

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

## Modelo de programación para el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Chile 1986

\*J. Giacconi

El análisis de la evolución de los indicadores de salud de la población de nuestro país, muestra un descenso sostenido de los componentes más relevantes y objetivos (Cuadro 1).

En efecto, desde mediados de la primera mitad del siglo hasta el presente, las tasas de mortalidad infantil (neonatal y tardía) maternal y general, han experimentado descensos de tal magnitud que permiten ubicar a Chile en los lugares más destacados en relación a los otros países de América Latina y del Caribe.

No obstante, al estudiar en profundidad el comportamiento de las causas específicas de muerte reunidas en cada uno de los indicadores citados, se observa un complejo dinamismo reafrendado por las ubicaciones cambiantes de cada rubro en particular, en los listados de ordenación según magnitud del problema (Cuadro 2).

En la medida en que se han implementado acciones eficaces para daños susceptibles de ser corregidos, adquieren jerarquía en el momento actual otros daños, que requieren para su solución, en atención a su complejidad, revisiones

profundas de las orientaciones programáticas y del quehacer en salud.

A título de ejemplo, la diarrea aguda del menor de 1 año, las infecciones transmisibles susceptibles de prevención, han cedido su lugar preponderante a patologías plenamente vigentes en la actualidad tales como malformaciones congénitas, enfermedades cardiovasculares, procesos expansivos malignos. Más aún, si se prevé el futuro a mediano plazo se visualizan otros problemas, que ya emergentes, comprometen desde ahora la asignación de recursos: senescencia y alteración neuropsiquiátricas en niños rescatados a la muerte gracias a aplicación de tecnologías y conocimientos actualizados.

La situación sucintamente descrita percibida hace algunos años, fue el origen de la implementación secuencial de una serie de medidas que han ido desarrollándose en los últimos años.

1. Adecuación del Ministerio y del Servicio Nacional de Salud mediante la ley de reestructuración aplicada a partir de 1980.
2. El análisis del sistema de programación vigente que permitió detectar las siguientes situaciones:

\*Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Cuadro 1

INDICADORES BIODEMOGRAFICOS  
1980-1984

	1980	1981	1982	1983	1984
POBLACION	11.104.293	11.294.086	11.437.112	11.682.260	11.878.419
NACIMIENTOS	253.581	260.273	274.600	264.957	265.015
TASA (por 1.000 habitantes)	22,8	23,0	23,9	22,7	22,3
DEFUNCIONES GENERALES	73.710	69.871	70.041	74.428	74.669
TASA (por 1.000 habitantes)	6,6	6,2	5,1	5,4	6,3
CRECIMIENTO VEGETATIVO	1,62	1,68	1,78	1,63	1,60
DEFUNCIONES MENORES DE 1 AÑO	8.072	7.082	6.487	5.785	5.182
TASA (por 1.000 nacidos vivos)	31,8	27,2	23,6	21,8	19,6
DEFUNCIONES MENORES 28 DIAS	4.146	3.458	3.377	2.978	2.449
TASA (por 1.000 nacidos vivos)	16,3	13,3	12,3	11,2	9,2
MORTALIDAD INFANTIL TARDIA	3.926	3.624	3.110	2.807	2.733
TASA (por 1.000 nacidos vivos)	15,5	13,9	11,3	10,6	10,4
MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ	3.214	2.757	2.690	2.290	1.861
TASA (por 1.000 nacidos vivos)	12,7	10,5	9,8	8,6	7,0
MORTALIDAD PERINATAL	5.642	4.924	4.773	3.990	3.473
TASA (por 1.000 nacidos vivos)	22,2	18,8	17,4	15,0	13,1
MORTALIDAD 1-4 AÑOS	1.266	1.175	1.079	1.178	1.096
TASA (por 1.000 habitantes)	1,25	1,16	1,05	1,12	1,03
MORTALIDAD MATERNA	185	173	142	105	94
TASA (por 1.000 nacidos vivos)	0,73	0,66	0,52	0,40	0,35

Cuadro 2

MORTALIDAD INFANTIL POR GRUPOS DE CAUSAS  
(TASA POR 1.000 NACIDOS VIVOS)

