

Mi Experiencia como Médico General de Zona en Calbuco

My experience as a general practitioner in Calbuco

Francisco Barrera Q.¹

RESUMEN

Curiosamente la presentación de experiencias de diversos médicos generales de zona, están estrechamente ligadas a la Décima Región del país y particularmente a la provincia de Chiloé. Es probable que su reconocida magia inunde los espíritus de aquella gente que llega a trabajar a dichos lugares, o que la increíble resiliencia de sus habitantes invite a un reconocimiento, profunda reflexión y alto grado de compromiso con ellos. Se presenta mi experiencia y vivencias, a través de un relato personal y descriptivo con algunos resultados de nuestro trabajo en el hospital y en la comunidad. La modernización, con sus fortalezas y debilidades va apagando la llama de la magia de Chiloé, sin embargo persiste la clara sensación de que, a pesar de todo, el incorporarse a trabajar con su gente produce un encantamiento que perdura para siempre.

***Palabras clave:* Médico General de Zona, MGZ, Calbuco, Problemas de Salud, Comunidad, Patrimonio Cultural de la Salud, Programa Médico General de Zona**

ABSTRACT

Interestingly, the experiences presented by several rural general practitioners are closely connected with the Tenth Region of the country and, particularly, with the province of Chiloé. It is likely that its renowned magic fills the spirits of the people who come to work in such places or that the incredible resilience of the inhabitants encourages admiration, contemplation, and deep commitment to them. My experiences are presented through a personal and descriptive account with some results of our work in the hospital and in the community. Modernization, with its strengths and weaknesses, fades the flame of Chiloé's magic, but there is still a strong feeling that, despite everything, working with its people produces an enchantment that lasts forever.

***Key Words:* General Practitioner, GP, Calbuco, Health problems, Community, Cultural heritage of health.**

Recibido el 20 de julio de 2016. Aceptado el 22 de diciembre de 2016

¹ Servicio de Pediatría Hospital Clínico San Borja Arriarán. Correspondencia a: fbarreraq@gmail.com

ANTECEDENTES

El 22 de julio de 1955, durante el segundo gobierno de Carlos Ibañez del Campo (el General de la Esperanza), a través de un decreto del entonces Servicio Nacional de Salud (creado en 1952), se establece el “Reglamento para la provisión y desempeño de cargos de médicos generales de Zona (MGZ) en el país”. Destacada participación en esta novedosa y trascendental planificación del Chile de aquellos años, le cupo al Dr. Bogoslav Yuricic T., en aquella época Sub Director del Servicio Nacional de Salud. La medida se enmarcaba en una serie de reformas sociales, que incluían educación, vivienda, seguridad social y salud. Esta última área había entrado en una fase de reorganización que incluyó la necesidad de descentralizar la atención médica, llevándola a zonas remotas y carentes, destinando para ello a jóvenes médicos para que desarrollaran experiencia y optaran posteriormente a becas de especialización y a una carrera funcionaria. Todo en un ámbito de integración con las comunidades.

El programa, que este año 2015 cuenta con 1400 profesionales, de entre 25 y 34 años, ha cumplido 60 años desde su creación, ocasión en la que el Colegio Médico efectuó un reconocimiento a la labor de todos aquellos profesionales que cruzaron el desierto, ríos y lagos, para llevar la medicina a quienes lo requerían. También fue el momento en que las antiguas y nuevas generaciones de MGZ analizaran los avances y deudas en el sector; las mismas que derivaron en movilizaciones en todo el país a comienzos de ese año, en demanda de mayores incentivos y mejoras laborales para el plan, que está a cargo del Ministerio de Salud.

“Se necesitan recursos humanos suficientes, mejor y mayor infraestructura, además de herramientas para hacer diagnóstico. También, que exista una cantidad acorde de becas de especialización, porque si en unos años eso se deteriora, se pierde el estímulo de ser General de Zona”. Comenta Felipe Cayupi, uno de los principales líderes de este destacado y esforzado grupo de profesionales médicos, que posteriormente a su creación, incluyó a Dentistas Generales de Zona.

