

EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIAS

El trabajo que presentamos a continuación obtuvo el Segundo Premio otorgado por el Colegio Médico a Equipos de Salud en 1972.

Se destaca en este relato la tenacidad incesante de los componentes del equipo para buscar solución a los múltiples problemas que debieron enfrentar. Mediante variados recursos, entre los cuales la colaboración de especialistas de otras localidades tuvo particular relevancia, se hizo posible la creación de nuevos servicios que ampliaron considerablemente el campo y la cantidad de las prestaciones. Como consecuencia, la labor de este equipo se caracterizó por la atención integral prodigada al paciente, a lo cual contribuyó, además, la práctica de un Internado Rural en el Hospital de Teno. Sin embargo, como factor negativo, la falta de vivienda adecuada que afectó a algunos profesionales, los obligó a abandonar la localidad privándola de sus valiosos aportes.

Experiencia de un Equipo de Salud en Teno, Curicó 1969 - 1971

TRABAJO PRESENTADO AL COLEGIO MEDICO PARA OPTAR AL
PREMIO EQUIPO DE SALUD Y SU EXPERIENCIA EN UNA
COMUNIDAD RURAL

Drs. ALFONSO CALVO BELMAR
ALFREDO OVALLE SALAS
SAMUEL VALDIVIA SOTO

I. INTRODUCCIÓN.

Al comenzar a relatar nuestra experiencia como Médicos Generales de Zona en Teno, es preciso señalar, que si se ha logrado algún adelanto en las acciones de salud, que el SNS presta a la comunidad local, esto se debe exclusivamente al trabajo en equipo desarrollado por todo el personal del Hospital y la comunidad. Por esta razón preferimos hablar en plural y presentar este relato como obra del Equipo de Salud de Teno.

II. INFORMACIÓN BÁSICA LOCAL.

1) Límites.

La comuna de Teno se encuentra ubicada en el extremo Noreste del Departamento de Curicó, provincia del mismo nombre.

Tiene límites naturales: el río Teno y el estero de Chimbarongo la separan del Departamento de Curicó y la provincia de Colchagua respectivamente. Por el Este limita con la Cordillera de los Andes y al Oeste una cadena de cerros de la Cordillera de la Costa la separa del Departamento de Mataquito.

Pertenece al Área de Salud de Curicó, que conjuntamente con Talca, Maule y Linares conforman la VII Zona de Salud.

2) Superficie y Población.

Tiene una superficie de 605,9 Km² con una población estimativa para 1972 de 20.000 habitantes, de los cuales un 75% vive en el medio rural y 25% en el área urbana. Es una comunidad joven, ya que el 42,6% de ella es menor de 15 años. La densidad es de 37,2 habitantes por Km².

3) Nivel de Salud (1971).

Mortalidad General: 7,5 x 1.000 habitantes.

Mortalidad infantil: 73,0 x 1.000 nacidos vivos (11,2 de mortalidad neonatal y 61,8 de mortalidad infantil tardía).

Mortalidad materna: 1,9 x 1.000 nacidos vivos.

Mortinatalidad: 24,3 x 1.000 nacidos vivos.

Natalidad: 28,6 x 1.000 habitantes.

4.) El medio natural y Comunicaciones.

El clima es lluvioso, con un promedio de precipitaciones de 700 mm. anuales, y bastante frío, con temperaturas bajo cero en Invierno. El Verano es cálido alcanzando temperaturas máximas de hasta 35° C. En todo el año las variaciones de temperaturas diarias oscilan entre 15 y 20° C.

La principal vía de comunicación está representada por la Carretera Panamericana Sur, que comunica Teno (Km. 176) con Curicó y el resto del país.

El resto de los caminos son transversales, de tierra, permaneciendo en buenas condiciones la mayor parte del año, dependiendo de las condiciones climáticas.

Existe regular locomoción del medio rural al urbano, representado por microbuses y liebres con escasos recorridos diarios.

La comuna cuenta además con el ferrocarril longitudinal sur.

En el medio rural la locomoción es el tractor, bicicleta, caballo y a pie.

Existe una red telefónica suficiente en el área urbana y con escasas extensiones al medio rural.

5) Educación.

La comuna cuenta con numerosas escuelas básicas y en el pueblo existe además un liceo con cursos hasta 1º Medio. En el sector agrícola hay un Instituto de Capacitación Campesina.

