

EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIA

El ejercicio de la medicina en sectores difíciles y distantes del territorio nacional ha proporcionado a los médicos generales de Zona, la oportunidad de enfrentarse a condiciones adversas en medios desamparados de recursos humanos y materiales y, en ocasiones, indiferentes a su labor. No obstante, muchos de ellos han logrado despertar el interés y la comprensión de autoridades y vecinos tras una sostenida y abnegada acción educativa. Tales experiencias brindan al nuevo profesional un vasto y variado campo de actividad, múltiples responsabilidades y atribuciones y un sólido aporte a su formación que les entrega seguridad en sí mismo a través de un intensivo plan de acción.

El presente trabajo, con que reanudamos la publicación de estos relatos, mereció el Primer Premio establecido para un equipo de salud por trabajo destacado en el sector rural, galardón otorgado por el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico, gracias a la valiosa colección científica, que año a año, ofrece EDITEC, Ediciones Técnicas Ltda.

Panguipulli. Tres años de labor en Salud

NESTOR IRRIBARRA ESPINOZA
y Equipo de Salud

INTRODUCCION Y DIAGNOSTICO

BIODEMOGRAFIA:

El Departamento de Panguipulli fue creado en 1968, por medio de la Ley N° 17.043, abarcando a la comuna del mismo nombre. Se encuentra ubicado al Noroeste de la Provincia de Valdivia; sus límites son: al Norte la Provincia de Cautín; al Sur, las comunas de Lago Ranco y Futrono; al Este, la República Argentina y al Oeste las comunas de Lanco y Los Lagos. Su superficie es de 3.666 Km² y comprende dentro de ella a los 6 siguientes lagos, que lo adornan de una singular belleza y accidentada geografía; Lago Panguipulli; Lago Calafquén; Lago Pirihueico; Lago Pullinque; Lago Neltume y Laguna Pillaifa. Ellos cubren aproximadamente el 10% del Departamento. Se agrega a este la presencia de innumerables ríos y riachuelos propios de una zona pre y cordillerana.

POBLACION: Tiene una población de 35.817 habitantes, de los cuales el 72% es rural (25.411) y el 28% urbano (10.406).

Se encuentra bajo la tuición administrativa de un Gobernador y comprende los Distritos de Panguipulli, Panguilelfán, Calafquén, Licán Ray, Liquiñe, Choshuenco, Coihueco y Coñaripe. Su clima es lluvioso y frío, abun-

dando las nevadas en las regiones precordilleranas y limítrofes con Argentina, lo que dificulta el acceso hasta las comunidades radicadas en esos sectores. La flora y fauna permite iatologarla como una zona fundamentalmente agrícola-forestal y pecuaria.

VIAS DE COMUNICACION: Cuenta con solo dos caminos asfaltados (parcialmente) y son los que unen el Departamento con las Comunas de Lanco y Los Lagos. El resto son en su mayoría caminos ripiados, existiendo un gran número que lo son sólo de tierra, estacionales, ya que generalmente se cortan o se hacen intransitables en los meses más lluviosos (abril-septiembre).

Agrégase a esto el elevado número de puentes de madera que muchas veces se interrumpen en invierno por las lluvias o crecidas de los ríos. Por esta razón la mayoría de la población —cuando puede hacerlo— transita por vía lacustre utilizando un barco de pasajeros en el Lago Panguipulli y otros dos en el Pirihueico. Además, existen 8 barcos y barcasas de transporte de camiones o madera, especialmente desde los predios que componen el Complejo Maderero de Panguipulli, cuyo centro principal está ubicado en Neltume. La vía lacustre es una de las más usadas por el Equipo de Salud en sus salidas a Postas.

Existen dos pasos fronterizos hacia Argentina; Carriríe y Paso Huahum, este último tiene la característica de ser el más bajo que atraviesa la cordillera, no quedando nunca bajo la nieve.

Alrededor de 30 microbuses unen al pueblo de Panguipulli con recorridos hacia afuera del Departamento (Lanco, Valdivia, Temuco, Los Lagos), y hacia algunos distritos del interior.

FERROCARRILES: Una red de vía férrea conecta con la vía principal a la altura de Lanco, existiendo servicio de transporte de pasajeros diarios. Otro medio de transporte que fuera ampliamente utilizado por el Equipo de Salud es el avión, especialmente para las postas más alejadas. Existen 7 canchas de aterrizaje en receso momentáneo. El Club Aéreo de Panguipulli, cuenta con 5 aparatos biplazas en regulares condiciones, además hay un cuadrilaza particular.

