

EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIAS

Una experiencia de medicina rural en Frutillar, Provincia de Llanquihue

Dr. ENRIQUE HURTADO

En este trabajo hemos tratado de presentar, en forma tan vívida como nos ha sido posible, la experiencia de un médico general de zona que inicia su ejercicio profesional en un Hospital rural. La situación que aquí se resume ha sido vivida en el Hospital de Frutillar, pero con bastante probabilidad es similar a las que muchos otros médicos experimentaron en similares áreas rurales. Reseñaremos primeramente las condiciones del ambiente físico, el medio cultural y el nivel de salud de la población de Frutillar, para referirnos más extensamente a los problemas que afrontamos y a las soluciones que pusimos en práctica en un esfuerzo para mejorar la atención médica rural.

El ambiente físico

La Comuna de Frutillar constituye una unidad geográfica y política del Departamento de Puerto Varas, Provincia de Llanquihue. Pertenecce a la XII Zona de Salud y tiene una superficie de 1.026 kms. cuadrados. Cuenta con caminos de ripio que se mantienen en uso a lo largo de todo el año y que permiten abarcarla en su totalidad. El clima es esencialmente lluvioso, no muy frío, en el cual las heladas son ocasionales.

La carretera panamericana sur divide la Comuna en dos partes algo desiguales. La zona que se encuentra hacia el lago Llanquihue está formada por lomajes suaves, donde se cultivan especialmente trigo, remolacha y papas. En la ribera del lago se encuentran dos poblados: Los Bajos hacia el norte y Frutillar Bajo hacia el

Después de haber cerrado con el comentario anterior la publicación de las experiencias de 4 médicos generales de Zona, que nos fueran entregadas por el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico, la Sociedad Chilena de Salubridad nos ha solicitado también la publicación del presente relato que corresponde a otra experiencia semejante en la Comuna de Frutillar. Este trabajo fue presentado a las Jornadas de Salud Rural patrocinadas por la Sociedad indicada y el Servicio Nacional de Salud que se acaban de realizar.

A pesar de las necesarias variantes locales, esta nueva experiencia sigue, en líneas generales, el patrón de las presentadas al Colegio Médico. Ello permitiría afirmar que los problemas de la atención rural y sus soluciones se encuadran dentro de un marco socio-económico y cultural similar en todo el país y que la observación atenta de cada una éstas y de otras experiencias hará posible extraer aportes valiosos para complementar la política de atención rural nacional.

sur. La parte occidental de la Comuna está constituida por planicies, es de clima más helado y posee extensas empastadas para la crianza y engorda de vacunos, lechería y ovejería.

El medio cultural.

Frutillar tiene un alto porcentaje de analfabetos, del orden del 30% en el grupo de mujeres en edad fértil, factor de gran importancia para programas de salud y protección familiar. La escolaridad promedio no va más allá del tercer año primario. La religión declarada mayoritaria es la católica, con una fuerte corriente protestante.

Como es natural, la principal producción y fuente de trabajo es la agricultura y la industria agrícola (lecherías, fábricas de chuño, industria lechera y quesera, industria del lino). Los principales productos agrícolas son la papa, la remolacha, la leche y el trigo. La crianza y engorda de ganado también son importantes como fuente de trabajo, en tanto que la industria maderera y el comercio lo son en menor grado.

La población ofrece diferencias étnicas importantes, originadas en una fuerte corriente de inmigración alemana que data del siglo pasado, grupo que se ha cruzado escasamente con los de origen indo-español. Al primer grupo pertenece la mayoría de los propietarios grandes y medianos; hay un numeroso grupo de pequeños propietarios, especialmente de origen no alemán.

El sistema de tenencia y cultivo de la tierra

por parte de los medianos y grandes agricultores muestra diferencias fundamentales con el que se puede observar en la zona central del país. El trabajo agrícola es altamente mecanizado, el propietario vive en el campo y lo trabaja en la inmensa mayoría personalmente, con ayuda de su familia; existe menor diferencia de trabajo entre patrón y obrero que en la zona central.

El obrero agrícola y pequeño propietario poseen un bajo ingreso, viviendas de mala calidad y alto índice de analfabetismo.

La vivienda es de madera, sin alcantarillado y sólo una escasa cantidad posee agua potable.

