

EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIAS

En octubre de 1962, el viejo Hospital de Calbuco era consumido por el fuego. Después de seis años de laborar en lugares inadecuados, en febrero de 1969 se inauguraba el nuevo edificio, con lo que se iniciaba una nueva etapa.

En el presente trabajo, que ha sufrido alguna reducción por limitaciones de espacio, el autor expone sumariamente las realizaciones, dificultades y proyecciones del equipo de salud desde el año 1969 hasta el 30 de junio de 1972.

Con justicia, este relato mereció ser favorecido con el Primer Premio otorgado por el Colegio Médico de Chile a Equipos de Salud; Concurso para Médicos Generales de Zona.

Experiencia de un Médico General de Zona Hospital de Calbuco - XII Zona de Salud

Dr. JORGE L. MINGUELL

INTRODUCCION Y DIAGNOSTICO.

El Departamento de Calbuco está ubicado al sur de la Provincia de Llanquihue, abarcando parte del continente y numerosas islas, lo que le da una característica geográfica desmembrada. Su característica es de 443,4 Km², con una población de 24.885 habitantes, de los cuales el 81% es rural (20.157) y el 19% urbano

(4.728), siendo la población rural fundamentalmente insular de la cual un 75% tiene acceso marítimo. Cuenta con una sola Comuna y 19 Distritos que son: Chayahué, Codihué, Aguantao, Daitao, San Rafael, El Rosario, Quetrolauquén, Alfaro, Chuchua, Puluqui, Machil, Llaicha, Chechil, Calbuco, Caicaeén, Quihua, Quenu, Chidhuapi y Tabón.

PATOS POBLACIONALES DE CALBUCO 1972

— 1 a	12 a 23 m.	2 a 5	6 a 14		15 a 44	45 a 64	65 y +
3%	3%	12%	24%		40%	12%	6%
746	746	2.987	5.972		9.954	2.987	1.493

Población Urbana = 19%	4.728
Población Rural = 81%	40.157
TOTAL DEPTAL.	24.885

El Hospital se encuentra en la isla de Calbuco que tiene 4.930 habitantes, encontrándose unida al continente por un terraplén de 180 metros que le ha hecho perder su condición geográfica insular.

La economía de Calbuco es fundamentalmente nonproductiva, teniendo como actividad primordial de producción, la pesca y la industria conservera derivada. La sobreexplotación de los bancos naturales de mariscos y la

no diversificación de las especies utilizadas ha derivado en un estancamiento de la economía como consecuencia de la disminución de las actividades. El sector agropecuario no ha gravitado en la economía de la zona debido a que el sistema de tenencia de la tierra, es principalmente minifundiarío, lo cual se ha mantenido debido al fuerte sentido individualista de los pequeños agricultores.

La situación habitacional de Calbuco es precaria en cuanto a disponibilidad y calidad de las viviendas, siendo el 90% de la construcción de madera. A esto se agrega las malas condiciones de saneamiento ambiental y es así como sólo el 23% de la población urbana cuenta con servicio de alcantarillado público y el 55% tiene abastecimiento de agua potable. Todos estos factores determinan que sobre el 50% de la población urbana de Calbuco viva en condiciones sanitarias deficientes, lo que en el sector rural es un problema mayor.

La principal fuente de trabajo en el sector urbano lo da la pesca y la industria conservera, siendo la mujer la que se desempeña en la industria y el hombre en la pesca artesanal para la industria. (Existen en la actualidad 7 plantas envasadoras de mariscos y pescados). En el sector rural, el trabajo se reduce a la agricultura.

El Departamento cuenta con una buena dotación de escuelas y profesores, habiendo una a lo menos por localidad. Existen a la fecha 55 escuelas, con 160 profesores y una matrícula de 6.140 alumnos. También se cuenta con un Liceo Coeducacional con todos los cursos de la enseñanza media.

La principal vía de comunicación es un camino ripiado de 26 Km. que empalma con la Carretera Panamericana Sur. Las comunicaciones de Calbuco con el resto de las localidades es por vía marítima.

