

# Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural

## Rural Health care, a proposal

**Dr. Yuri Carvajal B.<sup>1</sup>**  
**Dr. Jaime Carvajal I.<sup>2</sup>**  
**Esteban, Figueroa O.<sup>3</sup>**  
**Dr. Jaime Ibacache B.<sup>4</sup>**  
**Dra. Fabiola Jaramillo C.<sup>5</sup>**  
**Dra. Mónica Winkler R.<sup>6</sup>**

### Resumen

---

Este artículo resume una propuesta organizacional para la atención de salud rural, realizada a solicitud del Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena, por los autores entre enero y abril del 2007. Realiza un análisis esencialmente cualitativo de la situación rural en el área del Servicio de Salud y un diagnóstico centrado en una hipótesis unitaria: la salud rural ha extraviado el espíritu que la animó en las décadas precedentes. Del diagnóstico se desprende la identidad territorial y el conocimiento local como pilares indispensables para recuperar ese espíritu. La propuesta se centra en la construcción de equipos territoriales, autónomos y públicos.

---

*Palabras clave:* salud rural, territorio, conocimiento local.

---

### Abstract

---

This paper is a summary of an organizational proposal for rural health care prepared between January and April 2007 at the request of Llanquihue Chiloé Palena Health Service. We did a research and qualitative diagnosis of rural health situation in Health Service area. Our analysis is based in a unitary hypothesis: rural health has lost its aim. From the diagnosis we recognized territorial identity and local knowledge as essentials tools for aim's recovery. The proposal is then focused on the build-up of public, autonomous and territorial health teams.

---

*Key words:* rural health, territory, local knowledge.

---

---

#### **Recibido el 15 de mayo, 2007. aceptado el 05 de septiembre de 2007**

- 1 Médico Cirujano, Magister Salud Pública, Jefe Subdepartamento Salud Colectiva, Servicio de Salud Llanquihue Profesor Adjunto Universidad Austral de Chile, Médico Posta Piedra Azul.
  - 2 Médico General de Zona, Hospital de Achao, Servicio de Salud Llanquihue, profesor Universidad San Sebastián.
  - 3 Egresado de Antropología, Coordinador PESPI, Subdepartamento Salud Colectiva, Servicio de Salud Llanquihue.
  - 4 Médico Pediatra, Dirección Provincial de Salud Chiloé y Subdepartamento Salud Colectiva, Servicio de Salud Llanquihue.
  - 5 Médico General de Zona, Salud Rural Puerto Montt, Servicio de Salud Llanquihue.
  - 6 Médico de Familia, Jefe Departamento Gestión y Territorios, Servicio de Salud Llanquihue, Profesor Adjunto de Medicina Familiar Universidad Austral de Chile.
-

## INTRODUCCIÓN

La salud rural parece haber extraviado su espíritu, aquel que animó el acercamiento del estado nacional a la complejidad social de la salud y la enfermedad.

La fuerza, los valores y el compromiso que posibilitaron el desarrollo de una salud rural y la obtención de logros cuantitativos en morbilidad y mortalidad en nuestro servicio durante décadas, no serán recuperados únicamente mediante aporte de recursos, comando y control de metas o sistemas de gestión recién estrenados. La recuperación de esa espiritualidad es el desafío principal para avanzar en salud rural y constituye una tarea colectiva de resolutivez, acceso y adecuación al territorio para los equipos y las comunidades. El camino que nuestras comunidades tradicionalmente han hecho para llamar al espíritu extraviado, que significa enfermedad y muerte, es mediante una ceremonia colectiva. Poniendo en juego todo el saber de una comunidad en la llamada del espíritu es posible encontrar la sanación. Este documento propone a la manera de esta sabiduría, efectuar un análisis de la salud rural y ofrecer algunas alternativas para un esfuerzo colectivo que alienten las cenizas de espiritualidad que hoy perviven en esos equipos y en esas comunidades.

## UNA DEFINICION DE RURALIDAD

A partir de los años 70 ha cobrado más relevancia tanto en círculos académicos como desde el ámbito del diseño y aplicación de políticas públicas, la concepción de una ruralidad siempre cambiante. Con mucha fuerza se ha expresado la aparición de una "nueva ruralidad", en que su abordaje requiere comprender al menos tres cosas:

a) la ruralidad es una construcción cultural, histórica y social. Al ser entendida como una construcción social o cultural, podemos por lo tanto preguntarnos por la procedencia de esta construcción, ya que no es una construcción realizada por aquellos que viven en los llamados "sectores rurales".

b) La ruralidad conceptualizada a la manera tradicional, era en su esencia dicotómica. Rural versus urbano, atraso versus modernidad.

c) Esta conceptualización dicotómica se relaciona con políticas públicas<sup>7</sup> que impulsan a las personas a construir e integrarse en una sociedad industrializada<sup>8</sup>. La construcción social (cultural) de la ruralidad debe ser ubicada en coordenadas temporales y espaciales en el marco que va desde una situación de relativa autarquía a otra de globalización. Durante el siglo XIX y principalmente en el siglo XX, se llegó a considerar que un país podía ser considerado como más desarrollado, mientras mayor fuera el grado de urbanización de su población (15). Era entonces necesario, planificar la gestión de las políticas públicas, distribuir recursos, colonizar los territorios, ilustrar a la gente para que sustituya las creencias tradicionales, por el conocimiento científico. En este contexto lo que no es ciencia es superstición, y lo que no era urbano era sinónimo de atraso.

La definición de la nueva ruralidad debe construirse desde la conversación – negociación con las personas que habitan la ruralidad. En este sentido la ruralidad deja de ser un lugar de atraso y pasa a ser el resultado de los procesos sociales, culturales e históricos en un lugar.

**La Ruralidad** es un modo de habitar un territorio, es la construcción social y cultural realizada tanto por los habitantes del territorio (zonas rurales) como por aquellos que piensan y actúan sobre lo rural. Esta dinámica da forma a lo rural. Appadurai (6) sostiene que los objetos no tienen valor en sí mismo, salvo el que la sociedad les asigna.

7 Las políticas públicas son consecuencias de una forma de ver las cosas, cuyos resultados suelen dejar de lado los datos que no se ajustan a los "enfoques de ver la cosas"

8 La industrialización es resultado de los procesos de modernización. La ruralidad ha sido entendida como un obstáculo para el proyecto social de occidente, que consiste en que la gente se adopte el modo de vivir de las sociedades industriales

A partir de esta comprensión de lo rural, reconocemos dos dimensiones: Identidad y Territorio. Lo rural está en relación con aquello que queda fuera de las fronteras culturalmente construidas. Por décadas estas fronteras fueron percibidas como rígidas; se puede decir que lo rural ha vivido un cambio que va desde lo autárquico hacia la globalización. Estas características son:

- a) Memoria histórica (tiempo)
- b) Diálogo presencial con la naturaleza
- c) Límites territoriales construidos culturalmente.

La nueva ruralidad se caracteriza por mantener autonomías o estrategias comunitarias entre los elementos que llegan desde la modernidad, estas estrategias se manifiestan en procesos de a) la multiculturalidad y multifuncionalidad de las áreas rurales, b) Las relaciones basadas en la reciprocidad, evitando las transgresiones que generan servidumbre o destruyen la autonomía.

## IDENTIFICAR TERRITORIOS

Los mundos rurales, entendidos como territorios socialmente construidos, requieren un esfuerzo de comprensión extensivo para su identificación. Parte de nuestro trabajo, en que incluimos una reflexión sobre el capitalismo globalizador y el rol del estado en la destrucción y construcción de estos espacios sociales, ha sido la identificación de territorios humanos<sup>9</sup>.