Hoy, existen diversas organizaciones y actividades que tienden a darle vida y estímulo a este grupo de profesionales, destacando la Agrupación de MGZ, Congresos científicos y Concurso literario y fotográfico. Con el transcurso del tiempo, el Programa original ha sufrido diversas modificaciones, siendo siempre los pilares fundamentales la destinación de profesionales jóvenes a provincia y la posibilidad posterior de acceder a una especialización. El Programa y Concurso CONISS 2016 invita a los egresados de la última promoción médica a la Etapa de Destinación y Formación (EDF), referida como Plan de Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud y regida por el Artículo 8° de la Ley 19.964. Suena fuerte lo de “retención”, pero debe referirse a la tardía intención de reencantar a los profesionales médicos y odontólogos con la salud estatal.

MI EXPERIENCIA COMO MEDICO GENERAL DE ZONA

En mi situación personal, me motivó profundamente la idea de ser MGZ, ojalá en Chiloé, dado que había participado durante tres años en trabajos comunitarios de verano en aquellas maravillosas islas y lugares. Territorio que marcaría intensamente y para siempre mi futuro desempeño profesional. Habíamos conversado en nuestro grupo de futuros colegas lo interesante que sería ir a desempeñarse como MGZ en algún lugar muy apartado, lejos del mundanal ruido y que tuviéramos la posibilidad de ejercer la medicina como nosotros pensábamos que debería hacerse. Nuestra juventud e intrepidez así lo requería. Acordamos con Sergio Aitken L., colega y gran amigo irnos juntos posiblemente a Calbuco, incorporando al grupo a su esposa Patricia, enfermera universitaria. Previo a todo ello, hicimos el curso de Urgencia de tres meses en la Posta Central y estuvimos participando un año en turnos de urgencia voluntarios en una antigua posta



Ilustración 1: Dr Bogoslav Yuricic Turina

Dr. Bogoslav Yuricic Turina: Nació en Punta Arenas en 1908, se tituló de Médico en la Universidad de Chile en 1934. En 1944 se titula de Especialista en Salubridad en la Escuela de Salubridad de la U. de Chile y luego Master in Public Health en la Columbia University, en Estados Unidos. Médico Residente del Sanatorio de San José de Maipo, y en el año 1940 Director del Sanatorio de Putaendo. En 1952 le corresponde la difícil tarea de emprender la puesta en marcha de un Servicio de Salud, nacido de cuatro grandes y tradicionales instituciones: la Dirección General de Beneficencia, la Dirección General de Sanidad, el Seguro Obrero Obligatorio y la Dirección de Protección a la Infancia y Adolescencia. Su gestión la realiza con gran éxito y entran en actividad las 13 Zonas de Salud a lo largo del país, que operaron con gran impacto para la

salud pública chilena durante 25 años. En 1952, gana por concurso el cargo de Sub-Director Ejecutivo del SNS, que desempeña hasta 1958. Luego asume diversas tareas en organismos internacionales.

En su descendencia, dos hijos, Anita María y Andrés, serían médicos destacados. Anita María fallece trágicamente el 6 de mayo de 1963 en la así denominada "Tragedia del Arriarán" y Andrés que luego de su beca de obstetricia seguiría en la senda de la administración, al igual que su padre. Una lancha que surca los canales e islas del archipiélago de Quinchao, entregando salud hasta los últimos rincones llevaría el nombre de Anita María Yuricic.

ubicada en Ñuble con Chiloé. Posta brava que recogía toda la violencia del sector del Matadero, Santa Isabel y la zona del Zanjón de la Aguada.

Un lluvioso día de abril de 1970, jugando un partido de Baby football en la cancha de Chiletra (por allá por Vivaceta), en el entretiempo se acerca un joven colega cuyo nombre supimos después (Dr. Jorge Minguell Uribe), quien señala que necesita dos colegas y en lo posible una enfermera para incorporarse a su equipo de salud en Calbuco. Ofrece cargos médicos y de enfermera y contrato a partir del 1° de junio de 1970. Nuestra respuesta fue muy rápida, concursamos y quedamos de ir a conocer el nuevo y flamante hospital, inaugurado en febrero de 1969, dado que el viejo edificio inicial inaugurado en 1907, había sido consumido por las llamas de un incendio que arrasó con el pueblo, la trágica noche del 11 de octubre de 1962.

El fin de semana siguiente partimos a conocer Calbuco. El pueblo y el nuevo edificio del hospital llenaron todas nuestras aspiraciones.

Ya contratados en el hospital iniciamos nuestra labor el primer lunes de junio de 1970, con todas las ansias de un profesional joven.

