

EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIAS

De acuerdo con las bases establecidas en años anteriores, el Colegio Médico de Chile procedió a entregar el día 3 de diciembre de 1970, Día del Médico, al Dr. Homero Vásquez y colaboradores el Primer Premio que le correspondió por su relato que hoy publicamos.

Por primera vez participaron en la selección de los trabajos y en el otorgamiento de premios, las Mesas Directivas de los Colegios de Enfermeras y Matronas de Chile. El Colegio Médico está cierto que en el curso del presente año podrán incorporarse a este concurso otros miembros del equipo de trabajadores de la salud.

Experiencia de un médico general de zona en el hospital de Quellón, Chiloé (años 1966 a 1970)

Dr. HOMERO VÁSQUEZ MESA

I. PRESENTACION.

A. Información básica.

Datos geográficos: Quellón es un pequeño puerto marítimo situado en el extremo austral de la llamada Isla Grande de Chiloé, a 43° de latitud sur y 73,5° de longitud oeste.

El área de acción comprende dos comunas, Quellón y Quellén y representa un total de 4.320 km². Dos tercios de esta superficie se encuentran concentrados en la Isla grande y el tercio restante en los archipiélagos de Chiloé y de las Guaitecas.

El clima de la zona es húmedo, lluvioso, sin nieve. La conformación del terreno es del tipo arenoso con abundante vegetación boscosa, colinas y pequeños valles.

El pueblo de Quellón es —desde 1967— punto terminal de la carretera Panamericana (sin pavimentar), su única vía de comunicación terrestre con centros urbanos mayores: Castro a 93 km. y Ancud a 175 km.

Datos biodemográficos: Con una población total de 12.936 habitantes concentrada en la franja costera de los canales, Quellón posee un porcentaje significativo de población indígena con características étnicas peculiares y aún atados a formas culturales primitivas que dificultan la penetración del desarrollo.

Las comunas de Quellón y Quellén tienen

un total de población, respectivamente para los años 1960 y 1970 de: 12.985 habitantes (1.233 urbanos y 11.752 rurales) y 12.936 habitantes (2.983 urbanos y 9.951 rurales). La estructura de la población por edades para 1970 es la siguiente: 401 menores de 1 año, 349 de 1 año 11 meses, 1.565 de 2 años a 5 años 11 meses, 2.877 de 6 años a 14 años y 7.774 mayores de 15 años.

Datos socio-económicos y culturales: En la economía zonal la actividad más común de los habitantes de Quellón es la pesca, cuyos productos son absorbidos por cuatro industrias conserveras medianas. También practican la agri-

EQUIPO DE SALUD:

Dr. Homero Vásquez M.
Dr. Jorge Baltra V.
Dr. Nelson Arriagada N.
Dr. Mario Leguer B.
Dr. Gonzalo Jiménez B.
Sta. Rosario Moya (enfermera).
Sta. Norka Guzmán (enfermera).
Sra. Delfina Vera (matrona).
Sra. Teresa Arriagada (matrona).
Sta. Berzabeth Aguilar (auxiliar).
Sra. Iliá Alvarado (auxiliar).
Sra. Aura Huichapani (auxiliar).
Sra. Teolinda Navarro (auxiliar).
Sr. Cayetano Mella (auxiliar).
Sr. Enrique Oyarzún (auxiliar).
Sra. Aídita Triviño (auxiliar).
Sra. Berta Triviño (auxiliar).
Sra. Nubia Torres (auxiliar).
Sr. Carlos Alcázar (chofer).

cultura (cultivo de la papa) y crianza de ganado bovino y ovino para consumo local. Existe escasa actividad de comercio. El trabajo artesanal es muy variado y característico de la zona.

Para completar los antecedentes socio-culturales y económicos, se realizó en 1968 una encuesta al 80% de la población. A partir de este estudio concluimos:

—en materia de viviendas: el 95% habita en casa de madera (autoconstruida), en un 80% las moradas están en regular estado y carecen de luz eléctrica y de agua potable (un 50% se abastece de pozos y el resto directamente del río). No cuentan con alcantarillado y la eliminación de excretas se efectúa por mecanismos insalubres.

—aproximadamente el 90% de la población trabaja en forma independiente.

