

**TENDENCIAS INTERNACIONALES EN LA ORGANIZACION
DE SERVICIOS DE SALUD, CON ESPECIAL REFERENCIA A LA
EXPERIENCIA DE CHILE,
1925-73 y MEDELLIN, IOPAA, 1975(*)**

*Dr. Gustavo Molina G. (**)*

Mi primera palabra es para agradecer esta honrosa invitación de la Facultad de Odontología y el privilegio de este diálogo con su Claustro de Profesores. Es, también mi primera oportunidad para expresar públicamente nuestro reconocimiento de universitario chileno asilado, con las múltiples muestras de cordial hospitalidad recibidas de la Universidad de Antioquia, el Gobierno y el Pueblo Colombiano. Y es una oportunidad especialmente adecuada, ya que fui acogido en la Embajada de Colombia en Santiago de Chile, por el amable Encargado de Negocios, Doctor Octavio Calle, Antioqueño.

MEDICINA Y SOCIEDAD

En la evolución del médico y de la Medicina, (en la cual fuisteis parte hasta ayer), es obvio que "cada sociedad requirió siempre de su médico que tuviera conocimientos, destrezas, devoción a sus pacientes y cualidades afines. Pero su posición social, las funciones encomendadas y sus normas de conducta variaron en cada período y estaban determinadas, primordialmente: por la estructura económica de la sociedad, y por los medios científicos y técnicos de que la Medicina disponía en la época" (1).

En este marco cambiante, que tendemos a desconocer o malinterpretar, es posible, sin embargo, definir algunas tendencias categóricas. Voy a examinar someramente tres de esas tendencias mayores, por su carácter universal y porque confluyen en el Plan IOPAA que he sabido les interesa conocer.

Ellas son:

1. La Integración y Regionalización de los Servicios Médicos y de Salud.
2. La participación de la Comunidad, y
3. La Delegación de Funciones.

**1. INTEGRACION Y REGIONALIZACION DE
LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE SALUD**

Esta es una línea larga de la historia. Porque no tenemos mucho tiempo, la tomamos a partir de 1918 en Inglaterra, cuando las presiones de la crisis producida en los Servicios por la Guerra, obligaron al Gobierno a encomendar a una Comisión Real la revisión de la organización administrativa. Fruto de ella es el Plan Dawson, cuyo enunciado central se ha hecho clásico: "El primer principio de la buena administración exige que cuando se haya de emprender una función especial, ésta se lleve a cabo por un solo organismo para toda la comunidad que necesita el servicio, y no que para los diferentes sectores de la comunidad haya diversos organismos" (2).

Permitidme de paso señalar el lenguaje cautivante, de Concisión y claridad en que está escrito el Informe. Por ejemplo, en su página 27-28 se refiere a Odontología de esta manera: "Es neces-

(*) Conferencia dictada ante el Claustro de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, el 13 de Mayo de 1975.

(**) Profesor de la Escuela Nacional de Salud Pública.

sario que los esquemas concebidos para proporcionar tratamiento dental a todas las clases de la colectividad se coordinen íntimamente con el Plan general de servicios médicos —tanto curativos como preventivos— y formen parte del conjunto”.

“En el tratamiento bucodental se observa la tendencia a imprimirle un carácter más bien preventivo, pero en todas sus formas, aún en aquellas decididamente curativas, ese tratamiento constituye, en sentido estricto una rama de la medicina preventiva”.

“El tratamiento odontológico tiende a asegurar la formación normal de las mandíbulas y arcos dentales y una boca limpia y sana en todas las edades. Es evidente que la mayoría de los obstáculos para el logro de este fin derivan de condiciones relativas al crecimiento prenatal o al medio ambiente de la primera infancia. Por otra parte, se han identificado los efectos perniciosos de las enfermedades dentales y sepsis oral a través de los años. El tratamiento dental está, pues, estrechamente vinculado al tratamiento médico en todas las edades” (2).

El ideal de este principio sólo vino a fructificar, y parcialmente, en Gran Bretaña en 1948 en la creación del Servicio Nacional de Salud.

América Latina ha perseguido con el más fuerte verbalismo la integración, en incontables reuniones nacionales e internacionales. A medias lograda en Venezuela, merece bosquejarse el proceso 3/4 logrado en Chile entre 1925—52, por su interés para los esfuerzos actuales en Colombia.