Al comenzar nuestra labor en el nuevo Hospital de Calbuco en 1969, nos encontramos con una comunidad con graves problemas de desarrollo y bajos niveles de vida, lo que se traducía en un gran daño de salud. La mortalidad infantil era una de las más altas del país (193,3‰), con una mortalidad neo-natal de 104,9‰ en el año 1968, con índices de desnutrición, tuberculosis, enfermedades respiratorias y venéreas que hacían de esta comunidad una de las más deterioradas de la zona. A esto se agregaba un Hospital en construcción, con escasa habilitación y con un reducido número de profesionales y personal para-médico. A nivel rural se realizaba un mínimo de acciones, existiendo sólo dos Postas para las labores de Fomento y Protección.

PROGRAMACION.

Nuestros propósitos de mejorar los niveles de salud de la población deberían ser necesariamente enfrentados en forma progresiva y organizada, para lo cual era primordial la existencia de un Equipo de Salud fuerte e integrado a la comunidad. El propósito de toda nuestra labor sería obtener primordialmente una disminución de los índices de Mortalidad Infantil y Neonatal a nivel urbano y especialmente rural.

Para cumplir con esto deberíamos necesariamente realizar lo siguiente:

1º Completar la Habilitación del Nuevo Hospital, construcción de nuevas Postas y obtención de medios de comunicación apropiados.

2º Aumentar la dotación, tanto de profesionales como de personal para-médico, y en especial personal para la atención rural.

3º Realizar un Programa de Salud Rural.

4º Mejorar la cobertura de las acciones de Fomento y Protección en especial al Control de Niño Sano, Programa de vacunaciones y Programa de Leche.

5º Organizar programas según daño: Tuberculosis, desnutrición, alcoholismo y venéreas.

6º Mejorar los rendimientos e índices de Hospitalización y Consultorio Externo.

7º Capacitación progresiva del personal.

Para realizar estas acciones nos propusimos su ejecución en dos etapas. La primera tendiente a mejorar el nivel de organización y rendimientos del trabajo intra-hospitalario, los que nos permitiría tener una sólida base de operaciones para iniciar las labores en el sector rural.

En la segunda etapa se destinaría el máximo de recursos a la atención rural y las labores de Salud Pública. De esta forma estimamos que se habría dado una respuesta integrada y global a los grandes problemas de salud de nuestra área.

ACTIVIDADES REALIZADAS Y SU EVOLUCION.

a) *Recursos Humanos:* En el año 1968 el Hospital contaba con 35 funcionarios. En 1969 a partir desde el 2º Semestre se aumenta a un tercer médico, se contrata 8 Auxiliares de Enfermería y 2 Personal de Servicio, con lo cual se aumenta a 47 funcionarios. El año 1970 se contrata a partir del segundo semestre, 1 Enfermera, 1 Matrona y dos Auxiliares de Enfermería. En 1971, se contrata una tercera enfermera, cuatro Auxiliares y Personal de Servicio Especializado. El presente año aumenta a 4 el número de Médicos, a 2 los Dentistas, a 4 las Enfermeras y se crean 9 cargos de Personal de Servicio Especializado para la aten-

ción de Postas. Además 4 funcionarios para la dotación de la Lancha del Hospital. Ascendiendo al 30 de septiembre a 71 el número de funcionarios. Lo que significa un incremento del recurso Humano, del orden del 98%.

b) *Recursos Materiales:* 1. Hospital: De tipo D, construido en concreto, con una superficie de 2.004 m², con una capacidad inicial de 29 camas distribuidas inicialmente en los Servicios de Pediatría con 9, Medicina con 12 y Maternidad con 8 camas. El Servicio de Hospitalización cuenta además con Sala de Esterilización Central, Urgencia, Estación de Enfermería y Comedor de Enfermos, Sala de Médicos y Sala de Matrona, Sala de Partos y Pabellón Quirúrgico.

El Consultorio Externo se compone de los siguientes Policlínicos: Medicina, Pediatría, Obstetricia y Atención Dental; cuenta además con Farmacia, Laboratorio, Sala de Rayos X, Sala de Demostraciones, Atención de Niño Sano, Curaciones e Inyecciones, Central de TBC, Oficinas Administrativas, Dirección, Secretaría, Contabilidad y Estadística. Las otras dependencias son: Lavandería, Cocina Central, Cocina de Leche, Economato, Bodegas de Farmacia y Central, Sala de Calderas, Morgue, Sala de Chofer, estacionamiento de vehículos.