—los ingresos son bajísimos en más de la mitad de la población. Pudo observarse que un 70% de la población tiene un ingreso per cápita mensual de menos de E° 200, un 22% lo tiene entre E° 200 y E° 500 y 8% sobre E° 500.

—hay un 18% de analfabetismo y del total de alfabetos el 90% sólo alcanza nivel de enseñanza primaria.

—prácticamente todas las localidades cuentan con escuela primaria y las dos principales (Queilén y Quellón) poseen hasta octavo año de enseñanza básica. No hay niveles superiores de educación.

La alimentación de la población es desequilibrada, con dieta pobre en vegetales por falta de cultivo de hortalizas a excepción de la papa y pobre en proteínas por falta de educación ya que la proteína marina es barata y fácil de conseguir.

Medios de comunicación: En el año 1966 no existía medio de comunicación telefónico ni radial, sólo telegrafía por hilos. No había vías de comunicación, terrestre, solamente la marítima con un barco quincenal cuya visita dependía de las condiciones climáticas. Esto generaba una condición de aislamiento con las consiguientes consecuencias de abastecimiento y otras.

B. Estudio de recursos.

A nuestra llegada realizamos un estudio de recursos y de sus condiciones. Las características de trabajo se mostraron entonces deficientes y en grave situación antihigiénica.

Brevemente presentaremos la situación de entonces:

—23 funcionarios: 1 médico, 1 dentista, 3 administrativos, 9 auxiliares y 9 empleados de servicio.

—presupuesto anual de E° 237.366,36.

—1 hospital tipo C con 20 camas con luz eléctrica municipal sólo de 19 a 24 horas y sin agua potable (agua extraída desde el río).

—el local hospitalario con espacio reducido y cuyas secciones se usaban alternativamente para labores clínicas y administrativas.

—Pupinelle y autoclave antiguos y en mal estado.

—pabellón quirúrgico sin luz adecuada ni máquinas de aspiración y anestesia.

—servicios de pediatría sin cocina de leche ni baño de lactantes.

—no había refrigerador para conservar las vacunas.

—cocina central con cocina en mal estado y sin eliminación adecuada de basuras.

—2 postas: Queilén (a 4 horas en barco) y Melinka (a 8 horas en barco), ambas rudimentarias y en mal estado. Había recientemente 3 nuevas postas en construcción (Queilén, Candelaria y Curanué).

C. Identificación de problemas.

Al analizar la información básica y el estudio de recursos se concluía que existía problemas derivados de la carencia de recursos y la falta de racionalización de los existentes. Esta situación imposibilitada hasta ese momento un programa de salud. Tal situación negativa era la siguiente:

Carencia de higiene ambiental mínima, local hospitalario inadecuado e insuficiente para las necesidades regionales, presupuesto bajo, personal escaso, déficit instrumental y ausencia de un programa de salud. Estimamos así innecesario ahondar más en justificaciones de los problemas de recursos. No obstante, la ausencia de un programa de salud nos parecía grave. Según los datos poblacionales el 80% de la población es rural y los recursos de establecimientos, además del hospital, eran sólo dos postas de irregular funcionamiento. La atención rural era prácticamente nula y este hecho era la base del problema general de salud en la región. El panorama concreto aparecía entonces del siguiente modo:

—Actividad limitada sólo a atención médica con escasa labor en protección. Fomento no figuraba en el contexto.

—En niños, alta incidencia de enfermedades respiratorias e infectocontagiosas. Ectoparasitosis muy frecuentes. De frecuente observación también lo era la displasia congénita de caderas.

—En adultos, alta incidencia de enfermedades broncopulmonares, especialmente TBC pulmonar. Sobresalía la gran multiparidad en las mujeres. Frecuencia desusada de síndromes epilépticos.

II. POSIBLES SOLUCIONES: PROGRAMACION.

Al encarar las posibles soluciones a los problemas identificados, nos formulamos en primera instancia algunos principios que orientarán nuestra labor: a) tratar de cubrir todos los problemas en forma progresiva e integrada; b) sostener las actividades teniendo como cimiento un equipo de salud resuelto y compacto, ligado a la comunidad organizada y a los niveles rectores del SNS; c) lograr que el SNS gravitara en forma decisiva en las determinaciones de la comunidad en materia de desarrollo.