TELEFONO Y RADIOCOMUNICACIONES:

Existen 83 aparatos dependientes de la Compañía Nacional de Teléfonos; radiocomunicaciones dependientes de Carabineros, del Complejo Maderero Panguipulli (red interna) y del SNS.; además, 4 radio aficionados. A través de radio de Carabineros se establece generalmente el primer contacto cuando se requiere alguna atención de urgencia desde los lugares más apartados.

Como comentario de las vías de transporte y comunicaciones, podemos decir que estas son insuficientes para cubrir las necesidades mínimas de la población rural; no es extraño que durante los meses más duros quedan comunidades parcial o temporalmente aisladas. Esto dificulta grandemente las acciones de salud del Equipo durante el invierno.

EDUCACION: Existen en el Departamento 84 escuelas de Enseñanza Básica, 81 en rural y 3 en área urbana con un total de 9.359 alumnos, 18,5% de procedencia urbana y 81,5% rural y 207 Profesores de Enseñanza Básica. En el pueblo además, hay dos Liceos, uno Fiscal y otro particular, con un total de 422 alumnos y 27 profesores de Enseñanza Media. En el área rural, debido al clima y dificultades de acceso existe un gran ausentismo escolar, produciéndose un alto porcentaje de deserción a nivel del cuarto año básico, especialmente entre los niños (hombres), que se integran a las labores agrícolas de sus padres; el índice de

analfabetismo se estima en alrededor del 40% en el área rural y está dado en gran parte por el llamado analfabetismo por desuso (falta de práctica posterior de lectura y escritura en las labores del agro). Esta población por su marginalidad de la cultura escrita hace más dificultosas las acciones educativas en salud; agrégase a esto el hecho de que el 35-40% de la población rural es mapuche, en gran parte no integrada a la "cultura chilena", que viven en reducciones indígenas generalmente aisladas o de difícil acceso.

AGRUPACIONES COMUNITARIAS: Hasta 1973 existían 35 centros de madres, 22 agrupaciones de pequeños agricultores y juntas de vecinos, además 9 clubes de damas; un centro cooperador de pediatría y otras organizaciones (9 clubes deportivos, 4 centros juveniles, etc.).

ACTIVIDAD ECONOMICA: La superficie agrícola del Departamento se calcula en 221.175 Hás. que se distribuyen como siguen:

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| —Tierras de cultivo o labranza | 26.052 |
| —Praderas permanentes | 30.914 |
| —Bosques y Montes | 146.783 |
| —Tierras potencialmente productivas | 17.424 |
| —Total | 221.175 hás. |

En base a esta distribución de la tierra y otros antecedentes ODEPLAN realizó estudios concluyendo que tres son los rubros que esencialmente participan en su desarrollo económico:

a) *Actividad Forestal.*— Explotación de bosques madereros y elaboración de ésta en bancos de aserradero de los que existen innumerables en manos de particulares y del Complejo Maderero de Panguipulli que está formado por los predios forestales que se encuentra en la zona precordillerana. La producción de madera del Departamento es 1/3 de la de provincia de Valdivia, existiendo inmensas reservas de ricas maderas (roble, mañío, raulí, araucaria, coigüe, etc.). El Complejo Maderero tiene actualmente 3.200 obreros.

b) *Actividad Ganadera.*— La crianza y engorda de vacunos es la segunda prioridad económica de la región. Existe una Planta Elaboradora de Leche.

c) *Actividad Agraria Propiamente Tal.*— La superficie sembrada alcanzará este año a los 15.543 hás. (dato CORFO).

Existen además, otros dos centros laborales de importancia: Central Hidroeléctrica Pullinque (ENDESA) y Planta de Piscicultura de solo tres años de funciones en fomento y producción de mejores especies para poblar los lagos, cuya pesca ha sido explotada excesivamente.