	1980		1981		1982	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
PERINATALES (760-779)	3.179	12.5	2.642	10.2	2.507	9.1
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (460-519)	1.274	5.0	1.116	4.3	794	2.9
ANOMALIAS CONGENITAS (740-759)	978	3.9	991	3.8	1.079	3.9
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (001-009 y 020-139)	873	3.4	628	2.4	538	2.0
TRAUMATISMO Y ENVENENAMIENTOS (800-999)	514	2.0	627	2.4	578	2.1
RESTO	1.254	4.9	1.078	4.1	931	3.4

- Focalización de la preocupación en la programación y evaluación terminal, en la cuantificación de actividades, lo que tuvo como consecuencia práctica, transformar *procedimientos para alcanzar metas, en procesos finales en sí mismos*.
  - Efectuar la programación sobre la población "asignada" sin considerar los recursos existentes. Resultado: cumplimiento en las actividades programáticas con un grado de dispersión de menos del 10% de la meta planteada a sobre el 600%.
  - Tendencia a *fragmentar la atención clínica* perdiéndose la visión de enfermos o personas. Ejemplo: control de salud del niño, actividad separada del diagnóstico del desarrollo psicomotor del mismo niño.
  - Programas según grupos etarios compitiendo por recursos con programas verticales.
3. Considerando lo anterior, se vio la necesidad de efectuar las siguientes modificaciones:
- Necesidad de concretar la preocupación local hacia el verdadero y último objetivo, razón de ser institucional: mejorar la salud de la población.  
Para ello se implementaron en forma consecutiva dos informaciones periódicas al S.N.S.S.: registro mensual de muertes de menores de 1 año y muertes de < 28 días, y registro mensual de menores de 6 años desnutridos por sub-grupos etarios y grado de desnutrición.
  - Necesidad de revisar la calidad de la atención otorgada. No basta una cobertura que llegue a igualar la población total, como no es suficiente señalar en términos cuantitativos las variaciones de la salud. Es necesario cuando estas variaciones no son significativamente positivas, conocer el porqué. Por ello, con posterioridad a las medidas señaladas, se implementó la auditoría de fallecidos, como instrumento suplementario e indispensable del control y evaluación.
  - Partiendo de la premisa real que la situación de salud difiere de un Servicio a otro, se impartieron instrucciones para que cada Servicio de Salud, teniendo como mo-

delo de referencia el diagnóstico nacional de salud, desarrolla *su propio diagnóstico* y, sobre la base de él, formulará *sus metas*. Esta etapa ya ha sido cumplida y se encuentran en el Nivel Central excelentes informes locales sobre los dos aspectos señalados.

Finalmente, se ha dado el último paso de avance consistente en traspasar a los Servicios de Salud la ejecución de los programas de actividades para poder cumplir las metas fijadas por ellos para sí mismos, a partir del ejercicio del año 1984.

#### 4. Modelo de programación

El Nivel Central del Ministerio de Salud ha desarrollado un modelo de programación de referencia, con el fin de estandarizar el proceso en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (Gráficos 1 y 2).

El modelo contiene los diferentes componentes que constituyen un programa (Cuadro 3) y tanto las metas como las submetas y estrategias descritas son las dadas a conocer en el documento "Estrategias de Salud a Mediano Plazo", 1982, y reflejan las políticas nacionales de salud.

No obstante, consecuentemente con la recomendación de formulación de diagnósticos y metas por cada Servicio de Salud, cada uno de ellos queda facultado para efectuar modificaciones en las metas, submetas y estrategias como también para seleccionar y cuantificar las actividades y asignar los recursos humanos.

#### 5. Bases de la programación

- Los programas de los Servicios de Salud, independientemente de las metas seleccionadas, deben procurar ampliar al máximo las coberturas y satisfacer la demanda espontánea de consultas por morbilidad.

- Se establece un vínculo estrecho entre las metas, submetas, estrategias y actividades.

- Se considera para la definición de coberturas la población total correspondiente al grupo etario específico.

