

EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIA

El primer premio al mejor trabajo presentado por un Médico General de Zona al Concurso del Colegio Médico para 1971, fue otorgado al equipo de salud dirigido por el Dr. Mario González E., en el Hospital de Nacimiento. Tal como en otros relatos de premios anteriores se puede apreciar cómo la labor tenaz e integrada de un equipo de salud logra desarrollar el nivel médico-social de una comunidad determinada en el breve período de tres años.

Experiencia de un Médico General de Zona en Hospital de Nacimiento

Dr. MARIO GONZALEZ E.
y Equipo de Salud

INTRODUCCIÓN.

Nacimiento, este pueblito desde donde se escriben estas líneas, es la capital del Departamento del mismo nombre, enclavado en la Provincia de Bío Bío.

La asistencia médica residente y continuada se inició en el año 1963 con el doctor Carlos Sahr, Médico General de Zona. Allí se encuentra probablemente el comienzo de este trabajo que ahora ponemos a consideración del Colegio Médico y autoridades de Salud.

Este reconocimiento obedece al hecho que desde el año aludido, los diversos médicos que eligieron a este pueblo, hemos sido, previa y actualmente auténticos amigos, sin que el trabajo diario nos hubiera llevado al roce tan común en nuestra profesión, haciendo de la crítica y de la autocritica una elevada actividad diaria. El sentido de integración con otros profesionales, cuando hemos contado con ellos, ha sido excelente y constituyendo, además, con el Personal un grupo afectivamente uniforme.

Los primeros trabajos de apertura a la comunidad y con una base administrativa elemental, empezaron ya el año 1969, pero han sido los años 1970 y en especial 1971, los que han dado al esfuerzo un orden determinado con metas fijadas previamente.

Así en el año 1969, trabajamos por primera vez con una institución afin, como Cruz Roja, para que se hiciera cargo del tratamiento controlado y responsable de los enfermos tuberculosos, obteniendo resultados excelentes.

Previamente aclaramos, que dependiente del

recurso Hospitalario de Nacimiento, está la Comuna de Negrete, cuyo Centro Urbano dista 18 Km. de nuestro pueblo. Su condición de daño económico-social y material determina una realidad independiente que escapa de nuestras posibilidades actuales, persistiendo como preocupación permanente. (Ver Anexo 1, página 10).

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DEL AÑO 1970-1971.

Naturalmente que este esclarecimiento es fundamental antes de iniciar cualquier tipo de acción. Entendido así se procedió a un estudio de recursos, necesidades y soluciones posibles, cuyo resultado se condensó en un extenso trabajo comparativo con otros Hospitales (Anexo N° 1) el cual dio cifras que produjeron alarma. La primera y más válida de las situaciones fue que de los Hospitales estudiados, elegidos por su condición de ruralidad y deterioro general, resultamos ser los más dañados.

El recurso asignado en sus detalles relevantes, es el siguiente: Población beneficiaria según Censo Nacional es de 25.622 habitantes, distribuidos en Comuna de Negrete (8.220) y Comuna de Nacimiento (17.402).

Como recurso inmueble; un edificio de madera construido el año 1940, con 42 camas, servicios indiferenciados, declarado insalubre, imposible de ampliar. En Negrete, una casa acondicionada como Posta, servida con un solo Practicante, con recursos menos que elementales. Como tercer elemento inmueble, se cuenta

con una Posta donada al Servicio por el Club de Leones de Nacimiento, y ubicada en el Distrito de Culenco, a 16 Km. de distancia, servida por una Empleada de Servicio adiestrada en funciones de Auxiliar.

Nuestra asignación presupuestaria es de E° 56,5 por habitante y por año, que en nada se parecen a los E° 274, de Concepción o los E° 300 y fracción de Santiago.