Cuenta con energía eléctrica, Agua Potable, Alcantarillado, gas licuado y calderas para calefacción.

Inicialmente, la construcción del Hospital, la distribución de sus dependencias y su habilitación precaria, eran suficientes para las acciones que se realizaban. En los años sucesivos fue necesario realizar grandes esfuerzos para adecuarlo a las nuevas acciones. Es así como se creó un nuevo Policlínico para la atención médica y una Central de Tratamientos de TBC. Se le da una nueva ubicación a la Farmacia, con lo que queda aislada del Laboratorio y se crea el Banco de Sangre. Se divide una Sala de Puerperio y se crea la Sala de Recién Nacidos, con capacidad para 11 cunas. El comedor se transformó en Sala Cuna, para luego ser habilitada en Sala de Lactantes. Así mismo la dependencia destinada a guardarpía de pacientes es usada en la actualidad como Sala de Aislamiento. De este modo se ha llegado a aumentar la dotación de camas a 43.

En relación a la Habilitación, se completa la del Pabellón Quirúrgico, con instrumental, máquina de anestesia, Equipo de Aspiración, Lámpara Central, Lámpara portátil, etc.

En el Laboratorio, se completa la dotación de equipos con microscopios, destilador de agua, Horno Pasteur y esterilizador en seco. Lavandería incrementa sus maquinarias con una nueva lavadora, una planchadora, máquina de coser y un secador a vapor. La Sala de Recién

Nacidos se habilita con una incubadora portátil y el Banco de Sangre con un Refrigerador.

En lo que dice relación a la movilización, en el año 1970 se recibe una nueva ambulancia Ford, dándose de baja un Jeep. Especial significación tiene la puesta en servicios de la embarcación para el transporte del Equipo Rural, lancha que fue cedida por el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG), dada de baja por dicho Servicio. Con mucho esfuerzo se logró su navegabilidad y al adaptársele un motor fuera de uso, de la Dirección Zonal, inició sus actividades en los primeros meses del presente año, siendo bautizada por sus características como "la Distrófica".

A partir del primer semestre del año 1972, el Hospital mantiene un albergue para embarazadas del sector rural, que tiene capacidad para dos pacientes, lo que permite a dichas enfermas de escasos recursos poder esperar la fecha del parto cerca de nuestra maternidad.

En el año 1970, el Servicio contaba sólo con una Posta, El Avellanal. Este año se construyen las Postas de Chauquear, Putenío, Pergüe, El Yaco, y las Estaciones Médico Rurales de Chahué y Chidhuapi.

RENDIMIENTOS.

a) Hospitalización: Inicialmente se contaba con servicios de Medicina, Pediatría y Maternidad. Posteriormente se crean los Servicios de Cirugía, Tisiología y Recién Nacidos. De esta manera las 29 camas de 1969 han aumentado en la actualidad a 43. Como consecuencia del incremento de la Consulta, el Servicio de Hospitalización ha debido sostener progresivamente un enorme aumento de la demanda. Es así como en el año 1969 egresaron 985 enfermos y al 1er. Semestre de 1972 han egresado 764, lo que ha determinado que el índice ocupacional sea de un 75%.

Una de las metas que nos propusimos en el Servicio de Hospitalización fue que en lo posible se trasladara un menor número de enfermo al Hospital Regional de Puerto Montt, puesto que dichos traslados nos distraían los escasos recursos de movilización y significaban un factor perturbador para el enfermo. Además esto nos permitía y obligaba a mejorar nuestras técnicas diagnósticas y terapéuticas. De esta manera se logró que el Servicio de Maternidad prácticamente no trasladara enfermos, al igual que el Servicio de Pediatría.

Con la creación del Servicio de Cirugía se iniciaron el año 1969 las intervenciones de Cirugía Mayor (1969: 50. 1972: 89).