El hospital de Calbuco se había visto beneficiado con este programa de MGZ, creado por el Servicio Nacional de Salud. Previo a nosotros habían estado el Dr. Silvio Roncone S., el Dr. Carlos Yurac B., cuya familia materna era de Chiloé, su esposa Dra. Gloria Romero, el Dr. Hernán Moya S. y la Dra. Mónica Bruzzzone O. El Dr Roncone había contraído matrimonio con una dama de la sociedad calbucana. Todos ellos profesionales que habían desarrollado un excelente trabajo y generado en la comunidad un profundo sentimiento de gratitud hacia el equipo médico.

El departamento de Calbuco está ubicado al sur de la provincia de Llanquihue, abarcando parte del continente y numerosas islas. El pueblo (que junto con la isla Grande de Chiloé fueron los

últimos enclaves de España en Chile) fue fundado en 1682 por el maestre de campo, Capitán Francisco Hernández Ortiz quien ordena levantar una empalizada y funda el “**Fuerte San Miguel de Calbuco**”, en homenaje a la imagen del santo que los acompañó durante toda la travesía. La imagen hoy es guardada en la Iglesia Parroquial, creada en 1710 por orden del obispo de Concepción, iniciando la presencia evangelizadora Jesuita en el área. Ese mismo año llegan 166 indios chonos provenientes de las islas Guaitecas. El párroco calbucano les cede la isla Huar, pero el surgimiento de distintos problemas les hacen regresar al sur.

En esa época su población alcanzaba a 24.885 habitantes, de los cuales 4728 eran “urbanos”. Su división administrativa consideraba 19 distritos: Chayahué, Codihué, Aguantao, Daitao,, San Rafael, El Rosario, Quetrolauquén, Alfaro, Chuchahue, Puluqui, Machil, Chechil, Llaicha, Calbuco, Caicaén, Quihua, Quenu, Chidhuapi y Tabón. La mayoría correspondía a islas o poblados en las grandes islas de Calbuco y Puluqui. Calbuco perdió su condición de isla en 1968, por un “piedraplén” de 180 metros que la une a continente. Previo a ello, los pacientes eran trasladados en camilla, a pulso, hasta la ribera cercana al continente. Posteriormente pudo disponerse de dos ambulancias, una en la isla y otra que esperaba el balseo en el continente. Su economía era monoproduktiva (industria conservera) y primitivamente agrícola.

Había una excelente dotación de escuelas y una de las situaciones que me produjo asombro fue ver como los niños que salían de los bosques iban silbando para encontrarse y agruparse con sus compañeros. Como en el país vasco, pero en ese caso son gritos característicos (irrintzi, grito gutural estridente y prolongado en zonas montañosas de las provincias vascongadas) emitido con diversos propósitos, entre otros señales de alerta y encuentro.

Al integrarnos al equipo de salud local, percibimos que la comunidad tenía malas condiciones de vida y serios problemas de salud:

- Alta tasa de parto sin atención profesional
- Una tasa de mortalidad infantil de 193.3 por mil RN vivos, una las más altas del país y una tasa de mortalidad neonatal de 104,9 por mil RN
- Elevada tasa de desnutrición infantil, fundamentalmente de tipo marasmo
- Elevada tasa de Tuberculosis, con muchos pacientes, niños y adultos jóvenes con meningitis tuberculosa. Unido a lo anterior, alta incidencia de sarampión con resultado de muerte por sus complicaciones. Ello nos hizo sospechar de la eficacia y cumplimiento del programa de vacunación
- Alta tasa de enfermedades respiratorias agudas
- Alta tasa de parasitosis, fundamentalmente parásitos redondos, que en la jerga local se denominaban “sapos”. Nada más ingrato que al descubrir los niños hospitalizados, se apreciaba un ovillo de parásitos en la cuna. Peor aún al almuerzo con frecuencia había tallarines, de un aspecto muy similar
- Elevada tasa de alcoholismo
- Alto índice de ruralidad, a veces extrema

Había tanto que hacer y tan pocos recursos, sin embargo teníamos una fe enorme que podíamos salir adelante. La unión del equipo era férrea y su Director y líder natural estaba empeñado en que podíamos mejorar la salud local. En las reuniones periódicas de Consejo técnico se diseñaba la estrategia a seguir para enfrentar los flagelos ya mencionados. El personal profesional estaba integrado por 3 médicos, 2 enfermeras, 1 matrona, 1 dentista, 1 químico farmacéutico (hija del químico farmacéutico dueño de la única farmacia del pueblo y esposa del alcalde).