La intervención neoliberal en nuestro territorio ha significado un proceso creciente de agroindustrialización y agrocomercio, con nuevos actores y prácticas para el sector (42). La ruralidad ha entrado en un contexto que le exige ser *multifuncional* en los modos de habitar los territorios, al tiempo de situar a sus habitantes en un marco internacional de división del trabajo. Esta multiplicidad de funciones de la ruralidad (17) puede ser resumida en las siguientes actividades:

- La provisión de actividades de esparcimiento.

- Lugar de residencia para un segmento de la clase media
- Desarrollo de ecoturismo, creación de parques y estaciones ecológicas.
- Lugar para la instalación de industrias procesadoras de recursos naturales.

Un ejemplo de la última característica mencionada es el proceso de extracción y venta del Pelillo<sup>10</sup>.

La compleja red de producción y comercialización de este producto no es totalmente visible para y desde las comunidades (prácticamente en todo el borde costero de las provincias de Llanquihue, Chiloé y Palena hay familias que se dedican a la extracción de este recurso). Esta situación, analizada desde la óptica del recurso económico debe hacernos pensar en el lugar del sector primario que actualmente ocupan las comunidades en la cadena del pelillo. Este fenómeno a la vez social y económico es característico del dinamismo que se conoce como flujo global de “commodities”, es decir el desplazamiento de recursos naturales de un lugar geográfico del planeta a otro. Proceso que va de la mano con el desplazamiento de las decisiones desde la esfera inmediata a espacios de decisión globales, pero que afectan a las localidades. Existe una tensión, –desde la óptica de los procesos culturales– entre el espíritu del capitalismo y los espacios rurales. La modernidad transnacional ha penetrado a tal punto en estos supuestos espacios rurales que no es fácil percibir las diferencias en hábitos, actitudes y valores y menos aún en lo que se refiere a las estructuras y relaciones de producción (6).

En los países desarrollados, caracterizados ya por el modo de producción informacional la categorización de los espacios rurales y urbanos depende

<sup>9</sup> Un desarrollo más amplio de la discusión al respecto, está disponible en <http://www.llanchipal.cl/patrimoniocultural/Biblioteca/saludrural.pdf>

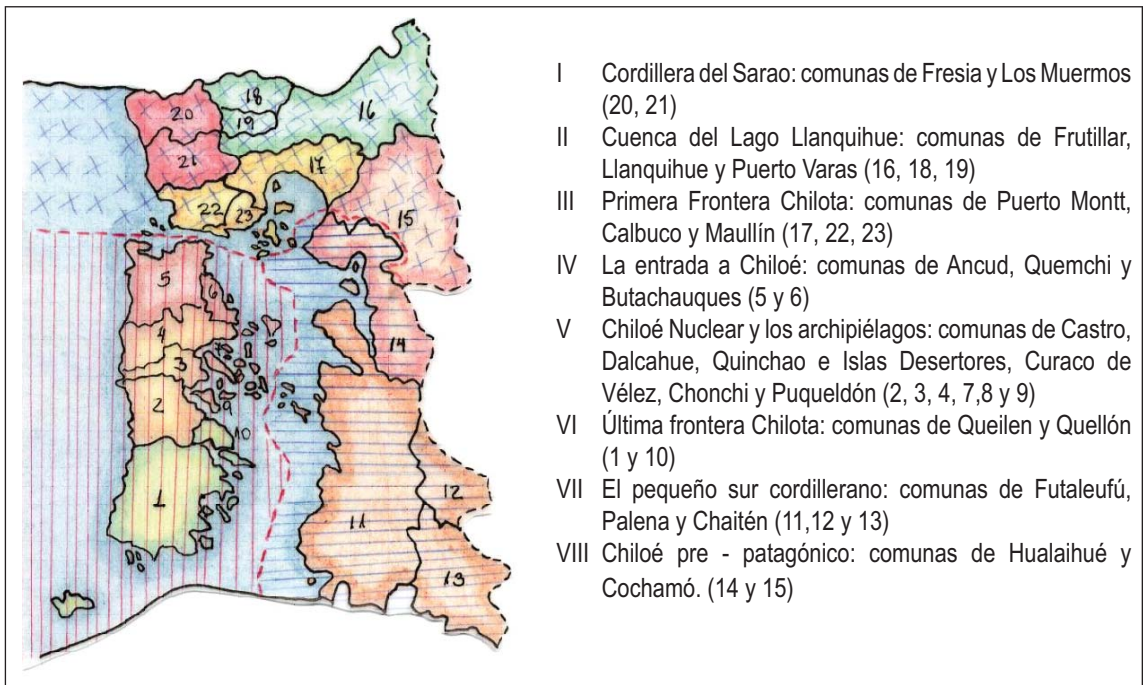
<sup>10</sup> El “pelillo” o *Gracilaria chilensis*, es altamente cotizado en Asia, Estados Unidos y Europa. En países como Japón, incluso se consume directamente en guisos y postres por sus propiedades altamente nutritivas y bajas calorías, aportando una sensación de saciedad, sin engordar ni alterar el sabor de las comidas. Incluso algunas variedades de agar-agar son utilizadas por los laboratorios microbiológicos como sustrato fértil para sus cultivos bacterianos, aunque no se trata del elaborado en nuestro país. En PROAGAR: “Pelillo” de Exportación 18-07-2005 <http://www.hannachile.com/noticias/139/proagar.htm>

exclusivamente de delimitaciones arbitrarias (6). En el sur de Chile las *Culturas Híbridas*, como las denomina Canclini, generadas por nuevas tecnologías comunicacionales, junto al reordenamiento de lo público y lo privado, y la desterritorialización de los procesos simbólicos, trastornan profundamente la vida de las personas. Sus modos de vida cambian en su relación con una naturaleza y cultura cuyo dinamismo –intrínseco– comienza a ser controlado desde niveles más allá de lo local. El resultado es un proceso de construcción y reconstrucción de identidades en los que se debilitan lazos sociales y comunitarios. En los sectores rurales las personas: por un lado, responden a las determinantes de la modernización y lo que esto implica en términos de

construcción de identidad, y por otro, son actores que van reinventando a cada momento recursos para sobrevivir, estrategias para adaptarse e incluso, para modificar su situación estructural (42). El éxito de las estrategias pasa necesariamente por comprender la estrecha vinculación entre identidad y territorio<sup>11</sup>.

La identificación de territorios es una tarea compleja, larga y sin fin. Deben confluír los elementos culturales, históricos y las dinámicas sociales. Los territorios políticos administrativos resultan ser muchas veces desestructuradores de la territorialidad. A través de nuestra experiencia de preparación de este estudio, hemos llegado a comprender la existencia de 8 territorios.