Sobre las bases de estos principios nos propusimos entonces algunas metas iniciales para impulsar los planes: a) con presentación previa de los antecedentes cuantificados, solicitar en forma responsable aumentos de presupuesto, personal y recursos materiales; b) estimular a la comunidad en su preocupación por la salud y en la realización de aportes concretos en este sentido; c) elevar el nivel técnico del personal.

Con el objeto de efectuar integralmente las labores de protección, fomento y recuperación de la salud confeccionamos un Programa de Salud Rural con las siguientes características: Desde el hospital como centro de acción se irradiaría hacia la periferia una cierta modalidad de trabajo. Se promovería la concientización del personal del SNS y se organizaría la comunidad a nivel de salud utilizando las estructuras ya existentes (centros de madres, comités de pequeños agricultores, instituciones deportivas, escuelas, etc.). Con ellos se efectuarían sesiones conjuntas explicando los problemas y buscando concordar en la necesidad de construir locales dedicados a salud en los diferentes lugares. En las localidades de menor densidad de población propondríamos la formación de estaciones médico-rurales a cargo de una enfermera, una matrona y dos auxiliares, quienes la visitarían mensualmente. En las de mayor densidad, serían postas mayores atendidas por el equipo anterior más 1 médico y 1 dentista. En éstas también operaría el sistema de visitas mensuales pero tendiendo a aumentar la frecuencia a medida que mejoraren los recursos. En las estaciones médico-rurales se cumplirían las acciones de protección y fomento mediante el control de niños sanos, vacunación, alimentación suplementaria y control de embarazadas. Además, se dictarían charlas mensuales, complementadas de métodos audiovisuales, las cuales versarían sobre alimentación, embarazo, planificación familiar, puericultura, epidemiología, higiene ambiental, TBC pulmonar, etc. Se destacaría el rol de auxiliar de posta quien actuaría en protección y fomento, efectuando también

atenciones de urgencia, tratamientos, curaciones y atención de partos.

A nivel escolar se harían controles anuales de talla y peso, labores epidemiológicas y educación de grupos mediante charlas y exposiciones en los mismos locales.

Propondríamos finalmente la creación de la Semana de la Salud a celebrarse en Quellón y Quellón. Consistiría en una acción masiva de las tareas en salud acompañadas de exposiciones, proyecciones educativas de películas y diapositivos, charlas y otros mecanismos de difusión. Para esta labor nos haríamos asesorar por el educador sanitario del área de Castro.

Este programa de salud rural se complementaría con otros menores y específicos: programa TBC, planificación familiar y programa de higiene ambiental:

a) Por su magnitud, *el segundo problema serio era el de TBC*, para lo que necesitábamos un programa dirigido. Nuestro objetivo sería provocar un descenso significativo en la incidencia de TBC en la población. Sus bases principales eran:

Efectuar en primera instancia un estudio del estado de sensibilidad tuberculínica en la población y según sus resultados realizar posteriormente una campaña de BCG sucio.

Pesquisa intensiva de nuevos casos mediante el control de todos los contactos TBC para lo que se abriría un karex especial de los casos TBC, el control de los manipuladores de alimentos y el estudio completo de laboratorio y radiológico a todo sospechoso de TBC.

Tratamiento controlado con dosis intensiva triasociada (estreptomina, HIN y Pas) de los pacientes TBC hospitalizándolos durante 1 mes y en caso necesario, 2 meses. El tratamiento controlado continuaría ambulatoriamente durante un año y medio a dos con dos drogas (estreptomina e HIN) dos veces por semana, previo estudio de baciloscopia directa —en nuestro establecimiento—, cultivo y estudio de resistencia —en el Instituto Bacteriológico—, y radiografía de tórax en el Hospital de Castro.

