

# CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD



*Con ocasión de la 6ª Exposición de Seguridad, que se realizará entre los días 3 y 11 de Noviembre, bajo los auspicios de este Consejo, tendrán lugar también unas Jornadas de Seguridad. Consisten en cuatro mesas redondas sobre temas de interés capital, una jornada de estudio y algunas conferencias. Al igual que la exposición, se celebrarán en el local de la Universidad Técnica del Estado entre los días 5 y 9 de Noviembre, a las horas que se indican. A estas diferentes sesiones tendrán acceso todos los profesionales y personas interesadas.*

*Dr. Hernán Romero*

*Presidente de las Jornadas de Seguridad*

## PRIMERA MESA REDONDA

**SEGURIDAD EN EL TRANSITO:** Lunes 5 6.45 P. M.

Presidente: Ministro de Justicia, señor Enrique Ortúzar.

Moderador: Coronel Sr. Joaquín Chinchón.

Secretario: Capitán Sr. Rosalino Fuentes.

Otros participantes: Sres. Luis Alvarez,

Hernán Romero,

Abraham Bittelman,

Guillermo Wormald,

Alfredo Egaña.

\* Los cuatro pilares de la seguridad: educación, ingeniería (construcción y mantenimiento de calles y carreteras), legislación y control.

\*\* Ordinariamente los accidentes tienen causa y son evitables: investigación y prevención.

\*\*\* La legislación y los reglamentos del tránsito exigen pronta modificación: espíritu y bases de una reforma.

## SEGUNDA MESA REDONDA

**SEGURIDAD EN LA INDUSTRIA:** Martes 6 6.45 P. M.

Presidente: Rector de la Universidad de Concepción, Dr. Ignacio González.

Moderador: Sr. Eduardo del Río.

Secretario: Sr. Tucapel González.

Otros participantes: Sres. Santiago Astraín,

Samuel del Canto,

Carlos Granifo,

Juan Zapata.

\* Los accidentes industriales constituyen causa frecuente de invalidez y de muerte y un gravamen considerable sobre la economía nacional.

\*\* De ordinario, uno de cada diez obreros se accidenta en el curso de un año.

\*\*\* En ningún campo de la seguridad se han obtenido mayores resultados que en la industria.

\*\*\*\* Los programas de seguridad aumentan la producción y mejoran las relaciones entre los trabajadores y las empresas. Sus procedimientos y técnicas son bien conocidos.

## TERCERA MESA REDONDA

**CONTAMINACION ATMOSFERICA:** Miércoles 7 6.45 P. M.  
(BRUMO)

Presidente: Director del Servicio Nacional de Salud, Dr. Gustavo Fricke.

Moderador: Dr. Darío Verdugo.

Secretario: Sr. Ricardo Haddad.

Otros participantes: Sres. Walter Dümmer,

Erich Heilmeyer,

Carlos Heusser,

Ignacio Santa María.

\* La contaminación de la atmósfera produce daños sobre la salud, sobre la economía y disminuye el agrado de la vida en la ciudad.

\*\* La situación de Santiago se agrava manifiestamente y exige medidas prontas y enérgicas.

\*\*\* Contaminación radioactiva: mediciones practicadas en la capital.

\*\*\*\* Métodos de control: obras realizadas hasta la fecha.

\*\*\*\*\* Urgencia de informar a la opinión pública y obtener colaboración de la ciudadanía.

## CUARTA MESA REDONDA

**SEGURIDAD EN LA MINERIA:** Jueves 8 6.45 P. M.

Presidente: Vicepresidente de la Empresa Nacional de Minería, Sr. Francisco Cuevas Mackenna.

Moderador: Sr. Bernardo Pizarro.

Secretario: Sr. Antonio Aguirre.

Otros participantes: Sres. Humberto García,

Santiago González,

S. M. Jarret,

Manuel Tapia.

\* Chile es un país minero donde existen grandes diferencias de seguridad entre las distintas empresas.

\*\* Comparación entre organismos estatales de seguridad minera en Chile y en otros países.

\*\*\* Métodos modernos de prevención de pérdidas en la gran minería del cobre, en las minas de carbón y en otras industrias extractivas.

\*\*\*\* Participación del Estado y de las compañías privadas en la formación de los cuerpos de seguridad. Colaboración y programas de conjunto.

**JORNADA DE ESTUDIO:**

Miércoles 7 2.30 P. M.

Sr. Sergio Oyarzún:

Ventilación en minas de carbón.