El mejoramiento de las técnicas de diagnósticos ha sido notorio. Destacándose el número de acciones del Laboratorio que de 211 en 1969

se ha llegado a 2.388 en el Primer Semestre de 1972. Además desde 1971 se efectúan Radiografías en el Hospital.

El Servicio de Tisiología se creó el año 1971 no correspondiéndole a este Hospital contar con camas para tuberculosos, pero ante la imposibilidad del Hospital Regional de recibir dichos enfermos debemos distraer un promedio de 4 camas para estos pacientes.

b) Consultas: Se ha obtenido un progresivo aumento del número de consultas, siendo significativos los aumentos del Control Maternal, Control de Niño Sano por Auxiliar y Enfermera.

A partir del 2º Semestre de 1970 se establece un sistema de atención con jornada única de trabajo, de 8 a 16 horas, con lo que se evita el problema de los consultantes del sector rural, que dependiendo de los itinerarios de las lanchas quedaban postergados en la atención o perdían su movilización. Con el sistema de jornada única se da atención de 8 a 11 A. M. a enfermos urbanos y de 11 en adelante a los del sector rural. A partir del año 1971 no se rechazan niños ni embarazadas en la consulta y desde el presente año se hace extensivo a los adultos.

PROGRAMAS.

1. PROGRAMA DEL ADULTO:

Por las características y magnitud del daño, se iniciaron los programas de Tuberculosis, Alcoholismo y Enfermedades Reumáticas.

1.1. Tuberculosis:

Hasta agosto de 1970, las acciones de Salud en TBC estaban incluidas dentro de las acciones del Programa de Adultos, destinando sólo 4 horas Auxiliar para la solución de dicho problema, de tal modo que los enfermos eran diagnosticados y controlados en Puerto Montt y sólo acudían a su tratamiento en la Central de TBC del Hospital de Calbuco. Sin embargo la asistencia era mala en casi el 100% de los casos, habiendo sólo una ocasional supervisión de la Enfermera.

En esta fecha, el Equipo de Salud de Calbuco toma clara conciencia de la importancia del problema local, de tal manera que para intentar una solución se procede a:

- a) Capacitación de un Médico General de Zona, por un mes, en el Hospital San Juan de Dios, en Santiago.
- b) Destinación de 2 horas Médicas, 1 hora Enfermera y 8 horas Auxiliar, con funciones específicas.
- c) Habilitación de una Central de Trata-

miento Controlado con dotación de material mínimo.

Con estos recursos humanos y materiales se formula un programa de acción cuyo propósito fundamental era disminuir la mortalidad por TBC pulmonar, abordando el problema desde el punto de vista Médico social, enfocado por un Equipo de Salud con participación de la Comunidad. Los Objetivos inicialmente planteados fueron:

a) Pesquisa y Diagnóstico, fundamentalmente bacteriológica, de todo enfermo sintomático respiratorio.

b) Tratamiento controlado del 100% de los casos activos.

c) Prevención de la población susceptible.

Logrados estos objetivos, las acciones posteriores fueron ampliadas hacia: 1º) Investigación del 100% de los contactos del caso índice (según pauta preestablecida); 2º) Énfasis en los aspectos educativos y preventivos, integrando a la comunidad y al enfermo dentro del concepto de trabajo de salud en equipo.

A partir del 2º Semestre de 1970 se ha hecho una evaluación semestral del rendimiento del programa, del cual algunos aspectos se destacan en gráficos adjuntos, pudiendo señalar:

a) La incidencia encontrada ha ido mejorando progresivamente, desde 0,31 hasta 1,1%, siendo el índice real estimado para la XII Zona de Salud 1,8%. Ello nos permite extrapolar que cada vez quedan menos enfermos sin diagnosticar.

b) La asistencia y control de los casos mejoró hasta lograr un porcentaje de 95% de buena asistencia. Aunque el porcentaje parece muy elevado es justificable debido a que es el motivo de preocupación fundamental de la Enfermera y Auxiliar.

c) Amplia cobertura de la población expuesta (90% de los recién Nacidos y porcentaje similar en escolares han sido vacunados con BCG, según el Programa de Inmunizaciones del Servicio).

d) Información teórico-práctica del manejo del caso índice de TBC (incluido su tratamiento) a un numeroso grupo de profesores o Voluntarios de Salud. 20 Profesores, 6 Voluntarios; doce Auxiliares. Muchos de los cuales se desempeñan en Postas y escuelas rurales.

