

CUADERNOS MÉDICO SOCIALES

ISSN 0716-1336

Cuadernos Médico Sociales

2015; Vol 55, N°1 y 2

Acceso al texto completo en el sitio web: www.colegiomedico.cl

- 3 Saludo
- 5 Editorial
- 7 El Programa de Médicos Generales de Zona de Chile, una estrategia multidimensional para atraer y fidelizar a médicos en las zonas rurales
- 23 CICLO DE DESTINACIÓN: instrumento de equidad en Salud
- 33 ¿QUÉ ES SER MÉDICO HOY? Experiencia del Médico General de Zona
- 39 EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIAS: experiencia de un médico general de Zona en Achao octubre 1964 - mayo 1967
- 47 EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIAS: experiencia de un médico general de Zona en Vicuña 1963-1967
- 53 EDUCACION MÉDICA: el Médico general en el Servicio Nacional de Salud
- 57 EDUCACION MÉDICA: ¿Qué tipo de médico necesita el país?
- 63 EDUCACION MÉDICA: ¿Qué tipo de médico necesita el país II?
- 67 EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIAS: Experiencia de un médico general de Zona en Vallenar
- 79 SOCIOLOGÍA Y PRÁCTICA PROFESIONAL. EL MÉDICO GENERAL DE ZONA. Imágenes de su trabajo, valores ocupacionales y estudio de satisfacción profesional
- 91 EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIAS: acciones de salud integral realizadas por el equipo de salud del Hospital de Lonquimay 1969 - 1971

All titles and abstracts are given in Spanish and English.

Las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad de los autores.

COLEGIO MÉDICO DE CHILE (A.G.)

CUADERNOS MÉDICO SOCIALES

Publicación periódica trimestral

Esmeralda 678, Santiago

Casilla 639

Código Postal 6500378

cms@colegiomedico.cl

Diagramación e impresión

Gráfica Alma Limitada

ventas@almagrafica.cl

Saludo

Dr. Enrique París - Pediatra
Presidente del Colegio Médico de Chile (A.G.)
Médico General de Zona, Hospital de Achao 1975 a 1979

Al cumplir 60 años de existencia, los Médicos Generales de Zona representan una de las políticas sanitarias más exitosas que se ha implementado en el sistema de salud público del país.

Sin duda alguna, la experiencia que viven los médicos, que realizan la etapa de destinación y formación, permite llevar a la práctica el aprendizaje adquirido en la universidad y a la vez desarrollar su expertis profesional, y profundizar nuestra vocación médica, ya que la relación con los pacientes va más allá de una simple atención de salud.

Esta herramienta, que fue creada el 22 de julio de 1955, ha llegado a zonas rurales aisladas y extremas, brindando el cuidado sanitario a los habitantes en dichas regiones. Esta iniciativa permite que los profesionales puedan entregar la atención necesaria a los pacientes que no tienen la posibilidad de contar permanentemente con médicos para posteriormente, y una vez terminado el ciclo de 6 años, acceder a una beca de especialización.

A pesar de la falta de recursos y la precariedad con la que se encuentran los MGZ, este época deja un sello particular en los profesionales, ya que es muy difícil que se extinga este espíritu de servicio por los más necesitados, pues esta experiencia se trasunta y proyecta en al ámbito profesional y humano por el resto de la vida.

Uno es y será un MGZ, a pesar de seguir otros caminos como el de especialista, dirigente gremial, u otra actividad. Siempre se mantendrá en el alma, el recuerdo de haber vivido esta experiencia única. El generalato de zona es la piedra angular del sistema público, la gran puerta de entrada para retener a los médicos en este sector y una herramienta de equidad en salud. Gracias a esta política pública, los MGZ son los artífices de los índices de salud que presenta el país.

En estos 60 años, quiero saludar afectuosamente a quienes experimentaron esta hermosa etapa de desarrollo profesional y personal, y a los que en la actualidad están sirviendo en localidades rurales y remotas de Chile con gran vocación médica.

Editorial

Dr. Pablo Salinas Carrizo
Director Cuadernos Médicos Sociales

Neurólogo – Prof. Asistente U. de Chile
Médico General de Zona 2001 – 2007, Hospital de Vicuña

En la medicina chilena, ha sido la creación y mantención de las instituciones señeras, construidas por los propios colegas, la que ha generado hitos en la salubridad del país y generado escuela en torno a ellas.

El Ciclo de Médicos en Etapa de Destinación y Formación, o como fue conocido en su inicio, de Médicos Generales de Zona (MGZ), es uno de los mejores ejemplos de como una construcción colectiva médica histórica, puede transformarse en un hito para la salud pública.

Ligar al Estado con los Médicos, constituyó en sí una revolución, que se revive día a día con el compromiso de miles de facultativos que desarrollan su labor en el sector público, con la sobriedad y seriedad histórica de nuestra medicina, y que a través de esta institución han podido construir su carrera profesional.

Cuando el ciclo de Médicos Generales de Zona cumple 60 años de vida, el Colegio Médico de Chile, a través de sus Cuadernos Médicos Sociales, quiere rendir un merecido homenaje a esta exitosa política de salud republicana, haciendo una recopilación de los testimonios y artículos que a lo largo de estos años se han plasmado en esta publicación y otros destacables por su contexto y contenido.

Aquí se reflejan las vivencias y experiencias de distintos colegas que se formaron a través de este ciclo y que reflexionan del rol del médico en el sector público, destacando la relevancia para el país y la importancia para el profesional de vivir esta experiencia que lo enriquecerá tanto en lo profesional como en lo personal.

Destacan en esta compilación los textos que muestran la relación profunda entre la formación médica y el ciclo, las primeras reflexiones sobre esta herramienta como la base de la relación del médico con el estado y el beneficio de contar con este recurso humano bien formado y con experiencia clínica, la descripción analítica realizada por uno de los referentes ministeriales en esta materia, el Dr. Jorge Carabantes, y un artículo publicado por la Organización Mundial de la Salud, en el que se describen las cualidades del sistema de Generalato de Zona, que se basa en estímulos no remuneracionales apuntando a los valores esenciales del ejercicio de la profesión como principal incentivo para mantenerse en el mundo público. Así también destacan las palabras del Dr. Enrique París, un ex - MGZ que actualmente preside la Orden.

Mandatados por la Mesa Directiva Nacional, relanzamos así los Cuadernos Médicos Sociales, enviando un saludo fraterno a los miles de colegas que han sido, son y seguirán siendo Médicos Generales de Zona, encontrando en la Salud Pública el camino de la vocación, el servicio y la entrega a nuestros compatriotas.

El Programa de Médicos Generales de Zona de Chile, una estrategia multidimensional para atraer y fidelizar a médicos en las zonas rurales

Sebastián Peña^a, Jorge Ramírez^b, Carlos Becerra^b, Jorge Carabantes^c y Óscar Arteaga^b

a. Instituto Nacional de Salud y Bienestar, División de Bienestar y Políticas Sanitarias. Helsinki, Finlandia.

b. Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública. Avenida Independencia 939, Santiago, Chile.

c. Ministerio de Salud, Unidad de Estudios de Recursos Humanos. Santiago, Chile.

Correspondencia a Óscar Arteaga (correo electrónico: oarteaga@med.uchile.cl).

(Enviado el: 1 de octubre de 2009

Versión revisada recibida el: 19 de diciembre de 2009

Aceptado el: 28 de enero de 2010).

Bulletin of the World Health Organization 2010;88:371-378. doi: 10.2471/BLT.09.072769

INTRODUCCIÓN

La distribución equitativa de los recursos humanos es esencial para mejorar los resultados en el área de la salud. Los países de bajos y medianos ingresos son los que resultan más afectados por la carga doble de la migración de profesionales sanitarios a países de altos ingresos y la migración interna a zonas urbanas de mayores recursos.^{1,2}

Las iniciativas destinadas a enfrentar la migración externa a los países más ricos deben ir de la mano con intervenciones para eliminar las inequidades geográficas internas.³⁻⁵ Dada la compleja interacción entre diversos factores, las intervenciones basadas en un solo determinante podrían ser insuficientes para afrontar este problema.^{6,7}

Sin embargo, revisiones sistemáticas ha develado que las intervenciones bien diseñadas son escasas en los países de bajos y medianos ingresos.⁸⁻¹⁰ En una revisión de alta calidad, no se encontraron intervenciones metodológicamente sólidas basadas en incentivos financieros y no financieros, y dos revisiones sistemáticas recientes de incentivos financieros encontró tan sólo un estudio, de Sudáfrica.^{8,10,11}

Los estudios de observación conducidos en países en desarrollo se han centrado en intervenciones fragmentadas (educativas, financieras o regulatorias).⁵ Con la excepción de Tailandia, los

datos sobre estrategias multidimensionales de intervención orientadas a atraer a profesionales sanitarios a las zonas rurales son escasos.^{5,12}

Este artículo analiza una estrategia a largo plazo dirigida a atraer y retener a los médicos en las zonas rurales de Chile: el Programa de Médicos Generales de Zona. Los objetivos del estudio son describir este programa de médicos rurales, describir el conjunto de incentivos en todas sus dimensiones y realizar una evaluación preliminar de sus resultados.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA, ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS

Se emplearon datos retrospectivos obtenidos de dos fuentes habituales de información. El sistema de incentivos y la organización del programa están dados por un decreto promulgado por primera vez en 1963, que dio lugar a la actual Ley N° 19.664 después de la reforma del año 2000. En este estudio se utilizaron las directrices más recientes, del año 2008.

Los resultados del programa se evaluaron a partir de datos nacionales publicados por el Ministerio de Salud. La base de datos del programa se creó después de la reforma del año 2000. Por lo tanto, este estudio sólo considera los datos disponibles de graduados que han postulado a cargos en zonas rurales desde el año 2001 al 2008. Los datos incluyen: listado de postulantes, puntaje final (en una escala de 100 puntos como máximo), puntaje en cada uno de cuatro parámetros (notas, trabajos de investigación, actividades y voluntariado en zonas rurales), y el distrito escogido por los postulantes (si procede). Solamente se cuenta con datos sobre postulantes a residencias del año 2008, los que incluyen: listado de postulantes, puntaje final (en una escala de 70 puntos como máximo) y de las áreas que lo conforman (10 áreas), y programa de especialización escogido por los postulantes. Los puntajes pueden cambiar durante el proceso de postulación; nosotros solamente utilizamos puntajes definitivos.

La evaluación de los resultados del programa es principalmente descriptiva. Los principales resultados evaluados en el estudio son la captación, la retención y los incentivos para que los participantes del programa elijan un establecimiento específico o participen en actividades fuera del ámbito clínico. Dado que en el comportamiento de un médico influyen muchos factores, no intentamos identificar elementos predictores de sus decisiones individuales ni establecer asociaciones entre ellos.

ANTECEDENTES

Chile es un país de ingresos medio-altos en la zona más austral de Sudamérica. Con una población de 16,7 millones de personas y un producto interno bruto de 14 528 dólares internacionales *per capita*,¹³ el país ha experimentado un crecimiento socioeconómico sostenido en las últimas décadas.

El índice de desarrollo humano ha aumentado de manera constante, con una reducción de la pobreza relativa (de 38,7 % en 1990 a 13,7 % en 2006) y un incremento de los niveles de educación.^{14,15} Los resultados en salud también han mejorado: de 1960 al 2006, la esperanza de vida aumentó en 20 años y la mortalidad infantil se redujo de 119,5 a 8,7 muertes por cada 1000 nacidos vivos.¹⁶

El Programa de Médicos Generales de Zona fue lanzado en 1955, tan solo tres años después de la creación del Servicio Nacional de Salud de Chile, en 1952.¹⁷ La distribución desigual de los médicos a lo largo del país, como también la falta o escasez de médicos en muchos hospi-

tales rurales, ya eran evidentes durante las décadas de 1930 y 1940.¹⁸ Hacia 1955, el 65,2 % de los médicos vivía en la provincia capital, Santiago, a pesar de que ésta concentraba tan solo el 32,7 % de la población nacional.¹⁹

OBJETIVOS, FINANCIAMIENTO Y ADMINISTRACIÓN

El objetivo principal del programa es captar médicos para que trabajen en hospitales de atención primaria y centros de salud rurales durante tres años como mínimo (y seis como máximo). El incentivo principal es una residencia pagada en un hospital universitario, más salarios y beneficios atractivos proporcionales al grado de aislamiento y la responsabilidad clínica.²⁰

El diseño del programa se ha mantenido estable a través de los años, pero el contexto de las oportunidades de especialización ha cambiado. Durante las décadas de 1950 a 1970, era la única vía para que los médicos accedieran a programas de especialización y se incorporaran al Servicio Nacional de Salud. Esto fue un gran incentivo y, para el año 1972, el 58,8 % de los médicos graduados participaba en este programa.¹⁹

Las reformas a la educación médica y al sistema de salud de las décadas de 1980 y 1990 introdujo el pago de aranceles de matrícula, lo que creó una vía de acceso directo a los programas de residencia, mediante el autofinanciamiento. Sumado a lo anterior, el número creciente de escuelas de medicina privadas y el fomento de la atención sanitaria privada han generado competencia en ciertas especializaciones médicas que aseguran un mejor futuro económico.^{21,22} Las residencias se realizan en hospitales universitarios. Los médicos pueden postular directamente a las universidades públicas y privadas, o bien por medio del Programa de Médicos Generales de Zona. Aquí describimos el proceso nacional centralizado del programa, que es separado de los procesos de cada universidad.

Uno de los hitos de la puesta en práctica del Programa de Médicos Generales de Zona fue la promulgación de la Ley N° 15.076 en 1963 (reformada en el año 2000 en la Ley N° 19.664). Esta ley le concedió al programa autonomía respecto del respaldo político y garantizó su sostenibilidad en el tiempo.²³ También creó un mecanismo seguro de financiamiento: los fondos provienen íntegramente de recursos públicos, tras la negociación del número total de cupos para el Programa de Médicos Generales de Zona en el presupuesto nacional.