**IMAGEN 1:**  
**TERRITORIOS EN SERVICIO SALUD LLANCHIPAL**



### DIAGNOSTICO DE SALUD RURAL

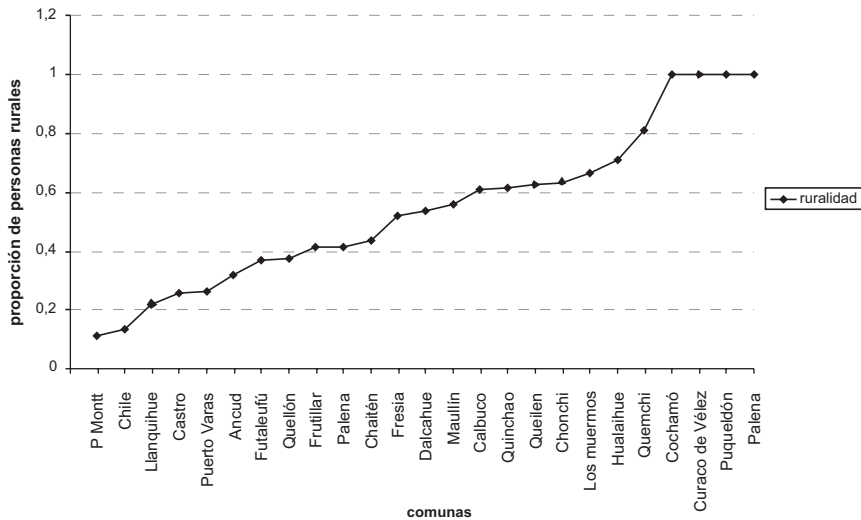
Para tener una visión de la Salud Rural en el Servicio de Salud Llanquihue, intentamos el clásico abordaje numérico. Lo hemos complementado con un trabajo colectivo con un gran número de actores y colaboradores, que finalmente tomó la primacía,

para dar cuenta de la situación actual mirándonos en nuestro hacer en el área.

El Servicio de Salud Llanquihue Chiloé tiene una marcada proporción rural de sus comunas, como se puede ver en el siguiente gráfico.

<sup>11</sup> El desafío está ahora en generar un contexto de cambio que permita el reordenamiento de lo público desde la óptica multicultural de los actores involucrados

**GRÁFICO 1:**  
**RURALIDAD DE LAS COMUNAS DEL SERVICIO DE SALUD LLANCHIPAL**  
**CENSO NACIONAL 2002**



La ruralidad es un factor digno de tener en cuenta al evaluar la disponibilidad de profesionales y técnicos por habitantes, ya que en el cálculo simple, la dispersión y la estratificación de las zonas rurales (en las cuales existe una periferia aún más dispersa y más rural que su centro) desaparecen al comparar promedios comunales.

### Cuantitativamente

Los sistemas de información estadística están consolidados comunally sin información desagregada por Postas; no hay distinción rural-urbana. No existen procesos de construcción de epidemiología local, salvo excepciones por motivación personal, lo que habla de una falencia importante como servicio.

Para intentar una primera mirada, tomamos los datos de la Primera encuesta de Salud Chile 2003 y analizamos cada parámetro evaluado en su desempeño en las personas del mundo rural respecto de aquellas pertenecientes al mundo urbano.

Examinando la tabla adjunta, concluimos que de los 38 parámetros en que se consignan datos diferenciados, en 20 no hay diferencias. Para uno, sólo se revela una situación rural como ventajosa: dislipidemia. Para trece de ellas la situación es de franca desventaja, sobre todo en aquellos del área dental. Para tres, hay interpretación dudosa: mayor consulta por depresión, autoreporte de caries y enfermedad de las encías. En cuanto a sedentarismo y deterioro cognitivo que los hemos incluido como desventajosos, es posible cuestionar la adecuación de los instrumentos de medida (33).

**TABLA 1:**  
**COMPARACIÓN DE RESULTADOS**  
**DE ENCUESTA SALUD 2003**  
**RURAL Y URBANO**

Parámetro Evaluado	Rural versus Urbano
Hipertensión Arterial	No significativa
Dislipidemia	Menor sólo colesterol LDL
Enflaquecimiento	No significativo
Sobrepeso	No significativo
Obesidad	No significativo
Obesidad mórbida	No significativo
Diabetes	No significativo
Sedentarismo	mayor
Prevalencia de Síntomas músculo Esqueléticos	No significativo
Depresión	menor
Síntomas depresivos	menor
Consulta por depresión	mayor
Uso antidepressivos, drogas o alcohol entre personas con síntomas de depresión	No significativo
Disminución función renal	No significativo
Visión cercana	No significativo
ceguera	Mayor
Niveles de hemoglobina	No significativo
Anemia	No significativo
Enfermedad respiratoria Crónica	No significativo
Individuos dentados totales	Menor
Desdentados totales	No significativo
Dientes remanentes	menor
Prótesis superior	mayor
Prótesis inferior o ambas	No significativo
Dientes cariados	Casi dos veces superior
Dientes cavitados por diente remanente	superior
Caries	Mayor
Autoreporte de desdendamiento	Mayor
Autoreporte de caries	Menor
Autoreporte de enfermedad de las encías	Menor
Agudeza visual	No significativo
Prevalencia Reflujo Gastro Esofágico	No significativo
Evaluación cognitiva Adulto Mayor	Menor (al límite de lo aceptable como normal)
Deterioro cognitivo Adulto Mayor	Tres veces mayor
Discapacidad para el desempeño en la vida cotidiana	mayor
Antígeno Prostático Alterado	No significativo
Antígeno Prostático Elevado	No significativo

En resumen podemos señalar que con toda evidencia los parámetros de salud vinculados a prestaciones

(ejemplo dental) revelan una notoria brecha con respecto al sector rural.

Como fuente de comparación hemos usado las evidencias del National Healthcare Disparities Report 2006 preparado por la Agency for HealthCare Research and Quality de EE.UU. donde destaca que: En las áreas rurales hay más pobres, más viejos, con más precariedad en salud, con mayor prevalencia de condiciones crónicas y mayor mortalidad por enfermedad cardiaca. Algunas de sus conclusiones podrían ser válidas para Chile: las personas del mundo rural reciben menos medidas preventivas. Pese a que un 20% de los estadounidenses viven en áreas rurales, tan sólo un 9% de los médicos realizan su actividad en estas áreas. Muchos de los hospitales que asisten a estas áreas han cerrado o están en dificultades financieras. El traslado de los pacientes es más difícil que en las zonas urbanas (37).

Es difícil obtener una conclusión comparativa de ambos informes, pero si es notorio que lo que llamamos disponibilidad, se encuentra francamente disminuido para las personas del mundo rural pudiendo impactar negativamente sobre algunas condiciones de salud. Sin embargo, ese impacto debe ser evaluado caso a caso, porque existen factores protectores de la salud y en nuestra área, por ejemplo, no hay correlación entre ruralidad y AVPP, por usar un indicador de estado de salud.

Una tercera dimensión posible de examinar es el registro de reclamos del GES (garantías explícitas en salud) para la provincia de Chiloé, en que la proporción de reclamos rurales sobre urbanos es de 13 sobre 126, es decir un 10% para una población que vive en un 47% en zonas rurales.

En el reciente documento de evaluación a mitad de período de los objetivos sanitarios para la década no se ha evaluado la dimensión urbano-rural en cuanto generador de inequidades en mortalidad infantil, esperanza de vida y AVPP, que son las tres medidas analizadas por el reporte. Sólo está explicitada en saneamiento básico y agua potable. Por otra parte, las soluciones que se plantean allí para las brechas del objetivo II se despliegan como estrategias urbanas

o de creciente urbanización de las poblaciones en riesgo (34).

### **Cualitativamente**

Esta dimensión del diagnóstico fue abordado como una construcción colectiva. Usamos como insumo fundamental el material recopilado durante diferentes trabajos de campo y entrevistas realizadas por los autores de esta propuesta. Cabe destacar que para efecto de comprensión de los procesos se hace la división en las experiencias de la comunidad y la de los equipos de salud, con el objetivo de identificar las coincidencias en las perspectivas, cuestión que aquellos que planifican lejos de los territorios ven como incongruencias.