Sr. Amílcar Bergueño:

Fortificación en minas de carbón.

Sr. Guillermo Alarcón:

Gases y su control en las minas de carbón.

Sr. Santos Galindo:

Entrenamiento industrial en las Minas de Lota y su incidencia en la seguridad.

Jueves 8 2.30 P. M.

Sr. Santiago González:

Organización de la Seguridad en las Minas de la CORFO.

Sr. Carlos Solar:

La prohibición de la importación de cascos y su repercusión en la seguridad de las minas.

Sr. José Rojo:

Organización de Seguridad en la explotación salitrera.

Sr. Antonio Aguirre:

Comparación de las organizaciones estatales de seguridad minera.

Sr. Manuel Tapia:

Centros regionales de seguridad y rescate minero.

## **CONFERENCIAS:**

"Ingeniería de Prevención de Pérdida". Relator: Sr. Mario Carrizo.

"Control de incendios en las industrias". Relator: Sr. Miguel Katalinic.

**CINE.**— Se complementarán las Jornadas con exhibiciones de películas técnicas relacionadas con los temas a tratar.



La organización tradicional de los hospitales, en Servicios de Cirugía, Medicina, etc. corresponde al tiempo en que había enfermedades médicas o internas y externas o quirúrgicas; en que médicos y cirujanos por principio, se arrebataban mutuamente a los enfermos para darles píldoras u operarlos; en que el cirujano y el internista se bastaban a si mismos y no necesitaban ni del otro ni de nadie para estudiar, diagnosticar, preparar y tratar u operar a " sus " pacientes.

Funcionalmente esta organización no corresponde a la forma actual del trabajo médico : hoy, internistas y cirujanos trabajan de consuno para estudiar, diagnosticar con precisión, preparar y tratar, médica o/y quirúrgicamente al paciente, según lo necesite. La organización hospitalaria, hecha para la antigua medicina nos obliga a permanentes desplazamientos nuestros y de los enfermos, a interconsultas - que debieran ser consultas normales - a explicaciones y a pérdidas de tiempo y de esfuerzos.

¿ Cómo debería ser organizado un hospital funcional para la medicina actual ?

No lo sé, ni es el momento de discutirlo, pero me parece que la organización tendrá que traducir la unidad de la medicina y corresponder a la actual división en sistemas u órganos : digestivo, broncopulmonar, cardiovascular endocrino, osteoarticular, etc. y en cada uno de ellos, a las tres etapas funcionales del trabajo médico : 1. Diagnóstico - 2. Terapéutica - 3. Convalecencia o Recuperación.

En la primera, médicos, cirujanos y especialistas codo a codo en el consultorio y en las salas; en la segunda, también en contacto, pero haciendo una discriminación de aquellos - como los quirúrgicos - que necesitan de una enfermería y de un equipo técnico especial; en la tercera, nuevamente reunidos e integrados con los equipos médico-sociales y preventivos.

Mientras llega esta organización, tendremos que seguir con la actual, adaptándola a las necesidades. A ella me voy a referir en este breve comentario.

En el hospital hay dos líneas de autoridad: la administrativa y la técnica. Muchas de las dificultades y de la complejidad del hospital emana de esta dualidad. Ambas líneas de autoridad se unen ( en algunos aspectos ) en el Jefe de Servicio.

Por eso, en todas partes, se tiende a disminuir el número de unidades técnico-administrativas, es decir de Servicios, congregando aquellos que tienen aspectos comunes y cuya integración técnica sea, al mismo tiempo útil. Esta es la razón por la cual, se crean servicios amplios de Cirugía, de Medicina, etc. que agrupan a todas las especialidades - o departamentos - de una misma índole.

A mi parecer, el Servicio de Cirugía debería comprender, los siguientes departamentos: Cirugía General, Cirugía Torácica, Cirugía Cardio-vascular, Cirugía Traumatológica u Oseo articular, Neurocirugía, Urología, Cirugía Infantil, etc. lo cual no quiere decir por cierto, que en los aspectos técnicos cada uno no tenga la justa independencia.

Esta integración permitiría :

- a. Aprovechar mejor los pabellones, el servicio de anestesia, la recuperación, las salas de tratamiento intensivo.
- b. Hacer reuniones conjuntas.
- c. Hacer una función docente más completa e integrada.



Este esquema de principio no está reñido con la necesidad - excepcional - de aceptar la existencia de servicios especializados, separados, allí en donde su volumen o la necesidad de darles el carácter de Institutos normativos, ( como es el caso del Instituto de Neurocirugía o uno de Traumatología, en Santiago ), lo haga conveniente.