Con posterioridad se agregaron otros profesionales, alcanzando a 4 médicos, 4 enfermeras, 2 dentistas, 2 matronas, 1 tecnóloga médica, 1 asistente social.

El Dr. Sergio Aitken L., había sido auxiliar de anestesia en la Maternidad del hospital San F. de Borja, habiendo logrado una importante experiencia en el manejo de la patología gineco - obstétrica. De hecho, rápidamente creó una atención expedita en esta especialidad. Incluso junto con el Director del hospital se pusieron en **contacto con las parteras de la comunidad**, visitaron sus huertos, las hierbas utilizadas para el embarazo, parto y puerperio y colaboraron en la atención brindada por ellas. Actividad que permitió disminuir el parto domiciliario, mejorar las condiciones del Recién Nacido y disminuir la morbimortalidad del binomio madre – hijo. Junto a ello, se percibió la necesidad de crear un **hogar de acogida** para la embarazada con riesgo o de proveniencia rural, de tal modo que en fecha cercana al parto la embarazada quedaba en el hogar, distante media cuadra del hospital. Ello permitió mejorar las condiciones y oportunidad de la atención del parto, puerperio y Recién nacido.

Me correspondió asumir la tarea de la salud del niño. Con el Dr. Sergio Aitken y la enfermera asignada a Pediatría, diseñamos un mapa del pueblo y sus localidades que permitió identificar 17 niños con desnutrición de 3er grado y alto riesgo de muerte. Todos estos niños los hospitalizamos para una evaluación de riesgo nutricional, parasitosis, anemia y raquitismo e intervenidos en estos aspectos. **Logramos que ese primer año ninguno de estos niños falleciera**, lo que impactó muy positivamente en la elevada tasa de mortalidad infantil. Dicha experiencia fue exitosamente presentada en unas jornadas de manejo de la desnutrición, lideradas por el Dr. Fernando Monckeberg B. a comienzos de 1973. Al mismo tiempo se inició el manejo de los otros grados de desnutrición, para evitar que evolucionaran a 3er grado y su riesgo de muerte. De tal modo que la mortalidad infantil bajó de 195.3 x mil RN vivos (año 1968) a 55.3 x mil RN vivos en 1972. La mortalidad neonatal bajó de 104.09 x mil a 29.2 x mil.

Dada la confirmación de nuestras sospechas de incumplimiento del Programa de vacunación y registros no confiables se asignó una enfermera para profesionalizar al máximo dicha importante tarea, particularmente en BCG y vacuna del sarampión. El sarampión era un flagelo que periódicamente se hacía cargo del fallecimiento de un número importante de niños de alrededor de un año de edad. De hecho, muchas veces vimos como el bote en que traían un niño enfermo se devolvía a la mitad del canal. Las auxiliares me decían “la alfombrilla se llevó al angelito doctor”. Triste, muy triste situación. Se logró una cobertura en BCG de 25.7 % en 1969 a 90.2 % en 1972. Similar mejoría de cobertura se observó en vacuna Sarampión.

Con el Dr. Sergio Aitken ideamos un aparato transiluminador de cráneo, similar al que conocimos y utilizamos en el hospital Manuel Arriarán. Nuestra intención era hacer transiluminación en los niños desnutridos para confirmar o descartar un hematoma subdural crónico, complicación frecuente en la desnutrición. Junto a ello hacíamos muchas radioscopías y radiografías con el equipo que disponía el hospital. Rápidamente surgió el rumor que nosotros le veíamos el cerebro a los niños. Incluso el alcalde de la época preguntó si podríamos “verle su cerebro”. El tiempo y los avances en Imagenología le darían la razón al visionario alcalde, cuya familia provenía de la Isla Chanllid, sector muy apartado de Calbuco y Puerto Montt. Además acudía mucha gente a “pasarse por los rayos”, costumbre de aquella época, con lo cual quedaban muy contentos y mejoraban ostensiblemente de salud.

Que interesante habría sido crear en aquellos tiempos el **Programa de Madre Acompañante**, que tanto beneficio generaría muchos años después en el Servicio de Pediatría del HCSBA y en el resto del país. El paradigma de aquellos años no permitía una visión tan futurista, aunque los padres de los niños hospitalizados deambulaban por el hospital y pernoctaban en el bote que los había llevado al pueblo.