- El recurso humano profesional debe ser considerado, para la asignación de actividades, en su real capacidad, suprimiendo las limitaciones actuales.

Programación Sistema Nacional Servicios de Salud

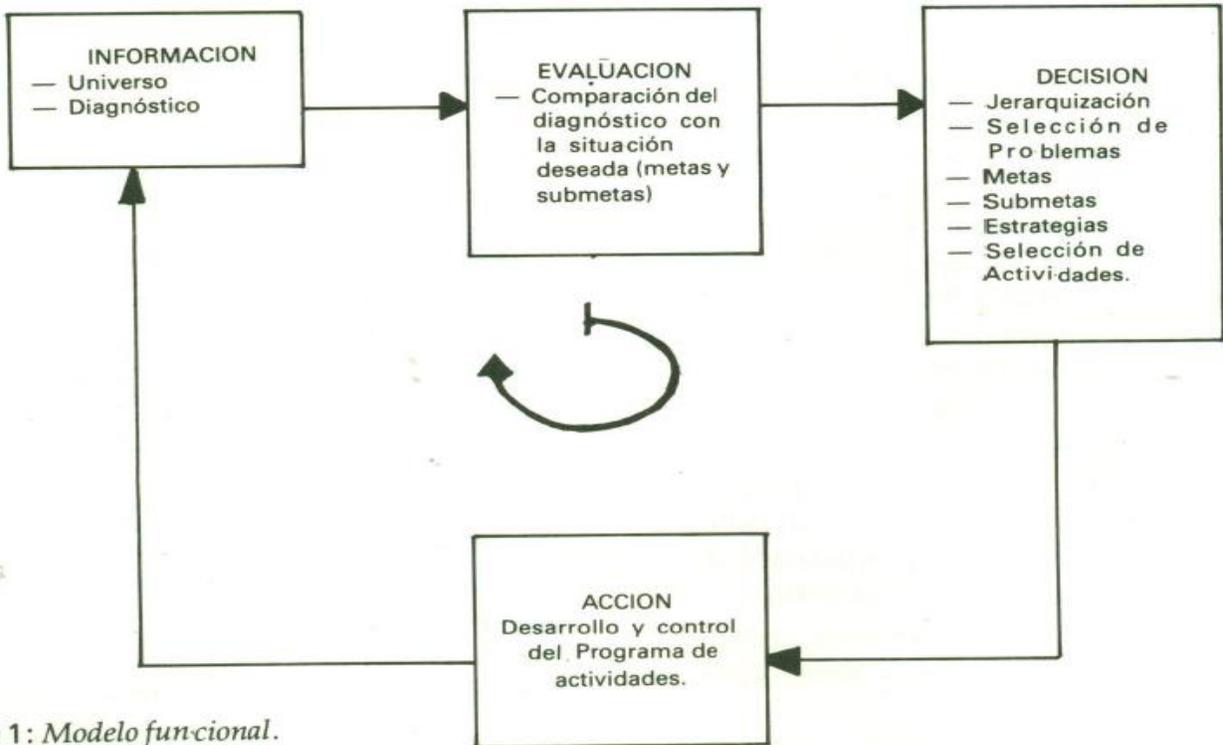


GRAFICO 1: Modelo funcional.

