

BOLETIN MEDICO SOCIAL

|| SUMARIO

EDITORIAL.

ARTICULOS ORIGINALES.

REVISTA DE REVISTAS.

PREVISION SOCIAL.

DOCUMENTOS.

NOTICARIO NACIONAL.

NOTICARIO INTERNACIONAL.

Santiago de Chile, Mayo

de 1946.

Número 140



CAJA DE
SEGURO
OBLIGATORIO



Servicio de Enfermería en la Caja de Seguro Obligatorio (*)

Amanda Parada H.

La observación del Servicio de Enfermería de la C. S. O., durante los meses que me he desempeñado en ellos y la comparación con lo visto en servicios similares en Estados Unidos de Norte América, me ha llevado a concebir la idea de presentar a la consideración del señor Director un plan de reorganización de estos servicios que, sin representar mayor gasto, lleve envuelta una mayor eficacia técnica. Hago esto guiada por un bien entendido deseo de cooperación a esa Dirección y sin ningún interés personal en el problema.

El panorama actual de la Enfermería en la Caja de S. O. podría decirse que corresponde a distintos e independientes ensayos nacidos del deseo de determinadas secciones de complementar su labor médica con una acción sanitaria en el hogar del asegurado. No existe entre ellos ningún lazo de unión, ni hay una doctrina general que inspire esta acción sanitaria. Antes por el contrario, cada uno de los grupos de Enfermeras que trabajan en las distintas especialidades, desarrolla una labor aislada y elemental, incurriendo con frecuencia en duplicación, y aun, en triplicación de trabajo en un mismo grupo familiar: cada uno de los servicios realiza o trata de realizar su labor orientando su acción en forma exclusiva hacia los aspectos específicos y propios de la especialidad que representa; tal estado de cosas da lugar a que se produzcan situaciones extraordinarias; a un mismo hogar que alberga un lactante, una tuberculosa y un cardiopata, concurren las tres Enfermeras Sanitarias de las tres respectivas especialidades y cada una de ellas se aboca sólo a los problemas que específicamente le corresponden, sin interesarle, ni mucho ni poco, lo que simultáneamente está ocurriendo a los demás componentes del grupo familiar. Más aun: como si fuera aún escaso el personal de la Caja que debe atender ese mismo hogar, concurren otras tres funcionarias, de la Institución, Visitadoras Sociales, que a su vez entran a ese hogar a reiterar una serie de preguntas, todas más o menos estereotipadas, cada una de ellas orientada sólo a la especialidad de la cual depende. A nadie se escapará el cansancio que ha de producir en el padre o en la madre de ese grupo familiar que debe tolerar nuestra majadería reiterada, la que les dejará la sensación de que se encuentran frente a un servicio cuya economía y eficiencia dejan serias dudas. Agréguese para completar este cuadro de desorganización que todas estas gestiones van generalmente encaminadas sólo a llenar carillas de papel que, habitualmente, irán a dormir a los archivos respectivos sin que nadie conozca los frutos de esta labor, fuera de la funcionaria que la realizó.

Esta anómala e irregular situación, que se repite a diario y de la que sólo obtenemos derroche de esfuerzo y dinero, es evidentemente ineficaz y perjudicial para el buen presti-

gio de la Caja, por su absoluta falta de coordinación, su dispersión estéril, su repetición inútil y su acción totalmente intrascendente.

El análisis sereno de esta gestión sanitaria de la Caja es, sin duda alguna desalentador; en lugar de propender a un mejor rendimiento de nuestros servicios, se han impulsado pequeños ensayos aislados que, aun cuando puedan satisfacer la inquietud de los distintos Jefes médicos, no representan una acción ponderable que corresponda a las inversiones que se están haciendo en el Servicio de Enfermería.