El administrador de este programa es una unidad especializada del Ministerio de Salud. La unidad coordina el proceso de postulaciones, establece el número de cupos y negocia el número de residencias con las universidades. La supervisión y la gestión día a día son responsabilidad de los servicios de salud regionales a un nivel local descentralizado.²⁴

Selección de participantes

El proceso de postulación es competitivo y clasifica a los graduados en un *ranking* basado en un puntaje cuantitativo. Del total de 100 puntos (el puntaje más alto posible), las notas son lo más importante (94,5 puntos), seguidas de los trabajos de investigación y las actividades (2 puntos cada uno) y voluntariado en zonas rurales (1,5 puntos).²⁵

El Ministerio de Salud publica un listado de cupos disponibles, calificados de A a E (A representa la mayor dificultad de desempeño, basada en el grado de aislamiento, las condiciones geográficas y climáticas, los servicios básicos disponibles, la calidad y cantidad de infraestruc-

tura disponible y la población cubierta).²⁶ Los postulantes seleccionan su destinación en una audiencia pública, en un proceso a viva voz.²⁵

Después de tres años (y seis como máximo), los médicos pueden postular a un programa de especialización. En esta ocasión, el proceso de postulación asigna la clasificación en el *ranking* basándose en la duración de la estancia y la dificultad del trabajo, como también en la participación en proyectos comunitarios o de labor asistencial sanitaria, las responsabilidades administrativas, la formación y capacitación, y las investigaciones realizadas (Cuadro 1). Los postulantes, según su posición en el *ranking*, pueden seleccionar los programas de residencia de entre los cupos negociados anualmente por el Ministerio de Salud.²⁷

Cuadro 1.
Ítems considerados en la postulación a un programa de especialización en el Programa de Médicos Generales de Zona de Chile²⁷

Incentivos asociados a las características del establecimiento y duración de la estancia	
Duración de la estancia	(10 puntos)
Dificultad del desempeño (de A a E)	(9 puntos)
Trabajo en posta rural	(8 puntos)
Médico único en el distrito de salud	(3 puntos)
Incentivos asociados al desarrollo del trabajo del médico	
Desarrollo de proyectos comunitarios o de labor asistencial sanitaria	(12 puntos)
Funciones directivas	(8 puntos)
Trabajos de investigación	(6 puntos)
Cursos de perfeccionamiento profesional	(5 puntos)
Actividades docentes en el área de la salud	(5 puntos)
Calificación funcionaria	(4 puntos)
Total	(70 puntos)

Tipos de incentivos

Basándonos en el marco teórico de Dolea, hemos clasificado el conjunto de incentivos del Programa de Médicos Generales de Zona en cuatro dominios²⁸: (i) compensación monetaria (incentivos financieros directos e indirectos); (ii) intervenciones educativas y regulatorias; (iii) administración, entorno y apoyo social; e (iv) incentivos externos.

Compensación monetaria

El programa incluye tanto incentivos financieros directos como indirectos. Los incentivos directos comprenden una remuneración permanente y asignaciones transitorias (Tabla 1). La remuneración permanente está conformada por un sueldo base más una asignación por antigüedad que se le suma cada tres años (34 % del sueldo base después de tres años, y 44 % después de seis años). Las asignaciones transitorias dependen de las condiciones geográficas, la jornada laboral (turnos y horas extra) y las responsabilidades del cargo.^{20,30} En concreto, las asignaciones transitorias pueden llegar a quintuplicar el sueldo base.

Tabla 1.
Dominios e incentivos del Programa de Médicos Generales de Zona de Chile²⁰

Dominio	Nombre	Descripción
Educativo	Voluntariado en zonas rurales	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntariado de cuatro semanas con médicos del Programa de Médicos Generales de Zona, incluido en el proceso de postulación.
	Directos	<p>Remuneración permanente basada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sueldo base • Antigüedad (incrementos: sueldo base + 34 % después de 3 años, y + 44 % después de 6 años) <p>Asignación transitoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad: para médicos que cumplen funciones directivas (director y subdirector). Varía de 40 a 70 %²⁹ • Compensación por jornada completa: incentivo de 23 % para médicos que trabajan en jornada completa • Condiciones especiales: conformado por asignación de área geográfica (10 a 180 %, dependiendo del nivel de aislamiento) más turnos y horas extra³⁰
Financiero	Indirectos	<ul style="list-style-type: none"> • Bonificación por desempeño: pago único basado en el desempeño individual o colectivo^{31,32} • Área geográfica (% extra sobre el sueldo base, dependiendo del lugar donde se haga la residencia. Aplica a todos los funcionarios del sector público.)³³ • Residencia (% extra sobre el sueldo base para compensar la pérdida de asignaciones por responsabilidad y área geográfica durante el período de residencia)
	Incentivos para participar en la gestión del establecimiento y labores comunitarias	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de especialización pagado³⁴ • Asignación para mudanza y regreso: incluye remuneración doble el primer y el último mes, como también costos del flete (efectos personales y activos) • Vivienda (de propiedad de los servicios de salud o los municipios)
Funciones administrativas y apoyo ambiental y social	Perfeccionamiento profesional continuo	Se incluyen ocho tipos de actividades en las bases de postulación a los programas de especialización (Cuadro 1)
	Días libres	Un mes/año para residencias clínicas en un hospital de referencia y 3 días/año para formación médica continua. Hasta 160 horas de capacitaciones pagadas para los postulantes seleccionados ³⁵
	Incentivos que facilitan la inscripción	12 días/año para asuntos personales (el doble de lo que reciben otros funcionarios del sector público) y una semana adicional de vacaciones en la I, II, XI, XII, XV región y en la provincia de Palena (X región)
Incentivos externos	Incentivos que facilitan la inscripción	<ul style="list-style-type: none"> • Internado durante los estudios de Medicina (4 a 8 semanas) • Implementación de aranceles de matrícula para los programas de residencia, número creciente de escuelas de Medicina privadas y de médicos graduados y un sector floreciente de atención sanitaria privada con fines de lucro
	Incentivos que facilitan la retención	<ul style="list-style-type: none"> • Rápida expansión de los servicios básicos de salud y educación (décadas de 1960 y 1970), mejoras en la conectividad rural (década de 1980). Conectividad por medio de Internet y teléfonos móviles (desde 1990 en adelante) • Agrupación de Médicos Generales de Zona, la organización gremial de los participantes en el programa. Se trata de una asociación sólida y representativa, que participa activamente en las negociaciones con las autoridades.

Durante el 2008, el sueldo base fue equivalente a \$1.275 dólares estadounidenses (cálculo basado en el promedio anual publicado por el Banco Central de Chile).³⁶

Sumado a lo anterior, los médicos que trabajan en centros asistenciales municipales tienen derecho a negociar otras asignaciones con las autoridades locales, destinadas a actividades de acercamiento a la comunidad, turnos o trabajo en horas extra.³⁷ Asimismo, los médicos suelen aumentar sus ingresos trabajando en el sector privado después de su horario laboral normal. Durante el período de residencia, los médicos continúan recibiendo las asignaciones permanentes, pero dejan de recibir algunas de las transitorias, lo que implica una reducción de 10 a 15 % de la remuneración total.

El incentivo financiero indirecto más importante es el programa de especialización. Durante los tres años de residencia, el Programa de Médicos Generales de Zona paga un sueldo y cubre los aranceles de matrícula, que de lo contrario tendrían que pagarse con fondos privados (alrededor de \$5.000 dólares estadounidenses al año). También se entrega una asignación para la mudanza a la zona y el regreso al término del período (que incluye doble sueldo en el primer y el último mes, los pasajes y el flete). Algunos servicios de salud o municipios cuentan con viviendas propias, las que se ponen a disposición de los médicos sin costo o por un arriendo bajo; sin embargo, no se dispone de una estimación exacta del monto de este subsidio.

Intervenciones educativas y regulatorias

Durante la formación médica, los estudiantes también pueden participar durante un máximo de cuatro semanas en un programa de voluntariado en zonas rurales, ayudando a los médicos rurales (en su mayoría, participantes del Programa de Médicos Generales de Zona) en las actividades normales de atención primaria rural (p. ej., atención sanitaria a pacientes hospitalizados y ambulatorios, turnos en la sala de urgencias y actividades de acercamiento a servicios de salud rurales). Del año 2005 al 2009, un promedio de 93 % de los postulantes al programa habían completado el número máximo de horas de voluntariado en servicios rurales.³⁸

Apoyo administrativo, ambiental y social

El proceso competitivo de postulación a los programas de residencia incluye dos tipos de incentivos: (i) incentivos relacionados con las características del establecimiento de trabajo y la duración de la estadía; e (ii) incentivos relacionados con el trabajo del médico y su desarrollo. Los primeros tienen por objeto incentivar a los médicos a elegir las zonas geográficas más aisladas y permanecer en ellas por el período máximo, de seis años; los segundos están orientados a motivar a los médicos a que participen en trabajos comunitarios, asumiendo responsabilidades administrativas y tomando parte en investigaciones y actividades de formación médica continua. En el Cuadro 1 se aprecia que la mayor parte del puntaje se asigna a la evaluación del desempeño individual del médico.

Durante su residencia en las zonas rurales, los médicos pueden asistir a un mes de capacitaciones al año, en el hospital regional correspondiente. Ésta es una excelente oportunidad para fortalecer las capacidades de los médicos rurales, como también de ayudarlos a generar redes con especialistas de los hospitales regionales. Además de lo anterior, los médicos rurales tienen derecho a utilizar seis días al año para actividades de formación médica continua y disponen de un día libre al mes para asuntos personales (el doble que otros funcionarios del sector público). Los médicos que trabajan en regiones alejadas tienen cinco días adicionales de vacaciones.

Incentivos externos

Los incentivos externos no son parte del programa, pero pueden ayudar a facilitar la captación de interesados o fomentar la retención de los médicos participantes.

Los incentivos para la captación incluyen los cambios ya señalados al mercado de especializaciones (pago de aranceles para las residencias, mayor número de graduados y crecimiento del sector privado) y la incorporación reciente de internados rurales a los programas de las escuelas de Medicina. De hecho, el 54 % de las escuelas de Medicina acreditadas han agregado internados rurales de 4 a 8 semanas a sus programas de formación médica.

Los incentivos para la retención son el resultado de las mejoras a las condiciones de trabajo en las áreas rurales, entre ellas la expansión de los servicios básicos de salud y educación (en las décadas de 1950 y 1960), las mejoras a la conectividad de las zonas rurales (décadas de 1970 y 1980), la provisión de mejores equipos y remuneraciones a los servicios de salud rurales (décadas de 1990 y 2000), y el acceso a Internet y telefonía móvil (década de 2000).

Al mismo tiempo, los participantes se agrupan en una organización gremial sólida. Este gremio es un participante clave en las negociaciones por mejoras de las condiciones laborales con las autoridades, y ha construido una poderosa red social de asistencia a sus pares, que ayuda a los nuevos participantes a comprender el complejo marco legal del programa. Además, este organismo fomenta la investigación sobre salud rural y organiza reuniones científicas anuales.³⁹

Resultados del programa

Según Bärnighausen & Bloom, es posible evaluar los resultados de un programa en función de los resultados de sus participantes, entre participantes y quienes no participan (efectos), y la eficacia a nivel de población (impactos).¹⁰ Los datos disponibles sólo nos permiten evaluar los resultados del programa; es decir, la captación, la retención, los incentivos asociados a las características del establecimiento de trabajo, y el nivel de desempeño y satisfacción.

Captación

La captación se refiere al nivel de éxito del programa en lo que respecta a postulaciones y el llenado de los cupos. En la Tabla 2 se aprecia que el programa parece estar captando un gran número de postulantes, dado que éstos superan el número de cupos disponibles en cuando menos 2,5 veces y se han incrementado en los últimos tres años. Desde el año 2002, se han registrado tasas de aceptación del 100 %.

Tabla 2.
Tasas de captación y aceptación de médicos en el Programa de Médicos Generales de Zona de Chile, 2001–2009

Captación de médicos	Promedio 2001–2004	DE	2006	2007	2008	2009
Número de cupos disponibles	153,5	31,8	126	144	165	160
Número de postulantes	381	94,2	514	593	558	485
Razón de postulantes/cupos	2,5	0,4	4,1	4,1	3,4	3,0
Cupos cubiertos (%)	99,3	1,4	100	100	100	100
Aceptación del cargo (%) ^a						

Captación de médicos	Promedio 2001–2004	DE	2006	2007	2008	2009
Primer cuartil	19	1,6	19	27	44	50
Segundo cuartil	39,3	15,1	37	53	51	42
Tercer cuartil	52,3	14,6	43	54	43	41
Cuarto cuartil	42	7,5	27	9	27	27

DE = desviación estándar.

^a El cálculo de los cuartiles se basa en la clasificación en el *ranking* del último postulante que aceptó el cargo ofrecido.

Fuente: Ministerio de Salud, 2001–2009.³⁸

Sin embargo, un análisis más detenido sugiere que aunque los médicos graduados sí postulan, no necesariamente aceptan los cupos (Tabla 2). Esta tendencia a optar por rechazarlos es más marcada en los postulantes con mejor posición en el *ranking*. Del 2001 al 2004, sólo el 19 % de los postulantes mejor posicionados (primer cuartil) se inscribió en el programa, indicador que alcanzó un máximo de 52,3% en el tercer cuartil. En los dos años previos a este estudio, esta tendencia parece haber mejorado, dado que el programa captó al 44 % y al 50 % de los postulantes ubicados en el primer cuartil, respectivamente. El sistema de puntajes otorga gran importancia a los logros académicos (el 98,5 % del puntaje está conformado por las notas y trabajos de investigación), pero se desconoce si este perfil refleja las habilidades necesarias en un contexto rural.

Retención

La retención representa la proporción de participantes que se quedan en el programa por el período requerido. El abandono del programa es excepcional, y la mayoría de los casos se presenta al inicio del proceso de postulación. Los cargos vacantes suelen ocuparse en convocatorias posteriores a nivel nacional o descentralizado, por lo que muy pocos permanecen vacantes durante más de un año.²⁵ Sin embargo, el programa es menos exitoso cuando se trata de motivar a los médicos para que se queden por el período máximo de residencia, cifra que alcanza tan sólo un 58 %.⁴⁰

Incentivos asociados al establecimiento

Los resultados de los incentivos asociados a las características del establecimiento de trabajo (Tabla 3) muestran una gradiente de puntajes promedio de los médicos que postulan a trabajos en zonas rurales, y sugiere que los cupos en establecimientos con mayor grado de dificultad (y, en consecuencia, mayor oferta de beneficios) efectivamente están captando postulantes mejor posicionados en el *ranking*.

Tabla 3.

Puntaje promedio de médicos que postulan a trabajos en zonas rurales, por categoría de dificultad del establecimiento, en el Programa de Médicos Generales de Zona de Chile

Categoría del establecimiento ^a	Puntaje promedio de solicitantes ^b					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A (mayor dificultad del desempeño)	89,2	89,7	86,7	91,9	87,5	91,1
B	86,3	88,3	87,2	90,5	86,4	89,9
C	86,9	87,2	87,2	88,4	87,1	87,8

Categoría del establecimiento ^a	Puntaje promedio de solicitantes ^b					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
D	85,5	86,3	85,9	85,7	86,6	85,1
E (menor dificultad del desempeño)	85,2	86,2	84,8	84,2	85,3	82,9

^a Los establecimientos se califican de A a E según el nivel de dificultad del desempeño, basado en el grado de aislamiento, las condiciones geográficas y climáticas, los servicios básicos disponibles, la calidad y cantidad de infraestructura disponible y la población cubierta.