El trabajo con los equipos locales enriqueció la discusión, ya que ellos viven la ruralidad desde su doble rol de vecino-funcionario, y más aún, muchos de ellos son junto a sus familias, los actores protagónicos de la historia de la formación de estas comunidades. Su análisis técnico, funde elementos experienciales, que resultan opuestos a nuestros juicios técnicos, como por ejemplo la insularidad, vista por ellos como un factor protector y desde la óptica sanitaria, como un elemento desfavorable de acceso.

### **Secuencia histórica**

Buceando en sus recuerdos, logramos reconstruir algo de la historia de la salud rural en nuestros territorios. Los equipos coinciden en que el punto de partida está en las estrategias comunitarias desarrolladas, en los saberes populares de sus terapeutas, en ese momento única y validada opción de “remediarse”, expresión usada en reiteradas ocasiones para verbalizar los procesos de sanación.

Luego comienzan a aparecer los practicantes, vecinos que se forman por motivación personal y en algunas ocasiones por adiestramientos del Instituto de Salud

Pública, el Ejército o la Cruz Roja, por allá por los años 50<sup>12</sup>. Eran pocos y dispersos con grandes áreas de influencia a su cargo, cuyo espacio laboral era la casa de lo enfermos o su propio domicilio.

Posteriormente comienza a funcionar un programa de adiestramiento del Servicio Nacional de Salud para la formación y nivelación de auxiliares de enfermería hoy Técnicos paramédicos. Con capacitaciones en un principio, realizadas con la ayuda de OPS y UNICEF, la estrategia de reclutarlos localmente los convirtió en verdaderos líderes comunitarios. Y con ellos llegan posteriormente las Postas, “espacios públicos de construcción social”<sup>13</sup> donde no se hacía medicina, se hacía salud.

En la década de los 60 comienza a materializarse en el sur del país, aquello que comenzó en 1955, bajo el alero del Servicio Nacional de Salud, que pretendía la redistribución médica a “zonas de población dispersas”. Paralelamente en el tiempo, se inicia el programa de construcción de establecimientos de salud en zonas rurales, apareciendo los hospitales que hoy llamamos Tipo 4 (43) o de baja complejidad y en ese tiempo aproximadamente comenzaron a llegar los Médicos Generales de Zona (MGZ), creados por la Resolución 746 del 24 de Octubre de 1955. Aún resuenan los ecos de esa presencia: “Eran médicos jovencitos que pasaban 3 ó 4 meses en Puerto Montt o en Santiago para llegar operando de todo”..., “En las noches oscuras y silenciosas el pueblo despertaba escuchando el motor de electricidad que ponía en acción a los pabellones y 10 ó 15 minutos después todos sabíamos quién se operaba de apendicitis o quién era el nuevo padre”. (M.O y C.N Comité de Salud de Hospital de Palena).

En 1973 el SNS creó también la carrera de Dentistas generales de Zona cuyo objetivo era resolver el problema que presenta la escasa atención odontológica que existe en las provincias y, especialmente, en el medio rural este problema era extraordinariamente más serio que el de la atención médica (23).

<sup>12</sup> Existe muy poca información formal sobre el comienzo de estos actores sanitarios, por lo que se validan los testimonios como definitorios.

<sup>13</sup> Reunión Fepfusam Chiloé 26 de enero 2006 Curaco de Vélez.

Con la instauración de los procesos normativos, se institucionalizan muchos procesos como el parto por ejemplo, en que las parteras comienzan a perder espacio, incluso son perseguidas legalmente como parte de la estrategia gubernamental, según cuentan los entrevistados.

Da la impresión que en un comienzo coexistían las distintas formas de hacer salud, hasta que claramente la influencia de una formación biomédica comenzó a cerrar algunas puertas, y es así como lo manifiestan: "cada vez, los médicos, primero y luego el resto de los profesionales, llegaron siendo más cerrados, buscando la "evidencia científica" a los procesos de sanación propia, para poder validarlos, pero lo que es evidente es que funciona". (TPM de los hospitales Futaleufú y Palena). Es así como en las conversaciones se reconoce hoy desde la formalidad de algunos, muy pocos, profesionales como la Kinesióloga de Futaleufú, el respeto a estas prácticas de salud popular y que se integra a ellas trabajando en conjunto con el componedor de huesos de la zona. Y desde la informalidad -una vez conocida o intuida la tendencia de los entrevistadores- que los que viven aún siguen siendo consultados, y los ya fallecidos continúan siendo recordados. Algunas han dejado discípulos activos, otras refugiaron sus secretos en un don no transferible.

La comprensión de la evolución de la salud rural a partir de 1973 es indispensable para entender el punto en el cual hoy nos encontramos. El primer golpe que sufrieron los equipos fue la persecución contra sus animadores. La represión contra los salubristas fue de la mano de la persecución contra los generales de zona y los trabajadores de los equipos rurales. En el área de la XII zona, los Médicos Generales de Zona Nofal Abud y Jorge Minguell, fueron encarcelados y procesados. También fue detenido mientras dirigía el Hospital de Osorno, el Médico General de Zona que había trabajado en Achao, Alejandro Cintolesi. Carlos Yurac, fue exonerado de su cargo como director del Hospital de Castro. A nivel nacional la represión fue mucho más dura y no podemos sino recordar los nombres de Carlos Enrique Godoy Lagarrigue, funcionario del Departamento Técnico del SNS. Eduardo Gonzalez Galeno, Director del Hospital de

Cunco, Arturo Hillerns Larrañaga, Jefe de Programa de Salud Rural, IX Zona (Temuco), Jorge Avila Pizarro, Becado de Psiquiatría. Algunos de los médicos fueron directamente ejecutados, se trata de los colegas Vicente Ramón Cepeda Soto, Médico General de Zona, Tocopilla, Jorge Jordan Domic, Médico General de Zona Hospital de Ovalle, Absalon Wegner Millar, Director del Área de Salud de San Felipe, Hector Victoriano García García, Médico del Hospital de Buin y Hernan Henríquez Aravena, Director de la Zona Malleco y Cautín del SNS (12, 26).

La vida de estos 21 médicos revela la gran semilla, de una dignidad que no puede ser eliminada: "una dignidad que denuncia hasta hoy día, y que nos recuerda a todos que a lo mejor no estamos cumpliendo bien con la nuestra". (26)

La dictadura los eliminó justamente porque sus vidas formaron parte de ese proyecto de sociedad más humanitaria, donde la dignidad de ser hombre y el respeto a los derechos como hombre, eran el objetivo central (26).

El año 1982-1983 comienza a funcionar en Llanchipal el PLESAR (Plan Especifico de Salud Rural) y comenzaron a llegar normas técnicas, manuales de Postas rurales, continúa el proceso de nivelación de los TPM, se hacen campañas de salud, entre otras. En general este proceso es muy bien recordado por todos los funcionarios de la época, con nostalgia hacen alusión al gran despliegue y esfuerzo de los equipos en ese momento para hacer salud en las zonas rurales y aisladas. "Eso era hacer Patria... y lo hacíamos con tanto gusto!!!"(Enfermera de Chaitén y M.O.V TPM del Hospital de Fresia ambas de ayer y de hoy, entre muchos otros)

En 1985-1986 por cambio de políticas ministeriales, se produce el primer quiebre de esta estructura que daba vida a Salud Rural, desapareciendo las Unidades de salud Rural y mantienen los departamentos de Atención Primaria (DAP), pero se respira el cambio de la orientación -era visto como peligroso- tener tanto contacto con los equipos de salud y la población.