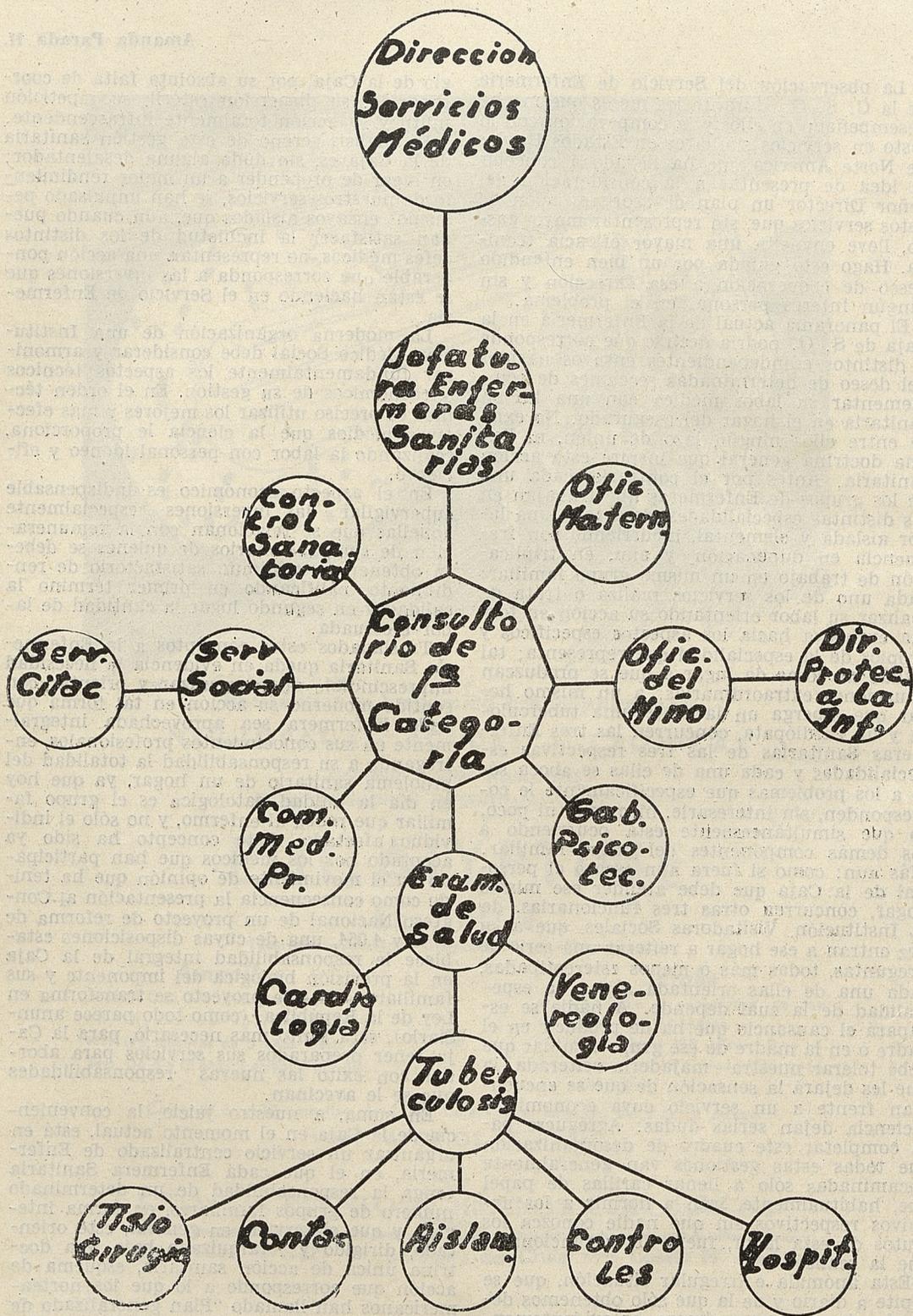
La moderna organización de una Institución Médico Social debe considerar y armonizar fundamentalmente los aspectos técnicos y económicos de su gestión. En el orden técnico es preciso utilizar los mejores y más efectivos medios que la ciencia le proporciona, realizando la labor con personal idóneo y eficiente.

En el aspecto económico es indispensable supervigilar las inversiones especialmente aquellas que se relacionan con la remuneración de sus funcionarios de quienes se deberá obtener un mínimum satisfactorio de rendimiento, calificando en primer término la calidad y en segundo lugar la cantidad de labor efectuada.