^b El cálculo del puntaje promedio de los postulantes a cargos en zonas rurales se basa en cuatro parámetros: notas (94,5 puntos), trabajos de investigación (2 puntos), actividades (2 puntos) y voluntariado en establecimientos rurales (1,5 puntos). Puntaje máximo = 100 puntos.

Fuente: Unidad de Destinación y Residencias, Ministerio de Salud.²⁵

En la Tabla 4 se aprecia la proporción de médicos que obtuvo el puntaje máximo en los incentivos asociados a su desempeño individual. El Programa de Médicos Generales de Zona ha motivado con éxito a los médicos para que participen en tareas fuera del ámbito clínico; en particular, promocionando la formación médica continua y las actividades vinculadas a la educación en temas de salud. Pese a que representan una parte importante del puntaje total (28 puntos, 40 %), las áreas menos exitosas fueron participación en actividades de acercamiento a la comunidad, desarrollo de proyectos comunitarios y de labor asistencial, y la aceptación de funciones administrativas.

Tabla 4.
Proporción de médicos que realizan actividades asociadas al desempeño individual en el Programa de Médicos Generales de Zona de Chile

Tipo de actividad	2008 (%) ^a
Formación médica continua	97,5
Educación y capacitación en materia de salud	74,5
Publicación de trabajos de investigación	67,5
Actividades de acercamiento a la comunidad	61,8
Desarrollo de proyectos comunitarios y de labor asistencial	60,5
Funciones administrativas	59,2

^a Los cálculos se basan en los postulantes que han aceptado las residencias. El cálculo de las proporciones se basó en el puntaje máximo. Para las funciones administrativas y el trabajo en postas rurales, el puntaje máximo depende de la duración de la estancia. Ajustamos los cálculos al número de meses inscrito en el programa, a fin de controlar la duración de la estancia como factor de confusión.

Fuente: Unidad de Destinación y Residencias, Ministerio de Salud.⁴⁰

Satisfacción

Una encuesta representativa reciente a participantes del Programa de Médicos Generales de Zona ($n = 202$, 26 % del total) sugirió que existe un alto grado de satisfacción con el programa: más del 90 % consideró que su experiencia fue positiva y el 69,7 % tiene previsto ejercer como especialista en un hospital de referencia. Los encuestados señalaron las relaciones con su familia y pareja, las condiciones laborales, los ingresos y las relaciones sociales como los factores de mayor influencia en su experiencia como médicos rurales. El aislamiento y las condiciones climáticas fueron los factores de menor relevancia.⁴¹ Esto concuerda con lo observado en estudios previos que destacan la importancia de los incentivos no financieros como factores determinantes en la satisfacción de los participantes.⁴²

Desafíos actuales

Nuestros resultados tienen varias limitaciones. A pesar de las más de cinco décadas de experiencia, la falta de datos retrospectivos hace imposible analizar tendencias de largo plazo y comparar a los médicos que han participado en el Programa de Médicos Generales de Zona con quienes no lo han hecho.

Tenemos cada vez más evidencia de cuáles factores podrían predecir la retención de médicos en los establecimientos rurales, generalmente obtenida mediante encuestas diseñadas con fines específicos.⁴³⁻⁴⁶ El análisis de los predictores de resultados favorables para el programa hubiese potenciado la validez externa de nuestros resultados. Sin embargo, dado que el presente artículo representa el primer informe sobre el Programa de Médicos Generales de Zona de Chile a nivel internacional, decidimos utilizar sólo los datos disponibles en la actualidad.

Pese a estas limitaciones, el estudio alimenta el acervo de conocimientos relacionados con estrategias multidimensionales de retención y captación. El elemento clave del programa es un conjunto agrupado de incentivos financieros y no financieros, organizados de manera estratégica con el fin de alentar a los médicos a participar en actividades de relevancia para la salud pública y prolongar la duración de su estancia. Los resultados sugieren que el programa logra captar el interés de los médicos para que trabajen en zonas rurales, al mismo tiempo que logra altas tasas de retención y satisfacción general.

El programa también incentiva la formación médica continua, la investigación y la educación en materia de salud, lo que concuerda con los resultados de informes anteriores.⁴⁷ Los resultados obtenidos en cuanto a participación en actividades de acercamiento a la comunidad, desarrollo de proyectos comunitarios y de labor asistencial, y tareas administrativas han sido menos prometedores, lo que puede explicarse parcialmente por dos factores. En primer lugar, las oportunidades para los médicos rurales varían y la disponibilidad de cargos directivos y actividades de acercamiento a la comunidad son limitadas. En segundo lugar, no todas las especialidades generan la misma motivación en los participantes, y existe una competencia asimétrica por unas pocas especialidades (en teoría, aquellas asociadas a mayores ingresos o que no requieren de turnos). Esto permite que los médicos con una clasificación menor en el *ranking* (y, por lo tanto, menos actividades) se inscriban en cargos menos competitivos.⁴⁸

Sin embargo, cabe destacar que, al contrario de lo informado en otras experiencias que apuntan a retener médicos en establecimientos rurales de manera permanente, el Programa de Médicos Generales de Zona de Chile siempre se ha considerado un mecanismo para retener a los médicos por un plazo máximo de 6 años, después de los cuales son reemplazados por otro médico que permanecerá en el establecimiento por igual período.⁴⁹

El proceso de postulación también presenta ciertas debilidades relacionadas con la promoción de especialidades que podrían ser necesarias en zonas rurales, pero que no resultan atractivas para los médicos. Esto ocurre, por ejemplo, con las residencias de medicina familiar, que registran tasas muy bajas de aceptación (10,3 % del 2001 al 2007).⁴⁸ En los países desarrollados, es muy probable que los médicos familiares se dediquen a la clínica rural. En este contexto, el desinterés de los médicos chilenos por la medicina familiar podría convertirse en un obstáculo importante para retener a los médicos en zonas rurales de manera más permanente.⁵⁰

Se puede afirmar que, retrospectivamente, el Programa de Médicos Generales de Zona ha logrado acompasar los intereses de los médicos en fase de especialización con las necesida-

des de médicos rurales del país. Sin embargo, podría estar produciéndose un desfase entre la demanda de algunas especialidades y lo que el programa puede ofrecer. En este sentido, el desafío crucial es cómo conciliar las necesidades de las dos partes, lo que requerirá una estrategia mucho más refinada que las empleadas con anterioridad.

Esta conciliación debe comenzar con el fortalecimiento del acervo de evidencia utilizado para tomar las decisiones. En primer lugar, se debe fomentar la investigación para evaluar los resultados del programa. Esto incluye el comparar a sus participantes con otros médicos rurales, analizar el impacto a nivel poblacional y determinar la relación costo/efectividad del programa.

En segundo lugar, se debe promover la realización de estudios más profundos de los incentivos y las motivaciones, con el fin de facilitar la toma de decisiones basada en la evidencia. Estos podrían incluir encuestas para averiguar cuáles son los incentivos y las motivaciones de los participantes, experimentos con una cantidad de opciones limitada en médicos graduados y en ejercicio, y seguimiento longitudinal de cohortes recientes de graduados. Los esfuerzos que se hagan en el futuro para expandir este acervo de conocimientos permitirán que el programa entre en sincronía con las necesidades actuales de la población y cumpla los objetivos de las políticas sanitarias chilenas de mejor manera.

CONCLUSIÓN

El Programa de Médicos Generales de Zona de Chile representa una estrategia exitosa de captación y retención de médicas a las zonas rurales, mediante la combinación coherente de un conjunto de incentivos financieros, educativos y de administración. El presente estudio destaca la importancia de los incentivos no financieros para el comportamiento de un médico. Las intervenciones dirigidas a retener a los médicos y otros profesionales en las zonas rurales deben lograr un equilibrio entre la estabilidad de la organización y la flexibilidad, a fin de garantizar que los incentivos estén alineados con las políticas nacionales de salud y otros desafíos propios de la labor en el área de la salud. Se requiere de un esfuerzo importante para implementar reformas al programa basadas en la evidencia, con el fin de adaptar su diseño exitoso a las necesidades cambiantes de la población chilena.

FINANCIAMIENTO:

Ninguno.

CONFLICTOS DE INTERESES:

Sebastián Peña fue un participante del programa. Jorge Ramírez y Carlos Becerra participan en el programa de residencia en Salud Pública como parte del programa de Médicos Generales de Zona. Jorge Carabantes fue el responsable del programa de 1995 a 2006. Entre el 2006 y el 2008, fue el director de la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

REFERENCIAS

1. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al., et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004; 364: 1984-90 doi: 10.1016/S0140-6736(04)17482-5 pmid: 15567015.

2. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.
3. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz M. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 595-600 pmid: 15375449.
4. Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *N Engl J Med* 2005; 353: 1810-8 doi: 10.1056/NEJMsa050004 pmid: 16251537.
5. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health* 2006; 4: 12- doi: 10.1186/1478-4491-4-12 pmid: 16729892.
6. Dieleman M, Harnmeijer J. Improving health worker performance: in search of promising practices. Geneva: World Health Organization; 2006. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/improving_hw_performance.pdf [accessed 23 March 2010].
7. Serneels PM, Lindelöw M. For public service or money: understanding geographical imbalances in the health workforce. Washington, DC: The World Bank; 2005. Available from: <http://econ.worldbank.org/resource.php?type=5> [accessed 23 March 2010].
8. Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev* 2009CD005314- doi: 10.1002/14651858.CD005314.pub2 pmid: 19160251.
9. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet* 2008; 371: 668-74 doi: 10.1016/S0140-6736(08)60305-0 pmid: 18295024.
10. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 86- doi: 10.1186/1472-6963-9-86 pmid: 19480656.
11. Sempowski IP. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. *Can J Rural Med* 2004; 9: 82-8 pmid: 15603680.
12. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 19- doi: 10.1186/1472-6963-8-19 pmid: 18215313.
13. World economic outlook databases. Washington, DC: International Monetary Fund; 2009. Available from: <http://www.imf.org/external/ns/cs.aspx?id=28> [accessed 23 March 2010].
14. La situación de pobreza en Chile 2006. Santiago: Ministry for Planning; 2007. Spanish. Available from: <http://www.mideplan.cl/casen/publicaciones/2006/Pobreza.pdf> [accessed 23 March 2010].

15. Human development report - country fact sheet - Chile. Geneva: United Nations Development Programme; 2008. Available from: http://hdrstats.undp.org/en/countries/data_sheets/cty_ds_CHL.html [accessed 23 March 2010].
16. World health statistics. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf [accessed 23 March 2010].
17. de la Jara JJ, Bossert T. Chile's health sector reform: lessons from four reform periods. *Health Policy* 1995; 32: 155-66 doi: 10.1016/0168-8510(95)00733-9 pmid: 10156636.
18. Allende S. La realidad médico-social chilena. Santiago: Ministerio de Salubridad; 1939.
19. Juricic B, Cantuarias R. La salud rural en Chile: programa para atraer médicos a las zonas rurales [Rural health in Chile: a program to attract physicians to rural areas]. *Bol Oficina Sanit Panam* 1975; 78: 203-11 pmid: 123448.
20. Law 19664. Santiago: Ministry of Health; 2000. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/ley19664.pdf [accessed 23 March 2010].
21. Roman O. Las nuevas escuelas de medicina en el panorama médico actual [The new medical schools in Chile and their influence on the medical scenario]. *Rev Med Chil* 2009; 137: 1099-104 pmid: 19915777.
22. Goic A. Proliferación de escuelas de medicina en Latinoamérica: causas y consecuencias [Proliferation of medical schools in latin America. Causes and consequences]. *Rev Med Chil* 2002; 130: 917-24 pmid: 12360803.
23. Carabantes J. Ciclo de Destinación: instrumento de equidad. *Cuad Med Soc* 1998; 34: 18-26.
24. Arteaga O. Desempeño e incentivos en la gestión de recursos humanos en salud: algunas experiencias institucionales del sector público en Chile. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2002. Spanish.
25. Proceso de selección para ingreso a la Etapa de Destinación y Formación y otorgamiento de becas primarias. Santiago: Ministry of Health; 2006. Spanish.
26. Carabantes J, Yevenes S. Estudio de categorización establecimientos de baja complejidad. Santiago: Ministry of Health; 2000. Spanish.
27. Bases proceso de selección para acceder a cupos en Programa de Especialización año 2010 para médicos contratados por el artículo 8 de la Ley N 19664, en Etapa de Destinación y Formación de los Servicios de Salud. Santiago: Ministry of Health; 2009. Spanish.
28. Dolea C. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. In: First expert meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: http://www.who.int/hrh/migration/background_paper.pdf [accessed 23 March 2010].
29. Reglamento para la concesión de la Asignación de Responsabilidad establecida en la Ley no. 19.664. Decreto 841. Santiago: Ministry of Health; 2001. Spanish. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/841.pdf [accessed 23 March 2010].

30. Reglamento para la concesión de la Asignación de Estímulo establecida en la Ley no.19.664. Decreto 847. Santiago: Ministry of Health; 2001. Spanish. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/847AZ.pdf [accessed 23 March 2010].
31. Reglamento para pago de bonificación por desempeño individual - Ley no. 19.664, art. 37. Decreto 848. Santiago: Ministry of Health; 2001. Spanish. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/BONOINDIVIDUAL848.pdf [accessed 23 March 2010].
32. Reglamento para pago de bonificación por desempeño colectivo institucional - Ley No. 19.664, art. 37. Decreto 849. Santiago: Ministry of Health; 2001. Spanish. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/BONOCOLECTIVO849-2.pdf [accessed 23 March 2010].
33. Decreto Ley no. 249, de 1973, Escala unica de grados y sueldos de la administración pública. Santiago: Ministry of Agriculture; 1973. Spanish. Available from: http://alegislativo.bcn.cl/publicadores/pub_link_asistente/admin/ver_archivo_subido.php?id_archivo=306&file=1 [accessed 23 March 2010].
34. Reglamento sobre acceso y condiciones de permanencia en Programas de Especialización Ley no. 19.664, art. 37. Decreto 91. Santiago: Ministry of Health; 2001. Spanish. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/ESPECIALIZACION91.pdf [accessed 23 March 2010].
35. Reglamento sobre actividades de capacitación a que se refiere el párrafo segundo del inciso primero del artículo 46 de la Ley no.19.664. Decreto 752. Santiago: Ministry of Health; 2001. Spanish. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/CAPACITACION752.pdf [accessed 23 March 2010].
36. Statistical database. Santiago: Banco Central; 2009. Available from: http://si2.bcentral.cl/Basededatoseconomicos/951_portada.asp [accessed 23 March 2010].
37. Imparte instrucciones en relación con el desempeño de profesionales funcionarios de la Etapa de Destinación y Formación en consultorios de atención primaria municipal. Santiago: Ministry of Health; 2006. Spanish.
38. Listado de puntajes definitivos con reposición proceso de selección para ingreso a la Etapa de Destinación y Formación para médicos de la última promoción 2001-2009. Santiago: Ministry of Health; 2000-2008. Spanish.
39. Agrupación de Médicos Generales de Zona [Internet]. 2009 Available from: www.mgz.cl [accessed 23 March 2010].
40. Listado de puntajes definitivos para acceder a cupos de especialización para médicos EDF art no. 8, año académico 2009. Santiago: Ministry of Health; 2008. Spanish.
41. Ramirez J, Rivera P. Experiencia del generalato de zona. Expectativas y certidumbres en torno al ciclo de destinación y formación. Informe final [Experience of the Rural Practitioner Programme: expectations and uncertainties. Final report]. Santiago: Medical Association of Chile; 2008. Spanish.
42. Diaz X. El médico general de zona: imágenes de su trabajo, valores ocupacionales y estudio de satisfacción profesional. Cuad Med Soc 1971; 12: 5-12.

