

# LA RED ASISTENCIAL DE SALUD Y EL PAPEL DE LOS JEFES DE SERVICIOS CLINICOS EN SU GESTION: UN PUNTO DE VISTA DESDE EL HOSPITAL CLINICO SAN BORJA-ARRIARAN

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 3, 1997/ 64-68

*Dr. Oscar Román\**  
*Dr. Rafael Ferrer\*\**

## SUMMARY

The levels of care in the health areas of Chile are scrutinized, particularly in regard to primary care. At this level the main problems are: shortcomings in the medico-professional domain; the administration by municipal authorities, which has dismembered the health care network; and difficulties in implementing the promotion function of the Services, as required by the biopsychosocial model. The current situation of the relationship between the primary and the secondary levels is analyzed, as well as the roles of the Diagnostic and Therapeutic Centers (CDT) and of in-patients care. On the basis of the authors experience, the conclusion is, that the Heads of the Clinical services or of the University Department Should, within the Technical Council of the Local Health Network, plan, supervise and evaluate all levels of the system, including the Health Centres and the CDT, with the coin of delivering an integrated, continuous and high quality type of health care.

Key words: Health care network, heads of clinical departments, integration.

## RESUMEN

Se analizan los niveles de atención en las áreas de Salud de Chile, y en especial los problemas del nivel primario. Entre estos problemas se destacan: los de naturaleza médica profesional; la administración municipal, que ha desmembrado la red de atención; y la insuficiencia de acciones de promoción basadas en el modelo biopsicosocial de la persona. Se examina la realidad de las relaciones entre el nivel primario y el secundario; el rol de los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y el de atención cerrada. Se concluye, sobre la base de la experiencia de los autores, que los jefes de servicios clínicos, o el profesor universitario, o ambos en el marco de un consejo técnico de la red deben planificar, supervisar y evaluar todos los niveles de la red local, incluyendo los consultorios o centros de salud y los CDT, con el objeto de entregar una atención médica integrada, continua y de calidad.

Palabras claves: Red de atención, jefes de servicios clínicos, integración.

---

\* Profesor Cardiología U. de Chile.

\*\* Miembro del capítulo del Hospital San Borja Arriarán.

## 1. INTRODUCCION

La historia revela cómo se han delineado en el tiempo los niveles de atención.

Antes de 1924 los hospitales chilenos brindaban sólo atención cerrada o en sala y la atención ambulatoria se otorgaba en las consultas privadas de los médicos o en "dispensarios", para quienes no podían pagar. A partir de 1924, los usuarios pertenecientes al régimen del Seguro Obligatorio son atendidos en los Policlínicos creados por esta institución.

En 1946, el Profesor Miguel Hermsilla transformó una sala entera del viejo Hospital San Borja en un Consultorio externo de Medicina Interna y de sus subespecialidades, que denominó "ambulatorio". Su ejemplo fue seguido y perfeccionado en los demás hospitales. Nació así la atención ambulatoria de especialidades o nivel secundario de atención de salud, para diferenciarlo del nivel primario (consultorios periféricos) y del nivel terciario u hospitalización.

Posteriormente, dado el acelerado avance de la medicina tanto en el reconocimiento clínico de cuadros complejos como en la tecnología diagnóstica y terapéutica, se constituyeron centro o institutos de algunas subespecialidades, que han sido denominados por algunos como nivel cuaternario o de punta.

## 2. PROBLEMAS ACTUALES DEL NIVEL PRIMARIO EN CHILE

Se intentará un resumen de los principales problemas que aquejan este nivel:

### A) Problemas médico-técnicos:

1. definición clara del grado de dificultad de las afecciones que debe resolver en forma completa;
2. sistematización de los casos que ameritan referencias e interconsultas;
3. educación médica-continua intraservicio;
4. adscripción real al servicio clínico dependiente del servicio de salud que está asignado el consultorio o posta rural respectivo. Esto permitirá que el médico primario pueda asistir a los cursos, reuniones clínicas, seminarios, etc., que desarrolle el servicio clínico respectivo, sea de pediatría, medicina, cirugía, etc.
5. definir una carrera funcionaria con expectativas y reglas claras;

B) Municipalización. Este es uno de los problemas más graves de nuestra AP. La entrega de ésta a las municipalidades ha significado la

desmembración de la red de atención médica del sistema de salud nacional. Aunque se ha tratado de mantener un control técnico-financiero mediante la subordinación a planes y programas ministeriales y a la evaluación y control de los servicios de salud, en el hecho ha significado prácticamente una independencia de muchos consultorios, pues estos han pasado a depender administrativa y financieramente de los municipios o de las corporaciones delegadas por ellos. Estas últimas instituciones son privadas y a pesar de carecer en teoría de fines de lucro, en la práctica privilegian a su personal burocrático con las mejores remuneraciones y mantienen un poder hegemónico en la contratación y manejo del recurso humano.