VIVIENDA Y SANEAMIENTO BASICO AMBIENTAL: En el área urbana existen más o menos 1.000 casas de material ligero (madera), siendo en muy poco porcentaje adecuadas, produciendo graves problemas de hacinamiento y promiscuidad. lo que unido a la alta prevalencia de alcoholismo de la zona, actúa como fuerte factor disociador o perturbador de la familia. Existe un alto índice de ilegitimidad. En el medio rural predomina la construcción liviana y la ruca mapuche o similar; estas casas cumplen en una sola habitación las funciones de fogón central, dormitorio, comedor, bodega de aperos y comestibles, refugio de animales domésticos, etc. Esto necesariamente hace que el nivel de saneamiento básico e higiene sea bajísimo en la comunidad rural. En el área urbana, una red pública de agua potable abastece más o menos al 70% de la población; el resto la obtiene por medios propios (pozos, vertientes, pilones y acarreo), al igual que en el área rural. No existe red de alcantarillado público (actualmente en construcción); la disposición de excretas se realiza a través del sistema de pozos sépticos y letrinas sanitarias; en el área rural predomina el pozo negro y el sistema "a campo abierto". La recolección y disposición de basuras las hace un camión municipal que cumple adecuadamente sus fines en área urbana; la disposición final de la basura se hace en un botadero a 2 Km. del pueblo y es a "cielo abierto".

Las malas condiciones generales de vivienda e higiene ambiental condicionan necesariamente la alta prevalencia de enteroparasitosis (ascaridiasis, oxiuriasis); ectoparasitosis (sarna, piojos), infecciones a la piel y digestivas que caracterizan la demanda de atención en salud, sobre todo entre la población infantil pre-escolar y escolar.

RECURSOS EN SALUD:

CENTROS ASISTENCIALES: El SNS. tiene un Consultorio Externo en Panguipulli. Existe además un Hospital Misional que fun-

ciona por un convenio con el SNS, mediante el cual éste se compromete a entregar Horas médicas necesarias para su atención y le remunera por día-cama hospitalizado de acuerdo a una tarifa establecida. Por estar gran parte de nuestra labor estrechamente ligada a él, haremos un resumen de sus recursos humanos y materiales.

Dependiente de la orden de las Hermanas de la Sta. Cruz está a cargo de una Enfermera Jefe que hace de Director Administrativo; las funciones de Dirección Técnica corresponden al Médico Jefe del Consultorio.

RECURSOS HUMANOS:

- 3 Enfermeras Religiosas
- 1 Matrona Religiosa
- 1 Matrona Contratada
- 4 Enfermeras Voluntarias
- 2 Técnicos Laborantes
- 1 Nutricionista
- 2 Personal Administrativo
- 15 Auxiliares de Enfermería
- 32 Personal de Servicio.

RECURSOS MATERIALES:

- 125 camas distribuidas en la siguiente forma:
- 22 camas médico-quirúrgicas hombres
- 22 camas médico-quirúrgicas mujeres
- 22 camas pediatría
- 34 camas maternidad
- 25 camas prematuros y Recién Nacidos.

SERVICIOS ESPECIALES:

Pabellón: Sala de parto; Servicio de Esterilización. Se realizan intervenciones de urgencia y electivas, las que han aumentado considerablemente este año por la llegada de un cirujano. Esto ha disminuido el número de traslados hacia Valdivia.

Banco de Sangre: Bien equipado.

Laboratorio: Realiza exámenes de rutina, más cultivos y estudio de sensibilidad; Bacteriología, TBC; Floculaciones transaminasas, Cassoni, Widal, Kahn y otros.

Radiología: Estudios óseos completos; colecistografías, Rx Tórax, pielografías, colangiografías, algunas flebografías, etc.

Laboratorio y Rayos presta atención también a los hospitales de Lanco, San José y eventualmente Loncoche.

CONSULTORIO EXTERNO DEL SNS.:

5 Médicos.

- 1 médico cirujano 8 horas contratadas.
- 1 Médico general, 6 horas contratado.
- 3 médicos generales de Zona.

2 dentistas, 8 horas contratados (1 es D. General de Zona).

1 matrona Salud Pública, 8 horas.

2 Enfermeras Salud Pública, 8 horas cada una.

4 personal administrativo

20 auxiliares de enfermería (9 en Posta).

1 auxiliar de Farmacia.

3 choferes.

4 personal de servicio.

RECURSOS MATERIALES:

El Consultorio funciona en una casa habitación de dos pisos que fue acondicionado para tal efecto en 1969. Aunque primariamente era un local adecuado; progresivamente, el aumento de funcionarios al ir completando el Equipo y la gran demanda asistencial la han hecho insuficiente y actualmente a pesar de las múltiples subdivisiones y refacciones se hace estrecho para proporcionar una adecuada atención al público consultante. A modo de ejemplo, la sala de Recepción y Espera debe funcionar en el subterráneo, lugar primitivamente diseñado para leñera-bodega.

