscar para ellos un común denominador y crear una unidad regional administrativa descentralizando el poder hasta un nivel local capaz de desarrollar de por sí una política de salud.

Esta política debía estar fijada en lo local por los siguientes criterios: (Artículo 29 del Reglamento de Zonas).

- a) Las características bio-demográficas y los problemas de salud prevalentes;
 - b) Los organismos médico - asistenciales existentes;
 - c) Las características económicas de las regiones comprendidas y su interdependencia;
 - d) Las vías de comunicación existentes;
- y
- e) El desplazamiento natural de las personas como consecuencia de los factores mencionados.

Las unidades administrativas regionales así constituidas son las (quince) ZONAS DE SALUD, que se definen como los organismos ejecutivos de las áreas geográficas en que se divide el país, encargados de las acciones de fomento, protección y reparación de la salud.

La Zona está a cargo de un Jefe Zonal asesorado por un conjunto de técnicos en las principales actividades asistenciales y sanitarias: atención médica, epidemiología, ingeniería sanitaria, atención materno infantil, enfermería, servicio social, atención dental, etc. Tiene autoridad administrativa suficiente en lo referente a nombramiento personal, traslados, aplicación del Código Sanitario, confección de plantas y presupuestos y especialmente en la elaboración y supervisión de los programas de la Zona.

La Zona es fundamentalmente un organismo planificador y supervisor, dividida a su vez en organismos ejecutivos que son los CENTROS DE SALUD.

Centro de Salud es la unidad administrativa dentro de un área, que cuenta con recursos para el

fomento, protección y reparación de la salud. Administra directamente los recursos en términos de locales, equipo personal, presupuesto, etc., para realizar integralmente una acción destinada a promover, proteger y reparar la salud. A su cargo están los hospitales, los servicios médicos rurales, las unidades sanitarias, y dispone de una cuota de estos recursos de acuerdo con la extensión del área que sirve. A cargo del Centro de Salud está el Jefe de Centro de Salud y lo integran los médicos respectivos, otros profesionales encargados de acciones de reparación de la salud, las enfermeras sanitarias, las visitadoras sociales, los inspectores sanitarios, auxiliares, personal administrativo y de servicio, distribuidos en las unidades de tipo asistencial o sanitario.

La ley dispone que dentro de las Zonas podrán existir SERVICIOS ESPECIALIZADOS, entendiéndose por tales, los establecimientos o servicios que prestan una atención especializada o de tal naturaleza que exceda los límites del programa de salud local y son por lo general comunes a varias zonas en cuanto a la función que desempeñan.

Mirada en conjunto, la Zona y sus Centros de Salud representan una unidad independiente o autosuficiente para elaborar, orientar y responder de una política de salud local, que está enlazada a una política de salud nacional a través de una fuerte dependencia normativa y de coordinación interzonal a través de la Sub-Dirección General.

En el primer año de funcionamiento de la organización zonal del Servicio Nacional de Salud, la preocupación más importante se ha dirigido, por una parte, a crear la estructura administrativa que responda a la medicina integral que preside el espíritu del Servicio y por otra, a darle este carácter a la actividad, orientándola en estos nuevos cauces.

En el aspecto estructural, deben señalarse las enormes dificultades que han debido afrontar las zonas y sus centros de salud, que aún carecen de recursos materiales y especialmente de facultades administrativas suficientes para afrontar los problemas.

La integración de servicios en los centros de salud rurales a base de hospitales

departamentales y servicios sanitarios de incipiente desarrollo no ha tenido dificultades serias, ya que en ellos el jefe del Centro de Salud ha pasado a reemplazar al Director del Hospital y al Jefe Sanitario local, delegando a su vez algunas de sus facultades administrativas en los jefes técnicos inmediatos y constituyendo consejos técnicos a base de representantes de las distintas funciones.

En los centros de salud urbanos de las grandes ciudades, la tradicional autonomía e independencia de los grandes hospitales conserva aún separadas las funciones de reparación de la salud a cargo de estos hospitales y las de protección y fomento a cargo de los centros de salud mismos. Aquí el proceso de integración es más lento y ha debido obtenerse a base de coordinaciones y acuerdos y patrocinios por la jefatura de la Zona.

En el aspecto funcional, la zona como autoridad administrativa y técnica sobre un área determinada está buscando los caminos para darle unidad regional a su programa conforme a las características económicas, sociales y de todo orden que imperan en el área.