Disponemos de los siguientes recursos asignados por habitantes y por año:

Minuto Médico	7,2
(El año 1970 tuvimos 10,53)	
Minuto enfermera	3,51
Minuto Matrona	7,02
(Pero sólo disponemos de 3,51 en la práctica)	
Hora Auxiliar	1,32
Hora Personal de Servicio	1,32
Hora Chofer	0,15
Hora Administrativos	0,15
Día cama disponible	0,5

Ante las cifras anotadas, presionados moralmente, teníamos la obligación de buscar una nueva distribución de recursos, o crear situaciones inmediatas que se detallan a continuación.

1. CONSTRUCCIÓN DEL NUEVO HOSPITAL.

Los resultados del diagnóstico practicado, fueron dados a conocer en todos los sectores de la ciudadanía, desde el Centro de Madres, el Sindicato, a las Autoridades Locales, Provinciales y Nacionales.

Se reunieron dos Cabildos con representación de todas las organizaciones y niveles sociales del Departamento, logrando que la necesidad de un nuevo Hospital fuera decidido en forma unánime como la primera necesidad de todo el sector.

Avalada la petición en términos técnicos, se pidió a la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, a la Dirección Zonal y ORPLAN Concepción, cuyo Jefe se movilizó hasta el Pueblo, que este anhelo cristalizara. La decisión final nos llena de satisfacción. Se comprometieron los fondos para que el año 1972 tengamos un nuevo Centro de Salud, y este antiguo caserón sea acondicionado en un Hospital de Crónicos y Asilo de Ancianos (ya un equipo de Técnicos e Ingenieros, en forma voluntaria a petición nuestra, hicieron los estudios correspondientes para este acto).

2. ATRACCIÓN UNIVERSITARIA.

La pobreza de los recursos, lo enorme de la demanda asistencial espontánea, habrían hecho

casi imposible una labor realmente fructífera. Esta conclusión incontestable, nos llevó a la Universidad de Concepción y entregar a las autoridades correspondientes el proyecto de trabajo, sus proyecciones, su organización. El resultado fue la obtención de Internos de Medicina en forma permanente; y ocasionalmente, por periodos variables, Internos de Obstetricia y Odontología (7 internos en total). La escasez habitacional imposibilitaba su albergue, razón por la cual se creó el Hogar Universitario de Nacimiento, logro que se gestó con los siguientes pasos: La casa del médico Director; recientemente desocupada por traslado de él a Santiago, es el inmueble; en su alhajamiento intervinieron Industrias Forestales y voluntariamente colaboraron Centros de Madres, Municipalidad, Gobernación y Personal del Hospital.

Su administración y financiamiento doméstico, corre por cuenta de la Asociación de Ex Alumnos de las Universidades, Institución creada de inmediato y cuyo objetivo primero fue esta responsabilidad administrativa.

Es Centro de reuniones organizativas generales y será también albergue de las visitas que lleguen con su aporte cultural o científico. No gravita en el presupuesto del Hospital.

Los Internos que aquí se encuentran, se han incorporado a las labores que expondremos a continuación, actuando con sentido de equipo integral estrechamente relacionados y discutiendo resultados.

3. CREACIÓN DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES BÁSICAS.

Al analizar la distribución social de Nacimiento, nos encontramos con un sector marginal importante, pauperizado con cesantía, nivel educacional mínimo o inexistente. En dichos lugares, al hacer auditoría por muerte, nos encontramos con que la consulta por el daño era mínima. A lo anterior se suma el factor distancia geográfica. Además, el Hospital era el único lugar físico al cual llegaba el consultante por cualquiera razón; desde la curación mínima a la intervención quirúrgica.

Por lo tanto creamos estas unidades que sustantamente se gestaron y funcionan como se expone:

La comunidad puso a nuestra disposición un equipo de voluntarios y el inmueble que inicialmente fue de gran modestia. Por nuestra parte preparamos a los voluntarios según proyecto del curso, logrando una excelente captación de las enseñanzas por parte de éstos.

El control general del curso lo llevó la enfermera, los instructores fueron los médicos y auxiliares, siendo estos últimos los capacitantes en la parte práctica.

Trabajando en sus lugares, han cumplido en

estos primeros meses más de 6.000 acciones en salud entre controles, tratamientos y curaciones absolutamente gratuitos para el Servicio Nacional de Salud.