43. Fryer GE, Stine C, Vojir C, Miller M. Predictors and profiles of rural versus urban family practice. *Fam Med* 1997; 29: 115-8 pmid: 9048172.
44. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Paynter NP. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *JAMA* 2001; 286: 1041-8 doi: 10.1001/jama.286.9.1041 pmid: 11559288.
45. Laven GA, Beilby JJ, Wilkinson D, McElroy HJ. Factors associated with rural practice among Australian-trained general practitioners. *Med J Aust* 2003; 179: 75-9 pmid: 12864716.
46. Chan B, Degani D, Crichton T, Pong R, Rourke J, Goertzen J, et al., et al. Factors influencing family physicians to enter rural practice: Does rural or urban background make a difference? *Can Fam Physician* 2005; 51: 1247-.
47. Van Dormael M, Dugas S, Kone Y, Coulibaly S, Sy M, Marchal B, et al., et al. Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: a case study from Mali. *Hum Resour Health* 2008; 6: 25- doi: 10.1186/1478-4491-6-25 pmid: 19017381.
48. Estadísticas de las becas de especialización de la Etapa de Destinación y Formación 2001-2007. Santiago: Ministry of Health; 2009. Spanish.
49. Hutten-Czapski P. Rural incentive programs: a failing report card. *Can J Rural Med* 1998; 3: 242-7.
50. Rural practice, keeping physicians in [position paper]. American Academy of Family Physicians; 2009. Available from: <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/r/ruralpracticekeep.html> [accessed 23 March 2010].

CICLO DE DESTINACIÓN: instrumento de equidad en Salud

Dr. Jorge Carabantes¹

RESUMEN

Desde los años cincuenta Chile ha mantenido un sistema de destinación de médicos y odontólogos generales, llamado Ciclo de Destinación, lo que ha permitido dotar a las diferentes localidades del país de estos profesionales.

Aspectos disfuncionales a las necesidades del Sistema Nacional de Servicios de Salud han llevado a proponer un nuevo diseño del proceso de destinación y que está contenido en el proyecto de ley que "Crea normas especiales para los profesionales funcionarios que se desempeñan en jornadas diurnas en los Servicios de Salud".

De la evolución de la dotación de personal, a partir del año 1985, el sistema alcanzó su menor dotación en 1990, incrementándose en siete años en 140% con un aumento importante del número de médicos becados (210%) y de especialistas en práctica postbeca.

Se presentan los resultados esperados con el nuevo sistema, destacándose el fortalecimiento de la relación de los profesionales con los Servicios, el mayor involucramiento de los gestores locales, una mejor armonía de los intereses de los profesionales con las necesidades institucionales.

INTRODUCCIÓN

El Ciclo de Destinación es un sistema dedicado a facilitar la provisión de profesionales indiferenciados y especializados para el Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.). Su quehacer se inserta dentro de la política de recursos humanos del Ministerio de Salud, cuyo marco de referencia es la política general de salud y las prioridades del Supremo Gobierno.

Para entender por qué los objetivos originales del Ciclo de Destinación siguen vigentes, es necesario conocer los condicionantes políticos actuales que lo determinan.

El más relevante es la prioridad asumida por el Supremo Gobierno de eliminar la extrema pobreza durante la presente década, siendo la tarea del Ciclo de Destinación procurar que los recursos humanos profesionales estén disponibles en la cantidad y calidad suficientes en los lugares de mayor pobreza, donde su presencia contribuya a mejorar el estado de salud de la población que habita en éstos, facilitando, de esta manera, el aprovechamiento de las oportunidades de desarrollo que el país le otorgue a ella.

¹ Jefe Departamento de Formación, Perfeccionamiento y Regulación. División de Recursos Humanos Ministerio de Salud.

Un segundo condicionante, armónico con el anterior, es la búsqueda de la equidad, que ha sido asumida como prioridad política por el Ministerio de Salud. Ella significa facilitar el acceso de la población a servicios de salud de calidad, especialmente en las localidades con mayor riesgo sanitario. Para ello es indispensable dotarlas de los profesionales necesarios, superando la desigualdad existente entre los diferentes lugares del país.

La descentralización, otra prioridad del Ministerio, es el tercer factor a considerar, puesto que la efectividad de la acción sanitaria está fuertemente condicionada por la acción local, las definiciones que se tomen sobre la calidad y la cantidad de los recursos necesarios, así como su distribución, deben tener una fuerte influencia local, pues la adecuada focalización de los recursos que se provean resulta indispensable para asegurar el logro de los objetivos de desarrollo que la población requiere.

Para que las prioridades políticas enunciadas puedan concretarse, es necesario que el Sistema de Salud y el Modelo de Atención sean coherentes con ellas. La opción asumida por el Ministerio de desarrollar en el país un sistema mixto, satisface este requerimiento, pues, en la medida en que los diferentes subsistemas colaboran entre sí para prestar servicios a la población, se hace un uso óptimo de los recursos profesionales de que el país dispone, sin desmedro de ninguno de ellos. Así es posible que los grupos poblacionales prioritarios para el Ministerio accedan efectivamente a ellos.

Por otra parte, al definir que el modelo de atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud entregará servicios de salud integral, se asume que los problemas de la población serán abordados de manera amplia, procurando su efectiva solución. Esto significará privilegiar las estrategias de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades, el trabajo intersectorial, la conformación de equipos de trabajo y la atención ambulatoria.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL SISTEMA

El Ciclo de Destinación es un sistema desarrollado por el Ministerio de Salud para destinar profesionales a lugares apartados del país y formar especialistas que posteriormente ejerzan donde se requieren en forma prioritaria. Pueden ser parte de él solamente las profesiones regidas por la Ley 15.076.

El Ciclo encuentra sus antecedentes fundacionales en la época en que fue creado el Servicio Nacional de Salud, momento en el cual se vio la necesidad de establecer un sistema que permitiera dotar de médicos a las localidades alejadas del país. Otro hito importante fue la promulgación de la Ley 15.076, en el año 1963, la que les otorgó a los organismos públicos y a las universidades la facultad de conceder becas de especialización a los profesionales que se rigen por ella. Desde entonces la especialización ha sido un elemento central del sistema, pues le ha permitido seguir vigente a lo largo del tiempo, al constituirse en su incentivo principal, siendo de menor relevancia para los profesionales los estímulos económicos.

En sus primeros veinte años, el Ciclo centró sus esfuerzos en la destinación de médicos y odontólogos a los lugares apartados del país (generales de zona), usando el atractivo de una beca de especialización posterior. Con esto se logró mejorar la atención de salud en esas localidades.

En la medida en que la especialización se fue desarrollando en el país, se hizo necesario que el Ciclo formara especialistas, ya no sólo como una manera de cumplir los compromisos asumidos con los médicos generales de zona, sino que para poder desarrollar en los hospitales del sector

público las prestaciones especializadas que la población requería. Es así como se empezaron a otorgar becas primarias, las que tenían como condición la devolución de un período igual al de la formación en hospitales de provincia.

Los determinantes legales del Ciclo se encuentran señalados en el D S. N° 256 de 1980 y los detalles operativos en los reglamentos N° 507 del año 1990 (Reglamento de Becarios de la Ley 15.076 en el S.N.J.S.) y N° 197 de 1981 (Reglamento de Profesionales Funcionarios Generales de Zona), y en sus modificaciones posteriores.

La administración del Ciclo está radicada en el Subsecretario de Salud, de acuerdo a lo señalado por el D.L. 2.763, y, para efectos operativos, en la Oficina de Administración del Ciclo de Destinación.

El tamaño del Ciclo está definido en la Ley de Presupuesto de la Nación, donde se señala el número máximo de cupos que puede tener. Este alcanza, actualmente, a 2.500.

El presupuesto anual del Ciclo para el año 1998 es de M\$ 18.380.449, del cual un 37% se destina a la formación de especialistas. Esta suma incluye las remuneraciones y becas y los gastos de pasaje y Hete de los profesionales que lo integran.

A partir de la recuperación del sistema democrático en el año 1990, el Ministerio tomó la decisión política de fortalecer el Ciclo de Destinación, asignándole un presupuesto que le permitiera utilizar los cupos que ten/a asignados. Es así como de 272 becas y 336 cargos de Generales de Zona que financiaba en el año 1989. ha pasado a respaldar 737 y 956. respectivamente, en el presente año.

La decisión que se tomó, ha hecho que el Ciclo esté proveyendo al Sistema Nacional de Servicios de Salud de 759 médicos generales de zona y 197 dentistas, los que están ubicados a lo largo de todo el país, y que. actualmente, su dotación constituya un 26,5 % del total de horas médicas y odontológicas del S.N.S.S.

En relación con los especialistas, la opción que se adoptó fue dotar al S.N.S.S. de médicos especialistas primarios, principalmente básicos (internistas, pediatras, cirujanos y obstetras), lo que se expresó en que la mayoría de las becas se asignaron a estas especialidades a partir de dicho año.

Los efectos de estas decisiones sobre el S.N.S.S. están a la vista. Se ha podido entregar médicos y odontólogos a las ciudades y a los pueblos alejados de las zonas urbanas principales, protegiéndolos de la seria dificultad que tiene el nivel primario para procurarse estos profesionales en el mercado. Por otra parte, se ha dotado a los hospitales regionales de un número creciente de especialistas en práctica asistencial postbeca que, por los mecanismos habituales de reclutamiento, no habrían podido obtener, dada su desventaja competitiva respecto al subsistema privado y con la Región Metropolitana. Los logros del Ciclo prueban su poder como herramienta para concretar los objetivos políticos del Ministerio, especialmente en el ámbito de la equidad en la distribución de los recursos humanos profesionales y del acceso de la población a las prestaciones de salud. A pesar de no ser su fin primario, el Ciclo también es importante para las entidades públicas distintas del S.N.S.S. y para el subsistema privado, pues éstos se nutren de los postbecados sin compromiso obligatorio y de los que terminan su práctica asistencial obligatoria, además de aquellos que disminuyen su horario mientras cumplen ésta.

Se reconoce por parte de los Servicios de Salud que el Ciclo ha respondido adecuadamente a la demanda de cargos de médicos generales de zona, no así en el caso de los dentistas, en los que el interés por incorporarse al Ciclo es menor debido a las pocas posibilidades de especialización que se les ofrecen una vez terminado el generalato de zona.

Es en el ámbito de los especialistas médicos y odontológicos donde los usuarios del Ciclo perciben que los resultados no son satisfactorios. Si bien se acepta que las necesidades en las especialidades básicas están cubiertas en un nivel adecuado, se reclama que no sucede lo mismo en las otras especialidades, y, además, que deben abordarse las subespecialidades, principalmente las de la medicina interna y las de pediatría.

El Ministerio, para la definición de las becas que ofrece a los postulantes, hace uso de los cupos de formación que ponen a su disposición las facultades de medicina agrupadas en la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH). Estos corresponden a, aproximadamente, un 55% de los que ellas tienen para la formación de postgrado en las especialidades primarias, según la evaluación de los centros formadores que realiza la Comisión Nacional de Acreditación de ASOFAMECH.

Con el crecimiento de la red de atención del S.N.S.S. y el aumento de su complejidad, junto con la creación, en el año 1980, de un sistema privado de salud que se ha orientado a la medicina curativa, la demanda de especialistas ha sido creciente, generando dificultades para su reclutamiento por parte de los Servicios de Salud, por su menor capacidad competitiva en el mercado. La mala distribución geográfica, histórica, de los recursos profesionales en el sistema de salud chileno se ha visto agravada por la inequidad existente entre el S.N.S.S. y las otras instituciones de salud. En todas las especialidades ella excede lo que podría ser aceptable por la existencia de centros formadores en sólo algunas regiones.

Un objetivo importante del Ciclo es paliar esta situación. Las evaluaciones que se han hecho del sistema demuestran que el Ciclo favorece a las regiones con menor tasa de especialistas por población beneficiaría, cumpliendo así su rol en favor de la equidad.

La necesidad de satisfacer de mejor manera la demanda de profesionales generalistas y especialistas en las diferentes regiones del país, relevando el rol de los organismos locales de salud, ha llevado al Ministerio a plantearse la descentralización del sistema en base al desarrollo de verdaderos Ciclos de Destinación locales, donde gran parte de la responsabilidad de la carrera de los profesionales esté radicada en los Servicios de Salud.

PERSPECTIVAS FUTURAS DEL CICLO DE DESTINACIÓN

La evolución que ha tenido el Sistema de Salud en los últimos años obliga a analizar el futuro del sistema de destinación y especialización de los profesionales regidos por la Ley 15.076, especialmente los que integran el sistema Ciclo de Destinación.

Nadie duda de los aportes que el Ciclo ha hecho a la cobertura sanitaria del país, a la mejoría de la calidad de atención y de los indicadores de salud y al nivel de la medicina, además de la trascendencia de la institucionalización de un sistema de destinación y especialización profesional.

Sin embargo, los cambios que ha vivido el país en su sistema socioeconómico y en el de salud, además de los propios de la práctica sanitaria y médica, obligan a examinar críticamente los

perfiles de la formación de pregrado y a remirar la forma en que está organizado el perfeccionamiento de los profesionales de la salud.

Las prioridades de la política de salud del Ministerio, que están centradas en los derechos del usuario, la equidad en el acceso a la salud, el desarrollo de redes integradas de atención que privilegiando preventivo promocional y lo ambulatorio, y la potenciación de la gestión sanitaria local, dan un marco de referencia para el rediseño del Ciclo de Destinación.