La necesidad de buscar la solución de los problemas locales a base de una organización regional se ha manifestado en el Servicio Nacional de Salud en algunos hechos que conviene destacar. Tomaremos como ejemplo lo que sucede en la organización hospitalaria regional. Primero, la Ley N° 10.383 extendió el derecho gratuito a la atención médica, desde un quinto a tres quintos de la población, lo que se tradujo de inmediato en una mayor demanda de atención. Segundo, los grandes hospitales regionales de ex Beneficencia disfrutaban de un sistema de semi independencia en cuanto al régimen de atención de enfermos y de selección de pacientes para la hospitalización, en muchos de ellos condicionados estos hechos a la actividad docente universitaria. Incluidos ahora en el sistema regional o zonal de la nueva ley, han debido reestructurar sus consultorios externos por la gran demanda de

atención de enfermos que espontáneamente acuden al hospital y de los que son referidos desde las unidades regionales de la misma zona para interconsultas o intervenciones mayores.

Este proceso está determinando el natural acercamiento de los hospitales grandes a las unidades asistenciales menores e interesando paulatinamente al médico de hospital regional y en el caso de los hospitales universitarios, al profesor, en las posibilidades que está brindando la atención médica dentro de un sistema regional piramidal en que él mismo está tomando parte y asumiendo nuevas responsabilidades.

A menos de un año plazo de haber entrado en funciones la ley y la actividad más o menos organizada de las Zonas, se ha hecho evidente la necesidad de crear o perfeccionar el sistema regional para la solución de numerosos problemas.

Como un ejemplo de la tarea de pensamiento y de la acción práctica del Servicio Nacional de Salud en este sentido, presentamos los aspectos del plan de colaboración médico-quirúrgica que en parte ya se está realizando en algunas de las Zonas:

a) Hospitalización e interconsultas en el hospital regional de enfermos enviados por los otros hospitales y servicios de la Zona.

b) Visita periódica del Jefe del Servicio del hospital regional o de su delegado a los hospitales departamentales con el objeto de acompañar a los médicos locales en sus visitas a la sala y asesorarlos en el terreno.

c) Visitas esporádicas de especialistas en casos de gravedad y urgencia que las justifiquen.

d) Programación de conferencias anuales sobre temas solicitados por el cuerpo médico de los hospitales departamentales.

e) Jornadas médico-quirúrgicas anuales en el hospital regional con temario adaptado especialmente a las necesidades de los médicos de los hospitales departamentales.

f) Prestar toda cooperación con gran sentido de solidaridad profesional, de manera de crear un ambiente de sincero entendimiento entre los médicos del hospital regional y de los hospitales y servicios dependientes.

g) Ayuda técnica proporcionada desde los hospitales regionales para la solución de problemas que no requieren el desplazamiento del enfermo mismo, tales como exámenes radiológicos, etc.

h) Centralización a nivel del hospital regional de técnicas de más difícil y costoso manejo, como la esterilización de material quirúrgico, de laboratorio, de ropa, elaboración de material de farmacia y laboratorio, fabricación de sueros, reactivos, etc.

El Centro de Salud y el hospital constituyen ahora una unidad en la solución de muchos problemas preventivos y curativos, siendo especialmente destacables: la atención materno-infantil, que se realiza a través de una línea de acción continua desde el periodo prenatal al término de la edad escolar; los programas epidemiológicos, que pueden ser abordados de manera uniforme en todas las unidades asistenciales y preventivas de la zona; los programas de salud escolar; los programas de reentrenamiento profesional con miras a formar un profesional mixto para la acción médica preventiva y curativa, especialmente en las áreas rurales a cargo de las postas médicas y casas de socorro; los programas de ingeniería sanitaria elaborados y manejados por el funcionario que es al mismo tiempo director del hospital local; y finalmente, con la asesoría de equipo de educación sanitaria, la organización de la comunidad en torno a sus problemas de salud en lo preventivo y curativo.

En síntesis, la estructura local del Servicio Nacional de Salud está destinada a realizar a través de unidades ejecutivas llamadas Centros de Salud una política integral hacia el fomento, la protección y la reparación de la salud, la que debe estar supeditada por una parte al carácter regional de los problemas

biodemográficos, económicos, sociales, geográficos, política definida por la Zona de Salud, y, por otra parte, al interés nacional de la organización misma, encauzando la acción a través de determinadas normas técnicas y administrativas elaboradas por los organismos centrales del Servicio Nacional de Salud.