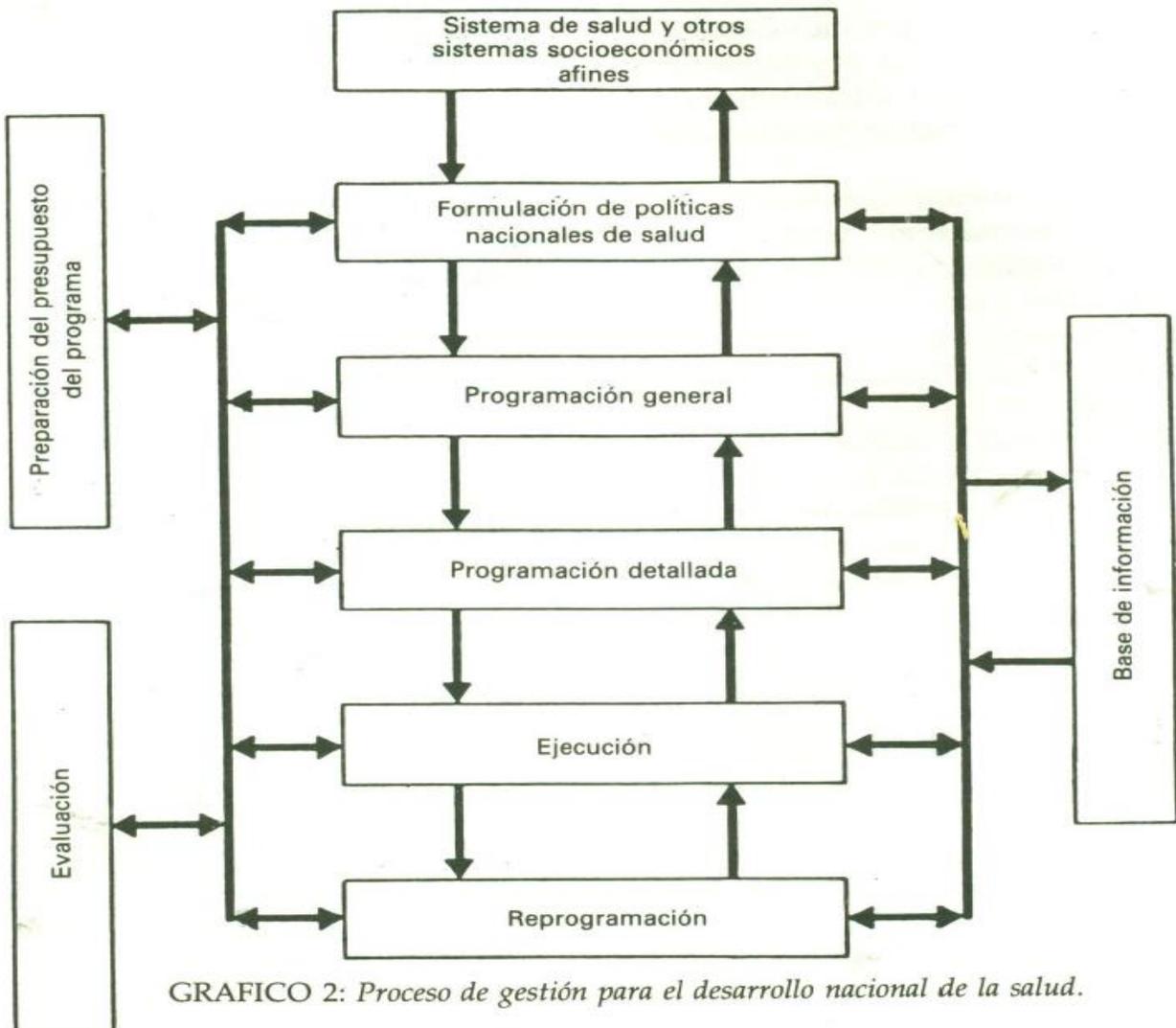


GRAFICO 2: Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud.