El grado de analfabetismo tanto del medio urbano como el rural no difiere mayormente del de Chile.

6) Urbanización y Vivienda.

La población urbana reside en el pueblo de Teno, que cuenta con un 75% de calles pavimentadas. Sus casas son principalmente de adobe y madera. Tiene agua potable y luz eléctrica. La eliminación de excretas se realiza por alcantarillado y en su gran mayoría por pozos negros. Hay una buena recolección de basuras en el área urbana.

La población rural en cambio reside en pequeños núcleos poblacionales correspondientes a los muchos asentamientos existentes y que en algunas zonas forman pequeños villorrios como son Comalle y Morza. Sus casas son fundamentalmente de madera y adobe; careciendo de agua potable, realizándose el abastecimiento de agua en norias y acequias. La eliminación de excretas es por pozos negros o a campo abierto. Sólo en algunos puntos existe la luz eléctrica. Las basuras se queman o se entierran en el campo.

III. SITUACIÓN DE SALUD.

A nuestra llegada el 1º de julio de 1969, el Hospital de Teno funcionaba desde hacía 45 días en el nuevo edificio, tan largamente esperado por todos los habitantes de la localidad. Su capacidad era de 36 camas, de las cuales

10 eran de pediatría y 26 de adultos sin diferenciación. Trabajaban 41 funcionarios en total: 2 médicos, 2 enfermeras, 2 matronas, 1 dentista, y 13 auxiliares de enfermería. La atención tanto abierta como cerrada altamente insatisfactoria e incompleta se realizaba en Medicina, Pediatría, Obstetricia y Dental. Las unidades intermedias eran escasas e insuficientes; lavandería realizaba sus funciones a mano y al aire libre en el patio del viejo Hospital. Esterilización sólo contaba con un autoclave y un viejo Poupinelle; la cocina disponía de artefactos nuevos. Se contaba con un aparato de Rayos X que sólo se utilizaba para Radioscopia. Farmacia era atendido por un auxiliar de farmacia. Estadística y Contabilidad con dos funcionarios cada uno, funcionaban satisfactoriamente.

Se disponía de tres Postas Rurales atendidas por un auxiliar permanente cada una, con tres rondas médicas semanales en total, no asistiendo a rural los otros profesionales.

Se contaba con 2 Ambulancias y 1 Jeep.

Era evidente, que la comunidad había alcanzado un logro fundamental con la construcción del nuevo local, reemplazando al antiguo edificio con más de 100 años de uso; pero no era menos cierto que las prestaciones que podían ofrecerse eran totalmente insuficientes, dadas por una habilitación hospitalaria incompleta y por los escasos recursos materiales y humanos existentes.

Es necesario señalar, que no sólo conocíamos perfectamente la realidad local a nuestra llegada, sino que escogimos esta zona y este hospital por cuanto se ajustaba perfectamente a nuestros objetivos de trabajo en una comunidad rural y que eran básicamente dos: Atención integral del paciente tratando de solucionar la mayor parte de sus problemas médicos evitando así la tramitación burocrática, engorrosa e inoperante existente cuando se deriva un enfermo y elevación de los índices generales de salud actuando preferencialmente en el área materno-infantil.

La elección del lugar no fue fácil. Una vez conocidas todas las plazas ofrecidas por el SNS y de aclarar nuestras preferencias geográficas visitamos desde Santiago a Puerto Montt gran parte de las zonas ofrecidas. Luego de conocer aproximadamente 20 hospitales, conversar con los Médicos Generales de Zona y comunicarnos sus experiencias vividas, conocer el medio ambiente y su realidad médico social, nos decidimos por Teno que tenía hospital nuevo y que a nuestro entender carecía de los grandes vicios hospitalarios que hay en Chile y por lo tanto podíamos desarrollar la labor que nos habíamos trazado.

Hoy día y luego de tres y medio años de

labor el Hospital de Teno cuenta con los siguientes recursos:

—Un edificio nuevo de moderna estructura, con bastante terreno adyacente para futuras ampliaciones. Dispone de 44 camas: 13 de Pediatría, 3 de Prematuros, 2 Pensionados, 8 de Obstetricia, 8 de mujeres Medicina-Cirugía y 10 de hombres Medicina-Cirugía. Está clasificado como Tipo D.