El Servicio amplio debe estar a cargo de un Jefe, asesorado por un consejo en que participen los jefes de los diferentes departamentos técnicos: cirugía general, osteoarticular, neurocirugía, infantil, anestesiología, enfermería quirúrgica, etc.

Esquemática así la organización general, veamos ahora, como, a mi parecer debe organizarse un servicio quirúrgico:

1. Cuatro principios deben regir la organización del trabajo en un Servicio Quirúrgico.
  - a. Deben crearse grupos integrados por cirujanos de diferente experiencia y categoría, que trabajen en equipo bajo la autoridad del más capaz.
  - b. Cada enfermo debe estar a cargo del mismo médico a lo largo de toda su atención, desde el consultorio hasta el alta.

- c. Los derechos del cirujano tratante frente a su enfermo deben estar supeditados a la asesoría de su equipo y a la resolución final del Jefe correspondiente y en última instancia, del Jefe del Servicio, según sus necesidades y gravedad.
  - d. Es muy sabia la medida de evitar las yuntas o grupos permanentes o cerrados. En un servicio, todos deben entenderse y trabajar con todos: médicos, enfermeras, arsenaleras, pabelloneras, auxiliares, etc. etc. Por eso es recomendable establecer una rotación permanente de todo el personal, en plazos prudentes y adecuados. El Jefe, sin embargo, debe saber cuando tolera una trasgresión a este principio.
2. El centro e iniciación del trabajo quirúrgico debe ser el consultorio : allí se deben estudiar los enfermos ( con la sola excepción de aquellos que deben hospitalizarse de inmediato por causas médicas o sociales ). Los pacientes sólo se deben hospitalizar para el tratamiento quirúrgico y su preparación, como se hace con los pacientes de clientela



privada. El trabajo de consultorio debe estar supervigilado y asesorado por el Jefe del equipo y eventualmente por el Jefe del Servicio.

Son muy recomendables las reuniones de diagnóstico en el consultorio ( reuniones de hospitalización ).

El trabajo en las salas debe ser la continuación del consultorio. El mismo médico tratante, el mismo equipo.

El trabajo en el pabellón debe estar a cargo del grupo correspondiente, salvo el caso en que el Jefe del Servicio, deba integrarlo, si así lo aconsejan sus deberes y responsabilidades.

3. La distribución de las camas depende de la disposición física del hospital y de las condiciones del trabajo.

El ideal es una de 25-30 camas, con 3 divisiones:

- a. de enfermos en estudio o/y preparación.
- b. de enfermos operados - convalescientes.
- c. de enfermos aislados o en tratamiento intensivo.

Esta unidad debe ser atendida por el mismo equipo quirúrgico y por el mismo equipo de enfermería.

#### 4. El pabellón de operaciones.

- a. El pabellón de operaciones debe ser terreno neutral, al cual tienen derecho a recurrir en igualdad de condiciones todos los cirujanos.
- b. El pabellón debe depender del Jefe de Servicio y estar bajo la supervigilancia de un Jefe de pabellón que puede ser un médico o una enfermera. Personalmente prefiero una enfermera: un médico por su condición misma es siempre motivo de conflictos y no tiene tiempo ni dedicación.
- c. La organización u horario del trabajo de pabellón, depende de las costumbres, del número de operaciones y de las condiciones locales. Cualquier arreglo es bueno siempre que no cree postergaciones, presiones, privilegios y problemas. Los conflictos alrededor del pabellón de operaciones se deben por lo general a:
  1. Falta de autoridad - personal o delegada - del o la Jefe de Pabellón.
  2. Malos horarios o mala distribución del tiempo.

3. Privilegios en los horarios o el uso del material.
4. Indisciplina de los cirujanos, las enfermeras o las auxiliares.
5. La sala de recuperación debe estar anexa al pabellón. Debe estar bajo la responsabilidad de los anestesiistas, con la colaboración de los cirujanos.

La sala de recuperación no debe mantener pacientes por más de 24 horas. Cuando un paciente, ya recuperado, no deba regresar, por su gravedad, a su sala, debe ser enviado a las camas de tratamiento intensivo o de aislamiento.

No debe confundirse sala de recuperación, con sala de tratamiento intensivo o pacientes graves. Son dos aspectos totalmente incompatibles.

6. En un Servicio Quirúrgico deben de realizarse además dos funciones permanentes:
  - a. crítica de la labor y los resultados.
  - b. perfeccionamiento del personal.