Allí mismo es hecha por los voluntarios la acción administrativa, la que informan normalmente a la Dirección del Hospital y al servicio de estadística.

Motivados por el buen rendimiento y posibilidad de consulta precoz hemos dispuesto al equipo de Internos para que se practique: atención médica y atención maternal en el lugar. Las auxiliares de terreno hacen clínica del niño sano y entrega de leche. La educación para la salud es practicada activamente por cualquier integrante del equipo del Hospital mediante charlas y discusiones en grupos. Ultimamente, y al llegar la profesional correspondiente, se hacen labores de Servicio Social. Estas unidades son: PROGRESO, LAUTARO y PRIMERO DE MAYO, ubicadas en los sectores marginales del pueblo.

4. LAS POSTAS RURALES COMUNITARIAS.

La creación de las unidades radio urbanas des congestionó la presión asistencial en el Hospital, situación que favoreció al sector campesino que encontraba copada las disponibilidades de tiempo profesional, pero no alcanza a satisfacer este problema repetido en los centros rurales.

Siguiendo la misma idea, creamos las Postas Rurales Comunitarias, preparando según programa a los voluntarios, presentados, vigilados y apoyados por las organizaciones de base.

En la primera que se fundó, existe en estos momentos un conflicto de adaptación entre el Sindicato Campesino y la voluntaria preparada (Sector Palmilla a 25 Kms. del Pueblo); creemos que si bien es cierto podemos mediar, no podemos inmiscuirnos en el problema mismo, hasta que la necesidad de salud y la posibilidad de solución, suavicen los escollos surgidos. De todas maneras, la Voluntaria cumple las labores de tratamientos, curaciones, controles y, lo más importante, detecta daños mayores enviándolos al Hospital con cierta precocidad.

La Posta de Tambillo es una realidad entusiasmante. Reunidos el Sindicato Campesino, el Club Deportivo y el Centro de Madres, han logrado construir una Posta, que es modelo de comodidad y buena disposición.

Las voluntarias preparadas en el Hospital, están capacitadas para servirla administrativa y asistencialmente.

En dicho, lugar se cumplen las siguientes acciones:

1. Control del Niño Sano y alimentación suplementaria. 2. Control y educación maternal.

3. Consulta médica. 4. Consulta de alimentación. 5. Controles, tratamientos, curaciones.

Las acciones funcionan en forma coordinada, eliminando cualquier intento de burocratismo que pudiera crearse en el equipo.

Posta Dollinco. Este Distrito se encuentra a poco más de 12 Kms. de Nacimiento. Su densidad de población es de 1.220 personas, entre las cuales hay 18 embarazadas detectadas.

Aquí es el Hospital el que en este momento está dando todo el trabajo, por tratarse de una situación particular. Las Voluntarias, a cuyo cargo estará la Posta, empiezan recién su curso. No existe aún un lugar propio de trabajo y se utiliza una casa particular. Pese a estos inconvenientes hemos decidido iniciar las acciones, como manera de estimular a esta comunidad, que tiene problemas de extrema gravedad. El minifundio de tierras de pésima calidad, llega a extremos increíbles, con predios de hasta media hectárea de cerros improductivos. Gracias a esta acción, ya se tiene la donación del terreno anexo a la Escuela de la Comunidad, la cantidad de E° 10.000,00 reunidos mediante beneficios y cuotas, el ofrecimiento de Intendencia de una pieza de 6 por 3 metros y se realizan las gestiones para adquirir una casa prefabricada con créditos, que logre satisfacer las necesidades elementales. Sin pecar de optimismo, ésta será una realidad a corto plazo.

Acciones que se cumplen en Dollinco:

1. Entrega de leche y control de Niño Sano. 2. Visita Médica. 3. Consulta de alimentación. 4. Educación para la salud. 5. Control y Educación Maternal.

Algunas consideraciones acerca de las voluntarias. La nominación de éstas es un derecho de la comunidad organizada, del cual hace uso sometándose a las exigencias mínimas que imponemos. La evaluación técnica y anímica, por lo tanto instintivamente, la practican estos beneficiarios, sorprendiendo la justeza de sus juicios. Son absolutamente voluntarios y hemos desalentado toda política de hipotética contratación que no siguiera los cauces administrativos normales.