—Cuenta además con los siguientes servicios: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia, Cirugía, Urgencia, Dental, Anestesiología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Psicología, Banco de Sangre, Radiología, Laboratorio Clínico, Esterilización Central, Farmacia, Damas de Rojo, Contabilidad, Estadística, Epidemiología, Coordinación, Cocina Central, Lavandería, Calderas y Movilización.

—Trabajan en este momento: 4 Médicos, 4 Internos de Medicina, 1 Otorrinolaringólogo y 1 Oftalmólogo que realizan una visita semanal de Curicó, 1 Enfermera, 1 Dentista, 2 Matronas, 2 alumnas de Obstetricia, 1 Tecnólogo Médico, 1 Psicólogo con una visita semanal de Curicó, 5 funcionarios administrativos, 25 Auxiliares de Enfermería, 21 personal de servicio y 6 choferes.

—Posee 4 vehículos en funcionamiento: 3 Ambulancias (2 Chevrolet 1963 y una GMC 1967) y un Jeep (Willys 1966).

—Tiene tres postas rurales: Monterilla, Comalle y Santa Blanca con 8 rondas médicas semanales y una ronda maternal cada dos semanas.

—Dependiente de las postas Monterilla y Santa Blanca funcionan 8 estaciones periféricas de Control de Niño Sano.

—Desde 1970 funciona Teno como centro de Internado Rural para la Escuela de Obstetricia del Hospital Salvador de Santiago primero y luego para la misma escuela pero de Talca. Desde 1972 realizan su práctica de Internado Rural dos internos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y dos internos de Medicina de la Universidad Católica y cuya situación se mantendrá por lo menos hasta 1973.

IV. ANÁLISIS DE LA LABOR REALIZADA.

Básicamente las acciones de Salud a realizar en Teno, se orientaban en dos programas importantes: 1º atención integral del paciente y 2º atención preferencial del área materno-infantil.

1º Atención Integral del Paciente:

Requería de la creación de algunos servicios y la reorganización de otros, con una coordina-

ción estricta para mejor utilización de los escasos recursos disponibles. Para poder solucionar los casos quirúrgicos era preciso contar con un pabellón de operaciones completamente dotado, con un buen equipo de anestesia y con personal entrenado en todas las funciones quirúrgicas. A todo esto había que agregar disponibilidad de sangre, material quirúrgico, ropa suficiente y adecuado funcionamiento de esterilización.

Para poder resolver los cuadros médicos en general era preciso crear un Laboratorio Clínico que hiciera el máximo de exámenes, perfeccionar las técnicas radiológicas y ampliar la dotación de medicamentos en farmacia. Todo esto acompañado de un aumento de los recursos humanos. Era necesario redistribuir la atención abierta de acuerdo al lugar de residencia del paciente (urbano o rural) y organizar satisfactoriamente el servicio de urgencia para captar enfermos las 24 horas del día.

Desarrollo del programa:

A. Cirugía.

El funcionamiento adecuado del pabellón quirúrgico es el resultado de una ardua y prolongada labor. Se comenzó con ordenar el material quirúrgico existente para tener cajas quirúrgicas suficientes; como su número era inadecuado, se pidieron a la Central de Abastecimiento (CA) los implementos y el material de sutura que faltaban. Se solicitó al Crédito Francés de la CA una mesa de operaciones, una lámpara central, una máquina de anestesia y un motor de aspiración, los cuales llegaron en abril de 1971. Mientras tanto se operaba con aparatos prestados de Curicó o adaptados por nuestros propios maestros.

Fue necesario adiestrar al personal auxiliar, que desconocía todo lo relacionado con cirugía; en anestesia, pabelloneo, arsenalero y ayudantía. Este equipo quirúrgico actúa no sólo en las operaciones programadas, sino también en las intervenciones de urgencias, existiendo un turno quirúrgico completo de llamada (ayudante, anestesta, arsenalero, pabellonero, banco de sangre). Las anestesias evolucionaron desde la General con éter dada por el Ombredane hasta la actual con máquina de anestesia, inducción con penthotal e intubación. Se utilizan con bastante frecuencia las regionales en Obstetricia y Ginecología.

Es importante señalar que todas las acciones anotadas son realizadas, salvo la de cirujano y ayudante (en operaciones programadas), por la enfermera y auxiliares de enfermería.