En 1952, mediante la Ley 10383, largamente preparada, se unifican en una sola unidad administrativa, los varios servicios preventivos y asistenciales desarrollados, en Chile, de modo similar al resto de América Latina, a saber:

- Un Servicio Nacional de Salubridad, creado en 1920, a cargo del control de enfermedades transmisibles, el Saneamiento, la policía sanitaria y tareas afines;
- Los Servicios Médicos del Seguro Social, establecidos a partir de 1925, para dar atención médica completa a los trabajadores manuales de la ciudad y del campo, y

limitados servicios a la esposa e hijo lactante de los afiliados: a partir de 1940 adquieren una notable inclinación preventiva;

- Los Hospitales de la Beneficencia nacidos en forma dispersa, como fruto de la filantropía y normalizados en una red nacional, a partir de la mitad de la década del 30, comprendiendo unas 30.000 camas.
- Los escuálidos Servicios Sanitarios de las Municipalidades;
- La inspección de higiene del trabajo, también poco desarrollada dentro de ese Ministerio;
- Una dirección estatal de Protección de la Infancia, artificialmente separada, imitando el “Children’s Bureau”; y algunos otros menores.

El nuevo Servicio Nacional de Salud, creado así en 1952, tarda unos 4 a 5 años en estructurar plantas de personal y normas comunes, para ofrecer servicios de “protección sanitaria” al 100o/o de la población y de “fomento y recuperación de la salud” a cerca del 70o/o de los habitantes, variable entre el 50 y el 100o/o según el nivel económico de los diversos distritos.

En una descripción sumaria, sobresimplificada, apoyándose en la Dirección normativo—supervisora y en establecimientos especializados, el país organiza una regionalización cerrada, integrada, con:

- 13 Zonas de Salud Autosuficientes;
- 55 Areas de Salud, cada una con su Hospital, urbano o rural, cubriendo desde 50 hasta 600.000 habitantes y sirviendo de “base” al Servicio Integrado de Salud; de ellas dependen unos:
- 350 Consultorios o Centros de Salud, punto terminal de la red de distribución sectorizada de servicios ambulatorios, preventivos, asistenciales y educativos para comunidades de 25 a 80.000 habitantes (promedio 60.000; ideal de norma: 40.000 habitantes).

Como señalan Hall(5), Roemer(6) y Vicente Navarro(7) entre otros, este Servicio Nacional de Salud de Chile representa el punto más avanzado de integración y regionalización alcanzado en América Latina, hasta la organización de los servicios de salud socialistas en Cuba(8) y el derrocamiento del Presidente Allende en 1973. Esos y otros comentarios y referencias(9) parecen de actualidad en vista de la expedición de los Decretos del Ministerio de Salud de Colombia sobre el Sistema Nacional de Salud.

A causa del interés expresado por varios de ustedes, es pertinente referirse al programa integrado de salud y bienestar en las áreas de Florencia y de el Carmen de Viboral, a partir de febrero de este año (3).

Las directivas institucionales de Salud y Educación Superior del Departamento de Antioquia y el Municipio de Medellín, han decidido coordinar operacionalmente sus servicios en forma simple y ágil, para integrarse con la comunidad y prestar la mejor atención posible a toda la población, sin distinciones de edad, ocupación, económicos o de otro orden.

Sus iniciadores dieron al programa un nombre atrayente, que se ha demostrado afortunado. La expresión "integración operacional de abajo para arriba"—IOPAA, sugiere a todos, técnicos y población, programas de salud prácticos, en cuya operación los funcionarios locales y sobre todo la población tienen plena decisión e iniciativa".

De este modo, siguiendo una tendencia internacional, se esperaba demostrar el logro inmediato de objetivos y condiciones administrativas, que los Decretos del Ministerio sobre Sistema Nacional de Salud llegarán a procurar o determinar solo muy lentamente, con el nivel local, a saber:

- a. Unidad directiva de todos los programas, preventivo—asistenciales y de bienestar, así como del equipo de trabajo de todos los funcionarios de cualquier entidad;
- b. Organización regionalizada y sectorizada de la atención, sin barreras institucionales;
- c. Participación activa de docentes y alumnos de Escuelas profesionales;

- d. Coordinación y suplementación de los recursos disponibles; unidad en los sistemas de información, beneficios, planes de investigación, educación sanitaria, etc..

2. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

El derecho a la salud surge en 1948, en el seno de la Revolución Alemana, en el poderoso movimiento médico encabezado por Rudolph Virchow, contra la burocracia, los privilegios y el oscurantismo clerical, por una completa reorganización de los servicios de salud.