“Con el tiempo allá por el 87 nos enteramos que hay una orden de que las postas deben pasar a la administración municipal” (Técnico Paramédico de Chaitén), y durante 1988, lo harían los Consultorios, marcándose aquí el quiebre definitivo de esta forma de hacer salud en rural. (V.Z enfermera a cargo del DAP y miembro fundador del PLESAR en el Servicio de Salud).

Fue un cambio brusco para el que ninguno de los actores estaba preparado. Cabe destacar que a pesar de haber muchos equipos y funcionarios individualmente en desacuerdo, otros con discursos contradictorios, y otros francamente temerosos a opinar con respecto a esta dicotomía de la gestión de la salud rural municipalizada, hay una preocupación y fuerte valoración de los equipos municipales con respecto a los beneficios que el proceso les ha otorgado como funcionarios, situación que vuelve mas compleja y en algunas ocasiones anula, la discusión. “Durante los primeros años de la municipalización fuimos considerados el desecho de la salud, nos consideran despectivamente a los funcionarios de rural como “POSTEROS” y estábamos en una indefensión absoluta pero la perseverancia y la intensa lucha de todos y cada uno de los funcionarios de la APS Municipal –con la promulgación de la ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria, 1995– dio como fruto el tener actualmente condiciones de trabajo bastante satisfactorias” (H.P. Matron hospital de Calbuco).

Hoy se plantea la municipalización como un factor obstaculizador de los procesos de salud locales. Hay un desacuerdo casi generalizado con este doble manejo de lo técnico y lo administrativo que divide y desorganiza; sobretodo cuando en este último prima, con sentido populista, la toma de decisiones sin mediar consulta técnica, ni valórica de su propia comunidad. “Con la municipalización retrocedimos y volvimos al paternalismo del dueño del Fondo que destruye confundiendo. Por un lado el Ministerio nos pide empoderar a la comunidad de su salud con responsabilidad en el autocuidado, y por otro lado la municipalidad crea dependencia del sistema para obtener votos, y la cara ante este doble discurso

la debemos poner los equipos”(Y.N. TPM posta Quenuir)

### **Rol de los MGZ en la salud Rural**

Retomando el tema, los MGZ en su rol actual son valorados como un gran aporte, aunque hay opiniones contradictorias que hablan de las diferentes posturas de los equipos, desde la mirada local. A la hora de evaluar los requerimientos en cuanto al perfil esperado de los MGZ, algunos hacen mención a falta de capacidades en cuanto a resolutivez quirúrgica se refiere y otros, por ejemplo, en temas de gestión y administración. Es en este contexto que se cuestiona que las direcciones de los hospitales estén a su cargo, ya que esto pone en constante rotación el norte de la gestión de éstos, lo que no sería criticable si existiera un hilo conductor en pro de la continuidad de los procesos. “En este momento la dirección de los hospitales depende de si el MGZ tiene o no ganas de trabajar, por lo demás en el pre-grado no somos preparados para hacer gestión por eso los procesos de autoaprendizaje son largos y agotadores para los equipos que permanecen” (J.I, Director Hospital de Chaitén).

Se recuerda con nostalgia por parte de los profesionales no médicos antiguos, la gran capacitación y experiencia quirúrgica. Como anécdota histórica y para que se entienda el concepto de resolutivez que se manejaba en esos tiempos, en el libro de pabellón del Hospital de Palena (que registra todas las intervenciones quirúrgicas realizadas en el Hospital casi desde sus comienzos, pues las hojas 1962-1967 están extraviadas) encontramos una cirugía por una obstrucción intestinal con resección de colon, colostomía transitoria y posterior reconstrucción de tránsito intestinal, realizado por un MGZ en el año 1967.

La respuesta que se genera espontáneamente desde los cuestionados MGZ apunta a cambios epidemiológicos como país, que obliga a usar otras estrategias para abordar la salud, como también a la formación de pre-grado, cuyas mallas se orientan -dependiendo de la universidad- a la ultra especialización o a las pincladas en atención

primaria, aunque siempre desde lo urbano, no hay formación comunitaria ni rural. (De acuerdo a la carta del Dr. Francisco Acevedo (1) estos problemas curriculares no son nuevos). A esto se agrega hoy el riesgo de enfrentar temas legales por mala praxis y la falta de políticas de salud locales claras; lo que hace enfrentar hoy un escenario muy distinto.

### **Rol de los Hospitales tipo 4 hoy:**

Los Hospitales tipo 4 están sumidos en tareas complejas, que se contradicen con la actual reglamentación que pretende mentarlos como de baja complejidad, ya que el tamaño y su resolutivez no esta en directa relación con ésta, y debiera ser la que se defina territorialmente, ejemplo el hospital de Palena tiene las condiciones de infraestructura (pabellones para resolver muchas patologías quirúrgicas, y que por su "ubicación estratégica seria el centro derivador de Futaleufú y Chaitén en caso de aislamiento, ya que el camino no dará solución al aislamiento que depende del clima" (Planteamiento del Comité de Defensa de Palena).

La alternativa de los hospitales tipo 4 no existe, cada uno de ellos tiene que construir su propia alternativa para lo que se requiere fortalecimiento de liderazgos y condiciones para que las decisiones realmente se tomen en el espacio local. Los hospitales tipo 4 reflejan la diversidad no solo de la salud en Chile, sino más que eso, de la propia sociedad chilena y reflejan el valor que les otorgamos a nuestros compatriotas de las zonas aisladas y rurales.

### **Participación**

La discusión acerca de participación es recurrente en las reuniones y en el inconciente colectivo. Si bien es energizante sentir las ganas de contarnos su realidad, también es triste vivenciar que la anhelada participación está sólo en el papel, que los comités paritarios, la mayoría de los comités de desarrollo local y de salud aparecen cuando se informa el

cumplimiento del compromiso de gestión N° 7<sup>14</sup> que se creó precisamente para producir todo lo contrario. "No hay tiempo para que funcionen, el personal es el mismo y si hacemos cumplir este compromiso de gestión se nos cae otro". La capacitación también es vista como una instancia de participación y de compartir experiencias, aunque es considerada no equitativa, sobre todo en las zonas mas extremas, ya que los miembros de los equipos que están más alejados, no tienen acceso por falta de información ("las citaciones nos llegan cuando la reunión o el curso ya pasó") o por falta de personas que los reemplacen, o por aislamiento, etc. "Y somos nosotros los, más alejados, los que necesitamos estar más capacitados y actualizados ya que muchas veces somos la única posibilidad de salud desde el aislamiento y de éstas, muchas la única posibilidad de vida" (C. TPM de Posta Puerto Ramírez, Palena).

Las capacitaciones en temas como salud familiar y otros relacionados con el compromiso de gestión N° 3, están en relación con las políticas públicas pero no con los modelos de hacer salud. Hay mucha gente capacitada pero no existen los espacios para practicarla e innovar en nuestros territorios. "Donde desde mucho antes de la Reforma hemos venido trabajando con la familias de la ruralidad," (Y.N. TPM Posta Quenuir). Es aquí donde nació la salud familiar.