La municipalización ha significado una verdadera privatización de este nivel de atención, por lo que resulta difícil su interconexión con el resto de la red pública, tal como se ha concebido tradicionalmente y como debe serlo en el futuro. Por otro lado, no se ha hecho una adecuada evaluación de su rendimiento y logros en comparación a los consultorios primarios que han permanecido en el sector público (SSM Central, Coyhaique y algunos adosados a Hospitales 3 y 4).

Gattini, en 1993, concluía "la relación entre los servicios de salud y los municipios, en torno a la red asistencial, es ambigua y con vacíos de integración funcional, destacando la dualidad de gestión local, similitud en acciones básicas entre establecimientos de los servicios y municipios y recargo de la asistencia de los servicios por la población a cargo de municipios que acude a los servicios, en particular respecto de la atención de urgencia". Además, reconoce que el personal de los consultorios municipalizados tiene poco sentido de pertenencia a su institución y menos respecto del resto de la red asistencial.

La reinserción de la atención primaria en el sistema público debe hacerse a la brevedad, aunque con medidas imaginativas que no perturben la calidad de la atención de salud de la población.

C) Rol en la Salud Pública. Ya establecimos que a la atención primaria se le ha asignado un rol de liderazgo en la salud pública local, por lo cual debe hacerse cargo de la promoción, prevención y recuperación de la salud de la sociedad a este nivel. Para ello debe poner en acción una estrategia intersectorial, que incluya a todos los sectores activos de la comunidad: profesores, ingenieros, constructores, bomberos, militares, abogados, etc. Esta estrategia obedece al modelo de atención biosicosocial, que en contraposición (no oposición) al modelo biotecnológico, debe modificar los esti-

los de vida nocivos de la población con el objetivo de conseguir una salud integral o completa, reduciendo el riesgo de padecer enfermedades crónicas, tanto infecciosas transmisibles como no transmisibles (degenerativas del adulto) y del ámbito de la salud mental, alcoholismo, drogadicción, neurosis, etc.

### 3. EL MEDICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Mejorar la calidad de vida significa implementar, en forma complementaria con el modelo asistencial clásico o biotecnológico, el modelo biosociosocial, que se preocupa de la prevención y promoción de la salud. No parece evidente que el cúmulo de recuperación, protección y promoción que corresponde realizar en el nivel primario, no puede ser realizado por un solo médico o por pocos médicos trabajando en un consultorio periférico. Aun con la colaboración de un buen equipo de salud (enfermeras, matronas, nutricionistas, etc.), el médico primario no puede cumplir todas las acciones que se le asignan. Es preciso racionalizar tales acciones, las que por ser ineludibles y fundamentales, no se pueden ignorar o minimizar.

### 4. LA RELACION ENTRE LOS NIVELES PRIMARIO Y SECUNDARIO

En el punto 2 de los problemas médico técnicos de la AP aludíamos a la necesidad de efectuar interconsultas o referencias a los niveles siguientes. Esta forma de compartir o atenuar la responsabilidad diagnóstica o terapéutica del médico general primario ha sido creciente en los últimos años, no sólo por la mayor complejidad y avance de la medicina, sino también por una menor preparación práctica en las afecciones ambulatorias de los estudiantes de medicina y aún de los médicos becarios, hecho este que ha sido reconocido por algunos decanos de medicina, especialmente por el Dr. Eduardo Rosselot de la Universidad de Chile. En efecto, la educación de pregrado se realiza casi exclusivamente en las salas de hospital, conociendo una patología compleja pero poco prevalente, que representa aproximadamente un 10% o menos de las enfermedades. La docencia de las afecciones que se atienden ambulatoriamente se está ampliando a los consultorios periféricos sólo en los últimos años en forma muy parcial. Ello es grave, porque tales enfermedades son las

más prevalentes y frecuentemente, más fáciles de controlar y resolver en forma definitiva en el nivel primario.

El resultado de los hechos expuestos ha sido el aumento progresivo del número de interconsultas al nivel secundario, así como de consultas espontáneas a los servicios de urgencia, lo que ha llegado a sobrepasar la capacidad de absorción de ellas por los especialistas. Tal situación ha provocado la formación de listas de espera en varias especialidades y subespecialidades, además de largas colas para obtener cupos en los policlínicos secundarios.

Ello ha llevado a cierto desprestigio, en gran medida inmerecido, de los consultorios de especialidades y del hospital en general, que es la estructura que actualmente los alberga.