Trasladados estos conceptos a la Enfermería Sanitaria queda en evidencia la necesidad imprescindible de reorganizar y orientar con sentido moderno su acción en tal forma que cada Enfermera sea aprovechada integralmente en sus conocimientos profesionales, entregando a su responsabilidad la totalidad del problema sanitario de un hogar, ya que hoy en día la unidad patológica es el grupo familiar que rodea al enfermo, y no sólo el individuo afectado. Este concepto ha sido ya aceptado por los médicos que han participado en el movimiento de opinión que ha tenido como consecuencia la presentación al Congreso Nacional de un proyecto de reforma de la Ley 4,054, una de cuyas disposiciones establece le responsabilidad integral de la Caja en la previsión biológica del imponente y sus familiares. Si este proyecto se transforma en Ley de la República, (como todo parece anunciarlo), será tanto más necesario, para la Caja tener preparados sus servicios para abordar con éxito las nuevas responsabilidades que se le avecinan.

En suma, a nuestro juicio, la conveniencia de la Caja en el momento actual, está en organizar un servicio centralizado de Enfermería, en el que cada Enfermera Sanitaria tenga la responsabilidad de un determinado número de grupos familiares, en forma integral, y que el servicio en general, esté orientado, dirigido y jerarquizado bajo una doctrina única de acción sanitaria, esquema de acción que corresponde a lo que los norteamericanos han llamado "Plan generalizado de Enfermería". Este concepto incluye varias ramas de la Enfermería, y cada fase de ella recibe la dedicación que reclama su relativa importancia. En suma, con este sistema no

(*) Trabajo presentado a la Concentración de Médicos Jefes de Pamimávida y leído por el Dr. Juan Garañal



habría Enfermeras especializadas para servicios determinados, sino que el equipo total de ellas sería apto para cualquier función de enfermería.

LABOR ESPECIFICA DE LA ENFERMERA SANITARIA EN RELACION CON CADA SERVICIO

TUBERCULOSIS:

- a) Intensificación examen periódico de salud.
- b) Encuesta sanitaria en todo caso nuevo.
- c) Aislamiento de casos abiertos activos.
- d) Hospitalización.
- e) Examen de contactos.
- f) Educación Sanitaria.
- g) Controles sospechosos, inactivos, recuperados, etc.

OFICINA MATERNAL:

- a) Encuesta sanitaria sistemática de toda embarazada inscrita.
- b) Control sanitario e higiénico del hogar.
- c) Supervigilancia médico dental de la futura madre, en particular en casos de infecto-contagiosas y lúes.
- d) Control de evolución del embarazo, (presión arterial, edemas, vómitos, etc.).
- e) Enseñanza de Puericultura pre y postnatal.
- f) Influir sobre estado psíquico de la futura madre.
- h) Control y enseñanza de alimentación racional.

CARDIOLOGIA:

- a) Encuesta sanitaria de cada caso nuevo.
- b) Control de reposos preventivos.
- c) Educación sanitaria desde el punto de vista cardiológico.
- d) Higiene de la piel y garganta.

VENERELOGIA:

- a) Investigar en cada caso nuevo la cadena venérea para realizar los exámenes médicos y tratamientos que se indiquen en la consulta del médico.
- b) Vigilar el cumplimiento de las prescripciones médicas.
- c) Enseñanza de la higiene sexual.
- d) Prevención de las enfermedades venéreas.

HOGAR EN GENERAL:

- a) Recalcar la importancia de la higiene personal: piel, dentadura, emunctorios, cavidades.
- b) Higiene de las habitaciones y del vestuario y del lecho.
- c) Agua potable y alcantarillado.
- d) Normas sobre alimentación.

Debemos establecer en primer término que la Caja no ha diferenciado, como debió haberse hecho, la separación de los cargos de Enfermeras Sanitarias y de Enfermeras Hospitalarias, entre las cuales existen, sin duda alguna, diferencias marcadas en cuanto a idoneidad y preparación para una labor eficiente de orden sanitario. Es este un problema que si bien no tiene posibilidades, será necesario abordar a medida que las circunstancias lo permitan, posibilidad perfectamente reali-

zable en un plazo prudente, destacando aquellas con preparación sanitaria, en la acción del hogar, y ubicando en servicios auxiliares o en las clínicas aquellas que sólo tienen preparación hospitalaria. Nos asiste el convencimiento, que preocuparemos demostrar mas adelante, de que una buena distribución del personal actualmente en funciones, permitiría desarrollar una labor muchísimo más amplia, más científica y más efectiva, sin que la Caja desembolse más dinero que el que actualmente gasta.