Entre el Hospital y el Consultorio existe la coordinación necesaria para el buen funcionamiento de ambos.

POSTAS:

Existen 8 postas y 9 estaciones de enfermería.

Postas: Releco, Coñaripe, Liquiñe, Toledo, Quechumalal, Neltume, Choshuenco, Piri-hueico.

Estaciones de Enfermería: Dollinco, Trafún, Milleuco, Chan-Chan, Bocatoma, Los Tallos, Panguilelfún, Calafquén, Cerro Pitrán.

RECURSOS DE MOVILIZACIÓN:

A) En Consultorios:

- 1 ambulancia Ford 1970 (regular estado)
- 1 Jeep Willys 1972 (reparaciones)
- 1 Jeep Renault 1973 (buen estado) y

1 ambulancia Ika Renault 1973 (recién recibida).

B) En Postas:

Coñaripe: 1 ambulancia Chevrolet 1962 (mal estado).

Liquiñe: 1 ambulancia Chevrolet 1962 (mal estado).

Neltume: 1 Jeep Ambulancia (mal estado).

Los vehículos de las Postas corresponden a algunos que iban a ser dados de baja y destinados al remate por el SNS, a nivel zonal y se obtuvo su redistribución entregándolos en comodato a las respectivas comunidades las que se comprometieron a su mantención, reparación y pago de chofer, ya sea a nivel de Juntas de Vecinos (Coñaripe y Liquiñe) o del Complejo Maderero (Neltume).

Además, existe una casa habitación como "Centro de Recuperación Nutricional" que funciona mediante un convenio entre el SNS y la comunidad organizada; depende del subprograma de Desnutrición del Consultorio.

EVOLUCION GENERAL DE LOS RECURSOS

En 1970 el consultorio contaba con 5 médicos: 1 contratado y 4 generales de zona, que luego bajaron a tres por renuncia de uno de ellos; además, otro se encontraba con licencia maternal. En ese entonces todavía no existía una programación de salidas a postas en forma regular. En 1971 se incorporan 2 médicos generales de zona de tal manera que se completa un equipo de 5 M.G.Z. y 1 médico contratado. Se inicia entonces un Plan de Salud Rural que consultó antes que nada el extender nuestras acciones hacia todas las Postas existentes y fomentar la creación de otros. Igualmente se tomó como básico el evitar el rechazo de pacientes en el consultorio; se estableció desde entonces el sistema de "Médico de Choque" que es el encargado de solucionar la patología, resolver lo banal y derivar los que requieren mejor estudio a los colegas; así mismo debe absorber toda la sobredemanda de atención del día evitando sobre todo el rechazo de niños, embarazadas y adultos de ruralidad avanzada. Estas medidas en conjunto con un

sistema rotativo de cada uno de los médicos por los distintos servicios del Hospital (4 meses cada servicio), permitieron un mayor afianzamiento y espíritu de equipo en el trabajo médico. Se empezó también a realizar reuniones clínicas periódicas, algunas de ellas (pocas) con la asistencia de colegas especialistas del Hospital Base y algunos temas-seminarios. A partir de ese año, se reciben también alumnos internos de Medicina y en los últimos años de Enfermería, Obstetricia y Tecnología Médica, en práctica rural, lo que permitió establecer un espíritu crítico del nivel técnico de nuestras acciones ya sea en cuanto al manejo de enfermos hospitalizados, normas de Enfermería, así como de las de Fomento y Protección, especialmente a nivel de Postas (normalización de acciones y criterios).

En enero de 1972 se consigue dictar un cursillo de salud de una semana de duración a profesores del área rural, en coordinación con la Dirección Departamental de Educación y con la asesoría de la Dirección Zonal.

Este cursillo se planteó los siguientes objetivos:

- A.—Informar sobre política de salud y principales problemas a nivel nacional y local (especialmente morbimortalidad infantil).
- B.—Entregar conocimiento de Fomento y Protección en Salud.
- C.—Lograr la participación de los profesores en las campañas y programas de salud que se hagan a nivel nacional o local.
- D.—Capacitar a los profesores para atender las emergencias en el escolar.
- E.—Lograr coordinación entre los profesores y el SNS, con el fin de atender a los problemas de salud de su comunidad rural.