Los núcleos poblados contienen un 30-35% de la población total de la comuna. La densidad de la población es 14,3 habitantes por km. cuadrado. El acceso al hospital es difícil por haber escasa movilización colectiva expedita. Las organizaciones comunales más relevantes son las Compañías de Bomberos, Centros de Madres, Iglesia, Club de Señoras Alemanas, Club de Leones y de Huasos.

Resumiendo, se puede decir que la población se divide en dos grupos importantes, uno minoritario y otro formado por pequeños propietarios y obreros agrícolas de bajo ingreso y de origen indo-español.

La mayoría de la población de origen alemán ha recibido tradicionalmente atención médica particular en Hospitales vecinos, lo que es importante de señalar porque ha sido un factor que ha dificultado su motivación frente a los problemas de salud de la población total.

El nivel de salud

La población de la Comuna, estimada en 15.000 habitantes para 1966, es de estructura joven: 6.400 son menores de 15 años (43%). La natalidad, que se mantuvo estacionaria entre los años 1962 y 1965 a un nivel de 33-34 por 1.000 nacidos vivos, disminuyó a 24,6 en 1966, en coincidencia con un plan de regulación de la natalidad.

La mortalidad general ha oscilado en estos mismos años entre 9,2 y 12,3 por 1.000 habitantes; es interesante anotar que la tasa para 1966 baja a 6,8. La mortalidad infantil acusa un descenso continuado desde 1963, cuando era de 201 defunciones por 1.000 nacidos vivos, y alcanzó a 97 por 1.000 en 1966.

Un estudio especial de las muertes en el primer año de vida demuestra que, del total de estos fallecimientos, sólo un 50% ocurrió en el Hospital en 1965, cifra que sube a 67% en 1966. Estas cifras nos parecen muy bajas y traducen la interacción de varios factores. Uno de ellos es la dificultad de acceso al Hospital, característica de la ruralidad; el otro innegable factor es el bajo nivel cultural de la población.

Las causas más frecuentes de hospitalización de los lactantes menores en los años 1965 y 1966 fueron:

| | |
|----------------------------------|-----|
| diarrea aguda con deshidratación | 33% |
| diarrea aguda simple | 4% |
| desnutrición | 11% |
| neumonías y bronconeumonías | 27% |
| bronquitis asmática | 12% |

Lo importante es subrayar que casi el 86% de las hospitalizaciones de lactantes están motivadas por enfermedades que tienen un componente económico-social importante en su génesis, traduciendo las características del medio rural subdesarrollado. La letalidad hospitalaria es 8,8%.

Los partos atendidos en el Hospital han promedioado 480 anualmente entre 1962 y 1965, descendiendo a 391 en 1966, en relación con la reducción de la natalidad. Por otra parte la proporción de partos atendidos en el Hospital ha aumentado en este mismo período de 72 a 90%.

La atención médica

El Hospital se inauguró hace 10 años, es de madera y su estado de conservación es óptimo. Está emplazado sobre una colina entre dos centros urbanos. Frutillar Alto y Frutillar Bajo, más cerca de este último, a orillas del lago Llanquihue. Consta de 56 camas, repartidas en 4 camas de obstetricia, 4 de pensionado, 16 de medicina, 16 de cirugía y 16 de pediatría, con un índice ocupacional del 75%.

Posee dos casas que son ocupadas por los médicos. Originalmente, una era destinada al médico Director y la otra al personal superior, pero por no existir personal superior y gran escasez de casas, ambas son ocupadas por médicos.

Respecto a este problema, creo necesario decir que la existencia de casa para personal médico es fundamental. He conocido médicos cuya mayor desilusión por el trabajo surge de las dificultades para realizar su vida familiar. Debe pensarse que el grueso de los médicos que hacen este trabajo son los Generales de Zona, recién recibidos y, las más de las veces, casados hace poco tiempo. Puedo nombrar dos médicos que vivieron más de un año en una pensión, con esposas e hijos, para luego compartir por otro año el 2º piso de otra casa hasta instalarse definitivamente. Otro caso digno de citarse es el de un médico que debió tabicar él mismo con tablas parte del hospital para tener algo semejante a una casa.