Existe un control estricto de esterilidad del pabellón y de infección de heridas operatorias

por estudio bacteriológico periódico del laboratorio.

Como resultado podemos ver que las operaciones quirúrgicas mayores se han elevado de 15 en 1968 a 210 en 1971 con un consiguiente aumento de las anestias tanto generales como regionales de 35 a 438.

Es necesario consignar que siempre hemos contado con una asesoría técnica y desinteresada de algunos cirujanos de Curicó.

B. Banco de Sangre.

Llenó un vacío importante. Su materialización fue paciente y difícil. Inicialmente se contó con un grupo de dadores voluntarios de la comunidad (Carabineros, Bomberos, Centros de Madres, Juntas de Vecinos, etc.) previamente clasificados y ubicables de acuerdo a las necesidades existentes. Fue necesario para esto la colaboración de la tecnóloga médico de Curicó para que nos adiestrara en las técnicas de clasificación de grupos sanguíneos y de la transfusión. Se pidió a la Central de Abastecimiento que nos proporcionara mensualmente un stock suficiente de equipos desechables. Posteriormente el sistema de dadores se reemplazó por otro más expedito y cómodo: todo enfermo quirúrgico para ser intervenido debe obligadamente presentar dos o más dadores con lo cual nos aseguramos un stock permanente de sangre. Actualmente el Banco está en manos del tecnólogo médico de Tenó. Las transfusiones de urgencia (fuera de las horas hábiles) son realizadas por auxiliares especialmente entrenadas, con sistema de turnos de llamada.

En 1970 se colocaron 66 transfusiones y en 1971, 87 y para 1972 se presupuestan 120.

C. Esterilización.

Para poder dar abasto a toda la cirugía realizada fue necesario aumentar la capacidad de esterilización. Se arregló un autoclave viejo y se instaló otro nuevo; se pusieron en funcionamiento dos nuevos Poupineles, quedando el servicio de Esterilización con una capacidad total de 3 Autoclaves y 3 Poupineles bastantes amplios. Todos los equipos fueron conseguidos mediante el Crédito Francés. De este modo las 38.312 unidades de 1968 se elevaron a 83.033 en 1971.

D. Lavandería.

Del primitivo sistema de lavado a mano se pasó al moderno, con máquinas, luego de conseguirlos por diferentes conductos (Central de Abastecimiento, Crédito Brasileño) y después de prolongados períodos. Actualmente se cuenta

con Centrífuga, Secadora y Planchadora. De esta manera Cirugía y el resto del Hospital cuentan con el aporte de ropa necesario para su funcionamiento. El rendimiento de lavandería se ha elevado considerablemente en estos años, de 9.000 Kg. en 1968 a 34.266 en 1971.

E. Laboratorio Clínico.

Es el servicio que ha experimentado mayor evolución y progreso. En 1969 existía sólo un microscopio y una centrífuga. No se hacían exámenes y no existía un lugar físico donde funcionara el Laboratorio. Fue necesario arreglar un local, solicitar a la Central de Abastecimiento todos los reactivos e implementos necesarios para los exámenes mínimos y estudiar las técnicas de su realización. No existía tecnólogo médico y los análisis iniciales al igual que sucedió con el Banco de Sangre debían ser ejecutados por los médicos y la enfermera, la que debía multiplicarse para cumplir todas las acciones encomendadas. Esta situación duró hasta principios de 1971 en donde se inició el despegue del laboratorio con la llegada del Tecnólogo Médico, el adiestramiento de un auxiliar en laboratorio, abriéndose las posibilidades de introducir nuevos exámenes.

En 1972 con la valiosa incorporación, ad honorem, de un médico de amplia y basta experiencia en Bacteriología, el laboratorio ha podido aumentar sus resultados a cifras casi increíbles para un hospital de esta naturaleza; es así que los escasos 244 exámenes del año 1969 se han elevado a 3.751 del año 1971 y casi 6.000 presupuestados para 1972.

El servicio cuenta con material y reactivos suficientes, estufa para cultivos, autoclave, secadora de material, etc., que le dan la capacidad para realizar los siguientes exámenes: Hemograma, Hematocrito, Velocidad de Sedimentación, Clasificación de Grupo Sanguíneo, Tiempo de Coagulación y Sangría, Uremia, Glicemia, Amilasemia y Amilaturia, Pruebas de Floculación Hepática, Orina completa, Prgnosticón, Tinción de Gram, Baciloscopia, Cultivo y Antibiograma, Estudio de Secreción Vaginal, Reacciones de Aglutinación, Análisis Citológico y Químico de Líquido Pleural, Céfal-Raquideo y Ascítico, Parasitológico de Deposiciones, Test de Graham, Test de Benzidina para Hemorragias Ocultas.