Era un movimiento conducido por médicos liberales y no vacilaron en invadir la arena política cuando fue necesario, llegando hasta combatir en las barricadas de la Fredrichstrassen. En su famosa revista "La Reforma Médica", Virchow escribió que "los médicos son los abogados naturales de los pobres y que los problemas sociales son en amplio grado problemas médicos, que la política no es sino medicina en gran escala"(4). En estas discusiones, *el derecho a la salud* fue postulado con fuerza creciente. Se lo defendía con argumentos que demostraban que el movimiento no era socialista sino típico de las clases medias liberales: siendo la capacidad de trabajo, basada en la salud, decía Neumann, el único bien de la mayoría de los individuos, es deber del Estado, "defensor de la propiedad", proteger la salud (9). La revolución del 48 fracasó y el movimiento sanitario declinó desapareciendo la revista de Virchow a los 10 años.

Ese poderoso y promisor movimiento sanitario alemán, no obstante su ambicioso programa, fue destruído. Por qué? Principalmente porque era un movimiento de los médicos, de las clases medias, *para* el pueblo pero *sin* el pueblo. El pueblo nunca fue consultado, ni tenía voz en todas estas deliberaciones. Sin embargo se trataba de su propia salud. Tardamos decenios en aprender, y aún no del todo, que la gente debe querer la salud, debe luchar por ella; los médicos son simples consejeros para formular los programas; ningún plan por inteligente y bien intencionado que sea tendrá éxito si es impuesto a las gentes. La protección de la salud de los trabajadores es tarea de los propios trabajadores. Esta es una drástica lección que todavía muchas gentes se niegan a aprender de las enseñanzas de la historia (4,9).

La idea de la participación de la comunidad recurre una y otra vez en estos cien años hasta que, en la constitución de la Organización Mundial de la Salud, los Estados firmantes declaran en forma unánime y enfática: "El goce del más alto grado de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, credo político o condición económica y social". "La salud de todos los pueblos es fundamental para el logro de la paz y la seguridad, y depende de la cooperación más completa de los individuos y de las naciones. "La opinión informada y la cooperación activa del público son de la mayor importancia para el progreso de la salud de los pueblos"(9). Su principal escollo es la estratificación de la sociedad en clases, que impide el acceso de las mayorías nacionales al saber y a la noción de participar, a la vez que a una cuota justa de pan, techo, abrigo, trabajo y recreación. En los países centralistas de América Latina, este proceso es más difícil aún a causa del sistema administrativo. Vale tal vez la pena, gastar unos minutos en describir nuestra experiencia de Chile en los últimos dos años, por su utilidad eventual para los esfuerzos que IOPAA está iniciando.

Consejos Locales y Consejos Paritarios de Salud:

De acuerdo a lo dispuesto en un Decreto Ministerial (No.602), desde junio de 1971, se inicia la organización, en cada Consultorio o Centro de Salud, de un Consejo Local de Salud formado por un representante de cada una de las organizaciones sindicales y vecinales existentes en el sector. (Juntas de Vecinos, Sindicatos, Comités de Pobladores, Asociaciones de Padres de Familia, etc.). Eran verdaderas Asambleas de salud, de cuarenta a doscientos miembros, que se reunían mensualmente con la Jefatura y representantes de los Consultorios para discutir problemas de salud, sugerir soluciones y cooperar en la promoción de campañas preventivas y en la atención médica. Cada consejo Local constituyó un organismo ejecutivo, o Comité paritario compuesto de 7 a 13 personas, según el tamaño del Consultorio, y encargado de cumplir las recomendaciones del Consejo Local.

La estructura y generación del Consejo Paritario, en los Consultorios mayores describe mejor que muchas palabras la riqueza alcanzada por el

proceso de participación. Presidido por el Director del Consultorio, incluía:

— 6 representantes elegidos por la Comunidad, dos de ellos provenientes de los Sindicatos; y 4 de las Organizaciones vecinales (Juntas de Vecinos, Comités de Población, Asociaciones de Padres de Familia, etc.).

6 representantes elegidos por las Organizaciones Funcionarias, a saber: dos por los Capítulos Locales de los Colegios de Médicos, Dentistas y Farmacéuticos; dos por la Federación de Profesionales y Técnicos; y dos por el resto del personal, elegidos por la Federación de trabajadores de la Salud.