Evolución de mortalidad neonatal en Panguipulli.

| TASA | 1969 | 1970 | 1971 | 1972 | 1973 |
|---|------|------|------|------|------|
| Mortalidad Infant. en Chile | 105 | 93 | 75 | 70 | 65,2 |
| Mortalidad Infant. General en Panguipulli | 261 | 238 | 233 | 240 | 168 |
| | 11,1 | 12,3 | 12,8 | 12,2 | 12,4 |

Una gran morbilidad infantil, especialmente dada por enfermedades respiratorias, diarreas infantiles, enfermedades infecto-contagiosas, endo y ectoparasitosis. Además, una desnutri-

Paralelamente se logra ese año por primera vez, la formación de un curso para 12 auxiliares de Enfermería destinados al Hospital (6) y a Postas (6). Esto nos permitió elevar el nivel técnico de enfermería en el hospital que hasta ese momento sólo contaba con personal entrenado por las religiosas. Al año siguiente se hizo un nuevo curso que permitió la capacitación de 20 auxiliares de enfermería para Hospital y Consultorio. Esto significó un esfuerzo adicional considerable del Equipo, especialmente de Enfermería del Hospital y Consultorios. El rendimiento de los alumnos de ambos cursos mereció elogios del Comité Examinador Zonal. También se inicia, con la participación activa de alumnos Internos de Medicina de la U. de Concepción, un curso de líderes de salud para 53 personas pertenecientes especialmente a predios del Consejo Maderero; se dictó en una Casa de Huéspedes de uno de los predios (Quechumalal). Sin embargo, a pesar de nuestras reiteradas observaciones y peticiones en cuanto a la supervisión que nos correspondía de los contenidos educativos que allí se dieron y por considerar que estos no correspondían a los fines perseguidos por el Equipo de Salud, se debió desautorizarlo ante el Director Zonal. Posteriormente, sin embargo, algunos de estos líderes en forma individual han sido un factor positivo en cuanto a la ayuda que prestan especialmente por el conocimiento que poseen de su realidad local.

Todas estas acciones nos permitieron paulatinamente hacer un mejor diagnóstico de salud del Depto. y establecer prioridad según daño.

La mortalidad general de la XI Zona fue en 9,7%, la del Depto. ese año 12,8%.

La tasa de mortalidad infantil era una de las más altas del país con una mortalidad neonatal de 35%.

ción infantil altísima que en algunos lugares como Pihueico alcanzaban al 60% de la población escolar. En lo maternal la morbilidad está dada por la gran multiparidad, enfermedades caren-

ciales, anemias ferroprivas, altos índices de partos prematuros y desnutrición materna. En el hombre predomina la bronquitis crónica, enfermedades bronquiales obstructivas, alta prevalencia de TBC pulmonar y accidentes de trabajo, con un componente general de alta prevalencia de alcoholismo.

ANÁLISIS POR PROGRAMAS:

I.— PROGRAMA DE SALUD RURAL, FOMENTO Y PROTECCIÓN:

Se planteó como objetivo de este Programa el extender nuestras acciones de Salud, especialmente las de Fomento y Protección hacia la madre y el niño, de las comunidades rurales más alejadas.

Acciones realizadas:

- 1) Fomento: creación de nuevas postas y estaciones de Enfermería; equipamiento de las ya existentes, especialmente a través de UNICEF.

Así se ha conseguido:

- a) Ampliación y equipamiento completo de las postas de Liquiñe y Coñaripe.
- b) Creación de nuevas postas en las localidades de: Lincán Ray (recientemente entregada a Villarrica).
Chan-Chan (en una casa de Huéspedes del predio).
Toledo (trasladada desde Puñir a la casa de Huéspedes).
Dollinco (la comunidad organizada).
Milleuco (comunidad).

Además, se han creado estaciones de Enfermería en: Boca-Toma, Los Tallos, Panguilefún, Calafquén, Cerro Pitrén, todas estas últimas durante el presente año.

De esta manera se ha completado un número de 8 Postas y 9 Estaciones de Enfermería en el Departamento.

Destinación de Personal Auxiliar a Postas, inicialmente en forma activa y rotativa entre el Consultorio y Rural; actualmente se cuenta con 9 auxiliares de Enfermería de Postas y 2 Practicantes de Carabineros (convenio Carabineros-SNS.).

2) Programación intensiva de salidas a Postas, con equipos de Salud completos (Médico, dentista, enfermera y/o matrona, y en ocasiones alumnos de Medicina, Enfermería u Obstetricia).