Cuadro 3

PROGRAMAS DE SALUD EN CHILE

COMPONENTES DE UN PROGRAMA DE SALUD

- POBLACION: Existente en el área a cubrir. Dcto. I.N.E.
- ACTIVIDADES:
- Definición.
  - Objetivos.
  - Acciones o tareas que la componen.
  - Unidad de medida.
  - Lugar de registro.
- COBERTURA: Indica el porcentaje de la población total que es atendida en cada actividad dentro del programa respectivo.
- COBERTURA "LEGAL": Para las actividades de prevención, es el 100% de la población y en la asistencia curativa el porcentaje de beneficiarios del Sistema Nacional de Salud (si no se conoce se estima en 70%).
- COBERTURA "TECNICA": Corresponde al porcentaje de población que conviene cubrir para alcanzar impacto en los indicadores que se desean afectar (Puede fluctuar entre el 60% y el 100%).
- CONCENTRACION: Número de actividades anuales por persona, se fija según normas técnicas. Indica el número de atenciones que recibe un paciente de cada actividad, anualmente.
- INSTRUMENTO: Incluye la totalidad del gasto requerido para mantener una hora de la actividad específica, se le denomina en función del elemento más importante para cumplir dicha función.
- RENDIMIENTO: Indica el número de atenciones por hora que es capaz de prestar un recurso físico o humano, o bien, en general, la relación entre instrumentos y actividades. Se fijan máximos y mínimos adaptables a la realidad local.
- Como estrategias básicas se establece la educación en sus tres connotaciones: individual, grupal y comunitaria; la aplicación del factor riesgo cuando esté en condiciones de emplearlo (Cuadro 4) y el rendimiento.
- Se describen las actividades básicas a programar, dejando de lado aquellas que representan la mantención de los programas verticales o la fragmentación de la atención.
- Se introduce la prevención primordial de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto en los grupos etarios más jóvenes mediante la introducción de hábitos alimentarios adecuados y la práctica de actividades físicas.
- En las etapas de la vida inmediatamente precedentes a la aparición de estos daños se inicia la prevención específica.
- La programación de actividades se debe hacer para cada establecimiento del Nivel Primario: Consultorios Urbanos, Rurales y Postas de Salud.
- Sólo un ejemplar del formulario de programación ya complementado de cada establecimiento debe ser remitido al Nivel Central.
6. Los programas fundamentales que se ejecutan en Chile son:
- Infantil y adolescente (Cuadros 5 y 6)
  - Materno y Perinatal
  - Adulto y Senescente
  - Salud Oral
  - Salud Mental
  - Programas del Ambiente
  - Subprogramas en los grandes programas:
    - Inmunizaciones
    - Programa Nacional de Alimentación Complementaria
    - Tuberculosis
    - Enfermedades de Transmisión Sexual
    - Alcoholismo
    - Programas de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.
7. Control y Evaluación
- Es muy importante el control periódico para verificar en forma continua la efectividad de

Cuadro 4  
FACTORES DE ALTO RIESGO  
OBSTETRICO Y PERINATAL

	Puntaje
<b>1. ANTECEDENTES OBSTETRICOS</b>	
Primípara precoz	2
Primípara tardía	2
Gran múltipara	1
40 años o más	1
Mala Historia obstétrica	
Aborto habitual	3
Mortalidad perinatal repetida	3
Prematurez repetida	3
Infertilidad	2
<b>2. PATOLOGIA MEDICO-OBSTETRICA</b>	
Síndrome hipertensivo moderado	2
Síndrome hipertensivo severo	3
C.I.E. moderada	2
C.I.E. severa	3
Diabetes clínica	3
Rh (-) sensibilizada	3
Cardiopatía III o IV	3
Anemia - 9.5 g.% Hb.	3
Hemorragia anteparto	
1ª mitad embarazo	1
2ª mitad embarazo	2
Gemelar	2
Edad Gestacional dudosa	3
Embarazo prolongado	2
Rotura prematura de membranas	2
Macrosomía	3
Meconio	3
Obesidad severa	2
<b>3. TRASTORNOS PELVICOS O DEL APARATO REPRODUCTOR</b>	
Cicatriz uterina previa (cesárea, miomec- tomía, etc.)	3
Pelvis estrecha	2
Patología aparato genital (mioma, tumor ovárico, malformación uterina, vaginal, incom. cuello útero, etc.)	2
<b>4. SOCIO-ECONOMICO</b>	
Extrema pobreza	
Enflaquecida	3
Ninguna escolaridad	3
1 a 2 años educación básica	2
3 a 5 años educación básica	1

INTERPRETACION PUNTAJE	INDICACION
0,	Mantiene control en consultorio periférico nivel I.
1 ó 2	Control según evaluación en Consultorio alto riesgo
3 ó más	Caso de riesgo, control especia- lizado.