En el futuro, habiendo logrado ya un adecuado rendimiento programático en el sector urbano, las acciones estarán encaminadas a una pesquisa masiva en el sector rural, recurriendo nuevamente a la comunidad, organizando nuevamente a los Profesores y Voluntarios de Salud, de tal modo que sean capaces de reconocer un sintomático respiratorio, solicitar una baciloscopia y lograr un efectivo tratamiento controlado.

Finalmente podemos decir que aunque el problema de TBC dista mucho de estar solucionado, nos reconforta el hecho de que ha sido enfocado de tal modo que permite que dicha enfermedad se transforme en un problema solucionable con los recursos locales de salud, necesitando sólo una asesoría y supervisión muy ocasional, mentalidad de trabajo en equipo y colaboración de la Comunidad.

1.2. Alcoholismo:

1º En 1970 se inician los tratamientos anti-alcohólicos siendo acciones aisladas, efectuadas por los médicos de adultos. En 1971 ante el aumento de los enfermos en tratamiento y las dificultades en su rehabilitación, se da comienzo al Programa Antialcohólico. Dicho Programa sería realizado con la participación de toda la Comunidad, para lo cual se constituyó el Consejo Comunitario de Salud el cual definió las líneas a seguir:

A) Divulgación masiva del problema. B) Control del clandestinaje y cumplimiento de la Ley de Alcoholes. C) Control de Patentes y permisos de expendio de alcoholes. D) Captación de Enfermos para tratamiento. F) Rehabilitación de Alcohólicos. G) Promoción de actividades culturales y recreativas.

2º *Resultado*: Se realizó un Foro en el Teatro del pueblo con participación de los sectores involucrados en el Programa. Se realizaron charlas de divulgación a los Sindicatos de la cur, estudiantes del Liceo, Cámara de Comercio, Funcionarios Públicos, Centros de Padres y Apoderados y Centros de Madres.

b) A través de Carabineros e Inspectores de Higiene Ambiental de Puerto Montt, se inició un estricto cumplimiento de la Ley de Alcoholes y se obtuvo la clausura de clandestinos.

c) Por medio de la I. Municipalidad se logró que se redujeran en un número apreciable los permisos para expendio de alcoholes, no así, el control de las Patentes.

d) Como consecuencia de la divulgación y de la conciencia del problema, aumentó el número de enfermos en tratamiento, a los cuales se les daba un trato preferencial para su atención.

f) En agosto de 1971 se funda el Club de Abstemios Nueva Esperanza contando con 9 miembros en sus comienzos. Dicho Club sesionaba semanalmente realizándose principalmente terapia de grupo y apoyo, bajo la asesoría médica. A los seis meses de funcionamiento se logró reunir a 21 rehabilitados, iniciándose las gestiones para la construcción de una sede social, y se comenzó la organización de las mujeres de los ex-alcohólicos.

g) Se echaron las bases para la creación de

un Centro Cultural, destinado a promover las actividades artísticas, culturales y recreativas, especialmente para obreros y estudiantes.

A un año de iniciado el Programa los resultados nos parecen poco satisfactorios, ya que las distintas instituciones participantes del Programa, disminuyeron su colaboración, dejando el gran peso de las acciones al Equipo de Salud. Si a esto se agrega las escasas posibilidades recreativas con que cuenta la población, han hecho que la rehabilitación del alcohólico haya sido tremendamente difícil, produciéndose reincidencias frecuentes. En el presente año pretendemos revitalizar el Programa orientándolo primordialmente al trabajo directo con las organizaciones de trabajadores, que son los sectores donde se tuviera mejor respuesta.

1.3. Central de Enfermedades Reumáticas:

Dadas las características climáticas y sanitarias de Calbuco, la incidencia de enfermedades estreptocócicas es alta, destacando la enfermedad reumática. Por ello se propuso la creación de una Central de Enfermedad Reumática que se preocuparía de la recuperación integral del enfermo y prevenir sus complicaciones, teniendo como objetivo: 1º Mantener el control mensual del 100% de la población con enfermedad reumática. 2º Educación individual y colectiva. 3º Profilaxis benzatínica cada 3 semanas.