Hay que recordar al marco cultural y administrativo en que operaba este sistema: con amplia libertad y democracia política, una sociedad de clases, cuyo Gobierno declaraba la intención de marchar hacia el socialismo; en que muchas empresas, industrias, bancos y latifundios habían sido ya entregados al manejo de sus trabajadores organizados; y en que las directivas de Salud propiciaban activamente esta participación paritaria de la comunidad y los funcionarios en la administración de los Servicios locales de Salud, en que el poder de decisión seguía por ley en las manos tradicionales de los médicos. O sea, que el Decreto 602 ofrecía un primer paso hacia el cambio estructural en el sistema de Salud. Para quienes tuvimos el privilegio de presenciar y participar en este proceso profundamente democrático, fue impresionante ver madurar la sociedad ante nuestros ojos, como se ve crecer a un niño.

Médicos y otros funcionarios se enfrentaban por primera vez con representantes de los clientes de su consultorio, preguntando en una atmósfera cordial, al principio con excesiva inhibición, el por qué del trato rudo en alguna ventanilla o del retardo en la llegada de los médicos u odontólogos y la contracción de sus horarios, o de las largas esperas innecesarias en algunos servicios técnicos o de bienestar. La actitud era de ofrecer la ayuda que fuera posible para resolver esos problemas o para suplir déficits, como por ejemplo organizar y conducir una encuesta autoaplicada a los obreros de una industria para seleccionar trabajadores para el

examen preventivo que no podía extenderse a todos, etc..

DELEGACION DE FUNCIONES

Es la tercera tendencia histórica que deseamos comentar en grandes brochazos. Digamos que la Medicina había alcanzado su plena diferenciación allá por la década del 30. La profesión de odontólogos, igual que muchas otras había alcanzado gran auge, participando de la crisis que a todos alarmaba en la distribución de servicios de salud. Y es así como en el propio Norteamérica, ese audaz pensador que fue Henry Sigerist propone en 1941 un nuevo tipo de Escuela Médica. En sus propias palabras: "Necesitamos más que nunca un médico científico, bien entrenado en clínica y laboratorio. Pero más necesitamos un médico social que, consciente de las funciones sociales de la medicina, se considere a sí mismo al servicio de la sociedad. No tiene sentido adiestrar médicos principalmente para la práctica urbana entre las clases medias altas. Las Escuelas profesionales deberían orientarse a producir graduados que consideren a la medicina no como un negocio de competencia, sino como un servicio, sobre todo para los grupos de bajo ingreso que más lo necesitan; que sean entrenados en el trabajo en equipo y en el espíritu de cooperación hacia una práctica en grupo, organizada en torno a un Centro de Salud; que practiquen la medicina preventiva y que se interesen en la salud tanto o más que en la enfermedad. La medicina clínica debe ser enseñada de modo distinto que hasta ahora: cada caso debe ser examinado médica y socialmente, con respecto a los factores que lo han hecho posible, para prevenir casos similares en el futuro". Un principio fundamental de la nueva Escuela Médica es que "el adiestramiento del personal auxiliar es tan importante como el de los médicos y requiere también su reorganización a lo largo de nuevas líneas. Cada escuela debería considerar la conveniencia de una división especial para el adiestramiento de dicho personal, estrechamente integrado con el curriculum del estudiante de medicina. Los estudiantes deberían aprender desde el comienzo a trabajar en equipo con el personal auxiliar"(4).

Sigerist observó que en los Estados Unidos, a diferencia de Europa, se integraron en sus jóvenes universidades Escuelas de graduados formadoras de profesionales, (incluyendo aún admi-

nistración hotelera o economía doméstica). Europa también tenía escuelas para granjeros y similares, pero separados de las Universidades. Rusia llegó hasta independizar las Escuelas de Medicina. La decisión americana significaba el compromiso de llevar la educación vocacional a niveles académicos: las Escuelas Técnicas debían producir ciudadanos altamente educados. El fracaso fue estrepitoso. Las universidades no produjeron los líderes ilustrados que el país necesitaba tan urgentemente. Produjeron legiones de técnicos y especialistas muy competentes; pero sin educación, imbuídos de prejuicios tradicionales, incapaces de pensar independientemente fuera de su estrecha especialidad y, a menudo, indiferentes por el bienestar público"(4).