NOTA: El puntaje asignado al grupo de factores socio-económicos, sumado a otros factores de riesgo, los potencializa; si está presente, en ausencia de los otros indica control preferencial en Consultorio Nivel I.

las actividades en salud de la población y el rendimiento de los recursos asignados. Ello hace indispensable que los Servicios procedan a implementar un sistema de control y evaluación de cada nivel asistencial responsable de la ejecución de actividades. Se señalan a continuación, algunos de los indicadores que deberán evaluarse:

— Indicadores de impacto en la salud de la población:

- Número de fallecidos por mes, menores de 28 días y de 1 mes a 11 meses
- Incidencia de enfermedades transmisibles susceptibles de prevenir por vacunación
- Número de desnutridos menores de 6 años según grado, por grupo de edad
- Número de niños menores de 2 años en riesgo de desnutrirse, por grupos de edad
- Número de personas portadoras de enfermedades de transmisión sexual

— Indicadores de cobertura:

- Población en control según actividades
- Captación del recién nacido
- Captación de embarazadas según edad gestacional
- Población menor de 1 año en control de salud
- Población menor de 1 año en lactancia materna
- Población de 1 a 2 años en control de salud
- Población escolar en control de salud
- Población de adultos en control, por enfermedades crónicas no transmisibles.

— Indicadores de eficiencia en la atención:

- Auditorías de fallecidos
- Auditorías de fichas clínicas
- Auditorías de interconsultas.

— Indicadores de rendimiento:

- Prestaciones efectuadas por cada profesional del consultorio, por hora asistencial
- Horas trabajadas vs. horas asignadas
- Índice ocupacional
- Promedio Días de estada.

Cuadro 5

PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE  
RESUMEN NORMAS TECNICAS (SOLO SE TOMAN ALGUNAS ACTIVIDADES)

1. NIVEL PRIMARIO CONSULTORIOS Y POSTAS RURALES

ACTIVIDADES	COBERTURA		CONCENTRACION		RENDIMIENTO		INSTRUMENTOS
	Mínima	Máxima	Mínima	Máxima	Mínima	Máxima	
1. CONTROL DE SALUD							
				(1)			
— Recién nacidos	100		2				— Hora Médico
— Lactantes 28 ds. - 5 ms.	90		4				— Hora Enfermera
— Lactante 6-11 meses	90		1		4	(3)	— Hora Matrona
— Lactante 12-23 meses	90		4				— Hora Aux. Enfermería
— Preescolar 2-5 años	80		2				
— Escolar	90	(2)	1				
2. CONSULTA MORBILIDAD	100% de la demanda		OBSERVADA		6		— Hora Médico
							— Hora Enfermera
							— Hora Aux. Enfermería
3. CONSULTA DEL NIÑO CON DEFICIT NUTRICIONAL							
— Menor de 2 años	100% de los niños desnutridos			(4)			
— Desnutrición Leve			4		4		— Hora Médico
— Desnutrición Moderada			8		4		— Hora Enfermera
— 2 a 5 años			2		4		— Hora Nutricionista
— Desnutrición Leve							— Hora Aux. Enfermería
4. ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	(5)						
Lactante 0-5 meses	100		96		35		— Hora Auxiliar
Lactante 6-23 meses			24				
Preescolares (2-5 años)	90		18				
5. EDUCACION DE GRUPO	(6)			(1)			
Madres de menores de 2 años	Nivel Local		5		1	(3)	— Hora Médicos
							— Hora Enfermera
Profesores Ens. Básica	Nivel Local		4				— Hora Matrona
Miembros Org. Comunit. (7)	Nivel Local		4				— Hora Nutricionista
							— Hora Asistente Social
							— Hora Aux. Enfermería
6. VISITA DOMICILIARIA							
Recién nacidos	100		Observado				— Hora Enfermera
Niños en riesgo	Nivel Local		Observado		2		— Hora Matrona
Patología Referida	Nivel Local		Observado				— Hora Nutricionista
Casos Notificables	Nivel Local		Observado				— Hora Asistente Social
							— Hora Aux. Enfermería

- (1) La concentración máxima la establece el nivel local.
- (2) 90% de la asistencia media en aquellos cursos en que se efectúa el control.
- (3) En los controles de salud realizados por enfermera, en los meses en que se aplica evaluación del desarrollo psicomotor, el rendimiento será de 3 controles por hora.
- (4) De acuerdo a la intensidad de la desnutrición y edad del niño esta concentración puede variar en cada grupo etario.
- (5) La cobertura es sobre la población total.
- (6) El número de madres se calcula considerando un promedio de dos niños por madre.
- (7) Miembros de cada grupo organizado de la comunidad y/o institucionalizados.