Se ha insistido en ellas en la necesidad de detectar el caso que presupone peligro y en la manera de captarlo en forma oportuna. Desalentamos cualquier intento diagnóstico o terapéutico propios.

Hemos insistido en la acción preventiva, pero nuestra opinión es que ésta la cumplen mejor incorporadas a las campañas que relatamos más adelante.

Las voluntarias preparadas por nosotros no desertan, y la opinión del equipo es que se debe a la especificidad de sus fines, ya que ven el producto de su esfuerzo materializado casi de inmediato. Demás está insistir, que se trata de

lugareños auténticos, representantes genuinos del núcleo social que los elije.

Breve relato de la gestación de una unidad voluntaria. El equipo laboral del Hospital solicita una primera reunión ampliada con todas las organizaciones del lugar. Se da cuenta del estado ruinoso de los recursos existentes en forma oficial. Se les plantea la posibilidad de crear una de estas unidades prometiendo servir a la unidad en forma escalonada, de acuerdo al interés de la comunidad y a la disponibilidad de recursos.

Se les solicita de inmediato: Un Censo practicado por los mismos lugareños y la denominación de las candidatas a voluntarias. Se mantiene luego contacto con las organizaciones asistiendo regularmente a sus sesiones. Por nuestra parte, la decisión de crear una de estas avanzadas de salud es el resultado final de un análisis objetivo del interés, de la concentración de población y de las posibilidades futuras del sector.

Relación hospital con las unidades periféricas. Cada unidad lleva su propia estadística que se trae mes a mes al Hospital. En toda Posta que tenga atención médica se lleva el formulario P 442, o se tiene una ficha del paciente, cuyo número corresponde a la ficha original que tiene la oficina de estadística del Hospital. Toda voluntaria, rural o urbana, puede hacer uso de la hoja de interconsulta (Anexo 5) que da fichaje automático en el Hospital al portador de ella. De esta manera, el campesino del cual la voluntaria sospecha un cuadro de importancia obtiene la consulta correspondiente sin trámites, esta hoja vuelve con el enfermo, las indicaciones y el diagnóstico escrito, para que la voluntaria vigile la evolución y buen uso de las prescripciones.

Abriendo un paréntesis, hacemos constar que esta hoja ya está en uso entre los diversos niveles del equipo de salud mismo, como manera de agilizar la atención general del enfermo y aclarar las dudas que escapan de la especialidad de un profesional.

5. LAS CAMPAÑAS.

La primera de las campañas que emprendimos fue la prevención de las diarreas estivales. Su justificación, organización, manejo general, fueron siguiendo las pautas de la Dirección General del Servicio.

En la evaluación final, de ocho niños fallecidos en los meses de campaña del año anterior, por diarrea aguda, bajaron a tres, todos del sector rural.

En relación con la *campaña de las bronconeumonías*, y con mayor experiencia, se tomaron las indicaciones centrales como guía, pero hicimos nuestra propia planificación, en la cual asignamos las responsabilidades a los diversos estratos, considerando a la comunidad como el primer y más valioso recurso. En esta campaña pudimos verificar la efectividad de la acción conjunta, puesto que desde el empleado de servicio al médico director tuvo clarificada su responsabilidad y está cumpliendo su papel.

Los datos estadísticos mostraron la situación de muertes por neumonía en niños menores de 1 año, de abril a agosto, inclusive, en Nacimiento: 16 en 1970 y 5 en 1971. En Negrete se mantiene la cifra de 7 niños por imposibilidad de tener una cobertura adecuada y por el problema regional.

La *campaña del parto y puerperio* corresponde a una de las campañas locales que obedecen a causas precisas. El año 1969 el Hospital de Nacimiento captó el 61,8% de las parturientas para darle atención profesional. En Negrete sólo se captó el 20%. Esta captación sufrió una disminución que llegó en los primeros meses de 1971 al 41%. Por las altas cifras de prematuridad y de mortalidad neonatal, pensamos que era necesario emprender esta campaña.