Al asumir nuestro cargo, el hospital no contaba con colaboración de enfermera, matrona, asistente social ni técnico laborante. Esto se traducía en la existencia de personal auxiliar sin

más control y dirección que la que el médico le pudiera dar en los momentos en que, como tratante, le quedarán libres para este objeto. En el caso nuestro pudimos comprobar el deficiente cumplimiento de las indicaciones médicas, la increíble anarquía en el uso de uniforme y otros detalles de presentación, que a nuestro juicio son fundamentales como factor de aseo y disciplina.

Como ayuda al diagnóstico clínico existía un aparato de Rayos X recién instalado y uno que otro instrumento mínimo de laboratorio, cuyo uso estaba también limitado por el factor tiempo.

Respecto a la labor materno-infantil, además del Policlínico existía un local en Frutillar Alto, a 4 km. del Hospital, donde se atendía todas las tardes, haciendo entrega de leche, control de peso y vacunación. Analizando el número de niños en atención pudimos darnos cuenta que alcanzaba a una proporción muy baja del total que deberíamos estar atendiendo. La razón era que la población vivía propiamente en el campo y tenía un acceso muy difícil al Consultorio.

Por ello decidimos hacer un cambio: abrimos 5 estaciones médico-rurales de atención semanal, ubicadas en los extremos de la Comuna y dejamos el Consultorio de Frutillar Alto para la entrega de leche y vacunación, debiendo los niños enfermos ser trasladados al Hospital. Al poco tiempo pudimos comprobar que la cantidad de niños en control ascendió notablemente, y el número de consultas creció en forma paralela. Muchas de éstas se debían a causas banales e iban en constante aumento; esta dedicación progresiva a la micropatología nos fue impidiendo una mayor dedicación a los casos graves, que requieren más estudio y observación.

Para seguir planteando el problema tal como se nos presentó, habría que indicar como procedíamos con un enfermo grave, ya sea porque merecía dudas en el diagnóstico o dificultades para el tratamiento. La respuesta parecería fácil: derivarlo al Hospital Regional, que queda a 50 km. de Frutillar. No siempre esto es posible, ya que una cesárea inminente o un parto complicado tienen un riesgo muy elevado en un viaje de esta especie. Respecto a un enfermo que necesitaba ser visto por especialista resultaba sumamente caro y molesto para el mismo paciente. Citemos un ejemplo: se desea enviar al especialista a un enfermo sospechoso de tuberculosis pulmonar. Para esto hay que pedir previamente hora por teléfono, llamada de larga distancia que a veces se obtiene con mucha demora o con las líneas incomunicadas. Generalmente el enfermo es citado para una semana después; el Hospital le costea el pasaje (E° 3 ida y vuelta). El especialista le pide una radiografía o exámenes para los cuales el en-

fermo debe concurrir otro día, lo que significa otro pasaje. Con esos exámenes el enfermo pasa a manos del especialista y el resultado de la interconsulta llega al cabo de 10 ó 15 días por vía postal. Cuando el enfermo requiere hospitalización en el Hospital Regional, el trámite se complica y alarga aún más.

Este tipo de situación agravaba la operación eficiente de un Hospital rural, como el nuestro, donde el acceso es ya un problema difícil. Hay en la práctica una insuficiencia de los Hospitales Regionales para dar servicio a los casos referidos desde Hospitales rurales, muchas veces por falta de recursos médicos, materiales y otras por falta de coordinación administrativa.

Además de las dificultades que surgen en la derivación de enfermos con fines de diagnóstico, tenemos las que surgen en el tratamiento, ya que los pacientes viven por lo general en zonas donde no hay quien les coloque una inyección. La lejanía trae como consecuencia múltiples interrupciones en el control y el abandono del tratamiento iniciado.

Otro de los problemas más graves con que nos encontramos al llegar al Hospital fue nuestra inexperiencia para realizar las funciones de administración y dirección del Hospital. Durante la capacitación como médico general de zona no se ha dado, salvo este año, importancia a este aspecto de especial importancia en el caso de aquellos médicos que van a afrontar de inmediato la dirección de ese Hospital. Este aspecto de la medicina rural fue el que nos dio mayor intranquilidad, pensando que teníamos la responsabilidad de un Hospital de 56 camas, de administrar un presupuesto de 600 millones de pesos anuales. Este punto constituye para nosotros un gran contrasentido del programa de adiestramiento de los médicos generales de Zona.