Para cumplir estos objetivos se destinaron dos horas médicas semanales y dos horas Auxiliar.

En la actualidad la Central tiene registrados 40 enfermos, de los cuales hay el 60% en control.

Mensualmente se hace activación del fichero y citación de los inasistentes a través de los sectores, y de los profesores principalmente.

Evaluación: A cuatro meses de iniciado el trabajo de la Central se ha obtenido una recuperación importante de casos inasistentes. Se ha mejorado la educación individual, esperando obtener al cabo de un año un 100% de los enfermos en control.

PROGRAMA DE LA MUJER:

Los problemas de la gran multiparidad junto al alto índice de ruralidad y las malas condiciones sanitarias y medios de comunicación, han derivado en una mortalidad neonatal que este año 1968 era de un 104,09%. Para enfrentar este problema el Hospital cuenta sólo con una Matrona. Los Partos intra-hospitalarios fueron 318 en 1969 y 182 en el 1er. Semestre de 1972, representando a la fecha sólo un 40,9% del total de partos del Departamento.

Las consultas pre-natales por Matrona fue-

ron 1.377 en 1969 y 855 en el primer semestre de 1972, lo que ha significado un esfuerzo importante.

A partir de 1972 el Hospital dispone de un albergue con capacidad para dos embarazadas al que se citan a las enfermas del sector rural para tener su parto en el Hospital. Se iniciaron las visitas domiciliarias por Matrona tendientes en lo principal al control del recién nacido.

En el año 1970, ante la imposibilidad de aumentar el control de los partos, se captaron a cuatro parteras de sectores alejados a las cuales se les impartió nociones de higiene y asepsia, y nociones de Obstetricia. Lo que nos permitió ganar a unas valiosas voluntarias de salud maternal.

Como se dijo anteriormente la tendencia del Servicio de Hospitalización es derivar el menor número de enfermos por dificultades para su traslado. Es el caso del Servicio de Maternidad y en especial del Servicio de Recién Nacidos en el que se ha realizado una experiencia que estimamos significativa en el manejo del Recién Nacido de bajo peso. Previo a esta experiencia se trasladaba a todo Recién Nacido bajo los 2.500 gramos de peso. Se analizaron los Recién Nacidos de bajo peso, entre los años 1970 y 1971 que no fueron trasladados, lo que dio un 4,1% y se observó que la mortalidad general fue de 20%.

Entre 2.000 y 2.500 grs., 0,0% de Mortalidad. Entre 1.500 y 2.000 grs., 0,0% de Mortalidad. Y entre 1.000 y 1.500 grs., 100% de Mortalidad. Estas cifras inferiores a las encontradas en otros establecimientos nos permiten afirmar que el manejo del Recién Nacido de hasta 1.500 gramos se puede efectuar en nuestro Hospital, no así el de menos de 1.500 grs., que debe ser trasladado a un Centro más especializado.

Planificación Familiar:

Las acciones de Planificación han registrado un discreto aumento, en especial el Control con Lipres y las Esterilizaciones Quirúrgicas, observándose un bajo porcentaje de complicación y fracasos. La realización de este Programa se ve dificultada por las características culturales de la población, que rechazan los procedimientos anticonceptivos.

En el año 1971 se inició la pesquisa de Ca. Cérvico Uterino en base a citología de cuello, las que se enviaban a Santiago. Al cabo de varios meses, la pesquisa debió suspenderse, ya que aún no se tienen los resultados de las primeras muestras.

Para el presente año se ha programado el aumento de las visitas domiciliarias por Matrona y Auxiliar, adiestramiento en la atención

de Partos al Personal de las Postas y Profesores Rurales, lo que nos permitirá aumentar el porcentaje de Partos intra-hospitalarios, con la consiguiente disminución de la letalidad.