3) Convenio con el Complejo Maderero de Panguipulli, el que se comprometió a:

a) Suministrar medios de transporte hacia sus predios, especialmente los más alejados o cuando el SNS., no dispusiese de ellos (Ej.: Jeep, avión, lancha rápida, barco).

b) Dar alojamiento y alimentación a la Auxiliar de Posta y eventualmente al equipo de Salud, cuando pernoctara en rural (salida a 2-3 Postas en dos días).

c) Proporcionar camiones o barco para el transporte de la leche destinada a ser entregada en Postas.

d) Eventualmente, a través de un acuerdo con la FACH, se utilizó también helicópteros en las salidas hacia postas más aisladas.

4) Programación de campañas de vacunación tratando de alcanzar el máximo de cobertura, especialmente entre los escolares.

5) Programación de una campaña antiparasitaria a cargo de alumnos de Medicina y personal del SNS, en uno de los predios más aislados del Departamento.

Si bien actualmente se está cumpliendo las acciones arriba enumeradas; las salidas a postas de los médicos se han restringido debido al déficit enorme de horas médicas. Actualmente, el programa se cumple especialmente a nivel de Enfermería y Maternal, haciendo énfasis en control del niño sano, control de embarazadas, vacunación y todo lo que es Fomento y Protección en Salud.

II.— PROGRAMA MATERIAL: La ruralidad, el bajo nivel de educación en salud; la multiparidad y la alta prevalencia de enfermedades carenciales; hipovitaminosis y anemias ferroprivas; hacen que la morbilidad materna sea muy alta en esta zona, con su secuela de un elevado número de partos prematuros, desnutrición fetal y alta mortalidad neonatal.

Hasta 1973 el Hospital contaba solamente con una matrona religiosa.

En febrero de 1973, asume funciones una matrona en el consultorio y en 1974 se agrega otra contratada para el Hospital. Hasta ese momento el control de embarazadas en Con-

sultorio y Postas era realizado por auxiliares de enfermería y la morbilidad referida a médico.

También se hacía planificación familiar destinando más o menos 1 hora médica diaria para tal efecto.

| AÑO | 1970 | 1972 | 1973 | 1974 (1 Semestre) |
|------------------------------|------|-------|-------|----------------------|
| Nº de Partos | 694 | 748 | 814 | 560 |
| Prematuros | 91 | 153 | 104 | 68 |
| Cesáreas | 43 | 67 | 41 | 56 |
| Nº de Embarazadas en control | 918 | 2.600 | 2.726 | 1.484 |

Actualmente, el 70% de los partos son atendidos en el Hospital y gran parte de ellos llegan con trabajo de parto prolongado o sufren complicaciones graves del puerperio inmediato.

Subprograma de Planificación Familiar:

Con la llegada de una matrona al Consultorio se han podido intensificar las acciones de educación y planificación familiar, especialmente entre la población rural, y se ha conseguido, después de amplias reuniones, que el Hospital Misional y el Consultorio del SNS marchen en forma coordinada dando contenidos educativos a la madre a nivel de la Maternidad, refiriéndolas luego a la Policlínica de Planificación Familiar.

Las principales dificultades con que se tropieza son las condicionadas por:

- Falta de conocimientos en torno a una paternidad responsable.

- Ruralidad y falta de medios de transporte para acudir a los controles.
- Machismo imperante.
- Falta de medicamentos.
- Bajo nivel económico.

Este año se han efectuado 1.216 controles de planificación familiar, de los cuales 905 corresponden a Lippes y 311 a A.C.O.

Paralelamente, se ha acentuado la pesquisa del Ca. cérvico-uterino, con tomas de muestras y PAP, que se refieren al Hospital de Valdivia.

III.— PROGRAMA DE ADULTO: La morbilidad del adulto está dada fundamentalmente por enfermedades del árbol respiratorio (bronquitis crónica, EBO. - TBC.), hipertensión arterial, diabetes, epilepsia; en la mujer predomina la patología de vías biliares.

En 1974 se incorpora a nuestro equipo un cirujano, lo que permite aumentar el número y calidad de las intervenciones quirúrgicas efectuadas.

Egresos Medicina Hombres y Mujeres y Cirugía Mayor y Menor

| AÑO | 1972 | 1973 | 1974 (I Semestre) |
|------------------------------------|-------|-------|----------------------|
| Egresos Medicina Hombres y Mujeres | 1.483 | 1.483 | 751 |
| Cirugía Mayor | 221 | 250 | 266 |
| Cirugía Menor | 478 | 471 | 242 |

Subprograma Control de la Tuberculosis:

Dada las características climáticas y étnicas, la TBC. tiene alta prevalencia en esta zona. Hasta 1969 el tratamiento y control de TBC, estaba inserto dentro de las acciones generales del programa de adultos del Consultorio.