Sirven en la actualidad como Enfermeras Sanitarias en la capital un total de 59 funcionarias repartidas en diversos Consultorios y Centros, poseyendo sólo 22 de ellas el título universitario: el resto posee certificado o título de Enfermera Hospitalaria que no cuenta con preparación teórica suficiente en materia de salubridad pública. Para un plan de trabajo del tipo del que me permito proponer, podríamos contar desde ya con 22 funcionarias para la realización de una labor sanitaria racional, destinando las restantes a funciones auxiliares, de coordinación, de acción para - médica, etc.— Considero que la actual proporción de ambas categorías de funcionarias, puede variarse ventajosamente ubicando a quienes carezcan de título de Enfermera Sanitaria en otros cargos, en especial en aquellos destinados a la atención directa de enfermos en los diversos Consultorios de la Caja, proveyendo las vacantes que así se produjeran, con Enfermeras Sanitarias para seleccionar en forma efectiva dicho personal y poder esperar de él, una labor eficiente y amplia.

Constituido este grupo de funcionarias se procedería a señalarles la labor a realizar, de carácter general, vale decir, que contemple una acción positiva de educación sanitaria permanente ante el grupo familiar considerado éste como un sólo todo, en todo los aspectos de salubridad que interesen a la Institución. Es natural y lógico que estas orientaciones sean el fruto de una organización que cuente con una Jefatura a cargo de una funcionaria que, reuniendo condiciones de preparación y de organización, planifique, coordine y controle la labor desarrollada por el personal a sus órdenes, dotándosela de las atribuciones que se estimen indispensables.

La experiencia ha demostrado que el éxito de cualquier programa sanitario depende en gran parte de la cooperación de los médicos y enfermeras de la Institución que lo patrocina.

Por esto es recomendable la existencia de un grupo o comité asesor que considere el programa a desarrollar. Este comité deber estar representado por los Médicos Jefes del Servicio. Es muy importante también la cooperación de la Enfermera Sanitaria Jefe, como parte del comité nombrado. Esta funcionaria debe desarrollar una amplia labor administrativa cuya responsabilidad debe estar apoyada por el comité de médicos arriba indicado.

Es la Enfermera Jefe, junto con este Consejo, quien debe planear la política interna del servicio y la labor a desarrollar.

En términos generales, la innovación que se propone en la organización del servicio de

Enfermeras Sanitarias, consiste esencialmente en que estas funcionarias realicen, no la labor dispersa y especializada que hoy practican, sino que efectúen la misma con sentido integral.

Como medio de obtener un mayor rendimiento en cantidad se propone la creación de distritos cuya, extensión menor, facilita la labor a realizar, economizando un precioso tiempo que hoy se invierte en la movilización a lo largo de distancias a veces considerables.

La realización del plan a aplicarse en los servicios más importantes de la Institución, hace necesaria la existencia de una Oficina Central a cargo de una funcionaria de reconocida capacidad, tanto en el orden técnico como en facultades organizadoras.

Las obligaciones de dicha Jefatura podrían resumirse en:

- a) Dar forma a la estructura que se expone en este proyecto.
- b) Establecer normas generales, procedimientos y prácticas al servicio a su cargo.
- c) Confección del material y formularios a usar.
- d) Servir de conducto regular entre los servicios a su cargo.
- e) Orientar la acción sanitaria de acuerdo con los dictados de técnica y de la experiencia, aplicando aquellas que las condiciones nacionales o locales permitan hacerlo.
- f) Control permanente sobre la labor desarrollada.
- g) Selección cuidadosa del personal del servicio.
- h) Distribuir en la forma más conveniente su personal.
- i) Intervenir en las calificaciones de su personal.
- j) Establecer los sectores que corresponderán a cada funcionaria.
- k) Establecer cuando las circunstancias lo permitan, el fichero único epidemiológico en materia de tuberculosis.