A partir del año 1994, a raíz de la necesidad de asumir de una manera más integral el área de los recursos humanos, el Ministerio comienza a abordar temas como la situación del mercado de trabajo de la salud y la disponibilidad de ellos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Surgen así dudas sobre la pertinencia del actual Ciclo de Destinación centralizado en la provisión y distribución de médicos generales y especialistas y preocupación sobre sus efectos regulatorios en el mercado de trabajo.

Nace una inquietud por conocer los efectos positivos y negativos del sistema, precisando sus reales beneficios para el S.N.S.S., y la necesidad de evaluar los subsidios que podrían estar derivándose hacia los particulares y el sector privado de prestación de servicios. Todo esto en el marco de la definición del (mandamiento de los bienes públicos y privados).

Se cuestiona la vigencia y viabilidad, en el mediano plazo, del modelo de provisión de generalistas basado en el incentivo de la especialización posterior (generalato de zona), así como la pertinencia de otorgar becas a los recién egresados (becas primarias). También surge la inquietud de examinar la coherencia del sistema con las definiciones de modelo de atención que se han asumido y con la opción de fortalecer el poder local.

Los primeros análisis críticos se iniciaron en el año 1995, desarrollándose propuestas de rediseño que fueron llevadas a la consideración de los directivos del S.N.S.S. y del Ministerio, las que alimentaron los debates posteriores, particularmente a nivel de la Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS) y con los colegios profesionales.

En el mes de junio del año 1997 se suscribe un acuerdo entre el Ministerio y los colegios de los profesionales regidos por la Ley 15.076, para presentar al Parlamento un proyecto de ley que establezca normas especiales para los funcionarios que se desempeñan en jornadas diurnas en el S.N.S.S. En éste se definen los siguientes aspectos relevantes sobre contratación y destinación de estos profesionales:

- Se crea, por primera vez, un sistema de carrera funcionaría, el que considera una primera etapa de destinación y formación, de nueve años de duración, y una segunda, denominada Ciclo Superior, subdividida en tres períodos también de nueve años cada uno. Se establece que a la primera etapa se accede a cargos de contrata de la dotación de cada Servicio de Salud, mediante selección pública. Al Ciclo Superior se ingresa por concurso de antecedentes a cargos titulares. Para ser promovido dentro de sus distintos tramos se deberá aprobar una acreditación.
- Se señala que la Etapa de Destinación y Formación corresponde a los profesionales funcionarios que se encuentran en período de perfeccionamiento y desarrollo de sus competencias. También se dice que, durante la permanencia en esta etapa, los profesionales gozarán de igualdad de oportunidades para optar a programas de perfeccionamiento o especialización, los que se cumplirán mediante comisiones de estudio, vale decir en carácter de funcionarios.

- Se fijan incentivos económicos, como, por ejemplo, asignación de experiencia calificada, y remuneraciones transitorias de otorgamiento descentralizado. Entre éstas se encuentran las de responsabilidad, estímulo y de desempeño individual y colectivo.
- Se incluyen disposiciones que permiten a los Servicios de Salud velar por el perfeccionamiento de los profesionales funcionarios, para lo cual los Directores de los Servicios de Salud pueden conceder comisiones en el país o en el extranjero, para efectuar programas de capacitación y de postítulo o postgrado. Los Servicios deberán establecer planes anuales de capacitación, cuyas condiciones de acceso y modalidades se establecerán en un reglamento.
- Se precisa que tanto el Ministerio como los Servicios podrán otorgar becas.

De manera más específica se define que un reglamento determinará las modalidades, condiciones y formalidades de los procesos de selección y de permanencia en la Etapa de Destinación y Formación, así como las referidas al acceso a los programas de perfeccionamiento y de especialización y a su permanencia en éstos.

Los profesionales que no hayan ingresado por el sistema de selección antes señalado a la etapa y los regidos por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal podrán optar a los programas de perfeccionamiento o especialización que ofrezcan los Servicios de Salud o el Ministerio, en los términos que señala el artículo 43° de la Ley 15.076.

El monto de la beca se define como el equivalente al sueldo base mensual por 44 horas semanales de trabajo, el que podrá ser incrementado por el Ministerio de Salud hasta en un 100% para programas de interés nacional. Se autoriza al Ministerio y a los Servicios para cancelar los derechos o aranceles que impliquen el costo de la formación, facilitando así el financiamiento del postítulo.

La incompatibilidad de ejercer otras labores por parte de los becarios se establece solamente para asumir un cargo de profesional funcionario.

Por último se define la obligatoriedad de los profesionales que se especialicen de desempeñarse en el organismo al que pertenecen, por un periodo a lo menos igual al de la duración de los programas. De no hacerlo así, deberán reembolsar todos los gastos en que se haya incurrido y quedarán inhabilitados para ingresar a la Administración del Estado hasta por un lapso de seis años. Para esto constituirán una garantía suficiente.

Como puede advertirse, este cuerpo legal, que actualmente se encuentra en trámite en la Honorable Cámara de Diputados, contiene los siguientes aspectos relevantes sobre la destinación y el perfeccionamiento de los profesionales funcionarios del S.N.S.S.:

Radica su perfeccionamiento en los Servicios de Salud, desde la capacitación hasta el grado más alto de desarrollo en los estudios de postgrado, incluyendo la especialización. Permite que los diferentes estudios que se realicen lo sean en carácter de funcionario de la respectiva institución, vale decir conservando todos los derechos y responsabilidades, incluyendo la remuneración.

Determina la vinculación del profesional que se está formando con su institución contratante, lo que facilita su arraigo en la región y el cumplimiento de los compromisos asumidos. Les otorga facultades a los Directores de los Servicios para cumplir plenamente su rol en el desarrollo de los profesionales de su institución, asociándolo con la planificación local. Permite que, a nivel

local, se establezcan políticas integrales de desarrollo de los recursos humanos profesionales, las que pueden incorporar a todos los que laboren en el S.N.S.S., incluyendo a los del nivel municipal. Mantiene en el Ministerio funciones de coordinación y de supervisión, que le permitan velar por la equidad en el acceso a las posibilidades de perfeccionamiento que se generen, además de la facultad de otorgar becas para abordar programas de desarrollo de interés nacional.

Permite otorgar becas por montos especiales, cuando se trate de áreas de especial prioridad para el país.

Como puede deducirse de lo expuesto, se mantiene el modelo que asocia destinación con perfeccionamiento, introduciéndole fuertes elementos de descentralización, con el fin de que se dé un nuevo salto cualitativo en la calidad de los recursos humanos profesionales, como el ya logrado por el Ciclo de Destinación centralizado.

Los resultados esperados se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- Mayor adecuación de la formación de los recursos humanos a las necesidades locales.
- Compromiso de todos los actores del nivel local con el desarrollo de sus recursos profesionales, incluyendo Servicios de Salud, universidades, municipios y colegios profesionales. Acorde con el proceso de regionalización, se pretende que las autoridades políticas locales también se involucren en el diseño y búsqueda de soluciones a las falencias locales de recursos humanos.
- Incremento de la capacidad formadora mediante el desarrollo de centros regionales y el acceso a los centros formadores nacionales y extranjeros, además de la modernización de los sistemas de formación en el país.
- Flexibilización de los paradigmas actuales de desarrollo profesional, dándole un fuerte énfasis al perfeccionamiento continuo, a las actividades presenciales y no presenciales, a la formación modular y a la educación a distancia.
- Centraje mayor en el desarrollo de competencias asociadas a las necesidades institucionales, más que en la formación académica descon-textualizada de las demandas de la población. Fortalecimiento del rol del Ministerio en los aspectos de regulación del sistema, velando por la calidad de los procesos y la equidad de la distribución de los recursos humanos a lo largo del país.

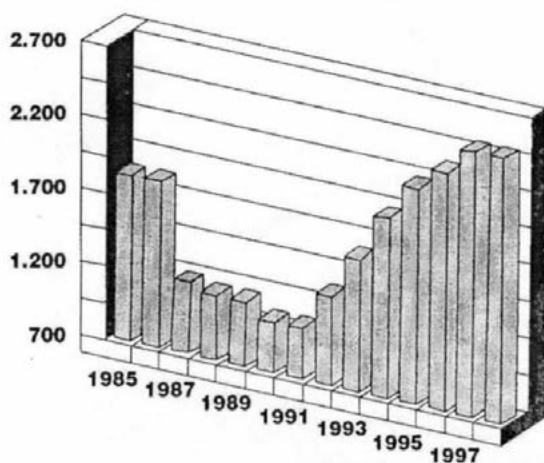
Permanencia y renovación del rol histórico del S.N.S.S. en la formación y desarrollo de los recursos humanos, aspecto que constituye uno de sus principales haberes y aportes en beneficio del país. Esto en un marco de eficiencia de la inversión pública realizada en esta área, terminando con subsidios a terceros. Resulta claro, a nuestro juicio, que el desarrollo alcanzado por el país abre la posibilidad de generar un mejor acceso de la población a prestaciones de salud de calidad, en la medida en que la descentralización permite el aporte de las capacidades regionales a la planificación de la satisfacción de las necesidades de recursos humanos y a la ejecución de las soluciones que se generen.

También es nuestra opinión que sólo es posible atender las crecientes necesidades de perfeccionamiento del conjunto de los profesionales del S.N.S.S., modificando los esquemas actualmente existentes y vinculándolos estrechamente con el mundo del trabajo, de manera que su satis-

facción sea beneficiosa para las instituciones prestadoras y un factor de realización para los profesionales.

El proyecto de ley, ya comentado, constituye una oportunidad para que todos los que tienen que ver con este tema construyan un sistema de destinación y perfeccionamiento de los profesionales que sea un nuevo hito en el desarrollo sanitario del país.

**Dotación Ciclo de Destinación
1985-1998**

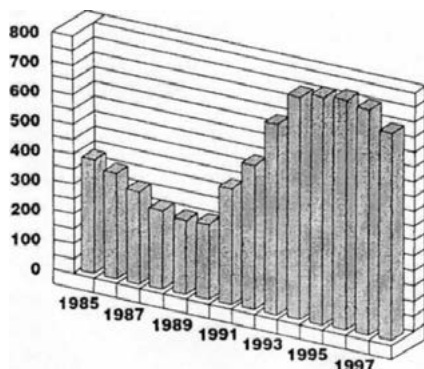


Año	Total
1985	1.821
1986	1.821
1987	1.171
1988	1.135
1989	1.135
1990	1.043
1991	1.043
1992	1.300
1993	1.600
1994	1.918
1995	2.168
1996	2.318
1997	2.500
1998	2.500

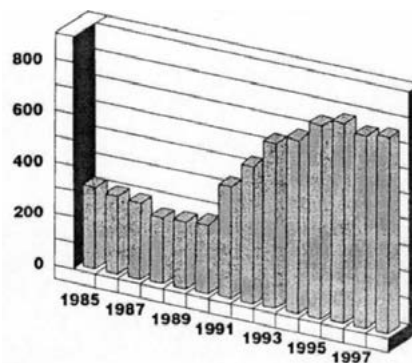
Distribución cargos Ciclo de Destinación Período: 1985-1998

Año	Médicos Generales de Zona	Médicos Becados	Médicos Postbecados	Dentistas Generales de Zona
1985	318	384	124	95
1986	302	355	120	94
1987	294	313	127	88
1988	256	264	146	68
1989	259	249	112	70
1990	266	250	107	70
1991	432	386	105	84
1992	532	484	85	97
1993	641	636	66	111
1994	672	749	173	140
1995	748	764	305	158
1996	773	773	408	192
1997	745	757	421	178
1998	759	694	400	197

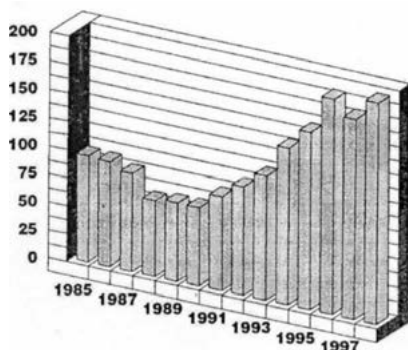
**Médicos becados Ciclo de Destinación
1985-1998**