F. Radiología.

Es otro servicio incorporado que nos ha proporcionado gran ayuda en el estudio de un paciente. Inicialmente el hospital contaba con un aparato de Rayos X Phillips Practoscope nuevo, con el cual sólo se realizaban radioscopías

de Tórax. Se disponía de un delantal y guantes protectores. Pronto, y desconociendo todo tipo de técnicas radiológicas, pero estudiando el aparato, se comenzaron a tomar las primeras placas radiológicas de huesos. Para esto fue necesario pedir todo el material a la Central de Abastecimiento (películas, reveladores, fijadores, protector de plomo, etc.) y solicitar asesoría técnica a Curicó. Luego de inutilizar gran cantidad de placas en el aprendizaje se obtuvieron radiografías de muy buena calidad, lo que nos alentó a continuar con el estudio de nuevos órganos; es así como hoy día (1972) se toman placas de tórax en niños y colecistografías aceptables.

Su funcionamiento permite solucionar rápidamente los problemas traumatológicos de urgencia.

Esta ardua labor se ha realizado desde el comienzo por dos auxiliares de enfermería que no tenían conocimientos previos de radiología.

Ha habido un aumento considerable de este Servicio: de 5 radiografías en 1970 se ha subido 401 en 1971 calculándose para 1972 un total de 600 placas radiográficas. Las radioscopías en el mismo periodo se han elevado de 100 a 655.

G. Dental.

Hubo aumento creciente de sus atenciones: de aproximadamente 2.700 en 1968 a 5.400 en 1971. Durante dos años se contó con dentista para el área rural que por problemas de vivienda debió trasladarse de Teno.

H. Especialidades.

Se logró la cooperación de especialistas de Curicó en Oftalmología, Otorrinolaringología y Psicología, los cuales dedican un día a la semana a Teno.

I. Sub-Programas.

Siempre pensando en la atención integral del paciente, abordamos tres problemas de salud importantes no sólo en la comuna sino en Chile: Tuberculosis, Epilepsia y Alcoholismo.

a) Tisiología. Su adecuado funcionamiento representaba una necesidad, dada la elevada frecuencia de Tuberculosis en nuestro medio.

El servicio de Tisiología funciona en forma coordinada con el de Curicó. Los casos nuevos detectados, son estudiados y diagnosticados en Teno. El tratamiento se realiza hospitalizando los primeros meses al paciente en Curicó y luego ambulatoriamente su tratamiento y control mensual se hace en Teno. En tarjetas especiales se controla la dación de medicamentos tanto

en Postas como en el Hospital. El seguimiento de laboratorio lo hacemos con nuestros recursos. Los contactos del foco son captados a domicilio por la sección Epidemiológica local quien realiza el estudio correspondiente: PPD, Radioscopia, VHS, Hemograma, según el caso, y determina la conducta a seguir.

Como consecuencia se ha logrado disminuir el número absoluto de casos de aproximadamente 80 en 1968 a 20 en 1971.

b) Epilepsia. Existía en la comuna de Teno gran cantidad de epilépticos para los cuales no había ningún tipo de atención integral. Como su estudio y seguimiento requiere de exámenes precisos (EEG) y participación de especialistas contactamos con el Instituto de Neurocirugía. Sus médicos nos ayudan atendiendo una vez en la semana los pacientes de Teno; efectúan el estudio correspondiente y nos orientan sobre la conducta a seguir.

Actualmente tenemos aproximadamente 40 casos en control.

c) Alcoholismo. Representa un problema grave local, fuera de las consecuencias en el individuo, especialmente por lo que repercute en el núcleo familiar.

Estimamos que cambiando los valores, para los cuales tiene destinado el dinero el dueño de casa, se podría mejorar la nutrición de los niños y elevar el nivel cultural del núcleo familiar, al permitir continuar los estudios a los hijos que deben trabajar para suplir el dinero que gasta el padre.

Es nuestro deseo, con la cooperación de los Internos de Medicina elaborar un programa tendiente a disminuir el número de alcohólicos en Teno, el cual próximamente se pondrá en marcha.