Esto se logra por medio de "reuniones" a las cuales debe asistir todo el personal profesional del Servicio: cirujanos, enfermeras, asistentes sociales, dietistas, etc.



- A. Reunión Clínica. Para discutir casos raros, interesantes o demostrativos.
- B. Reunión crítica. Para discutir la estadística semanal o quincenal, los resultados, las altas, las muertes, los días de estada, los errores diagnósticos o terapéuticos, etc.
- C. Reunión anatomo clínica. Para discutir las biopsias y las autopsias.
- D. Reunión radiológica. Para discutir las radiografías a la luz de la clínica y los resultados.
- E. Reunión administrativa. Para discutir asuntos relativos a la marcha del servicio: dificultades, roces, conflictos, faltas, etc. etc.
- F. Reunión bibliográfica. En que se expongan y discutan resúmenes de trabajos interesantes.

El Jefe de servicio, por su parte debe reunirse periódicamente con los Jefes de equipo o con los Jefes de departamentos, para discutir problemas de política general del Servicio o Departamento.

- 7. Los servicios hospitalarios conservan la tendencia

a vivir aislados. Suelen comunicarse los médicos pero no los servicios. Creo que deberían fomentarse reuniones periódicas y regulares de todo el personal profesional del hospital.

- a. Reunión clínica general, mensual
- b. Reuniones particulares de subespecialidades médico quirúrgicas
- c. Reuniones de enfermería, dietética, etc.
- d. Asamblea anual para asuntos administrativos

8. La dependencia del Servicio de Emergencia pienso que debe supeditarse a la condición del hospital.

El ideal, a mi juicio, sería que las emergencias fueran atendidas por todos los médicos ( todos los servicios ) en sus correspondientes especialidades.

Existen, sin embargo, muchas dificultades:

- A. Las emergencias no son sólo quirúrgicas
- B. Ningún médico debe hacer turnos nocturnos regulares pasados los 45 años
- C. En la práctica la atención de las emergencias por el equipo y en los lugares ( pabellones, por ejemplo ) en que se hacen las

atenciones programadas, interfiere y crea conflictos.

Pienso, en consecuencia, que por el momento, y hasta que no se cambien substancialmente algunas cosas en los hospitales, es mejor que los servicios de emergencia ( en los hospitales grandes, se entiende ) se mantengan separados de los servicios quirúrgicos, aunque tengan, con ellos, muy íntimas relaciones y compartan el mismo personal médico.

Esta separación crea también problemas técnicos, administrativos y de relaciones humanas, pero creo que ellos son de menor gravedad y más evitables que los que crearía la identificación del servicio de emergencia con el de atención regular.

#### Regionalización de la Cirugía.

La cirugía hoy exige gran calidad y rendimiento técnico. También exige asistencia, aparataje, organización. Cierta cirugía se puede hacer en cualquier parte y con cualquier clase de elementos. Otra exige experiencia, ayuda, medios, aparatos, so pena de poner en peligro la salud o la vida de los pacientes.



Esto obliga en una medicina dirigida y organizada a regionalizar la atención quirúrgica, limitando lo que se puede hacer en cada hospital, de acuerdo con los medios humanos y materiales con que cuente y con la jerarquía que ocupe en la organización general. Sólo en casos excepcionales, podría aceptarse como solución que un cirujano con más experiencia fuera a operar periódicamente al hospital pequeño. Los resultados hoy no dependen - como antes - de la habilidad del cirujano; influye sobre ellos enormemente, el medio, el equipo, la ayuda, la enfermería, el control. Mejor, más seguro, es trasladar al enfermo y no trasladar al cirujano.

Cada hospital debería ser cliente o tributario de uno más grande. Cada hospital grande debería tener responsabilidades y tutoría sobre los más chicos y deberes para con el que está, sobre él, jerárquicamente.

Los médicos - o cirujanos - deberían, también, sentirse miembros, todos, de un mismo equipo. No sería difícil establecer que los cirujanos del hospital pequeño acompañen a sus enfermos al más grande y participen en - o realicen - la operación; deberían asistir a las reuniones del servicio de cirugía central;

deberían hacer estadas de algunas semanas, anualmente en el Hospital Regional. A los cirujanos del Regional les haría bien una estada de trabajo en el hospital pequeño.

Frente a los derechos del enfermo de ser atendido allí en donde esté mejor y más seguro, no pueden prevalecer discutibles derechos "a operar", de cirujanos vehementes no siempre competentes o equipados.