

INFORME SOBRE CHILE, SUS SERVICIOS DE SALUD Y LA EDUCACION MEDICA

PROF. C. FRAZER BROCKINGTON

El Dr. C. Frazer Brockington, Profesor de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Manchester, Inglaterra, permaneció dos meses en el año 1960 en nuestro país, estudiando el Servicio Nacional de Salud y en parte la enseñanza médica. Se ha hecho un extracto* de su informe final a la Organización Mundial de la Salud, considerando el interés que tiene conocer las opiniones de un observador inteligente, preparado e independiente.

A. EL PAÍS Y SUS SERVICIOS DE SALUD.

1. *Condiciones sociales.*

Chile participa de muchas de las condiciones de los países subdesarrollados, a pesar de que en el último tiempo se notan signos de desarrollo: emancipación de la mujer, buena administración, estadísticas dignas de confianza y medicina socializada. Sin embargo, se observa gran desigualdad social, desnutrición y vida en conventillos, que se ha agravado en los últimos años por migraciones internas, que han originado grandes conglomerados urbanos.

El país presenta el cuadro demográfico y epidemiológico propio a las áreas subdesarrolladas. No obstante las enfermedades que se presentan son, o fueron, características de Europa y no del Oriente. No se observan las llamadas enfermedades tropicales; el grueso de las enfermedades lo constituyen infecciones gastrointestinales, parasitosis, tuberculosis, infecciones estreptocócicas, desnutrición y alcoholismo, que están grandemente influidas por condiciones sociales. El alcoholismo, sobre todo en los hombres, se ha constituido en un problema muy importante.

El abastecimiento de agua, disposiciones de excretas, control de alimentos y la vivienda son extremadamente deficientes.

Chile evidencia también otras características del mundo subdesarrollado: alta mortalidad infantil, baja expectativa de vida, alto porcentaje de población menor de 15 años y muy poca en edad avanzada, excesiva necesi-

dad de atención médica; extendidas creencias en factores sobrenaturales y ausencia casi total de comprensión de principios científicos.

2. *Las profesiones médica y de enfermería.*

Chile se distingue de todos los demás países en que cuenta con medicina socializada. Los médicos, en número de 4.200, están mal distribuidos, a pesar de la disposición de que todo médico debe servir donde se le necesite durante los 5 primeros años de profesión. Casi todos trabajan para el Estado; unos 400 a tiempo completo y el resto por, 2, 4 ó 6 horas, con ejercicio profesional particular. La atención médica es gratuita para los obreros y sus familias. El resto de la población cuenta con diversos servicios de previsión social, pero no con atención médica gratuita.

La atención médica se da en hospitales y consultorios; prácticamente no se hace trabajo domiciliario. Se sigue el esquema norteamericano de especialistas: de este modo no existe el médico de familia, tal como se conoce en Europa.

Los servicios de enfermería se basan en la enfermera universitaria, que sigue cursos de enfermería preventiva y curativa y que es de excelente calidad. Las enfermeras graduadas son pocas: unas 1.400, de las cuales 1.000 trabajan en hospitales y 400 en terreno. La mayor parte del trabajo de enfermería está a cargo de auxiliares, que son unas 8.000. Algunas de ellas han recibido un entrenamiento adecuado, pero la mayoría están mal preparadas. El número de auxiliares en otros campos de salud es limitado; hay 360 inspectores de saneamiento y 25 educadores sanitarios.

*Preparado por la Dra. Ana María Kaempffer.

3. *El Servicio Nacional de Salud.*

Este servicio unifica todas las acciones de atención médica y salud pública. Desde 1960 ha entregado la responsabilidad administrativa a nivel hospitalario. Emplea 31.500 personas, de las cuales 6.000 pertenecen a grupos profesionales y técnicos y cuesta 90 millones de dólares al año.

Los servicios hospitalarios están muy bien desarrollados. La atención ambulatoria se da en los policlínicos de los hospitales, en consultorios externos y en postas, en forma más o menos impersonal.