El Dr. Jorge Minguell U., además de ser un excelente y exigente Director del hospital, tenía clara afición y competencia en Cirugía de adultos, logrando poco a poco un alto prestigio en el pueblo y en las provincias de Llanquihue y Chiloé. De hecho, con alguna frecuencia llegaba gente de otros pueblos, incluso Puerto Montt que solicitaban sus servicios como cirujano (várices, amputaciones, hemorroides, colecistectomías, manejo de heridas penetrantes).

Dado que pude asistir a un Curso de Tisiología en el hospital San Juan de Dios en Santiago, con el Dr. Victorino Fargas y su equipo. Me hice cargo del Programa de Tuberculosis, creando una **Central de pesquisa y tratamiento** que, por su excelente organización, fue visitada por muchos profesionales de otros hospitales. Entre ellos una enfermera que posteriormente sería mi esposa. En aquellos tiempos el Programa de Tuberculosis era una verdadera lucha contra el flagelo. De hecho, en Chile, muchos médicos y profesionales de enfermería sufrieron de esta enfermedad, entre ellos el Dr. Felix Bulnes Cerda, en cuyo recuerdo lleva su nombre dicho hospital. Se logró aumentar la cobertura de vacunación con BCG, aumentar la pesquisa de TBC, disminuir el abandono de tratamiento y en más largo plazo disminuir la tuberculosis meníngea y miliar.

Del mismo modo, con el Dr. Jorge Minguell y la asistente social del hospital impulsamos un **Programa de Lucha antialcohólica**, siguiendo las enseñanzas del Profesor Juan Marconi Tassara, siquiata experto en Programas de erradicación del Alcoholismo. El Dr. Marconi era cariñosamente apodado “el profe” o “el sheriff” por sus más íntimos. Definido como uno de esos seres que caminan por la vida sin poder evitar que una profunda huella quede a su paso. Sus trabajos en alcoholismo fueron pioneros en nuestro país y quisimos aprovecharlas para nuestro Programa en Calbuco.

Esta interesante actividad nos permitió lograr el cariño y reconocimiento de las señoras de Calbuco, pueblo en el cual la ingesta alcohólica era desde temprana edad, diaria y copiosa, con profundo impacto en la familia. Con frecuencia entrábamos a los bares y tugurios del pueblo a sacar algún integrante del **club de abstemios Nueva Esperanza**, que había recaído o era inducido a una recaída. Recuerdo más de alguna vez, en pleno gobierno militar, haber entrado a uno de estos bares, reprochando la conducta cobarde de sus amigos, sacar al abstemio en recaída del lugar y llevarlo a su casa. Muchos de estos alcohólicos en proceso de recuperación eran dueños de carnicerías. Cuando llegaba a mi casa y mi señora me mostraba la mejor carne que nos habían llevado de regalo, mi pregunta preocupado era ¿quién recayó ahora? Era una clara señal.

La extrema ruralidad del Departamento de Calbuco con sus islas y localidades costeras era otro desafío tremendo. Una enfermera que trabajaba en Puerto Montt en Epidemiología, decidió emigrar a Calbuco. Sus conocimientos de Epidemiología y Salud Pública permitieron crear un excelente **Programa de Salud Rural**, con visitas periódicas del equipo de salud constituido por dentista, a veces médico, enfermera, matrona y técnicos paramédicos. La lancha que se utilizaba para estos viajes había sido dada de baja por el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG), reacondicionada por el hospital, aunque persistían problemas de estiba, que se solucionaban con una gran piedra. Tarea fundamental de algunos de los integrantes del equipo en las situaciones de mar gruesa era acomodar la piedra para que la lancha no se hundiera. Era tan rudimentaria que en un concurso abierto con el personal del hospital para ponerle nombre, ganó el de **“La distrófica”**. Muchas veces me tocó ir a avanzada hora de la noche, con mi perro (El Llanquihue), al muelle a esperar al equipo de terreno, temiendo una zozobra.

Nuestro **perro Llanquihue** era un personaje en el pueblo. Su tarea primordial era acompañar todas las mañanas a los consultantes que iban al hospital, distante media cuadra. Cuando tenía que operar, sobre todo en la noche, me acompañaba hasta la pieza de vestir. Cambiado de ropa para ir a pabellón, se hacía cargo de mi vestimenta, echándose sobre ella y no permitía que

nadie se acercara. Los funcionarios de adrede iban a molestarlo, pero no había caso, era un muy buen perro guardián. Además le gustaban los curantos y muchos profesionales y funcionarios del hospital lo pedían prestado para asistir con él a un curanto en algún lugar del pueblo.