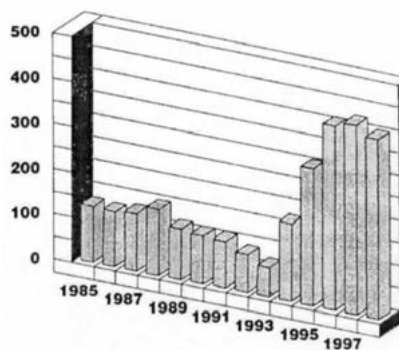
**Médicos generales de zona
1985-1998**



**Dentistas generales de zona
1985-1998**



**Médicos en postbeca
1985-1998**

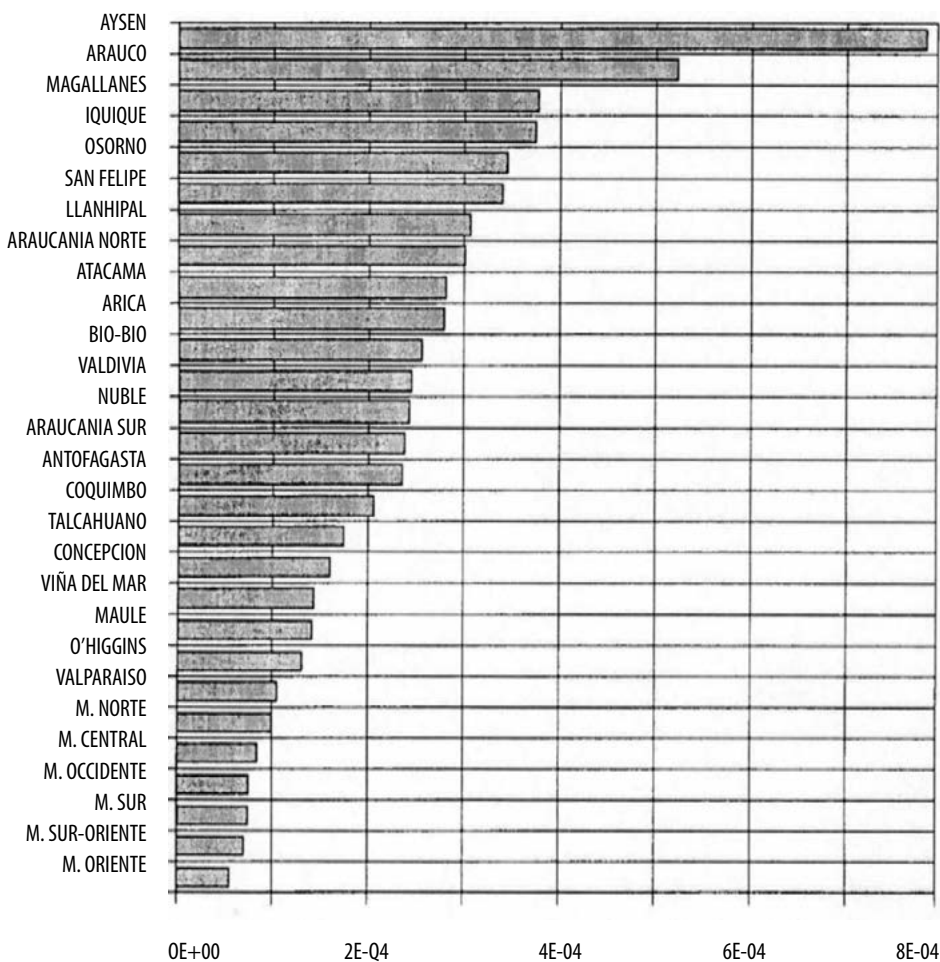


**Distribución nacional profesionales no becados.
Ciclo de Destinación año 1998**

		Población beneficiaria	Total profesionales no becados	Porcentaje	Tasa pob. beneficiaria
131	M. Oriente	550.091	29	1,91	5.27E-05
137	M. Sur-Oriente	664.134	45	2,97	6.78E-05
133	M. Sur	550.368	40	2,64	7.27E-05
135	M. Occidente	543.213	40	2,64	7.36E-05
132	M. Central	397.083	33	2,18	8.31E-05
134	M. Norte	329.356	32	2,11	9.72E-05
51	Valparaíso	292.432	30	1,98	1.03E-04
61	O'Higgins	522.211	68	4,49	1.30E-04
71	Maule	650.864	91	6,01	1.40E-04
53	Viña del Mar	574.938	81	5,35	1.41E-04
82	Concepción	349.752	55	3,63	1.57E-04
84	Talcahuano	231.494	40	2,64	1.73E-04
41	Coquimbo	389.506	80	5,28	2.05E-04
21	Antofagasta	209.628	49	3,23	2.34E-04
92	Araucanía Sur	458.540	108	7,13	2.36E-04
81	Nuble	313.085	75	4,95	2.40E-04
101	Valdivia	232.995	57	3,76	2.45E-04
85	Bío-Bío	264.946	67	4,42	2.53E-04
11	Arica	104.262	29	1,91	2.78E-04

		Población beneficiaria	Total profesionales no becados	Porcentaje	Tasa pob. beneficiaria
31	Atacama	157.081	44	2,90	2.80E-04
91	Araucanía Norte	160.672	48	3,17	2.99E-04
103	Llanchipal	312.362	96	6,34	3.07E-04
55	San Felipe	153.896	52	3,43	3.38E-04
102	Osorno	140.016	48	3.17	3.43E-04
12	Iquique	104.865	39	2,57	3.72E-04
121	Magallanes	85.385	32	2,11	3.75E-04
83	Arauco	113.094	59	3,89	5.22E-04
111	Ayscri	61.474	48	3,17	7.81E-04

Profesionales no becados Tasa población beneficiaria 1998



¿QUÉ ES SER MÉDICO HOY?

Experiencia del Médico General de Zona

Dr. José Miguel Bernucci Piedra
Médico General de Zona CECOF La Chimba, Antofagasta
Presidente Agrupación Médicos Generales de Zona
Períodos 2008-2009 y 2009-2010

Desde la década de 1950 Chile comenzó a destacarse como un país con índices sanitarios muy avanzados respecto a su nivel de ingreso y desarrollo. Esto en parte por la creación y organización de un sistema de salud centralizado, fuerte y con un énfasis en la cobertura, donde el 80% del territorio nacional en aquel entonces era rural(1). Es en este contexto donde se crea un plan de gestión de Recurso Humano médico inédito hasta ese momento, donde se ofrecía a los pocos egresados de las Escuelas de Medicina de entonces, la posibilidad de trabajar para el estado en zonas rurales y apartadas del país, donde se desempeñarían como médicos generales, resolviendo prácticamente el 100% de las necesidades de salud de las personas que atenderían, que iba desde atención de morbilidad general, hasta procedimientos quirúrgicos complejos de urgencia e inclusive electivos. Para aquello requerirían una potente capacitación previa en las 4 especialidades básicas, con énfasis en Cirugía y Obstetricia (2). Posterior a este periodo de destinación, el médico podría retornar a realizar un programa de especialización universitaria en alguna rama de la medicina de su interés, los cuales en un inicio se dictaban como cátedras y luego como Programas de Formación formales. Es de esta forma como nace el Programa Médicos Generales de Zona (MGZ), el cual permitió que se lograra una cobertura de atención médica a prácticamente todo el territorio nacional, con el desarrollo de 100 hospitales rurales, llamados también tipo 3 y 4 (los actuales hospitales de baja complejidad), Consultorios Generales Rurales (CGR), Estaciones Médico Rurales (EMR) y Postas Rurales. Este programa, ha soportado varias modificaciones legales, pero sin embargo se mantiene su espíritu original, el cual es permitir el acceso a una atención de salud a los lugares mas alejados (y los no tanto, pero que cuentan con serias dificultades para poder tener recurso médico estable), a cambio del desarrollo de una carrera en el sector público a través de la ley 19.664 (ley médica), la cual cuenta con una Etapa de Destinación y Formación (MGZ) y posteriormente una Etapa de Planta Superior (Especialistas) (3,4). Hasta el año 2014 en día, el país cuenta con alrededor de 900 médicos en Etapa de Destinación y 500 médicos en Etapa de Formación, de los cuales aproximadamente 2/3 se mantienen trabajando en el sector público de salud en su periodo post residencia.(4,5).

Es importante destacar que desde hace algunos años se viene cuestionando la actual importancia del MGZ dentro de la realidad sanitaria nacional. Estos cuestionamientos se basan en que la ruralidad ha descendido dramáticamente (6), además del fuerte aumento de la oferta

de recurso humano médico (7), y de la supuesta "huida", que aseguran algunos, de los especialistas formados a través del Etapa de Destinación y Formación, afirmación que no tiene asidero en los datos actuales (4,5). A pesar de las críticas, el número de cargos disponibles ha ido en constante aumento en los distintos Servicios de Salud, así también el número de Programas de Especialización disponibles para el concurso anual de Becas de Retorno.(4), llegando este año a aumentar casi en un 30% los cargos disponibles para las Destinación, en base a los llamados cargos "Urbanos" (12). Cabe preguntarse entonces cuál es el rol actual del Generalato de Zona, como también si los Centros Formadores y Médicos se han adaptado a la realidad actual de nuestro país, tanto en el ámbito sanitario y sociocultural.

ROL MOTIVACIONAL PARA SER MGZ

Como se afirmó con anterioridad, el programa MGZ se lleva desarrollando más de 50 años, lo que ha generado que un número importante de médicos que trabajan hoy en día tanto en el sector público y privado, hayan pasado por esta etapa. Estos mismos médicos hoy día forman nuevas generaciones de profesionales, por lo cual son el primer motor motivacional para los futuros médicos que se interesan por entrar al programa.

Importancia de la "Práctica de Atención Abierta"

Dentro de las distintas actividades que realizan los estudiantes de medicina de pregrado está la "Práctica de Atención Abierta" periodo en el cual, el alumno una vez que ya lleva un par de años de estudio de ramos clínicos, realiza una pasantía por algún centro de salud de baja complejidad, generalmente a cargo de una MGZ. Es en este periodo donde el alumno tiene su primer enfrentamiento a la realidad del que hacer diario de un MGZ, los cuales en general le llevan pocos años de ventaja, por lo que el Rol que juega el profesional dentro de la motivación del pasante es fundamental y depende de este periodo el conocimiento acerca de la realidad de la medicina rural. Crítico ha sido estos años la dificultad que se ha generado debido a las nuevas leyes y normas de hospitales y Servicios de Salud respecto a la calidad, que ponen en entredicho y dificultan cada vez más la práctica de pasantes, alumnos e internos. Es inmensa la cantidad de evidencia que demuestra que entre antes es el contacto de estudiantes con el sistema de salud, mayor es la posibilidad de que se desempeñe en él. Por vestir un santo (la "calidad") se desviste otro (el RRHH médico del mañana).

Desarrollo Profesional y Estabilidad económica

Para nadie es un misterio el alto interés que existe (y ha existido siempre) de parte del alumno e interno de medicina de realizar un Programa de Especialización. Razones para esto son varias y van desde el sincero interés personal por realizar tal o cual especialización, hasta factores socio-culturales y económicos que dicen relación al bajo estatus del que goza el médico general en Chile. Como una de las prerrogativas del MGZ es la posibilidad de acceder a un cupo de algún programa de especialización, esta es una de las principales razones al momento de tomar la decisión de realizar la Destinación.

El factor económico también es un punto importante, ya que la contratación a través de la ley médica, permite una estabilidad y tranquilidad económica de la cual no gozan otros médicos y menos otros profesionales en Chile. La alta tasa de endeudamiento con que un gran número de médicos termina su carrera producto de créditos que debieron tomar para poder estudiar. Además dicha ley permite no sólo el pago del programa de especialización, sino también mantener el sueldo que se percibía cuando el médico se encontraba en la destinación, lo que a todas

lucos es un alivio y permite enfrentar la realización de la especialización enfocado solamente en el estudio. (6)

Motivación Social

Como ya se ha afirmado, la mayoría de los MGZ se desempeñan en los sectores más rurales y pobres de nuestro país. Existe una alta asociación entre ruralidad y pobreza (7). Por lo cual es que generalmente las comunidades con las que trabajan los MGZ son de estratos socioeconómicos muy bajos, con carencias educacionales y socioculturales muy profundas. Además dentro de la población rural se concentra la mayoría de los poblados originarios de Chile. Es por todo lo anterior que dentro de las motivaciones para acceder al MGZ está la de aportar al desarrollo de dichas comunidades, generando equidad tanto en el ámbito sanitario, como social y educacional. El conocimiento e interacción que juega el MGZ en este ámbito está dentro de lo no conmensurable que significa esta experiencia, tanto desde el punto de vista personal para el médico, como para el país, ya que las actividades que se realizan van mucho más allá de la atención médica, abarcando el desarrollo de programas sociales, proyectos de participación, proyectos de mejora y educaciones tanto en el ámbito sanitario como general.(10)

Aspecto de la Práctica Médica y otros

La población rural y de altos índices de pobreza en general tienen una dificultad mayor para acceder a atención sanitaria. Es por esto que el MGZ permite conocer de primera fuente enfermedades que en el ámbito urbano ya casi es posible pesquisar. Permite además un conocimiento a fondo de la semiología y de la historia natural de diversas enfermedades, las cuales si fuera de otro, no sería posible de evaluar.

Trabajar con pocos recursos, permite desarrollar capacidades semiológicas y de sospecha mayor, aspectos que son valorados por los alumnos e internos, los cuales podrán poner en práctica al momento de vivir la experiencia de ser MGZ.

Existen otras motivaciones que han sido descritas, tales como la necesidad de vivir experiencias nuevas, motivaciones que van en relación a relaciones de pareja y familiares, (6)

ROL DE LA FORMACIÓN DE PREGRADO

El conocimiento médico avanza día a día, y el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y de tratamientos obliga que los Centros Formadores de médicos (Universidades) vayan adaptando día a día los conocimientos entregados. Sin embargo la mayoría de los MGZ se desempeñan en centros de salud con una limitadísima capacidad de tecnología, por lo que la mayor parte del acto médico recae en las capacidades que tenga el médico para dar una solución de salud a su paciente. También se debe tener presente el cambio en el paradigma del MGZ, desde un médico que resolvía prácticamente todo en su Centro de Salud, hacia un paradigma de trabajo en red, donde el especialista juega un papel fundamental, ya que hoy en día es prácticamente inaceptable desde todo punto de vista que se realicen cierto tipo de prestaciones en lugares que no cuentan con la más mínima capacidad de resolución, ni con el personal adecuado para ello. Otro cambio fundamental ha sido el de enseñar y practicar una medicina "hospitalaria" a una "ambulatoria" donde la Atención Primaria en Salud (APS) juega un papel fundamental. Sin embargo a la mayoría de los médicos en Chile nos siguen formando en Hospitales, con médicos hospitalarios, siendo que la mayor parte de los egresados se desempeñarán en APS, incluyendo

a los MGZ, y sólo un porcentaje menor seguirá un camino de un Programa de Especialización o se desempeñará en un Hospital de mediana o alta complejidad.

Es por ello que cabe preguntarse si los conocimientos entregados en el pregrado permiten a cualquier médico realizar el MGZ, y si el rol mismo del MGZ ha cambiado. La cantidad de conocimientos entregados en la Pregrado sin duda alguna superan con creces a los que se podrán en práctica una vez siendo MGZ, y también existen áreas en las cuales no son suficientemente profundas o simplemente no se entregan, tales como Salud Pública, Ciencias Sociales, Medicina Familiar y todo lo referente al ámbito legal de la práctica médica (administración, medicina laboral, tanatología, etc.).

Quizás la respuesta esté en que las escuelas de medicina orienten por áreas de interés en el Pregrado, y en el internado puedan reforzar dichos conocimientos necesarios para la práctica del médico generalista. Cabe cuestionarse entonces las nuevas voces que llaman a acortar la duración de pregrado. ¿Será esta la nueva amenaza que enfrentará el MGZ en los próximos años?

ROL DEL MGZ EN LA ACTUALIDAD

Como se dijo anteriormente, la razón de ser del Programa de Médicos Generales de Zona, fue que a través de una oferta laboral con posibilidad de desarrollo profesional a través de una beca en un Programa de Especialización, se llevó recurso humano médico a los lugares mas apartados y rurales de Chile.

Actualmente y a pesar de la disminución de la Ruralidad, del mejoramiento de caminos, transporte y acceso a estos lugares y a la urbanización de gran parte de las zonas rurales, aun persiste una gran diferencia en el acceso y disponibilidad del recurso médico en Chile (5). Principalmente por la gran concentración que hay en los grandes centros urbanos (Santiago tiene mas del 60% de todos los médicos del país), y por la imposibilidad de los Municipios de comunas pequeñas y pobres de poder contratar médicos a través de la ley del Estatuto de Salud Municipal, la cual presenta una baja oferta económica y casi ningún incentivo respecto al desarrollo profesional, tomando en cuenta que presentan una alta tasa de rotación, lo que conlleva una seria dificultad en dar continuidad en el acceso a la población. Esto ha llevado a que los distintos Servicios de Salud deban realizar convenios con Municipalidades para destinar Médicos contratados a través de la Etapa de Destinación y Formación (MGZ) a desempeñarse en estas Atenciones Primarias Municipales (9), siendo actualmente alrededor del 50% de los MGZ que se desempeñan en APS municipal. Además existe un número no menor que se desempeñan en APS urbana, en municipalidades que tienen grandes dificultades en la contratación, inclusive dentro del Gran Santiago (4). Como se demuestra uno de las principales fortalezas del Rol actual del programa MGZ es de asegurar y mejorar la distribución del recurso humano médico en Chile.(10).