J. Farmacia.

Esta mayor demanda repercutió directamente en Farmacia debiendo aumentar al doble los pedidos a la CA, haciéndose un cálculo estimativo en base a acciones anteriores y a la tendencia ascendente. La comunidad ayuda comprando los medicamentos que faltan.

Como corolario podemos decir que, al aumentar las prestaciones con la creación de estos nuevos servicios y ofrecer mejor atención, la demanda aumentó. Se elevaron las consultas médicas de 14.237 en 1968 a 16.865 en 1971 y se esperan aproximadamente 18.000 en 1972. Se incluyen las atenciones de urgencia que subieron de 979 a 2.330. Paralelamente se aumentaron los egresos de 1.283 a 1.545. Se estiman 1.880 para este año, es decir que en el curso de 1972 se hospitalizarán 500 personas más que en 1968, último año de funcionamiento del hospital viejo, contando ambos hospitales con igual número de camas. Esto ha significado

un aumento del índice ocupacional de 57,9 a 71,5.

La atención rural por médicos en Postas de 1965 en el año 1968 subió a 3.334 en 1971 como consecuencia de una distribución más racional de los recursos médicos en relación al lugar de vivienda de la población, debiendo aumentarse por lo tanto las rondas médicas de 5 a 8 semanales.

2º Programa Materno Infantil:

Se fundaba en que estamos y estábamos convencidos, que un trabajo en equipo tendiente a captar el mayor número de partos intrahospitalarios, para tener a toda la población infantil en Control de Niño Sano, con niños eutróficos y vacunados, debe bajar la morbi-mortalidad infantil, con acortamiento del período de enfermedad. Hay además otras ventajas: con el control exhaustivo del embarazo se reducen los problemas del embarazo y parto y se asegura el éxito al binomio madre niño. Por otro lado una población infantil eutrófica es más fácil tratar su patología en forma ambulatoria y si es necesario la hospitalización se acorta enormemente el período de estada. Esto es fundamental cuando se cuenta con sólo 16 camas de Pediatría y se tiene una población de 3.500 niños menores de 6 años.

Desarrollo del Programa.

Para estructurar un plan tan vasto era necesario coordinar las acciones intrahospitalarias entre Maternidad, Pediatría, Epidemiología y Control de Niño Sano, de modo de tener a los componentes del binomio madre-niño en un control riguroso. Este seguimiento debía ser universal y captar a toda la población, por lo tanto tendríamos que cubrir estas acciones en las tres Postas existentes.

Dentro del hospital se fijaron pautas para el control del embarazo: determinados controles por matrona y se introdujo el efectuado por el médico, así como exámenes de laboratorio de rutina básicos: uremia, glicemia, orina, clasificación de grupo sanguíneo y Kahn. Paralelamente se hacía educación individual en el policlínico, de la conveniencia del parto intrahospitalario. Además se les ofrecía seguridad en la resolución del caso obstétrico, sin necesidad de derivación ante una emergencia quirúrgica. El contacto permanente médico-paciente permitía un buen control del embarazo, previniendo problemas del parto y con posibilidades de programar convenientemente las distocias. Necesariamente para todo esto, se debió aumentar las consultas matronas y médicas obstétricas. El control riguroso, se anota en carnets y cartones

maternales fácilmente ubicables en caso de necesidad.

La captación intrahospitalaria del parto, nos permitió, comenzar la cadena del control del niño. El Recién Nacido al salir de la Maternidad, ya lleva un carnet infantil, en que se especifican la fecha que debe volver a control por el médico, bastándole sólo este carnet para consultar, sin colocarle ninguna traba administrativa en Estadística. El seguimiento del lactante se hace dentro de los dos primeros meses por médico y luego, en la sección Control Niño Sano, por auxiliares especialmente entrenadas. La anotación se hace en cartones infantiles y en fichas con tablas ponderales. Todas estas normas de control del niño fueron introducidas en su totalidad por el equipo actual.

En las Postas se debió realizar un esquema similar. Fue necesario reorganizar la Posta de Monterilla y aumentar a tres las rondas médicas semanales y crear dos rondas matronas mensuales. La Posta de Comalle duplicó las consultas médicas semanales, asistiendo las matronas dos veces al mes. Santa Blanca permaneció sin variaciones.