## Programación Sistema Nacional Servicios de Salud

Cuadro 6

PROGRAMACION 1982  
PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE  
RESUMEN NORMAS TECNICAS

NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO  
HOSPITALES, CONSULTORIOS DE ESPECIALIDADES Y UNIDADES DE EMERGENCIA

ACTIVIDAD	COBERTURA		CONCENTRACION		INSTRUMENTOS	PROMEDIO ESTADA		GRADO DE USO		RENDIMIENTO												
	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.		Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	1ª Consulta	Seguimiento											
1. Cons. Espec.	100% de la Demanda		Observada		Hora Médico																	
Cardiología										3	5											
Cirugía Inf.										6	6											
Dermatología										6	6											
Endocrinología										3	5											
Gastroenterolog.										3	5											
Ginecol. Infant.										3	5											
Hematología										3	5											
Nefrología										3	5											
Neumotisiología										3	5											
Neurología										3	5											
Nutr. y Enf. N.										2	4											
Oftalmología										3	5											
Ortopedia										4	4											
Otorrionolaring.	3	5																				
1. Hospitalización	100% de la Demanda																					
R.N. Patológico										12	20	OBS.	0,85	16	26							
Lactante pre-escolar										10				OBS.	31							
2. Interv. Quirúrg.																			OBS.	0,67		
3. Maniobr. Ortop.																			Hr. Quirof.	Observado	Observado	Observado
4. Serv. Urgencia																			Hr. Pab. Yeso			
Consulta																			Hr. Médico			
Hospitalización																			Cama-Año			
Interv. Quirúrg.																			Hr. Quirof.			
Maniobra Ortop.																			Hr. Pab. Yeso			

**COMENTARIO FINAL**

La programación, si bien no es ni puede ser un fin en sí mismo, continúa siendo una herramienta útil para jerarquizar y seleccionar problemas de salud; formular metas y submetas; diseñar y establecer líneas de acción (estrategias) y seleccionar para cada una de ellas las actividades necesarias para su desarrollo y aplicación.

Los elementos conceptuales más necesarios de insistir, en una programación "moderna", son:

- Flexibilidad en las normas programáticas: en instrumentos alternativos, concentraciones máximas y mínimas, rendimientos según realidad local, etc.
- Concentración de actividades en los grupos de riesgo. El análisis sistemático de las condiciones de riesgo socioeconómico, además del biológico y ambiental, permite identificar aquellos grupos, familias e individuos en situaciones de mayor vulnerabilidad, diseñar con mayor nitidez y especificidad las medidas apropiadas para su protección o atención, concentrar en ellas las acciones y, finalmente, identificar las áreas de interacción con otros sectores para lograr su movilización en la solución de problemas de su competencia que afecten a otros grupos de alto riesgo (Programación por riesgo).
- Un mayor énfasis en la evaluación de calidad de la atención entregada a través de auditorías de fallecidos, muertes maternas, muertes de menores de 28 días, muertes de menores de un año. Auditoría de ficha clínica y de interconsultas. Auditorías de enfermedades de Notificación Obligatoria.
- Una "desagregación" del proceso de programación al nivel mínimo posible poblacional, que en Chile está dado por el Distrito de Registro Civil y, en mayor tamaño, por la Comuna (Programación Local). Manejar los indicadores de salud por comunas y distritos (gran desigualdad territorial), se debe mejorar la equidad en la entrega de salud y en la asignación de recursos.
- Un seguimiento mes a mes de la evolución de hechos tan significativos como fallecimientos de menores de un año y porcentaje

de desnutridos que permita tomar acciones inmediatas, y no tener que esperar una evaluación semestral o anual para reconocer un problema local y poderlo corregir (Sistema de vigilancia adecuada).