En ese entonces se inicia un programa cuyos objetivos fundamentales, son:

- Disminuir la mortalidad por TBC.
- Pesquisas Diagnóstico, Control y Tratamiento del paciente activo, haciendo énfasis en la pesquisa de contactos familiares.
- Aumentar la cobertura de Vacunación BCG, en RN. y escolares.

Para ello se destinaron:

- 4 horas semanales de un Médico General de Zona, entrenado.

b) Entrenamiento de una auxiliar de enfermería, capacitándola en:

- Toma de muestras de todo paciente tocador consultant.
- Realización de baciloscopías en un laboratorio mínimo.
- Montar un sistema de referencia a Postas y control y citaciones hacia los pacientes activos y los atrasados, haciendo más expedita su atención.
- Establecer un sistema de fichero para el control y citaciones.

Este programa se vio muy disminuido hacia mediados de 1973, por traslado del médico a su cargo y de la auxiliar hacia otro hospital. Se reinicia a fines de 1973 en forma parcial y a principios de este año, nuevamente se reorganiza con la participación de una enfermera que se encarga de la supervisión; la asignación de una nueva Auxiliar de Enfermería y de las horas médicas necesarias. Se ha logrado aumentar la cobertura especialmente de los casos activos que se encontraban atrasados o con abandono del tratamiento. Actualmente, la pesquisa bacteriológica se realiza en el Laboratorio del Hospital y existen 83 casos en control, con un porcentaje de 5% de atrasos de más de dos meses. Durante el año 1974, se han hospitalizado 13 casos con un promedio de 57 días camas.

En general se hospitaliza solamente el caso bacilífero rural o de bajo nivel cultural, hasta que las baciloscopías se hacen negativas, man-

teniéndolos luego bajo control y tratamiento ambulatorio.

Actualmente, y hacia el futuro, nuestras acciones están encaminadas hacia la formación de un sistema coordinado de pesquisa, especialmente a nivel rural, en comunidades indígenas en donde la prevalencia es significativamente más alta.

IV.— PROGRAMA INFANTIL: En 1970 trabajaba solamente una enfermera en el Consultorio, la que se encontraba prácticamente absorbida por las labores de supervisión y administración del personal, restándole poco tiempo para la atención directa, realizando sólo el control de niño sano. No se hacía labor de terreno. En 1971, se incorporan 2 nuevas Enfermeras con las que se inicia un programa de clínica de niño sano y de salidas a terreno en urbano y rural, acentuándose así mismo el programa de vacunación y dación de leche a nivel de postas en íntima relación con el Programa de Salud Rural. Esto significó un aumento de la cobertura de la población asignada y del número de niños en control.

En 1972, se traslada una enfermera y a fines de ese año, por renuncia de otra, se vuelve a la situación primitiva de una sola enfermera, la que a su vez renuncia para trasladarse en 1973. En 1974, llegan dos nuevas profesionales, lo que permite reiniciar las acciones especialmente de control de niño sano, salidas a terreno y postas, pesquisa y control de Desnutrición, que estaban a cargo de auxiliares de enfermería.

Número de niños en control, Población asignada, porcentaje de cobertura del Departamento de Panguipulli — 1974

| | Total 0 - 5 años | De 0 - 11 meses | De 12 a 23 meses | De 2 años a 5 años 11 meses |
|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------|
| POBLACION ASIGNADA | 6.303 | 1.074 | 1.039 | 4.190 |
| POBLACION CENTRAL | 3.167 | 777 | 647 | 1.749 |
| % COBERTURA | 50,2 | 72,3 | 62,2 | 41 |

Las acciones a futuro están orientadas a mejorar la cobertura, especialmente en el área rural, intensificando los controles en Posta. Así mismo actualmente, se han destinado horas para iniciar el control de niño sano, por médico.

Las acciones de entrega de leche y vacunación se han visto también incrementadas. En

1973, se entregaron 67,122 Kgs. de leche. El porcentaje de cumplimiento en vacunas ese año fue de 65,2% sarampión y 73% en BCG.

Durante el presente año se espera cumplir las metas de acuerdo a la programación existente.