Con el propósito de mejorar la educación en salud de la población algunos profesionales utilizamos el método de **Organización y Desarrollo de la Comunidad**, aprendido del Profesor Amador Neghme y Dr. Roberto Belmar, ambos de la cátedra de Parasitología de la Universidad de Chile. Largas y nocturnas jornadas de educación, hasta avanzadas horas de la noche. Era tal nuestro entusiasmo y el de los centros de Madres, que no nos dábamos cuenta de la hora. No satisfechos con estos resultados se cambió al método **“Plataforma mínima operante para la Comunidad en Salud” que contenía 15 unidades básicas**. Lucida actuación en esta actividad le cupo a la enfermera a cargo del Programa de Salud Rural, que tenía experiencia en trabajos con la comunidad, con esta otra metodología. Además todo estaba enriquecido con milcaos, chapaleles, roscas chonchinas, chochoca (o trotroyeco) y mate, aunque más de alguna vez también chicha de manzana, ronpon o mistela.

Otra manera de integrarnos a la comunidad fue a través de la participación en el Club de Pumas local, asociación de juego de pin pon, incorporación al conjunto de música de Calbuco y al campeonato de foot ball. En Calbuco solo se jugaba Basket ball en la cancha techada del Gimnasio municipal. Por interés y motivación personal, creé y presidí la asociación de Baby foot ball local, generando 6 equipos (hospital, magisterio, bancarios, municipalidad, Indap y carabineros). De ese momento en adelante el Baby foot ball sería el deporte techado por excelencia.

Nuestros contactos con el hospital San Francisco de Borja de Santiago, permitieron establecer un **convenio docente asistencial**, pudiendo contar con alumnos, internos, becados chilenos y extranjeros (Cuba, Colombia, Estados Unidos). Ello nos permitió participar en las tareas docentes. Muchos de estos internos posteriormente volvieron al mismo Calbuco u otro hospital de la Región como Médico General de Zona. Entre ellos el Dr. Andrés Yuricic, hijo del Dr. Bogoslav Yuricic, creador del Programa de MGZ.

Estábamos tan entusiasmados con nuestra labor, que no percibimos el **clima de beligerancia y división del país**. De tal modo que ya bastante transcurrida la mañana del 11 de septiembre de 1973, supimos que había habido un golpe de estado en el país y que la conducción del gobierno había sido asumida por los militares. La visita del Jefe de plaza, General Sergio Leigh Guzmán (hermano del integrante de la Junta de gobierno), nos ubicó claramente en lo que venía. Luego de un corto período de planificación, seguimos trabajando casi igual que siempre. El hospital y su equipo gozaban de un prestigio ganado con esfuerzo y perseverancia.

Dado que no estaban permitidas las actividades de grupo y ya transcurridas algunas semanas, acogiendo la sugerencia de los colegas me comuniqué con el Jefe de Plaza de Calbuco (Comisario Carrasco en grado de Mayor). Con el mayor respeto le solicité nos permitiera reiniciar nuestras partidas de naipes (en esa época el “poto sucio” y la “podrida”). El mayor Carrasco nos otorgó el permiso, aunque con una condición: También quería integrarse a dichas partidas.

Por diversas razones, Calbuco fue privilegiado en ese período turbulento. Solo fue exonerado el Director del hospital, quien pudo hacer su beca de perfeccionamiento en Oncología en Santiago. Hoy, radicado en España, fue Director del hospital de Valencia por varios años. Al año siguiente (1974), el Dr. S. Aitken retornó a Santiago a hacer una beca de Obstetricia. Previo a su partida, en 1972, había llegado el Dr. Hugo González Dettoni, quien era un excelente médico clínico con inclinaciones hacia la Medicina Interna.

Siendo Director del hospital, un día viernes, una madre agradecida por haber recuperado la salud de su hijo, me llevó una gallina viva. Otro paciente me había llevado el mismo día un chuico de

chicha de manzana. Ambos quedaron olvidados en la oficina de la Dirección. Al llegar el día lunes me llevé una gran sorpresa. El chuico de chicha había fermentado y saltado el corcho y derramado en el piso. La gallina con hambre y sed, bebió lo único que tenía a su alcance (la chicha de manzana). Borracha a más no poder y con diarrea, despreocupadamente se hizo en toda la correspondencia dispersa en la oficina (especialmente los confidenciales), quedando literalmente “la gran cagada”.