El mantenimiento de informes y fichas en Salubridad Pública cae dentro del círculo estricto de deberes y responsabilidades de la Enfermera Sanitaria. Por ellos se juzga el trabajo efectuado por las Enfermeras en cada distrito. Estos informes se refieren a resúmenes periódicos de los servicios prestados por la Institución (Estadística Sanitaria), o al análisis de ciertos aspectos del trabajo.

Los tipos de Fichas considerados en el plan generalizado que se propone, influye los siguientes: ficha para Tuberculosis y Enfermedades Infecciosas-Contagiosas, para Madre y para Niño.

El objetivo fundamental de la Enfermería en Salubridad Pública es el Servicio Sanitario-familiar, y por consecuencia el sistema de fichas debe encauzarse en esta dirección.

Estos Informes y fichas deben representar un cuadro completo de la situación familiar; deben ser fechados de acuerdo con cada visita de la Enfermera Sanitaria, en lo que se refiere a condición, actitudes observadas, servicio rendido, resultados obtenidos etc. Este sistema será mantenido al día y revisado por la Enfermera responsable que actuará como sub-Jefe en cada Consultorio de

primera categoría (detalles del material y formularios adjuntos).

En su relación con el personal a su cargo la Jefatura del Servicio de Enfermeras Sanitarias lo hará a través de las Unidades que se establecerán en cada Consultorio, y que estará a cargo de una Enfermera Sanitaria encargada de la Oficina, con labor circunscrita al Consultorio y teniendo bajo sus órdenes inmediatas a la Enfermera Hospitalaria que actuará como secretaria del Servicio, más las Enfermeras del sector que les corresponda.

En esta Oficina se recibirá diariamente la labor solicitada por los diversos Centros que de ella dependen, solicitud que traerá la Enfermera Hospitalaria destacada en cada uno de aquellos servicios, quien llevará de vuelta el trabajo ya entregado por las Enfermeras del sector. En esta tarea se reducirá al máximo el uso de muchos formularios, evacuándose los informes ya en las propias fichas clínicas, o bien en documentos que serán transcritos a estas últimas por la Enfermera del Centro. Dentro de este sistema de informes, cabe también mencionar la "Hoja de Informe diario", por medio del cual se estipula la cantidad de trabajo efectuado por cada Enfermera de sector. Esta debe ser revisada diariamente por la Jefe de cada Consultorio.

En la proposición que se formula en este plan, limitamos intencionalmente el área comprendida entre los límites siguientes:

Oriente: Avenida Bustamante y Río Mapocho en dirección a su nacimiento.

Poniente: Avenida Exposición, Matucana y río Mapocho hacia su desembocadura.

Norte: Toda la población de ultra Mapocho.

La población total englobada en el sector así limitado asciende a un total aproximado de 525,000 habitantes, de los cuales al Consultorio N.º 1 correspondería 290,000, y al Consultorio N.º 2.233.000.

Dentro de las posibilidades de establecer el volumen de asegurados de la ley 4,054 que vive en cada uno de los sectores en que hemos dividido arbitrariamente el área principal de la capital, podríamos calcular con un margen discreto de error que un 20% de la población total es imponente de nuestra Institución: ellos nos daría entonces para el Consultorio N.º 1 un total aproximado de 58,000 asegurados en tanto que para el N.º 2 podríamos suponer un total de 47,000. Si estimamos que el imponente tiene como promedio un total de 3,5 personas a su cargo, ello nos daría la siguiente población que deberían atender las Enfermeras Sanitarias en cada Unidad:

Consultorio N.º 1.— 203,000 personas.

Consultorio N.º 2.— 164,500 personas.

La población excluida temporalmente del sector mencionado mantendría, por ahora, su organización actual, hasta el momento en que disponiéndose de un número suficiente de Enfermeras Sanitarias pudiera adaptarse a la organización que se propone en este informe.

En consideración a la importancia del problema que en forma tan sumaria me he permitido plantear, tengo la esperanza de que el señor Director de los Servicios Médicos se sirva estudiar las sugerencias que por este documento hago llegar a su conocimiento.