La organización central consiste en un Director, asesorado por un Consejo Nacional, y opera a través de los departamentos de Promoción, Protección, Recuperación y Servicios Técnicos Generales, que a su vez se dividen en diversas secciones, con dirección profesional, principalmente médica. No existen a ningún nivel Consejos o Comités con responsabilidad administrativa, de modo que todo el manejo del Servicio está en manos de los médicos.

El funcionamiento del Servicio se basa en el estudio científico de las necesidades de salud de una comunidad, y en teoría deja poco que desear.

El país se ha dividido en 13 zonas, de aproximadamente 500.000 habitantes, que a su vez se dividen según características geográficas en áreas hospitalarias. La organización zonal es similar a la central. Se observa una marcada influencia del nivel central en diversos grupos. Esta estratificación vertical se ha desarrollado en todas las secciones: enfermería, educación sanitaria, saneamiento, etc.

Los programas materno-infantiles están en manos de pediatras y obstetras, que con frecuencia son jefes de servicio y profesores. Ellos tienen la responsabilidad de la atención hospitalaria, organización de los consultorios y trabajo preventivo.

La responsabilidad en los problemas de higiene ambiental se entrega a nivel local al departamento respectivo, que habitualmente está a cargo de un médico veterinario. El campo de acción es muy limitado, ya que los problemas de abasto de agua y alcantarillado dependen directamente del Gobierno, y como no hay ninguna conexión con las Municipalidades, la influencia del Servicio en esos aspectos

es muy pequeña. Tampoco tiene intervención en problemas de vivienda, erradicación de poblaciones callampas o planeamiento urbano.

Educación Sanitaria es una sección diferenciada en la Dirección General. Cuenta con 25 educadores de terreno, que están dedicados en su mayor parte a organización de la comunidad.

Epidemiología, en el sentido de estudio de terreno y control de enfermedades infecciosas, forma una sección del subdepartamento de protección a nivel central. Cada zona tiene uno o más médicos epidemiólogos, que se encargan de los respectivos programas de inmunizaciones, pesquisa de contactos, estudio de brotes y educación. En la zona de Santiago, el Hospital Barros Luco centraliza los casos de enfermedades infecciosas, lo que facilita la labor epidemiológica.

La estratificación vertical, cuya influencia puede partir desde el nivel central o desde el zonal, contribuye a mantener y elevar los standards. La responsabilidad de integrar las acciones en la periferia parece estar en manos del médico director del área hospitalaria, lo que aparentemente limita las oportunidades de los otros directores de establecimientos para influenciar el trabajo en terreno.

Evaluación y observaciones. La socialización de la medicina en Chile ha liberado a una buena parte de la población de la ansiedad por obtener atención médica. Los grupos relativamente privilegiados aún deben pagarla por sí mismos, pero aquí no se advierte el comercialismo en el trabajo médico que es corriente en casi todo el resto del mundo.

La socialización de la medicina en Chile se ha producido independientemente de los cambios sociales. El hecho de que no forme parte del crecimiento social no le resta mérito, sino que sirve para destacar el genio del pequeño grupo médico que inició el cambio.

Esta socialización médica puede, ciertamente, facilitar otros cambios sociales necesarios; ella no es completa, ya que no cubre el total de la población y debe considerarse como una etapa intermedia. La exclusión de las clases medias y alta divide la atención del médico entre el Estado y la práctica privada.

La socialización debería facilitar la aplicación de las técnicas preventivas. Sin embargo, ese es el aspecto en que el servicio chileno

es más deficiente. La atención médica se ha desarrollado en base a especialistas, no existiendo prácticamente el médico de familia, lo que dificulta la atención integral del individuo como tal y del grupo familiar; no parece posible en este momento volver al molde del médico de familia y, por lo tanto, la solución reside en integración suficiente de equipos de especialistas.

La atención se da en policlínicos, muy recargados de trabajo, en que con frecuencia los diagnósticos y tratamientos se hacen apresuradamente, y en los que no se da importancia a los factores sociales ni a la salud del grupo familiar. La medicina social está poco desarrollada, lo que en parte puede deberse a la escasez de médicos, que deben dedicarse preferentemente a la atención de enfermos. Parece vital tomar algunas medidas al respecto, tanto en la preparación del estudiante de medicina como en el funcionamiento del Servicio, para permitir el enfoque social de la medicina clínica.