La metódica de la campaña se reduce a los siguientes hechos:

1. Educación mediante charlas sobre los beneficios de la campaña.
2. Adiestramiento específico de las voluntarias para que sean propagandistas de la campaña.
3. Cursillo en todos los Centros de Madres sobre la materia.
4. Control del embarazo en las unidades periféricas (urbanas y rurales).
5. Ampliación de las disponibilidades materiales, en base a las camas de pensionados, puesto que maternidad sólo tiene 8 camas.

La *campaña de nutrición infantil* es de justificación obvia, y existiendo recursos suficientes creemos que podemos disminuir en forma significativa este flagelo. De esta campaña está en marcha la primera parte, es decir la dedicada al lactante.

Acciones realizadas:

1. Charlas sobre el problema.
2. Creación de un grupo de voluntarios con escolaridad secundaria o media que cumplen su función en las Postas, en las cuales figura la

consulta de nutrición como acción independiente.

3. Creación de un manual de alimentación del lactante adecuado al lenguaje popular, en el que se encuentra esquematizada la alimentación por mes del lactante.*

Se trabaja en este momento en un estudio estadístico sobre la nutrición infantil general, con el fin de tener un parámetro que nos permita medir resultado a largo plazo. Dicho trabajo ha sido encomendado a internos, personal auxiliar de terreno y enfermeras.

PLAN DENTAL ESCOLAR. Su resumen se anexará al final del relato.

6. TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN LOCAL.

1. *Estudio diagnóstico detallado del hospital*, que se hizo al comenzar este trabajo y que fue básico en la proyección del trabajo general.

2. *Estudio sobre mortalidad; estructura y tendencias*. En su elaboración participan fundamentalmente los internos (Jorky Jaque y Mariana González), colaborando con ellos el Servicio de Estadístico, Registro Civil y Vialidad del Departamento.

Sus conclusiones nos parecen de inestimable calidad para programaciones futuras, y será puesto a disposición de las autoridades correspondientes.

7. CONTROL ESTADÍSTICO INTEGRAL.

En nuestros hospitales no hay conciencia clara de parte del oficial de estadística de la trascendencia de su función, tanto como elemento básico de trabajo, estudio o proyección presupuestaria. A la inversa, los que laboran directamente en salud, tampoco dan la importancia que se merece a este rubro.

Por lo tanto, hemos logrado que cada sección o su jefe respectivo lleve su propia estadística, graficándola, como manera de ir viendo la progresión de sus actividades. Se discuten los resultados en conjunto y se concluyen soluciones que tienen una base más o menos cierta. Creemos que como método de trabajo es elemental a la vez de ser un constante acicate para sacar el máximo de provecho de los recursos.

8. LABOR ASISTENCIAL.

Estudio comparativo entre año 1970 y primer semestre 1971:

Rubro	1970	1º Sem. 1971
Consultas adulto	6.072	4.448
Consultas niños	3.064	2.836
Consultas maternas	1.313	2.256
Control niños por auxiliar	10.186	7.276
Egresos medicina	873	469
Egresos Obstetricia	546	307
Egresos Pediatría	202	129
Operaciones Cir. Mayor	213	219

9. EVALUACIÓN FINAL POR INCIDENCIA DEL DAÑO.

La ausencia de medios diagnósticos y de recursos especializados nos ha obligado a volcar el esfuerzo en la salud de daños bien precisos como es la morbi-mortalidad infantil.

No podemos asumir una pesquisa precoz y cuidadosa de las enfermedades tumorales.