Dependientes de las Postas se crearon 8 estaciones periféricas de Control de Niño Sano, en las cuales la auxiliar de posta sale a terreno, generalmente Centros de Madres de Asentamientos, a entregar leche y vacunar y hacer el control respectivo del niño, con resultados altamente satisfactorios.

Para usar un lenguaje común y no causar confusión en alimentación, vacunación y patología simple en niños, fue necesario dictar normas de trabajo y entregar indicaciones mimeografiadas de preparación de alimentos para su uso rutinario.

Periódicamente se realizaron reuniones del grupo materno-infantil para evaluar el trabajo realizado. Papel fundamental en esto tuvieron los auxiliares de terreno de Control del Niño Sano y los auxiliares de Posta (por carencia de Enfermera) a cuyo cargo está íntegramente el control del niño. Fue necesario prepararlos para que fueran idóneos. Mediante reuniones semanal, se les incentivaba tratando de alcanzar las metas anuales de vacunación y elevar el número de niños en control, así como responder de otras acciones realizadas.

En las Postas, para poder ejecutar toda esta labor fue necesario proveerlas adecuadamente del material necesario: balanzas, mesas ginecológicas, material de control maternal, reorganizar ficheros, aumentar medicamentos, instrumental, etc. Además se necesitó crear una oficina de Coordinación que reglará el movimiento de vehículos, intercambio de fichas hospital-postas, exámenes de laboratorio, radiografías e interconsultas.

Resultados.

Se logró aumentar la captación del parto intrahospitalario de 48,9% (1968) a 88,3% (1971), con disminución importante de la mortalidad: 33,8 a 24,3 x 1.000 nacidos vivos y de la mortalidad neonatal: 30,8 (1968) a 11,3 x 1.000 nacidos vivos (1971). La mortalidad infantil global aún cuando tiene cifras oscilantes, presenta una tendencia descendente: 74,9 y 112,4 de 1968 y 69 a 65,2 y 73,3 de 1970 y 71, estimándose aproximadamente 60 x 1.000 nacidos vivos para 1972. Se explican las oscilaciones por tratarse de un universo muy pequeño y por la evidente disminución de la tasa de natalidad en Tenó. La mortalidad infantil tardía aún cuando tiene tendencia al descenso, se mantiene elevada y creemos poder bajarla como de hecho a sucedido en 1972, aumentando el número de hospitalizaciones a expensa de cualquiera patología sospechosa de agravarse y de tratamiento insatisfactorio en su casa. Para esto se requiere disminuir el promedio de días de estada, que es de 9,0 en 1971 (12,0 en 1970), factible de hacer en niños eutróficos, con elevación de los egresos por consiguiente. Especial relación tiene en esto, la cocina de leche, ya que hemos tratado de eliminar la patología intrahospitalaria derivada de una inadecuada manipulación de las mamaderas, controlándola bacteriológicamente con nuestros propios recursos, en forma periódica.

El porcentaje de niños captados en Control de Niño Sano menores de 6 años, asciende 71,0% en relación al 37,2% del año anterior (1971-70 respectivamente), siendo especialmente importante el número de menores de 2 años que alcanza a un 80%. El número de controles de niño sano por auxiliar subió de 8.317 en 1968 a 12.392 en 1971. El porcentaje de vacunaciones cubiertas en estos niños en toda su forma sobrepasan al asignado, de allí las cifras superiores al 100% para el año 1971, que duplican las realizadas en 1968. El total de Kgs. de leche entregados subió de 27.455 en 1968 a 39.754 en 1971. La desnutrición infantil sólo calculada en 1971 es bajísima: el 6,3% de la población menor de 6 años en control es desnutrida y de ella a expensas fundamentalmente de la desnutrición grado I que representa el 83,7% y sólo hay un 2% de grado III.

Otros resultados: para poder cumplir la primera etapa de este programa fue necesario aumentar las consultas por Matrona de 2.000 en 1968 a 3.225 en 1971. La Mortalidad Materna, un caso anual (por parto), dado el reducido número de partos, nos mantiene una cifra relativamente alta de 1,9 x 1.000 nacidos vivos.