PROGRAMA INFANTIL:

A. Programa de Control y Recuperación de Desnutridos:

En 1972 se inicia este Programa tendiente al Control de los Desnutridos, a rescatar los casos pasivos y a obtener la recuperación de ellos hasta los 6 años de edad. Para cumplir con este objetivo se destinaron 2 horas médicas diarias, una enfermera y 1 Auxiliar de Terreno. Procedimiento: A cada caso se le abre una tarjeta de Control y se cita a los lactantes cada 15 días y mensualmente a los Preescolares, encargándose el Médico de controlar todos los casos nuevos, desnutrición de 2º y 3er. grado y desnutrición con patología asociada y la Enfermera los desnutridos grado 1º.

En todos los casos de desnutridos urbanos se efectúa una visita domiciliaria a cargo de la Auxiliar de Terreno, con el objeto de realizar una encuesta Socio-Económica del grupo familiar y a la vez realizar educación a la persona encargada del niño. Se ha destinado una Sala con dos cunas del Servicio de Pediatría para la hospitalización del desnutrido con patología agregada, o en estudio y de desnutridos avanzados del sector rural.

Evolución del Programa: En 1971 la frecuencia de desnutrición era de 15,3% de los niños en control. En 1972 el porcentaje de desnutrición es de 12,1% encontrándose en control 159 desnutridos del sector urbano, lo que representa el 100% de desnutridos en control, y 532 desnutridos rurales, de las cuales se encuentran en control un 66,3%.

Se han realizado 139 controles por médico y 232 por enfermera, hospitalizaciones todas ellas por anemia intensa, que continuaron su control en forma ambulatoria.

Patología asociada a desnutrición se encontró: anemia secundaria en 59 casos; Ascariidiasis 38; Sarna 7; Infección Urinaria 4; Otras, 22.

A la fecha se han realizado 232 visitas domiciliarias. De las encuestas realizadas en estas visitas se observa que el 100% de las viviendas se encuentran en malas condiciones sanitarias y graves problemas de saneamiento básico.

El ingreso per cápita mensual es de E° 80,00.

En el 50% de los casos el cuidado del niño estaba en manos de un menor de 15 años de edad.

El aprovechamiento de la leche entregada por el Servicio, al niño, es de sólo del 50%, ya

que se reparte entre el resto del grupo familiar o se le da otros usos.

Evolución de las Desnutriciones Primer Trimestre del Programa

Subieron de peso	63	urbanos	79	rural
Igual	26	"	12	"
Bajaron	2	"	10	"
Alta	26	"	—	"

Conclusiones: Estimamos satisfactorio el rendimiento del Programa en el sector urbano, ya que se controla al 100% de los desnutridos y ha sido posible dar casos de alta.

En el sector rural el rendimiento ha sido inferior motivado por las características del sector y las dificultades de acceso por parte del equipo de salud. Se estima como meta próxima, mejorar el rendimiento en base al trabajo de Voluntarios de Salud.

B. Control del Niño Sano:

Dentro del Programa Infantil ha merecido especial dedicación de parte del Equipo, el obtener una buena cobertura del Control de Niño Sano. Este Control en 1969 se efectuaba primordialmente en base a Auxiliar de Enfermería. Posteriormente, a medida que aumentó el recurso Enfermera, se destinó un número importante de horas a dicho Control, siendo ejecutado durante el período en estudio, con un máximo de 2 Auxiliares y 1 Enfermera. Realizándose en 1969, 10.138 controles para llegar al año 1971 con 13.747 controles.

C. Vacunaciones:

Se ha logrado obtener un incremento importante del porcentaje-cumplimiento, logrando en 1969 un 25,7% de cumplimiento total para llegar al Primer Semestre de 1972 al 56,4%, lo que nos permite deducir para este año que tendremos un 100% de cumplimiento. Destacan en especial la vacunación BCC, con 90,2% de cumplimiento al 1er. Semestre. Toxoide con 117%. Sarampión con 53% de cumplimiento. Estimamos que la cobertura del Programa es buena a pesar de haber serios problemas en el abastecimiento de vacunas.

D. Programa de Leche:

El Programa de Leche se ha cumplido en forma adecuada, habiéndose distribuido en el primer semestre de este año 49.004 kilos. Cabe destacar que a partir de 1972 todo el Programa de Leche quedó en manos del Hospital dada la inoperancia de la JNAEB local, habiendo en-

tregado la Junta en el año 1971 un total de 26.040 Kgs. y en el transcurso de 1972 el Hospital ha entregado a las escuelas 26.647 kilos.