En otro momento, tocan a la puerta de la casa del Director. Al ir a ver quien tocaba el timbre, me encontré con una legión de grandes centollas que me habían dejado de regalo y que marchaban hacia el interior de la casa. Como pudimos con mi señora las recogimos, echamos a un saco y al día siguiente fue un exquisito manjar. Desde ese tiempo me han gustado las centollas y cada vez que las como me asoma el recuerdo.

Con la sensación de que habíamos logrado varias de las metas planteadas, el Director quiso presentar nuestra experiencia y concursar en el Colegio Médico. El Hospital de Calbuco recibió el **Premio Colegio Médico de Chile al mejor equipo de Salud**. En la presentación efectuada por el Director del hospital, uno de los integrantes del jurado dudó de los excelentes resultados obtenidos, particularmente el descenso de la mortalidad infantil. Muy alterado el catalán Jordi Minguell le dijo “Dra. Si no me cree, revise las defunciones en el Registro civil”.

En 1975, consideramos con mi esposa que la etapa estaba cumplida. Retornamos a Santiago a hacer una beca de Pediatría en el hospital Manuel Arriarán. Consideraba tal mi grado de ignorancia que pensé seriamente en la posibilidad de retornar a Calbuco. Dejar la Eritroblastopenia aguda de Gasser, el Síndrome de Reye, la coagulación intravascular diseminada, la falla de la 21 hidroxilasa y otras enzimas en la hiperplasia suprarrenal virilizante, la ornitil transcarbamilasa y el ciclo de la urea, la Diabetes infantil, para otros. Siempre hay gente más inteligente y preparada que uno. Además echaba mucho de menos los curantos. Sin embargo pudo más el ansia de aprender.

El 7 de abril de 2007 se cumplieron 100 años de la fundación del Hospital de Calbuco. En su aniversario, se invitó a tres ex directores del hospital. Tuve el honor, junto con el Dr. Carlos Yurac B. y el Dr. Jorge Minguell U., de estar entre los ex directores invitados. Grato ambiente de recuerdos y camaradería. En dicha oportunidad nos acompañó el Dr. Patricio Hevia Rivas, en representación y Presidente de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud. Tuvimos la oportunidad de conversar con Esteban Barruel, escritor calbucano citado en la fuente de esta breve reseña, cuyo verdadero nombre es José Roberto Barría Vargas, a quien conocí a través de su padre Don Roberto Barría, gran tenor calbucano.

Revisando la interesante publicación de los Drs. Rubén Puentes y Arturo Galletti (ver referencia), colegas y amigos de Concepción, percibo que, al menos en aquellos años, nuestra permanencia como MGZ en las diversas comunidades tuvo un alto grado de compromiso, un profundo sentido social y un afán increíble por hacer cosas. Tal vez nuestra juventud nos llevó a ser imprudentes, impulsivos y con el pensamiento que podíamos cambiar el mundo, cometimos errores. Sin embargo aún, ya transcurridos 40 años, cuando visitamos Calbuco la gente nos saluda con cariño, respeto y agradecimiento. Si pudiéramos reiniciar dicha etapa, no cometeríamos los mismos errores, pero no me cabe duda que cometeríamos otros.

REFERENCIAS

1. Díaz, Ximena. El Médico General de Zona: Imágenes de su trabajo, valores ocupacionales y estudio de satisfacción profesional. Cuad Med Soc. 1972; 13 (1): 5-12.
2. Minguell J., Barrera F., Aitken S. Hospital de Calbuco: Premio Colegio Médico. Cuad Med Soc. 1973; 14 (1): 35-42.
3. Barruel E., et al: Historia cotidiana y contemporánea del pueblo de Calbuco en el siglo XX. Santiago, Chile; 2002.
4. Carvajal Yuri, Jorge Minguell, Homero Vásquez y Carlos Yurac, Calbuco, Castro, Quellón, 1962-1973, Memoria y Salud en la XII Zona, Santiago: MINSAL; 2007.
5. Mansilla-Utchal J., Milton J.: Historia de la Salud en Calbuco. CUADERNOS CAICAEN Historia y Folklore desde las Islas. 2008
6. Puentes R., Galletti A. Vivencias de Médicos Generales de Zona en el Chile del ayer. Santiago, Chile; 2015.