Es preciso reconocer, sin embargo, que a esta situación desfavorable ha contribuido la tendencia de los especialistas a quedarse con los pacientes más complejos o interesantes, los que no son devueltos con diagnóstico e indicaciones precisas al nivel primario. Con esta argucia o deformación práctica, los especialistas atienden más controles conocidos y semi-resueltos y menos pacientes nuevos y por tanto, nuevos problemas. Otra consecuencia de esta costumbre es el menor cupo para nuevas interconsultas y por ende, mayor demora en la atención secundaria.

A los problemas señalados se añade frecuentemente el de repuestas escuetas, poco claras o infrecuentes a las interconsultas del nivel primario. Ello crea insatisfacción y sentimiento de menosprecio en los médicos generalistas, que no deja de tener cierta base en la apreciación que de ellos hacen los especialistas del hospital base.

### 5. CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (CDT)

El CDT sería equivalente a los consultorios de especialidades inmersos en los hospitales base o anexos a ellos. Como éstos, el CDT debe servir no sólo a las necesidades de referencia de los CRS de los consultorios primarios sino también a las de los pacientes hospitalizados (nivel terciario).

Los CDT deben albergar la tecnología más compleja o de punta y por ende, a los especialistas más entrenados y de mayor experiencia. Constituyen una estructura no sólo diagnóstica sino, también, terapéutica, esto es, capaz de realizar terapias ambulatorias complejas que el progreso de la medicina ha hecho viables, a saber: radioterapia

pia, cobaltoterapia, administración parenteral de citotóxicos, diálisis peritoneal o hemodiálisis, terapia invasiva por catéteres a órganos comprometidos, angioplastias selectivas (coronarias o periféricas), endoscopías terapéuticas de cálculos o tumores, etc.

Además su diseño incluye la realización de "cirugía ambulatoria" lo más compleja posible, como diversas operaciones oftalmológicas, otorrinolaringológicas, laparoscopías y resecciones laparoscópicas diversas (ginecológicas y otras), tumores de mama, etc. Para ello requiere disponer de pabellones completos, de sala de recuperación por horas (antes del alta en el mismo día de la intervención), de facilidades para el traslado al domicilio de los pacientes y comunicaciones expeditas para monitorizar la evolución de él en su domicilio (teléfono, compañía de familiares, posibilidad de traslado de emergencia en la noche, etc.)

Respecto a la dirección técnica o línea jerárquica, creemos firmemente que "el control técnico de los especialistas debe quedar en manos de los jefes de los servicios clínicos respectivos, quienes podrán delegar su función en encargados o coordinadores de las diversas subespecialidades". No es posible concebir un manejo individualista ni independiente de los especialistas, al estilo de las clínicas o Centro privados, porque ello atentaría contra la estructuración jerárquica técnica y administrativa de la red y del sistema público de salud. La gestión meramente administrativa de los servicios anexos y del financiamiento debe quedar en manos de la Dirección administrativa, que idealmente debe servir un médico experto en salud pública o administración.

## 6. NIVEL DE HOSPITALIZACION

Los Hospitales base, sin sus policlínicos y laboratorios de especialidades, quedarían restringidos a las salas de hospitalización. Allí tradicionalmente se han hospitalizados 9 a 10 pacientes de cada 100 que consulta. Esta situación se ha mantenido por muchas décadas, pero en los últimos años, a pesar del crecimiento vegetativo de la población, la dotación de camas hospitalarias se ha venido reduciendo lenta y persistentemente esto ha sido demostrado por el estudio de Oyarzo, que si bien puede ser discutido en algunos aspectos corrobora fenómenos que se han producido en el último decenio:

a) menor estadía de hospitalizaciones, por mejoría de las técnicas quirúrgicas (alta más rápida),

de las técnicas diagnósticas generales y del manejo del parto. Ello ha significado que si antes se daba un alta por cama cada 20 días en promedio, ahora se conceden 2 altas por cada 10 días, lo que significa doblar el número efectivo de camas funcionales.

b) posibilidad de realizar cirugía ambulatoria de cierta complejidad (que no requiere de camas en sala, el nivel terciario sino en el CDT o nivel secundario, como ya lo hemos expuesto).

En conclusión, no es necesario habilitar nuevos hospitales, o sea, contar con más recurso cama hospitalaria, en especial en el campo de la seguridad del trabajo y aún en el sector público, que pareciese el más exigido con hospitalizaciones.

Es efectivo que la exigencia de hospitalización aumenta en forma estacional y en algunos centros de urgencia (H de Urgencia AP), pero el sistema nacional no las necesita en mayor número.

Si el funcionamiento de la "Red de Salud" es eficaz en el futuro inmediato, resultará que los hospitales van a quedar desproporcionados en relación a su desarrollo actual, tanto en camas como en recursos humanos y financieros.