### **Rondas Médicas**

La evolución histórica parece demostrar que no han sido una buena herramienta en lo preventivo. Los equipos son enfáticos en decir que hace 10 o 15 años atrás, los días de rondas las postas no colapsaban como ahora, había tiempo de hacer promoción, visitas domiciliarias y darle más tiempo a cada paciente. Hoy gran porcentaje del tiempo de una ronda es ocupado por el control de los pacientes con patologías crónicas y como la morbilidad es banal a simple vista, se les da menos tiempo de atención. Es obvio que yendo una vez al mes o cada dos meses a un sector la consulta no va ser por patología aguda, ya que

<sup>14</sup> Sistema de metas construido por el Ministerio de salud, en este caso específicamente el de Participación

ésta se soluciona en el momento recurriendo a sus itinerarios terapéuticos. Mucho menos cuando se trata de urgencias. Muchas veces la cefalea termina siendo un trastorno del ánimo, una equimosis, huella no visible de la violencia intrafamiliar, etc.

Se identifica claramente, por la coincidencia de las opiniones al respecto, que las rondas de salud cumplen un rol asistencialista, con escaso impacto sanitario y que por perseguir una validación política desde los municipios a la comunidad, sólo reproducen el paternalismo que tratamos de erradicar.

Desde el equipo el rol para la comunidad es: continuar siendo un evento social, costumbre folklórica, y en tercer lugar un espacio para la obtención de los beneficios que ésta engloba, como son la posibilidad de interconsulta a especialista, retirar medicamentos, la leche, etc., pero dista mucho de constituirse en un espacio facilitador en el proceso de sanación.

## Comunidad

Es difícil entrar y luego mirar, sin invadir una zona rural desde afuera, que en definitiva, es lo que hacemos los que no pertenecemos a ese espacio. La cuestión se simplifica parcialmente cuando logramos acercarnos a través de nuestros referentes validados, que son los equipos de salud local. Las reuniones se programaron a través de los paramédicos con la coordinación en la mayoría de los casos de los Directores (MGZ) de los Hospitales correspondientes.

Los encuentros con la comunidad fueron en general muy decisivos, reflejado en diálogos fluidos, pero también en silencios y apatía terribles. También se escucharon demandas sobre situaciones socio-territoriales que superan ampliamente la imaginación, como compra y venta de islas con gente incluida, que al morir pierden automáticamente su espacio, como pudimos conocer en Isla Talcan, sector "Tendedor".

La riqueza de mirar la situación de salud desde la perspectiva histórica comunitaria hace que aparezcan "itinerarios terapéuticos locales" muy interesantes y que dan cuenta en muchas oportunidades de una estructuración geopolítica inadecuada al contexto

sociocultural. Como dice la Sra. Erika de la Isla Nayahué (Islas Desertores) en Chaitén "Nosotros somos chilotes, y es allá donde encontramos las soluciones a nuestros problemas cuando nos enfermamos, cuando nuestros hijos tienen que salir a estudiar e incluso cuando tenemos que abastecernos de abarrotes. Es más fácil y más barato. Todos tenemos familia en Achao, y en Chaitén tenemos que empezar por pagar pensión..."

Los itinerarios terapéuticos comienzan siempre buscando solución en la medicina casera, característica que se conserva como recurso de supervivencia ancestral por su condición de aislamiento y dispersión. Pero también se reconoce su pérdida progresiva, en gran medida por desvalorización de los propios equipos de salud como también del modelo de desarrollo actual. Don Jorge Mayorga, isla Chelín, Archipiélago Desertores, dice al respecto: "ahora ya no se usan hierbas medicinales ni remedios caseros, porque la misma gente de salud los ha desprestigiado diciendo que no sirven y que hay que tomar remedios envasados, de esos de farmacia."

Hay un sentimiento de abandono que se refleja en las quejas sobre la baja periodicidad de las rondas médicas, su bajo nivel de resolutivez, la mala calidad de atención en ellas, el rendimiento horario e incluso el maltrato por parte de algunos médicos y de algunos TPM. Esto último con denuncias puntuales, sin formalización de los reclamos por desconocimiento de los conductos regulares y temor a represalias personales o en contra de la comunidad.

Continuando con el itinerario terapéutico, el siguiente paso en muchos lugares es el Hospital tipo 4 donde también existe la sensación de que antes eran más resolutivo, básicamente porque se operaba más y la gente solucionaba sus problemas de salud más cerca de sus hogares y por ende con menores costos económicos (con menor gasto de bolsillo), familiares y emocionales. Pero a pesar de esto reconocen que los hospitales tienen mayor equipamiento y no cuestionan mayormente las causas por las que estas condiciones han cambiado.

Mucha gente al no verse acogida por el sistema público de salud rural debe acudir a la medicina privada y muchas veces esta es la primera alternativa terapéutica ya que así evitan la tramitación en el espacio público. Así resuelven sus problemas en forma más rápida y con mejor calidad de trato; lo que incluso es interpretado muchas veces como mayor eficacia terapéutica. Hoy ya son muchos los lugares en que esta situación dual de atención es común.

### Factores protectores

La comunidad identifica factores protectores de la vida en lo rural ausencia de delincuencia, caminos más expeditos que antes, vivir entre plantas naturales, variedad de productos naturales sin costo monetario, ya que la pobreza del campo es distinta. Señala que siempre hay algo que comer, que vivir en una isla es en sí protector. Dentro de los factores protectores que identifican en salud en el medio rural, la gente valora la existencia de las postas, la llegada de los equipos y hay una gran expectativa respecto al regreso de un barco – hospital con fue el Cirujano Videla, que lo esperan “recargado” y más resolutivo.

### El Auge

La propuesta central de la Reforma reciente de salud no está pensada para su ejecución universal, ya que los sistemas de registro, las tecnologías estandarizadas y los traslados, por ejemplo, tienen variables no consideradas como son la dificultad de acceso, la dispersión geográfica, inclemencias del clima, los tiempos vitales, la formación profesional, los horarios, entre otras.

El nivel local cumple con abrir los casos y luego se les pierde la pista en los cuellos de botella que todos conocemos a nivel terciario (dificultades en la referencia y contrarreferencia).

Con respecto a los reclamos confirmamos lo que muestran los números, existiendo pocos reclamos desde el sector rural y al tratar de averiguar el motivo nos encontramos que en la mayoría de los casos es por desconocimiento absoluto de los plazos y las garantías, al igual que los conductos regulares

para formalizarlos, esto por parte de los pacientes y de los equipos, pues en las Postas ni el GES ni las OIRS (oficina de información, reclamos y sugerencias ministeriales) funcionan. Otra razón es la pasividad violentamente aprendida a través del tiempo “La gente está acostumbrada a esperar, si históricamente siempre las horas han llegado después de meses de espera”(X.O. administrativa Hospital de Fresia).

### Participación

La participación en los escasos comités de salud que funcionan está supeditada a una dinámica en que usa a las personas, para no invertir, como es el caso de calefacción, aseo, alimentos y el arreglo de la infraestructura de los establecimientos. En la Posta de Pureo en Queilen encontramos la interrogante acerca de qué más pueden hacer: “los comités de salud durarían más si estuviéramos integrados a los equipos de salud locales y así nos sentiríamos parte del sistema de salud actual (M.S.P Presidenta del Comité de Salud de Pureo).

Es interesante destacar la importancia que para la comunidad tiene el tema de la información sobre salud y de la comunicación y vinculación con los equipos de salud.

Aún cuando el sistema de salud ha generado espacios especialmente dedicados a resolver este tema, tales como folletería, afiches y OIRS, se mantiene la “incomunicación” entre el usuario y los funcionarios o el sistema de salud, generando en las persona la sensación de “no participación”.