Debido a lo anterior es que a partir de este año, el Ministerio de Salud, incluyó en su presupuesto un aumento sustancial, donde se aumentaron los cargos disponibles en a lo menos 300 cargos de destinación, principalmente en convenios con municipalidades urbanas, incluso en Santiago, pero que presentan gran dificultad en la gestión (tanto en contratación como en retención) de RRHH médico (12). Probablemente esto ha sido el espaldarazo más grande que ha recibido una política que ha logrado sobrevivir varias décadas y que en el año que cumple 60 años, se transforma en un verdadero espaldarazo que la proyecta hacia el futuro.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS FINALES

El programa Médicos Generales de Zona, actual Etapa de Formación y Destinación de la ley 19.664, nació como una forma de dotar de Recurso Humano Médico a las zonas más rurales y alejadas de nuestro país. Durante los años que ha sido aplicado (60 años), ha permitido que miles de médicos puedan acceder a un cupo de especialización mediante una beca de estudios, de los cuales un alto porcentaje (cerca del 70%) se mantiene en el sistema público de salud. La práctica médica del MGZ ha variado tal como lo ha hecho el resto de los ámbitos de la medicina, donde cada vez más la tecnología toma mayor relevancia y el conocimiento médico avanza inexorablemente día a día. La formación de pregrado se torna fundamental para el MGZ, ya que la puesta en práctica de éstos se realiza desde el primer día de Destinación. La evolución de la entrega de conocimiento en las Universidades debería ser evaluada, poniendo énfasis en las distintas opciones que tienen los Internos al momento de recibir su título, y cambiando el paradigma desde una medicina Hospitalaria, hacia una ambulatoria, donde la Atención Primaria en Salud juega un papel fundamental. El rol actual del programa MGZ se basa principalmente como una herramienta de equidad en el acceso a la salud, además de una herramienta distributiva en el recurso humano médico de Chile, potenciándose no sólo en la ruralidad, sino donde hay más pobreza y falta de gestión (contratación y retención) del recurso humano médico.

FUENTES

1. Juricic B., Cantuarias R., Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana. Marzo 1975. www.mgz.cl
2. Circular 746, del 24 de Octubre 1955. Servicio Nacional de Salud, Subdirección Nacional de Recursos Humanos. www.mgz.cl
3. Ley de la República Número 19.664, www.bcn.cl
4. Datos de Unidad de Destinación y Becas. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
5. PEÑA S., BECERRA C., RAMÍREZ J., CARABANTES J., ARTEAGA S. The Chilean Rural Practitioner Program. A Multi dimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. WHO Bulletin. May 2010.
6. Ramírez J., Rivera P. Experiencia del generalato de zona. Expectativas y certidumbres en torno al ciclo de destinación y formación. 2008. http://mgz.cl/home/mgz.cl/wp-content/uploads/2010/05/Resumen_Informe_MGZ_2008.pdf
7. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. www.ine.cl
8. ROMAN O, PINEDA S, SEÑORET M. Perfil y número de médicos generales que requiere el país. Revista Médica Chile 2007; 135: 1209-15.
9. ROMAN O., SEÑORET M. Estado actual de las becas en Chile: Realidad en el sistema público no municipalizado. Revista médica de Chile 2008; 136: 99-106
10. "La Obstinada Presencia. Reflexiones de un Médico Rural" Jaime Carvajal Isla. 2005
11. Carabantes C. Jorge. Ciclo de Destinación: Instrumento de Equidad en Salud. Cuadernos Médico-Sociales. XXXIX, 18-26. 1998
12. "Plan de Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud." <http://web.minsal.cl/medicosespecialistas>

EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIAS: experiencia de un médico general de Zona en Achao octubre 1964 - mayo 1967

Dr. HÉCTOR ALIAGA G.

Con la colaboración de:

Dr. Nelson Arriagada M., Dr. Francisco Prieto G., Srta. Sylvia Rossi I.,
Srta. Rosario Moya I., Srta. María Pilar Vasallo M., Sra. Lydia Patau M. y Sra. Teresa Arriagada B.

RESUMEN

Antigua y constante preocupación. Del Departamento de Salud Pública y Trabajo Médico del Colegio Médico ha sido el destacar la actuación de médicos o de equipos de "salud que trabajan en sectores difíciles o distantes del territorio.

Este deseo, compartido por las autoridades universitarias y de salud, ha podido ser realidad gracias, al generoso ofrecimiento de Ediciones Técnicas Ltda. "EDITEC", que ofreció una Colección Praxis Médica y luego tratados de Pediatría y Obstetricia, para ser entregados como un premio a médicos generales de Zona del Servicio Nacional de Salud, por su trabajo destacado en el sector Rural

De acuerdo con el SNS, cuatro jóvenes médicos fueron seleccionados: el Dr. Aliaga Gambino, de Achao; el Dr. Eduardo Ilabaca Plaza, de Los Vilos; el Dr. Lautaro Osorio. Fernández, de Til-Til, y el Dr. Juan Varleta Cortés, de Vicuña. ,

Su labor fue presentada al Colegio Médico y ella es la que entregaremos para el conocimiento de nuestros lectores.

En este número presentamos el trabajo realizado en Achao, archipiélago de Cbiloé, por el Dr. Héctor Aliaga Gambino, que mereció como premio la Colección Praxis Médica.

ANTECEDENTES

El área de atracción del Hospital de Achao ubicado entre la Isla Grande y la parte continental de la Provincia de Chiloé y que estando constituida por 23 islas de espera en una superficie de 3.505 Km², se configura en una región de canales y golfetes sometida a constantes malas condiciones climáticas, con temporales de viento y lluvia, lo que hace difícil y peligrosa la navegación.

La principal de estas islas es la de Quinchao, que da el nombre al Departamento, y en ella está ubicada Achao, su capital. Existe en ella una carretera que por medio de balseo se continúa con la de la Isla Grande. De esta carretera nacen varios caminos vecinales que en invierno quedan las

más de las veces interrumpidos/Para comunicarse con el resto de las islas se utiliza la vía marítima, navegándose en botes o lanchas a motor, de dudosa seguridad. Las distancias que median entre el pueblo de Achao y las diferentes islas varían entre 5,5 Km. y 54 Km.

La población del Departamento se calcula para 1967 en 18.970 habitantes, correspondiendo.: a la isla de Quinchao casi la mitad de ella.

El 91% es rural, es decir, no tiene accesibilidad a Achao, considerándose urbana sólo la que habita los pueblos de Achao y Curaco de Vélez.

En Acbao, cabecera de Departamento, existe la mayoría de los Servicios Públicos, algunos de los cuales también se encuentran en Curaco de Vélez. En el resto de las islas sólo se cuenta con estafetas de Correo y las Escuelas.

La economía de la región se centra en la explotación de la papa, condicionada a la posibilidad de mercados y a la ausencia de plagas (tizón). Todos los predios mantienen además unos pocos animales, que significan un capital de-reserva para los períodos malos. Pese a estar en una zona marítima por excelencia y rica en productos del mar, no se ha logrado despertar el interés por su explotación en gran escala.

Las condiciones de higiene ambiental son pésimas, concurriendo a constituir la mala, vivienda, ausencia de fuentes adecuadas de agua potable, disposición de excretas a campo libre y mala disposición de basuras. El hacinamiento y la promiscuidad son campo excelente para el desarrollo de la pediculosis y la tuberculosis.

Los malos hábitos de higiene personal y del hogar mantienen un alto porcentaje de diarreas durante todo el año, junto a la existencia de una enteroparasitosis masiva.

La alimentación es deficiente en calidad y muchas veces en cantidad, con predominio de harináceos, desconociéndose casi la utilización de las verduras. Los productos' ovolácteos se ocupan para el trueque, sistema económico aún vigente Todo ello incide en estados de desnutrición pluricarencial.

Las condiciones adversas del clima, la configuración insular de la región, lo difícil de las comunicaciones y un abandono casi permanente, sumado a las características étnicas de la población (gran porcentaje indígena) han estructurado lo que podríamos llamar una sub-cultura, donde priman el tradicionalismo, la negación al cambio, la incomprensión de nuevos patrones de vida, qué es como una coraza que ha debido ir siendo horadada paciente y constantemente.

PLAN DE TRABAJO

Al comenzar nuestra labor, nuestro plan de trabajo se estructuró .en tres pilares fundamentales:

- a) Organización del Hospital de Achao como Centro de Salud, es decir, no tan sólo como una unidad curativa, sino como un establecimiento donde se realicen, a la par, actividades de protección¹ y Tomento y sé pongan las actividades curativas al servicio de las preventivas, las cuales regulan su demanda.

¹ Consecuentemente, nace la necesidad de constituir un verdadero equipo para aplicar estos principios.

- b) Crear conciencia en nuestro personal y en la comunidad del concepto de salud como algo integral, dinámico, positivo y, en especial, < la participación que en él tiene el individuo, el cual no puede permanecer como simple espectador o receptor.
- c) Hacer participar a Salud como elemento en el proceso de desarrollo de la comunidad, no en cuanto a que por sí genera desarrollo, sino jugando un papel activo, rector o catalizador en coordinación con otras disciplinas orientadas hacia el mismo fin:

Esta estructuración nació: en base a que la considerábamos cómodas armas, más adecuadas para disminuir las altas tasas de mortalidad infantil y neonatal] así como gran parte de la morbilidad.

Planteadas así las Cosas-nos propusimos crear las condiciones necesarias para empezar a cumplir lo propuesto.

Primera etapa

En una primera etapa, reorientamos las actividades del Hospital de Achao hacia las propias de un Centro de Salud; acentuando la importancia de las acciones de fomento y protección.

El Hospital, si bien era una construcción nueva y moderna, dotado de 18 camas, se encontraba en un deplorable estado por abandono desde su terminación en 1960: desorganizado e incompletamente habilitado cumpliendo, además, malamente sus funciones. El personal que en él prestaba sus servicios se reducía a una matrona, tres auxiliares de enfermería, tres oficiales administrativos y cuatro empleados de servicio.

Reorganizamos el trabajo en base a lo anteriormente enunciado, capacitando al personal de auxiliares y, ante su escaso número, preparamos dos, exclusivamente para labores de terreno.

Junto a ellos, formamos un grupo de 11 líderes voluntarios de salud, adiestrados en primeros auxilios y con nociones de Epidemiología, Higiene Ambiental, Prevención de Diarreas, etc., quienes se constituyeron en nuestro principal frente de acción en las diferentes islas.

Ante la completa anarquía existente en cuanto a funciones, atribuciones y obligaciones de todo el personal, planteamos las líneas administrativas necesarias para imponer orden, lográndose con bastante esfuerzo establecer una organización que poco a poco se fue perfeccionando.

Al carecer de servicios como una Central Térmica y Eléctrica así como Radio Estación, se procedió a conseguir su instalación, lo que se alcanzó tras ímprobos esfuerzos. En lo técnico y para lograr un mejor orden y aprovechamiento de las camas disponibles, creamos tres unidades: Medicina General, Pediatría y Obstetricia. Además, instalamos una Central de Esterilización y un pequeño laboratorio que nos ha permitido realizar los exámenes básicos.

Debido a las distancias, el establecimiento es inaccesible para una gran parte de la población, la que recurría en caso de necesidad a los curanderos p "machis". Para solucionar este problema, iniciamos un sistema de rondas médicas con la periodicidad que el clima nos permitía, donde junto a las actividades curativas, divulgábamos nuestros principios, aprovechando el hecho que para muchas islas era la primera oportunidad en que dos visitaba un médico...

En lo que se refiere a organizaciones, la población no poseía casi ninguna y el concepto de comunidad no tenía valor. Al considerar la necesidad de crearlo, nos abocamos a la tarea de despertar necesidades de grupo, especialmente entre la población femenina, y poco a poco fuimos

viendo constituirse Centros de Madres que, aglutinaron a elementos bastante dispares, pero con fuertes lazos de solidaridad, hasta alcanzar el número de 27,

Un gran paso para las diferentes islas y sectores rurales que la constitución de éstas organizaciones, y para nuestro Centro de Salud en embrión, significó adquirir una valiosísima herramienta que nos permitió centrar en ellas, las actividades de Control del Niño Sano y hacer Educación Sanitaria, Lográndose elevar el número de niños en control de 122 al comienzo a 785 a fines del año 1965.

Estos Centros de Madres hicieron tan suyas nuestras actividades que desde un principio facilitaron los medios de movilización necesarios para llegar hasta las islas, al no disponer nuestro establecimiento de ellos.

Conscientes de la importancia de la tarea conjunta con los otros Servicios para enfrentar el proceso de desarrollo, logramos la constitución, del Consejo de Desarrollo de la Comunidad del Departamento de Quinchao, en el que participaban las autoridades, jefes de servicios y representantes de las organizaciones que existían en ella. En una tarea ardua, se logró constituir Consejos Locales en cuatro islas con resultados más que satisfactorios. También, a través de este Consejo, se realizaron diversas actividades culturales, debiéndose destacar las Jornadas Populares de Estudio de Achao y Curaco de Vélez, preparadas en conjunto con el Plan de Fomento Cooperativo de la Universidad de Chile, con la participación desinteresada de los jefes provinciales de varios servicios y una respuesta excepcional de la comunidad con 358 matrículas.

Si bien es cierto, éstos son aspectos favorables, amargas experiencias jalonan cada una de nuestras actividades, en especial, una respuesta negativa y muchas veces obstruccionistas de autoridades y jefes de servicios que con ello redujeron la participación en el Consejo a sólo dos Servicios: Educación y Salud.

El saldo de esta primera fase lo consideramos positivo, pues observamos a través de muchos índices, en especial, el aumento de las consultas médicas, el de los niños en control, de disminución de la desnutrición y raquitismo, que hemos tenido una respuesta y despertado una inquietud en la población a la que ya podemos designar con el término de comunidad y en la que el concepto de Salud, aunque en forma primitiva, ha comenzado a tomar cuerpo.

Segunda etapa

Los resultados los empezamos a observar en nuestra segunda etapa, que se inicia favorablemente con la incorporación a nuestro incipiente equipo de salud de una Enfermera, la primera en la historia de Achao, y tres nuevos auxiliares de Enfermería. En lo material, se construyeron cinco Postas de Primeros Auxilios en otras tantas islas, en terrenos donados por las propias comunidades y con la participación de ellas, las que ven así, extenderse la acción de nuestro Servicio.