E. Programa Escolar:

A partir del año 1971, con el aumento del recurso médico se inició un Programa de Salud Escolar, tendiente a realizar el control médico de la población escolar. Dicho Programa en la etapa rural realizó el control a 1.220 escolares y en el sector urbano se realiza un promedio de 500 controles mensuales. Durante los meses de invierno debió suspenderse la visita a las escuelas rurales por el bajo rendimiento dada la escasa asistencia escolar. En el sector urbano se ha desarrollado el Programa en forma continuada, para lo cual se dispone de 2 horas médicas diarias. Simultáneamente el Equipo de Terreno ha realizado la vacunación masiva en las escuelas del Departamento. En las localidades de Pargua y Texas se comenzó el Programa de atención Dental.

PROGRAMA DE SALUD RURAL:

Por las características de alta ruralidad de la población se hace necesario la formulación de un Programa de Salud Rural al cual se le daría una primera prioridad. Los propósitos de este Programa fueron llevar las acciones de Fomento y Protección al 100% del sector rural, lo que se cumpliría a través de los siguientes objetivos:

- 1º Creación de un Equipo de Terreno.
- 2º Creación de nuevas Postas y Estaciones Médicas.
- 3º Adiestramiento de Voluntarios de Salud.
- 4º Necesidad imperiosa de mejorar la movilización.

Por la realización y ejecución del Programa debían considerarse algunos factores negativos que lo dificultarían enormemente:

1º *Movilización:* Teniendo el 75% de la población rural acceso marítimo al Hospital era imprescindible contar con una embarcación, debía recurrirse a la única embarcación pública en servicio, de INDAP.

Igualmente deficiente eran las condiciones de la ambulancia.

2º *Personal:* Se contaba para iniciar el Programa con 1 Auxiliar y 1 Enfermera y 2 Empleados de Servicio a cargo de Postas, además de 1 voluntario de Salud.

3º *Clima:* Uno de los problemas más serios para realizar un Programa continuado son las características de nuestro clima, puesto que la temporada de lluvias y temporales se extiende de abril a octubre, lo que hace muy difícil la navegación y provoca una importante dis-

minución de los rendimientos, por ausentismo en las visitas.

CONCLUSIONES:

A más de tres años de haber formulado un Programa de trabajo, vemos con satisfacción que gran parte de lo proyectado se ha cumplido, destacándose la significativa baja de Mortalidad Infantil y Neonatal, la puesta en marcha de un Programa de Salud Rural de alto rendimiento, la Organización de Programas según daño, TBC, Desnutrición, Alcoholismo, etc. (realizaciones obtenidas al aumentarse los recursos humanos y materiales y la progresiva organización del Equipo de Salud en torno a las labores de Fomento, Protección y organización de la Comunidad principalmente.

Se contemplaron dos etapas para la ejecución, que ha correspondido: la primera 1969-1970, para el mejoramiento intra-hospitalario y una segunda en 1971-1972 de Proyección rural.

Estos hechos han derivado en que la presencia del SNS en las Comunidades sea una

realidad y una esperanza viva para los sectores más dañados de la población.

COMENTARIO FINAL:

En los esfuerzos por alcanzar las metas propuestas se cometieron errores, producto de nuestra inexperiencia, que debieron resolverse con la discusión y la gran comprensión por parte de todo el Equipo. Las dificultades y decepciones han sido innumerables puesto que no encontrábamos las respuestas deseadas a nuestras acciones, las que se han ido superando al aumentar el contacto con la Comunidad, especialmente a través del Consejo Local de Salud. Más que nada hemos aprendido. Aprendimos a esperar, que fue al comienzo uno de los factores de mayor frustración. Aprendimos a trabajar organizadamente en Equipo. Aprendimos a luchar por las metas propuestas, todo gracias a la experiencia y vivencias de nuestro sufrido pueblo, el que nos ha servido de escuela y motor para seguir luchando y entregar el máximo de nuestras capacidades, en pos de una profunda satisfacción del deber cumplido.