El estado de la salud pública de Chile es lamentable, si se lo compara con la calidad de los servicios de atención médica. Uno de los principales defectos es lo poco que se hace por interesar al público en las decisiones vitales que se toman continuamente. Este problema justificaría la creación de un comité de estudio para su solución.

Otro problema igualmente importante es la falta del "Oficial de Salud", el médico que se preocupa de aquilatar el estado de salud de una comunidad, sus problemas y necesidades de transmitirlos a todos los grupos interesados, respaldado por autoridad suficiente para ejercer alguna influencia. Este tipo de trabajo no es fácilmente compatible con el del clínico, y un servicio bien organizado debe contar con un grupo de médicos especialmente entrenados para este objeto.

El médico zonal en Chile está en condiciones de actuar en ese sentido, ya que es responsable de todos los servicios y tiene bastante autoridad para informar sin temor sobre los defectos que encuentra. Sin embargo, las zonas son demasiado grandes, y las responsabilidades demasiado numerosas para permitir que el médico zonal pueda informarse personalmente de todo lo que sucede. Por otra parte, el director del hospital base debe dedi-

car todo su tiempo a la administración del hospital y tampoco puede asumir las funciones del oficial de salud.

Los directores de los servicios técnicos tienen una visión parcelar de los problemas, que tampoco les permite desempeñarse como oficiales de salud. En esta forma hay una virtual exclusión de muchas influencias importantes que no son del dominio de la medicina pura: vivienda, alcantarillado, abastos de agua, urbanismo, contaminación atmosférica, etc. Por otra parte, la independencia de las Municipalidades crea nuevas dificultades para la acción del oficial de salud.

La responsabilidad del hospital en la atención integral de los grupos humanos más vulnerables es digna de atención. En pediatría, por ejemplo, cuando el servicio lo dirige un profesor con interés en aspectos preventivos, especialmente en relación con la enseñanza de estudiantes de medicina, este sistema da excelentes resultados. Sin embargo, corrientemente se observan algunas dificultades derivadas del escaso tiempo y personal que se dedican a labores de protección y fomento y de conflictos sobre la responsabilidad que cabe a los distintos organismos que actúan. Esta situación envuelve un peligro, ya que la presión del hospital y de la atención del enfermo son enormes y si no hay personal con la obligación específica de mantener las normas del trabajo preventivo, la medicina preventiva retrocederá en vez de avanzar. Este es otro problema que justificaría un comité de estudios, con ayuda del exterior.

B. ESCUELA DE SALUBRIDAD.

Esta Escuela sigue el plan tradicional de los institutos patrocinados por la Fundación Rockefeller. Da cursos de graduados para distintos profesionales y algunos cursos para no graduados.

En general, los cursos de graduados comprenden una parte básica común (administración, bioestadística, epidemiología) que se diferencian después en cursos de ingenieros sanitarios, enfermeras, educadores sanitarios y médicos, que pueden elegir entre 3 ó 4 especialidades.

En cuanto a la efectividad de la enseñanza, ésta parece tener gran alcance y su calidad

es excelente, lo que constituye la única esperanza de que la reorganización del servicio no signifique el retorno a la medicina exclusivamente clínica, con abandono total de la salud pública.

Con respecto a las necesidades de las comunidades que sirve, debería considerarse hasta qué punto la Escuela ha de dar cursos para no universitarios, como son los de inspectores sanitarios y los de estadísticos. Puede que en la actualidad ese sea un paso necesario en Chile, pero debe ser observado con atención, pues podría ser que la creación de un instituto tecnológico sea preferible.

La enseñanza de personal paramédico con requisitos universitarios (enfermeras, ingenieros, educadores) se lleva con eficiencia y entusiasmo.