Al cerrar nuestros encuentros con la comunidad cada vez agradecemos el tiempo y la información otorgados. Fue emocionante palpar como una actitud tan simple y sin precio, resulta de tanto valor. Escuchar genera una dinámica constructiva, muy agradecida, de acercamiento, tanto de la comunidad como de los equipos.

Se valoró mucho la intención de enterarnos de lo que estaba pasando, pero se manifestó desconfianza en la materialización de soluciones: “ojala sirva para algo todo esto, pero gracias por acordarse de que en el

campo aún vive gente”, frase tristemente repetida en los cierre de las reuniones.

## Reflexión

Las sociedades rurales han presentado cambios estructurales debido en buena parte al desarrollo del modelo global. Estos cambios hacen que tengamos que ver definiciones y analizar lo rural de distinta forma y, en esta medida hacer que las definiciones y estrategias del desarrollo rural se adapten a dichas modificaciones.

Se abre la discusión sobre la compleja relación entre lo local y lo global, partiendo de la premisa, explícita o implícita, que las posibilidades de insertarse en la globalización sólo son factibles si se parte de procesos sólidos de desarrollo local, con alto contenido de capital social, de endogenización económica basadas en iniciativas locales, con posibilidades de generación de conocimientos locales plasmados en el capital cognitivo y con posibilidades de extenderse a un territorio competitivo (27) y así lograr la construcción de una territorialidad local, que podríamos denominar socio-territorialidad.

## COMO PROPONER

*Vi a los burócratas, enmohecidos  
Mantener funcionando el superinodoro,  
Mal pagados, por presionar y patear entre quejidos.  
Para ellos pido mas sueldo y mas decoro*

**Bertolt Brecht**

Sería un ejercicio contrapuesto con todo lo anterior, intentar abordar la salud rural mediante un mecano para armar. Significaría olvidar la importancia del conocimiento local, de su historicidad, de las fuertes dinámicas contextuales que se oponen a la espiritualidad contemporánea y del agotamiento de las planificaciones normativas. Pero sobre todo sería olvidar que la acción social supone lo indeterminado.

De lo visto, no puede sino surgir líneas de desarrollo estratégico para la salud rural, que a nuestro juicio pueden permitir reanimar el espíritu solidario de

nuestra época y sociedad, espíritu gravemente perturbado por la fragmentación, el mercado y la marginación. El afán de estas orientaciones es aclarar y trazar los desafíos indispensables.

## PROPUESTA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD RURAL

El centro de nuestra propuesta consiste en la conformación de grupos humanos (equipos) en salud rural. Hemos denominado a estos colectivos humanos, equipos territoriales autónomos públicos, para señalar que la recuperación del espíritu supone cuatro requisitos:

### Equipo

El diálogo verdadero y la acción social de un colectivo de personas, supone la estabilidad y confianza entre las personas de distintas profesiones y oficios, con una estructura flexible, democrática y organizada de trabajo. Su especificidad es el trabajo clínico, entendido éste como una acción social al lado del otro, no necesariamente un enfermo, y mucho menos exclusivamente en el lecho (klinos), trabajo de servicio y cuidado.

### Territoriales

Los equipos han de tener una adscripción al espacio socialmente construido, que implica una co-responsabilidad con la comunidad y una visibilidad social, en la salud de todas las personas que constituyen ese territorio. Aunque el territorio es un hecho social, esta adscripción tiene también una dimensión material, de acuerdo a la enseñanza del evangelio: “Donde esté tu tesoro, allí estará también tu corazón”. (Mateo: 6:19)

### Autónomo

Los equipos territoriales generan normas de autogobierno, toman decisiones y las realizan. Cuentan con autonomía para organizar y ejecutar su presupuesto, comprar bienes y servicios, diseñar sus inversiones, teniendo posibilidades de acceder a fuentes alternativas mediante convenios. En cuanto

a la gestión de las personas, pueden contratar, desarrollar y en casos extremos, desvincular a los miembros del equipo. Uno de los puntos críticos de la municipalización ha sido que los dos ámbitos de decisiones han estado localizados fuera de los equipos rurales, en manos del Alcalde o del Jefe del Departamento de Salud Municipal.

## **Públicos**

Los equipos territoriales autónomos son públicos, es decir se rigen por una lógica de “no precariedad del empleo”, desechando el miedo o la inseguridad como motor del compromiso con el trabajo. Las finanzas se rigen por una lógica de sanidad y eficacia, pero no es la maximización de ganancias lo que las determina, ya que terminan recortando ciegamente las acciones para reducir costos. Su búsqueda de calidad se realiza mediante la interacción lingüística de las personas, del estudio y la consecución de objetivos, más que en incentivos y castigos monetarios. Poseen flexibilidad para organizar el trabajo.

Las tareas esenciales que estos equipos deben abordar se reconocen en las siguientes dimensiones, que se despliegan en el lenguaje de moda de las competencias, como saber y hacer. En cuanto al ser, el infinitivo suena estático y quizás pudiera ser reemplazado por el siendo.

**Disponibilidad:** el sistema de salud, sus prestaciones y sus recursos deben estar disponibles. Preferimos esta denominación a la mera accesibilidad, pues incluye no sólo la posibilidad de acceder, sino la oportunidad del acceso.

**Resolutividad:** es quizás la principal responsabilidad del equipo, en el sentido de romper la dinámica que articula niveles de resolutividad, que son verdaderos escalones en distintos lugares y establecimientos de la institucionalidad pública de salud. Lo que proponemos es que los equipos la desplieguen horizontalmente en todos los lugares, de acuerdo a la co-decisión de los equipos y la comunidad. No es ésta una decisión meramente técnica sino una cuestión esencialmente política cuya naturaleza debe ser encarada.

**Adecuación:** la adecuación es la localidad, historicidad y respeto que todo saber requiere, así como la tecnología, los espacios y el hacer mismo.

Metafóricamente nuestra propuesta toma la imagen del caracol, dado que su movimiento es adecuado y respetuoso y su secreción posee capacidades cicatriciales. Su concha, su estructura física, refleja el movimiento de la vida en espiral, que se materializa en un espacio de crecimiento a su propio tiempo vital, y que incluye toda su trayectoria existencial anterior. Dijimos que partiendo de lo clínico, las distintas dimensiones se despliegan a través de su acción y no como un deber ser normativo. La acción de los equipos es la que puede o no, abrir los espacios usualmente cerrados, moverse a través del territorio, y construir estrategias.

El vínculo esencial al que apelamos “es **una relación horizontal entre personas que constituyen un grupo, una asociación o una comunidad**, en la cual los participantes se encuentran en **condiciones de igualdad**. Tal relación o vínculo interpersonal se constituye como solidario **en razón de la fuerza o intensidad de la cohesión mutua**, que ha de ser mayor al simple reconocimiento de la común pertenencia a una colectividad. Se trata, en la solidaridad, de **un vínculo especialmente comprometido, decidido**, que **permanece** en el tiempo y que obliga a los individuos del colectivo que se dice solidario, a responder ante la sociedad y/o ante terceros, **cada uno por el grupo, y el grupo por cada uno** (41).

La solidaridad es la esencia de lo público en nuestra salud. El espiral intenta girar nuevamente en torno al centro de nuestra tradición, aceptando que el saber es históricamente condicionado, socialmente construido y culturalmente respetuoso del otro o los otros, otros cuya alteridad es siempre una apelación al respeto, a la apertura y a la entrega.