Los problemas que hemos enumerado son un factor común en numerosas localidades de características rurales y los médicos generales de zona que nos encontramos hace un tiempo trabajando en ellas tenemos un lenguaje común motivados por inquietudes comunes.

¿Cómo se podría resumir esta etapa que va desde la salida de la Escuela, en la cual se ha recibido un caudal en conocimientos, hasta el momento en que tras dura experiencia, se logra ordenar, sistematizar y resolver estas dificultades?

Llegamos a un pueblo desconocido y nos encontramos con un hospital con escaso personal, de bajo nivel de organización con problemas de regionalización que hacen que la derivación de enfermos sea lenta, cara e infructuosa. A ello se sumaba un elevado volumen de enfermos de los cuales muchos consultan más por razones socio-económicas que por sufrir una enfermedad seria y los que realmente estaban enfermos

sufrían las dificultades de la derivación, y una vez de vuelta a su ambiente, tenían dificultades para seguir su tratamiento.

¿Qué solución podía darse a estos problemas?

Naturalmente era necesario abordarlos desde varios ángulos, con un solo objetivo, mejorar el nivel de salud del medio rural. El centro de salud rural debía ser transformado en un hospital capaz de solucionar las principales dificultades, con medios de ayuda para el diagnóstico como laboratorio y rayos, si bien no de alta especialización por lo menos suficientes para solucionar los problemas comunes que hasta el momento se estaban derivando. La hospitalización, de este modo, podría rendir más, para lo cual previamente era necesario adiestrar al personal en ciertas normas elementales de enfermería. Para que la hospitalización pudiera ser soportada por el sistema existente, era necesario modificar los servicios. Por citar un ejemplo, el lavado de ropa se hacía a mano por estar las máquinas malas desde hacía 8 años. Esto significaba lavar 80 kg. diarios de ropa en una zona extremadamente lluviosa, que hace difícil el secado y planchado.

La solución a estos problemas ha requerido tiempo y para las adquisiciones de tipo material la comunidad ha aportado una valiosa colaboración.

Respecto al personal hubo que diferenciarlo entre auxiliares y empleadas de servicio, ya que sus labores estaban antes prácticamente confundidas. Observación de horarios, uso de uniformes, trabajo de pabellón, introducción de nuevas técnicas de esterilización, nuevas técnicas de control de tratamiento en base a tarjetas, etc., fueron algunas de las transformaciones que se hicieron posibles dedicándoles horas médicas. Pero el trabajo no se completó hasta la llegada de una enfermera universitaria, hace 6 meses atrás.

En el Hospital se comenzó a operar con la asesoría de un cirujano del Hospital Regional, quien concurría semanal o quincenalmente para intervenir en aquellas operaciones para las cuales no estábamos capacitados. Esto significó dotar al pabellón de una máquina de anestesia, motor de aspiración de secreciones, etc. Hoy el Hospital atiende más del 90% de sus necesidades quirúrgicas y algunas de las de otros Hospitales rurales de la zona.

Los elementos de ayuda diagnóstica, laboratorio y rayos, necesitaban ponerse en uso. Para ello se adiestró una auxiliar de enfermería como auxiliar de rayos y laboratorio en nuestro vecino Hospital de Purranque, labor que se completó a principios del presente año con la llegada de un técnico laborante.

En estos momentos en el laboratorio del Hospital se practica hemograma, VHS, orina, uremia, glicemia, Kahn, clasificación de grupo

sanguíneo y Rh, aglutinaciones de tífus, paratífus, brucelosis, hemocultivo, cultivos y antibiogramas, pruebas de floculación hepática, bilirrubina, etc.

El equipo de rayos debió ser complementado con cámara oscura, chasis, etc. Hoy es posible realizar en el Hospital radiografías de tórax, abdomen simple, huesos, colecistografías, colangiografía post-operatorias y, en forma experimental, histerosalpingografías y pielografías.

En la actualidad el enfermo sospechoso de tuberculosis se hospitaliza 1 ó 2 días y se hace todos los exámenes, de manera que cuando se envía al especialista este dispone de todos ellos.

La posibilidad de hacer un trabajo médico disponiendo de exámenes de laboratorio y rayos ha sido un aliciente de trabajo de primordial importancia. Lo que más hace del trabajo médico rural una cosa rutinaria y monótona es el tener que conformarse con ver resfriados y dolores de espalda, como lo han manifestado muchos colegas de otras localidades.