Las lesiones degenerativas también se encuentran con las limitaciones acotadas, pero si entiende el equipo que en mortalidad infantil es posible lograr éxitos con un trabajo adecuadamente planificado e integrado, y nos atrevemos a presentar el resultado de esta labor, por el éxito que anotan las siguientes cifras comparativas:

Indicador	Comuna	1969	1970	1er. Sem. 1971
Tasa de mortalidad general	Ncto.	10,6	10,3	—
	Negrete	9,6	7,9	—
Tasa de mortalidad infantil	Ncto.	116,4‰	70,2	55,0‰
	Negrete	169,9‰	170,7	158,5‰
Tasa de mortalidad neonatal	Ncto.	43,8	21,9	20,6
	Negrete	48,3	29,2	85,3

Cabe finalmente agregar que la extensión del presente trabajo, excede probablemente las condiciones de extensión impuesta por el concurso del Colegio. No hemos querido resumirlo por considerar válidas la programación y conclusiones que hemos logrado.

Si en algo contribuyéramos a orientar acciones similares o superiores de otros equipos a los cuales estamos hermanados por pobreza de recursos, será este nuestro mejor logro.

El Departamento de Odontología del Hospital de Nacimiento, se sumó, al plan, creado,

programado y orientado, por el equipo Técnico del Establecimiento, plan que contiene un programa de Salud Integral Rural. Conociendo los recursos, de este Hospital y específicamente lo relacionado con Odontología, nos encontramos que existe un sólo Dentista, con seis horas contratadas, para una población de 26.000 habitantes, de los cuales 6.200 son escolares, y con niveles de vida del sólo 60% del promedio nacional, con un 29,2% de analfabetismo, el daño oral es también alarmante, con COP 24, siendo el promedio de COP 21, y como causales fundamentales de este daño aparece la desnutrición infantil y la falta de higiene bucal y la ausencia de programa destinados a la prevención del daño oral, tanto del Ministerio de Salud, como del Ministerio de Educación, como también gran despreocupación del propio Colegio de Dentistas de Chile. ¿Qué hicimos nosotros y cuál ha sido nuestro aporte a este enfrentamiento con el daño oral? Primero. Estudiamos nuestros recursos, nos posesionamos de todos los índices que nos eran útiles, comparamos, y nos encontramos con que éramos los más deteriorados dentro de nuestra zona de salud. Segundo. Cómo aumentar el recurso humano, sin costos para el Servicio Nacional de Salud; convenimos en proponer a la Universidad de Concepción nos enviaran Internos de Odontología, junto con Internos de Medicina, Obstetricia y Enfermería, y nos aceptaron nuestras ideas y programas. Tercero. La Escuela Dental a través de su Clínica Integral, nos envió inmediatamente, grupos de tres Internos por mes, y así comenzamos nuestra tarea. Cuarto. En conjunto, Profesionales, Fenats, e Internos, estuvimos de

acuerdo en crear nuevas estructuras, como son Consejo Local de Salud, Consejo Técnico del Hospital, y Comités Locales de Salud, es decir, participación de la comunidad en las decisiones, fundamentalmente actuando como sistema de apoyo. Quinto. Tomamos tres escuelas tipos para encuestar y medir daño, una dentro del pueblo de Nacimiento, una segunda fuera del radio urbano, pero en las cercanías al pueblo y una tercera rural, total 900 escolares, se constituyeron los comités locales de salud en todas, se dieron charlas de fomento y protección a todos los niños, a los Padres y Apoderados, a los Centros de Madres, Deportistas, Sindicatos, etc., se exhibieron diapositivas, se hicieron diarios murales con los Centros de Alumnos, se les enseñó técnica de cepillados y se atienden con demanda controlada y programa Incremental. Seis. Se hizo un Curso para todo los profesores, con nociones de anatomía, fisiología y patología de la cavidad bucal y finalmente se eligió a un profesor por escuela como delegado permanente de Salud. Siete. Funciona las 24 horas del día la atención de urgencia. Ocho. Se atiende a todos los funcionarios del hospital en horarios convenidos. Nueve. Hemos propuesto al Presidente Allende, Ministro de Salud y de Educación se cree un ítem en la Junta de Auxilio Escolar y Becas, para que se entregue dos veces en el año un cepillo de dientes y pasta dental a todos los escolares de Chile. Diez. En cada escuela dejaremos instalado un botiquín y la farmacéutica del Hospital se encargará de la supervisión. Once. En todas las escuelas rurales se continúa dictándose charlas de fomento.