La necesidad primordial del Servicio Nacional de Salud es la existencia del punto de vista preventivo a todo nivel. Para ello se requiere un curso que amplíe las perspectivas del médico de modo que abarque toda la comunidad; le habitúe a pensar en forma preventiva y social, lo instruya en el funcionamiento de la maquinaria gubernamental y le dé las herramientas propias del científico social.

Debería existir un curso obligatorio para todos los médicos administrativos, ya sea en la Dirección General o en las Zonas, incluyendo los jefes de Servicio de los hospitales base. Sin ese entrenamiento común, es difícil obtener la integración de las actividades de salud.

Para llegar a saber si la Escuela responde a las necesidades habría sido necesario un largo período de observación. De todos modos hay algunas consideraciones generales que se pueden hacer. En primer lugar, es discutible la necesidad de efectuar la segunda parte del curso en forma especializada para distintas materias, ya que en Chile no existen secciones independientes en el trabajo de salud pública y en la administración médica. También debería investigarse con atención la enseñanza de Epidemiología y Estadística, que en la actualidad se están dando en el curso básico en forma muy elemental. El estudio de la epidemiología se encuentra reducido prácticamente a la infección, lo que no parece suficiente para cumplir con el propósito de formar un administrador con sólidos conocimientos sobre

la totalidad del panorama nosológico en el hombre. Asimismo, el número de horas asignadas a estadísticas no parece ser suficiente para permitir al alumno manejar las herramientas estadísticas en el estudio de la enfermedad no infecciosa.

El curso de Administración en Salud Pública incluye un gran número de materias, en cuya enseñanza la Escuela se encuentra en desventaja, por no poder contar con la cooperación eficiente de otros departamentos de la Universidad.

Con respecto al curso en su totalidad, hay algunas materias que no parecen ser tratadas adecuadamente como son: los aspectos sociales de la atención médica; salud mental y relaciones humanas; fundamento histórico de la Salud Pública. Por lo que atañe a Salud Ocupacional, el defecto se refiere fundamentalmente a cantidad.

Se echa de menos las presentaciones o tesis efectuadas por alumnos, como medio de hacerlo profundizar algún tema determinado.

C. ENSEÑANZA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL.

1) *En Santiago.* Se desarrollan por tres Cátedras que dan su enseñanza especialmente en el año anterior al internado. El tiempo total asignado es de 180 a 200 horas, distribuidas en clases, seminarios y trabajo de terreno.

Los cursos incluyen enseñanza de demografía, tasas, análisis de Servicios de Salud; Epidemiología, Higiene Materna e Infantil; Seguros Sociales, etc.

Las actividades de terreno comprenden visitas de observación, trabajo práctico de atención médica, visitas a domicilio. Una de las Cátedras cuenta con un sector experimental, donde el personal docente presta atención integral a la población en colaboración con personal del Servicio Nacional de Salud.

2) *En Concepción.* Difiere considerablemente de lo observado en Santiago, ya que del 3º al 6º años se utilizan casos hospitalarios para demostración conjunta en seminarios, con los cursos de Clínica. Además, hay coordinación con Bacteriología, Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría. El alumno estudia el

ambiente familiar de los enfermos. El curso de Saneamiento incluye una serie de visitas de observación.

En suma, la enseñanza de Medicina Preventiva debe producir un fuerte impacto en los médicos jóvenes de Chile. Sin embargo, la fuerte necesidad de médicos socialmente predispuestos hace dudar de que el tiempo y personal que se le destina sean suficientes. Los experimentos docentes en Santiago, y la enseñanza conjunta en Concepción deben seguirse con mucha atención, proporcionando cooperación en materia de desarrollo de comunidad, para el caso de Quinta Normal, y a

las comisiones de enseñanza en el hospital en Concepción, iniciativas ambas que merecen ser propiciadas y que actualmente sobrepasan la capacidad del personal existente.

Estos cursos, en general, carecen de estudios de investigación social, lo que constituye un tropiezo para los programas docentes, por lo que debería auspiciarse un programa de becas que permita a los jóvenes médicos chilenos acudir a departamentos de Medicina Preventiva con sólidos programas de investigación, y a becados de la Organización Mundial de la Salud venir aquí a estudiar los programas e iniciar la investigación.