En esta etapa del camino hemos conseguido hacer funcionar el hospital con mayor rendimiento. Los médicos han aumentado de dos a tres, se ha incorporado matrona, enfermera y técnico laborante. Los costos de atención para 1966 fueron:

| | <i>Hospital Regional</i> | <i>Hospital Frutillar</i> |
|----------|--------------------------|---------------------------|
| Día cama | E° 20,52 | E° 10,63 |
| Egreso | E° 242,50 | E° 81,21 |
| Consulta | E° 23,52 | E° 10,40 |

Sin embargo, a pesar de estar trabajando con un equipo de salud más o menos completo y con un hospital con rendimiento técnico y económico mayor, seguíamos enfrentados con los grandes problemas derivados de la demanda creciente de consultas y de las dificultades para cumplir los tratamientos y hacer una efectiva labor de terreno, factores estos últimos relacionados con las características rurales de la población.

Fue evidente para nosotros la necesidad de dar asistencia permanente en el mismo lugar donde vive la gente, en especial en los núcleos poblados más alejados. Para ello era necesario crear un equipo de auxiliares que vivieran en las postas y estuvieran capacitadas para realizar labores de educación, servir de enlace entre médico y enfermo, controlar tratamientos, conocer de cerca los hogares y sus factores condicionantes de salud.

Esto hizo necesario reclutar alumnas y modificar el plan de enseñanza clásico de auxiliares de enfermería. En el primer aspecto se topó con problemas propios de la comunidad, el más importante de los cuales fue la falta de escolaridad

hasta 3er. año de Hdes. de los establecimientos educacionales de la comuna. Hubo que conseguir alumnas de pueblos vecinos; Puerto Varas, Pto. Montt, Purrunque y Osorno. Como no tenían alojamiento fue necesario construir una residencia para ellas, para lo cual se habilitó una parte de la buhardilla del Hospital.

La modificación del plan de enseñanza fue relativamente fácil, porque se contó con la colaboración de la experiencia realizada en Purrunque en los años anteriores y también con la ayuda directa otorgada por la Dirección General.

En la actualidad el curso se encuentra en desarrollo; de él saldrán 10 auxiliares de enfermería rural, 5 de las cuales trabajarán en las postas el próximo año y el resto en el Hospital, paliando en parte la escasez del personal que allí labora. Tenemos ahora 7 auxiliares de enfermería; una de ellas trabaja en laboratorio y rayos y otra que hace rotativamente turnos de noche. De este modo, con 5 auxiliares se hace el trabajo diario en un Hospital de 56 camas con 75% de ocupación y más de 60 consultas diarias de policlínico. Las nuevas auxiliares se recibirán en Marzo, luego de 10 meses de capacitación. Entonces estarán en condiciones de realizar las labores de fomento, protección y recuperación de la salud.

Nuestra etapa actual es una especie de pre-ámbulo a un trabajo de medicina integrada en

el medio rural. Sus resultados habrá que evaluarlos a plazos variables de manera de poder corregir los errores propios de la falta de experiencia.

Para terminar, debo decir que esta labor no se alterará por la rotativa de médicos generales de zona que pasan por una localidad, porque será una labor posible de continuar con proyectos concretos. Creo, por el contrario, que realizar un trabajo en una línea definida facilitará más su labor.

En nuestro caso, cuando nuestro período como médicos generales de zona está en vísperas de terminar, tenemos con nosotros ya a los colegas que seguirán en Frutillar. Este período de trabajo en conjunto con los que nos iremos, les ha servido para conocer la comunidad y los proyectos en marcha. Será y lo está siendo una capacitación, a nuestro juicio realista, por cuanto los nuevos médicos rurales se han acostumbrado a trabajar con los elementos clínicos y terapéuticos disponibles. Se supera así el problema que nosotros mismos sufrimos cuando, después de un período de capacitación en un hospital de Santiago, nos desorientó la falta de medios de trabajo, al llegar al medio rural. Más aún nuestros colegas aprendiendo en el terreno mismo la delicada labor de dirigir y manejar los recursos de salud y, lo que es más importante, sentirán desde un principio como propio y como desafío el llevar adelante una labor que los identifica.