Los pasos concretos y las preguntas acerca de las miles de cuestiones que a esta propuesta están vinculadas, como por ejemplo el rol de las Universidades, la decisión final respecto a la municipalización y en especial los mecanismos de

articulación con el sistema, repetimos no pueden ser resueltos desde una propuesta global. Nuestra experiencia en los distintos territorios, parcial y limitada por muchas restricciones institucionales, nos confirma que aquí y ahora podemos dar pasos relevantes para reanimar nuestra salud rural.

## Referencias

1. AA VV, *Resultados I Encuesta de Salud Chile*. Chile 2003, Ministerio de Salud. (en [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)).
2. ACEVEDO F., *Extracto de una carta de un Médico General de Zona a su ex profesor*. Cuad Med Soc 1969; 1:36-37.
3. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY NATIONAL HEALTHCARE Disparities Report 2006. USA 2006. (en <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr06/nhdr06.htm>)
4. ALIAGA H., *Experiencia de un médico general de Zona en Achao 1964-1967 Ejercicio Profesional en Provincia*. Cuad Med Soc 1967; 1: 26-30
5. ALLENDE S., *La Realidad Médico- Social Chilena. Perspectivas y Plan de Acción Inmediata*. Santiago de Chile. Ministerio de Salubridad: 1939.
6. APPADURAI, A., *La vida social de las cosas; Perspectivas culturales de las mercancías*. México D.F. Editorial Grijalbo: 1991.
7. BAIGORRI, A., *De lo rural a lo urbano "hipótesis sobre las dificultades de mantener la separación epistemológica entre la sociología rural y sociología urbana en el marco del actual proceso de urbanización global*.
8. CANALES M., *La nueva Ruralidad en Chile: Apuntes Sobre Subjetividad y Territorios Vividos*. PNUD. Temas de Desarrollo sustentable. 2006; 12: 33-39.
9. CARVAJAL Y., MINGUELL J., VASQUEZ O., YURAC C., *Calbuco Castro Quellón 1962-1973. Memoria y salud en la XII zona*. Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena. Puerto Montt: 2007.
10. CATALAN V., *Los Pasos del Trauko*, inédito.
11. CONDEZA E., *Experiencia de un médico general de Zona en Santa Juana, Concepción 1964-1967*. Cuad Med Soc 1969; 3: 28-30.
12. COMISIÓN DE SOLIDARIDAD CON MÉDICOS OBJETOS DE REPRESIÓN. *Porque fuimos médicos del Pueblo*. Santiago de Chile. Cesoc: 1993.
13. ESPINOZA, V., *"Historia Social de la acción colectiva urbana: Los pobladores de Santiago, 1957 - 1987"* (en <http://www.scielo.cl>)
14. FIGUEROA, E., *La Comunidad de Pupelde, Unidad de Patrimonio Cultural Servicio de Salud Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena*. Puerto Montt. 2005
15. GÓMEZ, S., *Nueva Ruralidad (fundamentos teóricos y necesidad de avances empíricos)*. Seminario Internacional "El mundo rural: transformaciones y perspectivas a la luz de la nueva ruralidad". Bogotá, 15-17 de octubre de 2003.
16. GONZÁLEZ M., *Experiencia de un médico general de Zona en Hospital de Nacimiento 1970-1971. Ejercicio Profesional en Provincia*. Cuad Med Soc 1972; 1:13-18.
17. GRAZIANO DA SILVA, J. *Viejos y nuevos mitos de la ruralidad brasileña: Implicaciones para las políticas públicas*. Documento de Trabajo para la jornada de conversación: "repensando la ruralidad: desafíos y perspectivas". Red Pro Rural- Valdivia- Universidad Austral de Chile Panguipulli, Diciembre de 2002.
18. GRAZIANO DA SILVE, J et al. "La evolución de las actividades no agrícolas y las vinculaciones intersectoriales en Brasil" 6° Conferencia Internacional de empleo rural no agrícola de la Asociación latinoamericana y Caribeña de economía agrícola (ALACEA) Trinidad y Tobago, Julio de 1999
19. GRENIER P., *Tiranosaurios en el Paraíso*. Santiago de Chile. LOM: 2005.
20. IBACACHE J. y LEIGHTON A., *Informe resultados Curso Capacitación Técnicos Paramédicos Comunas Puqueldón, Quinchao, Curaco de Vélez,, Quemchi*. Servicio de Salud Llanquihue Chiloé y Palena: 2006.
21. IBACACHE J., LEIGHTON, A., TORRES M., *Modelo de Atención Integral Comuna de Quinchao* 2006. Servicio de Salud Llanquihue Chiloé y Palena: 2007.
22. IBACACHE J. y TORRES M., *Reflexiones Alrededor de un Fogón Rural*. Chiloé, Chile, 2006
23. JURICIC B. y CANTUARIAS R., *La Salud Rural en Chile: Programa para atraer médicos a las zonas rurales*. Bol Of San Pan 1975: 203-211.
24. KROEGER A. y LUNA R., (Comp.) *Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos*. México D.F. OPS: 1987.
25. LEIGHTON A. y IBACACHE J., "Informe Jornada Provincial de Participación". Castro Chiloe 2006.
26. MALDONADO R., MOYA L., ROMERO M. y VEGA A., *Ellos se quedaron con nosotros*. Santiago de Chile. LOM: 1999
27. MARTÍNEZ VALLE, L., *Lo Global y lo local en el medio rural*. Íconos 2006; 24: 25 - 26
28. MATUS C. *Adiós Señor Presidente*. Santiago de Chile. LOM: 1998.

29. MINGUELL J. *Experiencia de un médico general de Zona en Hospital de Calbuco-XII Zona de Salud 1969-1972. Cuad Med Soc, 1973; 1:39-41.*
30. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, *Resultados I Encuesta de Salud, Chile 2003. (En [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))*
31. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, *Los Objetivos Sanitarios 2000- 2010, evaluación a mitad de período. Santiago de Chile 2006. (En [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))*
32. MONTOYA-AGUILAR C, *El Hospital Público en Chile, Vol.II. Chile. Minsal: 2003*
33. MONTOYA-AGUILAR C, *Plan de salud, atención Médica y medicina social 1964. Cuad Med Soc 2006. 46. Suplemento1.*
34. OSORIO L., *Experiencia de un médico general de Zona en Tiltil 1964-1967. Cuad Med Soc.1967; 4:12-16.*
35. RAZETO, L. *Solidaridad. En Pensamiento Crítico Latinoamericano. Conceptos Fundamentales. Santiago. Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez: 2005.*
36. RODRÍGUEZ TORRENT, J., *Lecturas antropológicas para la ruralidad latinoamericana: Diagnóstico del mundo rural. Revista Digital e rural, educación cultura y desarrollo rural 2004. (en <http://educacion.upa.cl/revistaerural/erural.htm>)*
37. SERVICIO DE SALUD LLANQUIHUE CHILOE Y PALENA. *Informe de reclamos sistematizados por la OIRS de las comunas de Chiloé. Departamento de Comunicaciones y Participación: 2006.*
38. SERVICIO DE SALUD LLANQUIHUE CHILOE Y PALENA *Unidad de Patrimonio Cultural Informe sobre la Comunidad de Pupelde: 2005.*
39. TERRIS M, *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. México, D.F. 3ª ed. Siglo XXI: 1987.*
40. VÁSQUEZ H., *Experiencia de un médico general de Zona en el Hospital de Quellón, Chiloé 1966-1970. Cuad Med Soc.1971; 1:17-21.*
41. WERNER D., *Donde no hay Doctor, Una guía para los que viven lejos de los centros médicos. Santiago de Chile, Cuatro Vientos: 1980.*