Estas ideas, revolucionarias en 1941, han calado muy hondo en la práctica de las profesiones y servicios, más bien que en las propias escuelas (12). Los conceptos se han ampliado y profundizado, alcanzando plena expresión en los países del Oriente; el médico descalzo rural y el médico rojo de la fábrica de China son su expresión más extensa (10). Entre nosotros, tanto en Norteamérica como en América Latina, crece continuamente la suma de funciones que son entregadas a auxiliares o asistentes médicos y dentales, a niveles cada vez más simples, como ustedes lo saben bien. Valga comentar el extremo interés que merecen los pasos que sea posible avanzar dentro de los planes IOPAA, con el respaldo y dirección de las escuelas profesionales de Odontología, Medicina, Enfermería y otras. No parece que, como en Shangai, la comunidad pueda asumir tantas funciones. Pero, si, quiero leer del documento IOPAA, antes referido (3) uno de los pasos propuestos para redefinir funciones, llegando hasta el seno de la comunidad. Dice así:

"Precisar la participación y responsabilidad específica que puede asumir cada organización, de acuerdo con sus opiniones, actitudes y nivel de desarrollo; definir tareas y servicios preventivos, asistenciales y de bienestar que pueden cumplir los "responsables de salud" y otros representantes de la comunidad (por ejemplo: vacunaciones, mejoras de saneamiento, orientación de consultantes; vigilancia, educación y posibles tratamientos locales de pacientes atendidos en el Centro u Hospitales; colaboración al examen preventivo de escolares o trabajadores; educación y divulgación sanitaria). "Promover

la constitución, en cada sector y en cada barrio, de Comités de salud formados por representantes de las diversas organizaciones que coordinen y refuercen las tareas comunes, a la vez que eduquen a la población a trabajar juntos en el manejo de los programas de salud" (3).

En este campo, es particularmente lamentable que se haya interrumpido el fascinante progreso en profundidad, iniciado en algunos Consultorios periféricos de la ciudad de Santiago en 1973. Me refiero a la multiplicidad de ensayo de líderes comunales, con estudiantes, tomando responsabilidad creciente en la terapia antialcohólica o en la prevención secundaria de la hipertensión, la bronquitis crónica o la enfermedad reumática, además, de las vacunaciones o recoger información requerida por la investigación científica de campo, dirigida por los núcleos docentes.

En verdad, el campo abierto a las Escuelas de Medicina, Odontología y otras, para delegar y

redefinir funciones, se amplía y alcanza nuevas fronteras cuando se entiende hasta las inagotables raíces de la comunidad. En un libro impresionante recién publicado por la Organización Mundial de la Salud. "Health by the People"(11), se analizan las experiencias coincidentes en 10 comunidades de cuatro Continentes que pudieran ser fuente de rica inspiración.

Allí se confirma, bajo variados sistemas, la dura experiencia aprendida en Chile. La democratización para aumentar el control de los consumidores y del pueblo en las políticas de salud, así como el adiestramiento de paraprofesionales para la delegación de funciones, están limitados por las estructuras de poder en la sociedad, cuya transformación es el prerequisite para el control popular de la atención médica (13).

Todo anuncia que una nueva medicina se avecina, sobre bases técnicas, económicas y sociales distintas de la actual. Debemos prepararnos.

BIBLIOGRAFIA

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. *Cuba: Organización de los servicios y nivel de Salud*. La Habana, s.f.
2. García, J.C. *La Educación Médica en América Latina*. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana 1972. (Publicación Científica, No. 255).
3. T. L. "Social Security and Health Care Paterns in Chile". *International Journal of Health Services*,1(2), 1971.
4. *Informe dawson- Sobre el Futuro de los Servicios Médicos y Afines, Gran Bretaña, 1920*. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1964 (Publicación Científica, 93).
5. Model H. y H. Waitzkin. "Health Care and Socialism in Chile". *Monthly Review*, (New York), Mayo 1975.
6. Molina, Gustavo. *Principios de Administración Sanitaria*. 2a.ed. San Juan, Puerto Rico, s.e., 1961.
7. -----, Alfredo Turizo y Jorge Cardona. *Programas Locales integrados de Salud y Bienestar en Antioquia, Medellín, 1975* (En prensa).
8. Navarro, Vicente. "What does Chile Mean; An Analysis of Events in the Health Sector Before during and after Allende's Administration". *MMFQ/Health and Society/* (New York) 52(2):93-130, Spring, 1974.
9. Newell, K. H. *Health by the people*. Genova, World Health Organization, 1975.

10. Roemer, M.I. *The Organization of Medical Care Under Social Security; a study based on eight countries.* Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1969.
11. Sidel, Ruth. *Women and Child Care in China; A first hand report-Baltimore,* Penguin Books, 1973.
12. Sigerist H. *Selecciones de Historia y Sociología de la Medicina,* ed. y trad. por G. Molina, Bogotá, 1974.
13. Terris, Milton. *The Contributions of Henry E. Sigerist to Health Service Organization.* s.p.i.