Subprograma de Prevención de Desnutrición infantil

Panguipulli tiene una de las cifras de mortalidad infantil más alta del país; en 1972, fue de 240%. La morbilidad está dada fundamentalmente por las enfermedades respiratorias, en-

fermedades digestivas e infecto-contagiosas. Como factor predisponente o agravante de esta patología, la desnutrición infantil, especialmente en los menores de un año ha sido motivo de una preocupación especial de parte del Equipo de Salud.

Evaluación Semestral del Estado Nutritivo 1er. Semestre de 1974

| Población y Estado Nutritivo | | Total | De 0 - 11 meses | De 12 - 23 meses | De 2 - 5 años |
|------------------------------|-------------|-------|-----------------|------------------|---------------|
| Población asignada | | 6.303 | 1.074 | 1.039 | 4.190 |
| Población en control | Nº | 3.167 | 777 | 641 | 1.749 |
| | % | 50,25 | 72,3 | 61,5 | 41,7 |
| Eutrofia | Nº | 1.945 | 485 | 334 | 1.126 |
| | % | 61,4 | 62,4 | 52,1 | 66,3 |
| T O T A L | Nº | 1.222 | 280 | 315 | 626 |
| | % | 38,6 | 36 | 49,1 | 36 |
| Leve | Nº | 913 | 179 | 232 | 502 |
| | I grado % | 74,7 | 63,9 | 73,6 | 80,2 |
| Desnutrición Mediana | Nº | 234 | 70 | 56 | 108 |
| | II grado % | 19 | 25 | 16,8 | 17,2 |
| Grave | Nº | 76 | 31 | 27 | 18 |
| | III grado % | 6,2 | 11 | 8,5 | 2,9 |

Como se puede observar, el 38,6% de los niños en control en clínica de niño sano sufre de algún porcentaje de desnutrición. Por otro lado, la cobertura total sólo se de 50,2% de la población asignada.

Esto hizo plantear ya en 1971 el abordar una solución al problema tratando de interesar a la comunidad. Acababa de formarse en ese año un "Centro Cooperador de Pediatría", que primariamente planteó su quehacer como una ayuda material y de apoyo a las necesidades del Servicio de Pediatría del Hospital, permitiendo la solución de algunos casos dramáticos. Pronto se motivó en este Centro la preocupación ya existente en el equipo de Salud y se iniciaron los esfuerzos para habilitar una casa de Recuperación de desnutridos. Mediante el desinteresado esfuerzo y sacrificio de

los componentes del Centro Cooperador y de la organización internacional de ayuda "Pan para el mundo", y bajo la supervisión técnica del SNS, a través de un acuerdo que se está materializando en un convenio se logra por fin a principios de 1974, la puesta en marcha de una casa completamente equipada que recibió el nombre de "Centro de Recuperación Nutricional" Esta iniciativa, que ha contado con el apoyo entusiasta y alentador de la Dirección Zonal, marca el inicio de un Programa de Prevención de Desnutrición Infantil en Panguipulli, que ha sido dividido en dos etapas: Una Primera etapa o Etapa Urbana y una Segunda etapa o Etapa Rural.

Ambas fases del programa se interrelacionan y son interdependientes.

CONCLUSION Y COMENTARIOS:

En el presente trabajo hemos tratado de mostrar, aunque parcialmente, cuál ha sido la experiencia y labor realizadas por el Equipo de Salud, y sus proyecciones futuras. A pesar de que nuestra acción se ha desarrollado en uno de los lugares rurales que más se ha visto sacudido por los cambios sociales y políticos, nuestro Equipo se ha mantenido cohesionado, con un alto sentido de que sobre cualquiera diferencia nuestro trabajo en salud se debe orientar a cubrir especialmente las capas sociales menos favorecidas. Durante este período hemos conocido de alegrías y sinsabores; de esperanza y frustraciones. Hemos aprendido a esperar..., cuando es necesario hacerlo, y a im-

pulsar rápido en el momento oportuno. Todo esto no se podría haber efectuado si no fuera por el espíritu de sacrificio de todos y cada uno de los que trabajan en salud en nuestra localidadé especialmente, los que lo hacen en los lugares más apartados.

A la luz de nuestra experiencia podemos decir que el ser Médico General de Zona es una excelente escuela de post-grado para el recién egresado.

En fin, hemos aprendido a realizarnos como médicos, como miembros de un Equipo y de una comunidad necesitada, esperanzada y muy exigente.