Conscientes además de la importancia que juega el control de la familia para un medio

campesino con escasos ingresos y con una natalidad en 1968 de 34,9 x 1.000 habitantes, se trató de captar la mayor población de mujer fértil posible: es así que de 200 señoras en control en 1969 se elevó la cifra a 420 en 1971 sin incluir las 128 esterilizaciones quirúrgicas, todas en grandes múltiparas en igual período, reduciendo por consiguiente la natalidad a 28,6 en 1971. Creemos que esta fue causa importante para la captación de mayor número de partos intrahospitalarios, ya que la gran múltipara, por trabajo de parto rápido, está más propensa al parto domiciliario.

Fuera de estas acciones se realizó en forma rutinaria la pesquisa precoz del Ca. Cérvicouterino mediante la toma de muestras citológicas cervicales en todas las embarazadas, consultantes en Planificación Familiar y por patología ginecológica. Estudio de Citología Cervical realizado en el Instituto de Citología y Detección Precoz del Ca. Cérvico uterino de Santiago.

Cooperación de la Comunidad.

La cooperación de la comunidad en las labores de salud ha sido valiosa. Dependientes de 2 Postas funcionan desde 1971 ocho estaciones periféricas de Control de Niño Sano como ya se ha dicho; todos los locales son aportados por el Centro de Madres.

Las socias de estos Centros no sólo participan controlando a sus niños, sino que también activamente en la búsqueda domiciliaria de aquellos niños que no se controlan o nacen en su casa.

Las Voluntarias de Salud son ocupadas en Policlínico y Vacunatorio, luego de una etapa de preparación, en aquellas épocas de mayor morbilidad (invierno y verano).

Desde 1972 funcionan las Damas de Rojo, creación de iniciativa propia de la comunidad, las que no sólo se han dedicado a sus funciones, sino que también han ayudado a hermohear el Hospital y sus jardines.

Se ha trabajado en conjunto con el Cuerpo de Carabineros en todas las atenciones de urgencia de su incumbencia.

La Comunidad intrahospitalaria está organizada deportivamente, realizando actividades con otras instituciones de la comuna en football, ping-pong y rayuela.

La Comunidad Universitaria nos ha otorgado el honor de enviarnos alumnos del último curso para que realicen su práctica rural en nuestro hospital, desde 1969 alumnas de Obstetricia y desde 1972 de Medicina. Su presencia es de real ayuda para la comunidad local que ve aumentar el número de atenciones. Significa además elevar el nivel técnico de la medicina local, por la realización de reuniones clínicas y

por el estímulo permanente que nos conduce a superarnos.

V. CONCLUSIONES.

1. Creemos haber mejorado las acciones de Salud en la comuna de Teno realizando esencialmente un trabajo en equipo, requisito fundamental para concretar cualquier medida en Salud.

2. Es necesario conocer la realidad geográfica y médico-social del medio al cual es destinado el General de Zona en forma previa, factor que cuando es adverso condiciona la mayoría de las veces la frustración y el bajo rendimiento del médico.

3. Es una excelente medida generalizar por esto, la práctica del Internado Rural, experiencia que a nuestra generación no le correspondió. Estimamos debe hacerse en medios en que los futuros médicos puedan entusiasmarse con las expectativas que se les ofrecen.

4. Creemos que el Médico sale capacitado de la Escuela de Medicina para resolver los problemas de salud en el aspecto técnico, pero no en el administrativo.

5. En un hospital pequeño, aunque esté cla-

sificado en categoría D, se puede realizar Medicina, que no difiera grandemente de la que se acostumbra a ver durante la carrera.

6. Es una experiencia creativa de gran valor para nuestra formación profesional.

7. Nos hemos preocupado que los Programas de Salud que hemos trazado tengan una continuidad, favoreciendo la venida de internos que en un futuro cercano serán probables Médicos de Teno.

8. La comunidad educada e incentivada puede responder adecuadamente de acuerdo a los fines que se persiguen.

9. Consideramos como la medida más importante, para atraer un equipo completo de profesionales de la Salud a un área rural es disponer, de un núcleo habitacional adecuado. (En el caso de Teno 1 Nutricionista, 1 Asistente Social, 1 Dentista Rural, 1 Matrona y una Enfermera debieron irse por falta de vivienda).

10. Si bien es cierto que la atención integral del paciente representó uno de los programas primordiales nuestros, las enormes dificultades encontradas con la regionalización de las Zonas de Salud, representaron un estímulo para acelerar la creación o el perfeccionamiento de nuestros servicios.