La responsabilidad del tratamiento controlado en el extenso modelo rural sería entregado al profesorado de la localidad del paciente y en caso de no existir escuela, se destacaría a un "líder en salud" del lugar, la persona más idónea, cultural e intelectualmente preparada. Estos profesores líderes recibirían un curso intensivo de duración de una semana sobre "TBC y su tratamiento". El control se llevaría en una tarjeta calendario que portaría el paciente y en cada ocasión se le marcaría en ella una cruz. El médico revisaría esta tarjeta mensualmente.

b) En la región no existe el problema del aborto provocado sin embargo habiendo detec-

tado un problema de gran multiparidad en la población femenina de Quellón había que tender a resolverlo mediante la *planificación familiar*. En consideración al medio geográfico y cultural se usaría preferentemente el dispositivo intrauterino programando una cobertura de un 15% de las mujeres en edad fértil (400 casos). Esta acción sería dirigida a las *múltiparas* en primer lugar. Aprovechando las consultas se efectuaría paralelamente una investigación de cáncer cervical uterino cuyas muestras se enviarían a Santiago.

c) En relación al *programa de higiene ambiental* se vio la necesidad de enfrentar el problema del control de los manipuladores de alimentos fundamentalmente de cuatro industrias conserveras de mariscos existentes en Quellón. Para ello, iniciaríamos el uso obligatorio de un carnet y la realización de controles periódicos. Los controles de locales de expendio de alimentos son efectuados por el hospital base del área (Castro), luego nosotros apoyaríamos estas labores y pondríamos acento en la educación higiénico-ambiental. Concretamente nos propondríamos la creación del Comité de Adelanto Local para conseguir la urbanización.

III. RESULTADOS.

Las metas iniciales para impulsar los planes se cumplieron. Los resultados son los siguientes:

a) En presupuesto: el presupuesto anual según balance subió progresivamente desde 1964 a 1969 de E° 115.601 a E° 1.007.078, respectivamente.

b) En personal: de los 23 funcionarios iniciales en 1966 se aumentó paulatinamente a 52 en 1970, con la siguiente distribución: 4 médicos, 2 dentistas, 2 matronas, 3 enfermeras, 6 administrativos, 21 auxiliares de enfermería, 13 empleados de servicio y 2 choferes.

c) En recursos materiales: En 1968 se adquirieron 2 grupos electrógenos, central de radiocomunicaciones y planta filtradora de agua para el hospital. En 1970 se instaló servicio de agua potable en la localidad de Quellón. Se adquirió además: 1 equipo dental portátil, máquinas de aspiración y de anestesia y lámpara para pabellón quirúrgico, 2 pupinelles y 2 autoclaves, 2 refrigeradores, 1 esterilizador de maderas, 1 croupette, 1 incubadora, 1 equipo de rayos, 1 mimeógrafo, 1 máquina calculadora, 1 cocina de diseño especial, 1 lavadora automática de ropas y 1 secador de ropas. En relación a la habilitación de establecimientos: se construyó y habilitó un nuevo policlínico, la cocina de leche, una oficina de terreno, oficina administrativas. Se terminan y entregan 3 nuevas postas. Finalmente se adquirieron nuevos

vehículos (1 ambulancia y 3 Willys) y 4 motores fuera de borda para lanchas.

d) En relación con el mejoramiento del nivel técnico del personal se consiguió realizar las siguientes actividades: charlas a todo nivel del personal acerca del significado de nuestras acciones de salud, cursos de planificación familiar y de traumatología para dos médicos, práctica de laboratorio para un técnico, curso en salud pública para una enfermera, perfeccionamiento en contabilidad y administración de personal para dos oficiales administrativos, perfeccionamiento técnico y en salud pública de las auxiliares de enfermería, cursos en mecánica y electricidad para chofer y empleado de servicio.

e) Resultados del programa de salud rural (conlleva los resultados en organización de la comunidad):

Se logró efectivamente informar a la comunidad acerca del programa de salud rural y los pasos a seguir para cumplirlo. En lo que respecta a construcción de estaciones médico-rurales se obtuvo una positiva respuesta de la comunidad la cual construye 25 estaciones y habilita 12 más totalizando 37. De las 4 postas proyectadas, la comunidad construye y habilita 3, cuyas obras se finalizaron en 1970. Desde entonces se contó con un total de 7 postas. En la comunidad de Quellón un local de hospitalización con 8 camas y una casa habitación para médico residente. Las obras son terminadas en 1969, recibidas y habilitadas en 1970 por el SNS quien le destina un médico y una matrona para su atención.