- Un incremento en la participación en el proceso de programación de todos los integrantes del equipo de salud local y, en lo posible, de algún representante calificado de la Comunidad que recibe los servicios.
- Una parte de la programación se basa en la demanda espontánea de los años inmediatamente anteriores (dato histórico). A ese respecto, debiera, por lo menos, atenderse ese nivel de demanda y evitar la existencia de rechazo o listas de espera. Tener en consideración que algunas patologías pueden tener atenciones diferidas y otras atenciones "programadas", como son las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Para una adecuada programación, se necesita cierta asignación geográfica de población, en especial en lo referente a Fomento y Protección. □

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Programa de Salud Materna y Perinatal. Ministerio de Salud. Chile, 1982.
2. Programa de salud "Infantil y del Adolescente". Ministerio de Salud. Chile, 1982.
3. Programa de Salud del Adulto y Senescente. Ministerio de Salud. Chile, 1982.
4. Políticas de Salud Mental. Ministerio de Salud, Chile, 1981.
5. Programas del ambiente del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Circular 1C-237, noviembre 1984, Ministerio de Salud. Chile.
6. Reinke "Health Planning: Qualitative aspects and quantitative techniques". John Hopkins University, 1972.
7. Ahumada, J. et al. Health Planning: problems of Concept and method. Scientific Publication N° 111, Washington D.C. Pan American Health Organization, 1965.

8. Deniston, O.L., Rosenstock, I.M., and Getting, V.A. "Evaluation of Program effectiveness". Public Health Reports 83:323-335, 1968.
9. Evaluación de los Programas de Salud. Normas fundamentales. OMS serie: "Salud para Todos", N° 6, 1981.
10. Avedís Donabedian. "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación". Prensa médica mexicana S.A., 1984.
11. Estrategias de Salud a Mediano Plazo. Ministerio de Salud, 1982.
12. E.M. Backett, A.M. Davies, A Petros-Barvazian. "The risk approach in health care". Public Health Papers N° 76 OMS. 1984.
13. H. Eduardo Sarué P., Nora Bertoni V. Angel Gonzalo Díaz, Carlos V. Serrano. "El Concepto de Riesgo y el Cuidado de la Salud". Public Cient. CLAP 1007, 1984.

## Notas históricas sobre la Cirugía

La práctica de la cirugía se inicia en Chile, a partir de la Conquista, por parte de algunos licenciados, autorizados para su ejercicio, por el Protomedicato de Lima, máxima autoridad legal que cumplía con funciones de supervisión y control ético de la profesión de médicos, cirujanos, algebristas, boticarios y parteros, fijación de aranceles, otorgamiento o cancelación de licencia profesional, y funciones de asesoría en las materias de su campo a la autoridad civil. En suplencia, correspondía al Cabildo de Santiago desempeñar las mismas funciones. El aprendizaje se realizaba mediante la prác-

tica junto a un licenciado, obteniéndose la licencia por solicitud y rendición de un examen ante el Protomédico, o en su defecto ante el Cabildo Metropolitano. Con la creación de la Universidad de San Felipe, según el modelo de las universidades de la época, y de los estudios de Medicina en 1758, las funciones del Protomedicato recaen en el profesor de la cátedra prima de Medicina. Los estudios de Medicina de la Universidad de San Felipe, no incluían estudios especiales para cirugía. Esta deficiencia pudo ser remediada con el nombramiento del doctor Manuel Julian Grajales como Profesor de Ci-

rugía en 1819. Sin embargo, el doctor Grajales regresa a España, su país natal, en 1825, sin haber ejercido la cátedra. En 1833, por decreto del Ministro don Joaquín Tocornal se crea la Escuela de Medicina y el título de Médico-Cirujano, incluyendo el plan de estudios la enseñanza de cirugía. Coincidiendo con la graduación de los primeros egresados en 1844, se funda la Universidad de Chile y se incorpora a ella la Escuela de Medicina, decretándose el cese en sus funciones de la Universidad de San Felipe.

Dr. JUAN IGNACIO MONGE