## 7. PRINCIPIOS GENERALES DE INTEGRACION DE LA RED

Desde el punto de vista conceptual, la salud debe ser concebida como una acción social (salud social) y no meramente individual, referida al usuario o beneficiario, por lo que la base de la pirámide estructural debe radicar en la atención primaria, pues ella está en contacto con la sociedad misma, con la familia, con la vivienda del paciente y con su entorno o "habitat", en el que coexisten, interactúan o se desarrollan los factores de riesgo de las enfermedades, tanto orgánicas como mentales y laborales. El resultado general debe evaluarse en función de una calidad de vida mejor o peor, sea en la ciudad, barrio o pueblo.

Además, la atención primaria es la puerta de entrada al sistema o red, y por tanto, su cara técnica, administrativa y estructural debe ser la mejor posible, con el objeto de eliminar la imagen negativa actual de atención ineficiente y deshumanizada.

Desde el punto de vista técnico-científico, el nivel de complejidad de la medicina a desarrollar debe estar planificado, dirigido, supervisado y evaluado por el jefe del servicio clínico respectivo. Es él quien, directamente o en conjunto con su personal delegado en el consejo técnico de la red,

debe estar en el vértice de la pirámide para poder dirigir todos sus niveles y estructuras, desde la atención primaria a la terciaria. La supervisión técnica y educación continua de los médicos del sistema o servicio deben estar bajo su responsabilidad. La administración debe ser paralela y dirigida a los elementos administrativos y de financiamiento.

El jefe de servicio clínico (o el profesor universitario, o ambos) deben dirigir además las especialidades a desarrollarse en los CDT y los consultorios o centros de salud y CRS, delegando su acción en un coordinador Médico especialista si el número de especialistas así lo amerita. Tal situación se puede dar en los CDT, por ejemplo, si en gastroenterología hay más de 5 especialistas, se podrá designar un médico coordinador de la especialidad, que además de dirigirla en el CDT, tendrá que hacerlo en el consultorio o centros de salud, si ella se extiende a ese nivel.

Estimamos además que la entrega de la tutoría y supervisión técnica de la atención primaria a los jefes de los servicios clínicos parece ser la única forma de mantener una atención médica integradora, coherente y de calidad, aun cuando la mayoría de los consultorios de atención primaria estén municipalizados. Creemos que con mayor razón, dada la falta de idoneidad técnica y administrativa de muchos de esos consultorios, se hace más necesario y casi imprescindible que se estructure dicha línea técnica.

## 8. CONCLUSION

En resumen se propone lo siguiente:

1. Crear una red asistencial integral cuya responsabilidad estaría representada por el jefe de servicio de la especialidad o por el médico delegado por este jefe de servicio y miembro constituyente del consejo técnico médico de la red.
2. Realizar una programación concertada de actividades en los distintos niveles –CDT-CRS– y atención primaria o centros de salud.

3. Mantener el recurso humano médico bajo la responsabilidad del consejo técnico médico de la red según especialidades.

## BIBLIOGRAFIA

1. Jiménez P. Oscar. Antecedentes históricos sobre la medicina social chilena. Documentos Congreso de Profesionales y Técnicos del Partido Radical de Chile, 1984.
2. Adriazola G. Evolución de la Salud Pública. Cuad. Méd. Soc. 1986; 27:123-130.
3. Rosselot E. Reorganización en la educación médica, aspectos esenciales en la reestructuración de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Rev. Méd. Chile. 1997; 125:783-791.
4. Schiapacasse E. Propósitos y objetivos de la formación de médicos en la Universidad de Concepción. Rev. Méd. Chile 1997; 125:792-795.
5. Grob C. La escuela de Medicina de la Universidad Austral de Chile. Un compromiso regional. Rev. Méd. Chile. 1997; 125:814-817.
6. Carabantes J. Sistema público de salud y tipo de médicos que éste necesita. Rev. Méd. Chile. 1997; 125:24-36.
7. Gyarmati G. La crisis de la medicina y el rol de la profesión médica en ella. "Symposium". Perspectivas de trabajo y organización de la profesión médica. XII-1991. Depto. Trabajo Médico. Col. Méd. Chile.
8. Gyarmati G. et al. Las profesiones, dilemas del conocimiento y del poder. Ed. U. Católica de Chile 1984.
9. Oyarzo C. Las camas hospitalarias. Seminario. 1997.
10. Gattini C. et al. La red asistencial del sistema nacional de servicios de salud. Propuesta operacional para la integración y adecuación de la red asistencial. Minsal, 1993.
11. Minsal. Depto. de Estudios. Manual de gestión del centro diagnóstico terapéutico. 1996.
12. Comisión de Salud Cámara de Diputados-Colegio Médico Chile. Seminario: La salud en Chile: diagnóstico, desafíos y perspectivas. 1997, Valparaíso.
13. Montoya C. et al. Estimación del costo global de la atención de salud necesaria para la población de Chile. Cuad. Méd. Soc. 1993; 34:48-55.