Las estaciones médico-rurales permanecen siendo atendidas mensualmente por el equipo de salud previsto. Además se dictan en ellas un promedio de 10 charlas de extensión al año. Las postas son visitadas por el equipo respectivo y en la forma programada, superándose la frecuencia de 1 visita por mes y alcanzándose en 5 de ellas en 1970 a 1 visita semanal.

La cuantificación del rendimiento del programa se observa en los siguientes datos numéricos:

La mortalidad infantil descendió de 192 en 1967 a 125 en 1969. El control mensual de niños sanos subió de un promedio de 280 para el período 1963-1965 a un promedio de 1.500 para el período 1967-1969. El control de las embarazadas subió de 370 en 1963 a 449 en 1966 y a 1.465 en 1969. El número de partos con atención profesional subió de 71 durante 1963 a 137 en 1966 y a 233 en 1969. De las 51 intervenciones quirúrgicas de 1966 se ascendió a 97 en 1969. Los egresos hospitalarios totales son 413 en 1966 y suben a 734 en 1969 así como paralelamente el índice ocupacional sube de 49,4% a 69,6% para los mismos años.

El rendimiento del laboratorio en exámenes es de 145 en 1966 y de 695 en 1969.

La tasa de natalidad se mantuvo en niveles de 2,44% para 1967 y de 2,54% para 1969. El número total de atenciones dentales para los años 1966, 1967, 1968 y 1969 fueron respectivamente de 3.579, 7.672, 3.576 y 5.438.

f) Resultados en programa 2BC:

Se efectuó estudio de sensibilidad tuberculínica 1967 y campaña de BCG sucio en 1968. Se confeccionó catastro radiológico haciendo uso de máquina de Abreu portátil. Se preparó al profesorado de las diferentes localidades y a 4 líderes de salud para la continuación del tratamiento ambulatorio.

Se cumplió totalmente con lo programado en materia de tratamiento hospitalario ambulatorio controlado. De 137 casos de TBC controlados en 1967 se ha reducido a 60 casos en 1970 (52,6% de reducción). Es importante destacar que de 7 casos de meningitis tuberculosa durante 1967 y 1968 hemos tenido sólo un caso en el período posterior.

g) Resultados en planificación familiar:

De las 434 mujeres a cubrir en el plazo de 3 años, se ha logrado un número de 300 con el programa iniciado en 1968 con una duración de un año y medio hasta la fecha. El índice de mujeres multiparas atendidas en el Hospital ha descendido de 20% entre 1967-1968 a 12% entre 1969-1970.

h) Resultados en programa de higiene ambiental:

Se obtuvo el agua potable para la comunidad en 1969. Se logró el control con carnet de un 85% de los manipuladores de alimentos. Se dictaron 6 charlas sobre higiene a concurrencias

de manipuladores y dueños de locales de expendio de alimentos.

IV. CONCLUSIONES

Hemos tenido presente las constantes y las variables de los distintos problemas y hemos efectuado una planificación en la región, pero ante todo hemos sido realistas en la estimación de nuestras capacidades y de la respuesta comunitaria y por ello no extraemos conclusiones de éxito o de fracaso sino exposición objetiva de cumplimientos programáticos.

El contacto cotidiano con los problemas de salud locales nos permite presumir la posibilidad de obtener un rendimiento mayor, pero las condiciones socio-económicas de una comunidad pobre son un frío límite a nuestra acción. Asumir entonces la lucha contra el subdesarrollo y la asimilación de esta experiencia enriquecen el sentido de nuestra labor profesional. Asimismo la claridad que asume el concepto de salud integral al desarrollar las actividades profesionales en el medio rural ha sido aleccionadora en nuestra formación.

El trabajo reseñado en este informe no sólo corresponde al esfuerzo personal del autor sino a la actividad coordinada del equipo de salud en la región. Fundamental ha sido nuestra acción con los miembros de la comunidad y en tal sentido creemos que sin la participación de sus distintos sectores habría resultado imposible obtener los rendimientos expuestos. Igualmente la presencia activa de los niveles centrales del SNS han sido garantía en la mantención y desarrollo de los planes ejercitados.