Los nuevos recursos humanos son volcados a labores de terreno, aumentando la asistencia a las islas, la asesoría a los Centros de Madres y acentuando la importancia del control del niño sano y de las vacunaciones, elevándose rápidamente, a 1090 los niños en control regular.

Con satisfacción apreciamos una progresiva toma de conciencia de la comunidad en relación a sus problemas de salud, que se manifiesta en una más oportuna asistencia al Centro de Salud de

AcJhao; en un aumento de los partos atendidos por profesional y en una aceptación activa de las labores de Epidemiología.

Todo ello nos estimula y nos hace menospreciar los constantes riesgos a que nos vemos sometidos en el cumplimiento de nuestras labores y que en más de una ocasión, ponen en peligro la vida de un funcionario, sufriendose tan sólo, pérdidas materiales. ¡j

A estas alturas, aumenta nuestra dotación profesional un Dentista, el que dominado por un mismo espíritu, se transforma en un valioso aporte para nuestros planes. Se comienzan entonces las rondas médico-dentales, continuando nuestro principio de disminuir distancias, y conscientes de la necesidad de volcar nuestros esfuerzos donde más rendimiento- se puede lograr, y dedicándose especial atención al grupo escolar. Pero, al considerar lo inefectivo que era para lograr salud oral realizar sólo extracción de piezas dañadas, se montó una unidad dental móvil autónoma, que permitió comenzar a realizar obturaciones, significando esto un adelanto trascendental en la atención rural.

Con el esfuerzo y sacrificios de nuestros auxiliares, comienzan a prestar sus servicios las Postas de Primeros Auxilios, las que pese a su precaria habilitación representan una seguridad y satisfacción para las respectivas comunidades.

En este período se realiza un curso de Capacitación en Servicio para los Auxiliares de Enfermería, tanto del Hospital como de las Postas, y dos ciclos de actualización de técnicas para los líderes voluntarios, los que han ido aumentando en número.

Cumpliendo además, una labor educativa a nivel de las escuelas, se dictan cursillos de aproximadamente tres meses de duración, con dos horas semanales de Educación Sexual, Higiene Materno-Infantil y Puericultura.

Nuestras actividades comunitarias disminuidas por lo ya expuesto, se han canalizado a los Centros de Madres, donde se trabaja junto a los profesores. Su número es ya de 34, repartido en todo el territorio del Departamento.

Una nueva Jornada Popular de Estudio dedicada casi en su totalidad a problemas de salud, cierra nuestra actividad en esta etapa.

Si bien es cierto que debimos limitar nuestras actividades, podemos con orgullo decir que dimos un gran paso adelante en la prosecución de nuestros fines. Aquellas semillas sembradas con esfuerzo arraigaron y empezaron a brotar a la conciencia del fenómeno, y ya Salud es algo real y positivo:

- Aumenta la necesidad de las medidas preventivas, tanto en vacunación como en desinsectación;
- Existe una respuesta positiva ante la actividad de los líderes de salud que logran en sus propias comunidades promover la instalación de letrinas y despertar la confianza para que recurran a ellos, lo que motiva una rápida derivación a las Postas o al Hospital-Centro de Salud;

Adquisición de la conciencia por parte de la comunidad de que alguna de sus aspiraciones pueden ser satisfechas por ellas mismas, como es el caso de la construcción de la Posta de la isla de Cahuach.

El resumen de nuestras actividades sería el siguiente:

	1964	1965	1966
Egresos	216	213	309
Consultas médicas	1261	3217	4684
Control embarazadas	242	499	538
Partos atendidos	99	116	141
Niños en control	122	785	1090
Dosis inoculadas	2269	5904	8809
Desinsectaciones (Pers.)		294	1561

DEFUNCIONES		1 MES Y 1 AÑO				
Año	1961	1962	1963	1964	1965	1966
— 1 mes	42	35	37	28	40	8
— 1 año	87	51	75	48	74	22

NACIMIENTOS

Año	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Nacidos	396	390	402	414	409	362

TASAS MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL (por 1.000 nacidos vivos)*

Año	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Mortalidad neonatal	106,6	89,7	92,0	67,6	97,8	22,1
Mortalidad infantil	219,7	120,7	186,5	115,9	180,9	60,7

(*) "Anuarios estadísticos Servicio Nacional de Salud".

Cabe destacar que en nuestra área de atracción, no se presentó ningún caso de coqueluche, difteria y sarampión, cuadros que en años anteriores habían producido gran mortalidad.

En cuanto a las tasas de mortalidad neo-natal e infantil, éstas sufren una violenta disminución: a 22,1% y 60,7%, respectivamente. Estas cifras se obtienen de los datos oficiales entregados al Servicio y al plantearse una duda al respecto, se utilizaron los datos de una encuesta realizada por nosotros para un plan que más adelante expondremos, la que nos da toda confianza, obteniéndose en una muestra cifras aún menores.

Al llegar a este punto de labor estamos conscientes que el rumbo marcado al principio, no estaba equivocado y, que si bien lenta y no muy fecunda, ella ha dado muestra de que podemos encarar en forma exitosa las bases de nuestro plan.

La preocupación constante de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud y de la Dirección de la XII Zona por nuestra tarea y el espíritu desinteresado de la juventud, se unen para completar nuestro equipo de salud un Médico, una Enfermera, una Matrona, una Asistente Social y tres Auxiliares de Enfermería. Se inicia además, la construcción de una lancha ambulancia, ambición largamente soñada y motivo de grandes luchas, que nos permitirá, prestar una atención más constante.

Tercera etapa

Estos elementos con que iniciamos la tercera etapa, nos permiten enfrentar una tarea que se venía preparando a través de las etapas anteriores: dejando de considerar al individuo aislado u organizado como elemento de nuestra acción y atenderlo como grupo familiar, con sus inter-relaciones y dependencias con el medio ambiente, a través de objetivos y métodos bien precisos.

Para ello hemos tomado, en una primera fase, sólo tres regiones, base de una Posta Primeros Auxilios: Quenac, Chaulinec y Butachau-que, donde se han identificado los grupos familiares, por medio de una encuesta, y por un sistema de sectorización se los ha ubicado geográficamente. Sobre estos grupos se ha comenzado a ejercer el conjunto de actividades de una medicina integral dando gran importancia a la Educación Sanitaria. Los papeles principales los juegan el Auxiliar de la Posta por su contacto permanente con los grupos, y la Enfermera encargada del sector que asesora directamente todas las actividades. El resto del equipo de salud participa en las rondas periódicas atendiendo aquellos casos detectados o los que requieren cierta acción especial. No hemos olvidado la importancia de las acciones socio-económicas y culturales, fundamentales para el normal desarrollo y el goce pleno de la salud, para lo cual hemos solicitado la colaboración a otros técnicos, lo que nos permitirá encarar el problema en forma integral.

Al presentarse un recrudescimiento del problema de la tuberculosis en nuestra área, organizamos un Centro de Control y Tratamientos de la Tuberculosis, base de un plan de lucha anti-tuberculosa.

Imbuidos de la necesidad de enfrentar el problema a través de múltiples frentes, y como una forma de despertar conciencia de la gravedad del problema y de su forma de prevenirlo y tratarlo, hemos iniciado una serie de charlas de divulgación a nivel de Centros de Madres, Centros de Padres y Apoderados, Comités de Pequeños Agricultores, etc. habiéndose realizado, hasta el momento, 17 de ellas. Paralelamente, hemos iniciado una vacunación con bcg, especialmente en el grupo escolar, previo ppd en aquellos sectores accesibles y con la técnica en sucio, donde no existe facilidad para leer la reacción. Hasta el momento en este grupo se ha practicado el ppD en 1438 niños y se ha aplicado bcg a 1974. A todos los hiperérgicos, que sólo han significado un 4,4%, se les ha hecho radioscopia de tórax para descartar el proceso.

El tratamiento de los casos se hace ambulatorio, salvo excepciones y para ello, se están creando unidades de tratamiento en diferentes sectores a cargo de un voluntario (casi siempre un Profesor), al que se le ha adiestrado en las técnicas correspondientes. Con este sistema nos aseguramos de la buena conducción de la terapia y es fácil, por un control adecuado, pesquisar a quienes dejen de cumplir las indicaciones. En la actualidad tenemos 71 enfermos en control.

Esperamos, a través de este plan y por el tratamiento del grupo familiar, lograr tener un control efectivo de esta enfermedad.

No conformes aún, y ambicionando cumplir el concepto salud en su totalidad, hemos hecho nuestros los problemas sociales que afectan a la comunidad, especialmente los de la juventud. Para ello hemos constituido, junto a las autoridades correspondientes (Gobernador, Juez, Comisario, Alcalde, Director Departamental de Educación y Cura Párroco), una Comisión de Protección Social, encargada de estudiar la forma de combatir el alcoholismo juvenil y de crear actividades recreativas sanas, con el fin de orientarla a actividades constructivas que le sirvan para su normal desarrollo. Esta medida ha despertado interés en la comunidad, lo que se ha

podido apreciar a través, de varias mesas redondas que se han realizado y ya pronto será un hecho el local para un Centro Recreativo, base de la mayor parte de las actividades/

De todas nuestras actuales labores, participan las autoridades y la comunidad, por medio de las reuniones de nuestro Consejo de Hospital, donde mensualmente se hace junto a ellas un análisis y estudio de los pasos que se están dando, como una forma de integrarlos al proceso de salud y desarrollo.

La labor realizada no ha sido obra de una persona, ya que nuestro especial objetivo ha consistido en la formación de un equipo que, compenetrado de un mismo ideal, conformado bajo mismos conceptos, ha hecho de salud una doctrina, motivo de sacrificios y satisfacciones. La tarea no ha sido ni es fácil. Cuando varias disciplinas y técnicas de salud se unen, siempre existen factores personales y de preparación que dificultan utilizar iguales términos de comunicación, pero ello es salvado en aras de ese ideal.

A esta altura de nuestro trabajo, si miramos hacia atrás, vemos satisfacciones y frustraciones, pero siempre un avance y efectivo, así como un largo y difícil camino que recorrer para alcanzar la meta propuesta. Mas eso no nos importa, somos jóvenes y tenemos un ideal y luchamos sin esperar retribuciones ni reconocimientos, aunque sí una colaboración intensiva en todos los niveles que nos permita sacar el máximo provecho de nuestra dedicación en favor de esos conacionales tan necesitados de ella. Este es, en síntesis, nuestro ideal máspreciado.

EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIAS: experiencia de un médico general de Zona en Vicuña 1963-1967

Dr. JUAN VARLETA

RESUMEN

En esta Experiencia de un Médico General de Zona, tercera de la serie que estamos entregando a nuestros Lectores, junto a las realizaciones de carácter personal en que el autor intervino, se destacan claramente y sin reservas las muchas dificultades que resultan de ja inexperiencia y de determinados vacíos en la formación profesional.

Muchas enseñanzas deja este trabajo del Dr. Varleta en que nos presenta una realidad que aunque dura no podemos desconocer. Como en los casos anteriores, aparece como principal determinante de esta situación la escasez de recursos oficiales que obliga al profesional a recurrir a la comunidad en procura de diversas soluciones.

Abrigamos la esperanza que estas experiencias hagan meditar a muchos colegas sobre los problemas de este tipo de ejercicio rural de la medicina. Con elto tenemos la certeza de estar cumpliendo los objetivos del Departamento de Salud Pública al organizar el Concurso que ha motivado nuestras publicaciones.

ANTECEDENTES

Mi actividad como médico general de Zona se inició, en realidad, en el año 1963, fecha en que junto al trabajo clínico debí asumir la dirección del Área Hospitalaria de Vicuña.

Esta Área, dependiente de la Segunda Zona de Salud, corresponde al llamado Valle de Elqui y comprende las Comunas de Vicuña y Paihuano. Sus límites son: Norte, Departamento de Vallenar; Sur, Departamento de O valle; Este, República Argentina, y Oeste, Departamento de La Serena y La Higuera. Tiene una superficie de 7.916 kilómetros cuadrados y una población de alrededor de 25 mil habitantes, cuya distribución revela una mayor densidad en los pueblos de Vicuña y Paihuano, caracterizándose el resto por innumerables caseríos y villorrios que se extienden a lo largo del Valle.

El terreno es algo accidentado y su red caminera se encuentra en una etapa atrasada que hace difícil el acceso, lo que obstaculiza los medios de comunicación.

La economía del Área se desenvuelve esencialmenté en el agro, cuya población acusa un nivel cultural y sanitario bajo que dificulta la labor del Servicio Nacional de Salud.

En el año 1963, se establece la autonomía de esta Área que hasta entonces dependía del Hospital Regional de La Serena. Su organización queda constituida como sigue: Un Hospital Base en Vicuña, con 108 camas; 5 Postas (Pe-ralillo, Diaguítas, Rivadavia, Paihuano y Pisco Elqui) y una Estación Médico Rural (Monte-grande)

El total de su personal, médicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras, matronas, inspector de saneamiento, administrativos y de servicio, y auxiliares de enfermería, ascendía a 78 funcionarios.

Labor inicial. Vicuña tiene una gran ruralidad. En un comienzo, la gente se resistía a acudir al hospital por desconfianza. Más tarde, la enseñanza impartida, las rondas médicas y el mayor número de médicos, ha atraído a la población.

En aquella época y por el lapso de un año, siendo el único médico del Departamento, mi labor médica propiamente tal se concentró fundamentalmente en el Hospital Base, no obstante desarrollar satisfactoriamente los planes de vacunación, dación de leche y control de niño sano, actividades que estuvieron bajo la responsabilidad de una enfermera de terreno.

Durante este período se reorganizan los diferentes servicios de Establecimiento (Medicina-Cirugía Hombres, Medicina-Cirugía Mujeres, Pediatría y Maternidad), dando especial énfasis a los aspectos quirúrgico y obstétrico. El primero de éstos, que había estado limitado hasta entonces a pequeñas intervenciones, derivándose prácticamente lo quirúrgico al Hospital Regional de La Serena, alcanza su real dimensión con 121 intervenciones mayores realizadas en el año. Más adelante, explicaremos la razón del aumento progresivo del número de estas intervenciones que en ningún caso deben interpretarse como el reflejo de un propósito de invasión de funciones correspondientes a un Establecimiento de mayor jerarquía.

Con respecto a Maternidad (no contándose con matronas profesionales, se estrenó, bajo la estricta tuición del médico, a tres auxiliares con lo que se logró desarrollar una labor bastante satisfactoria.

Debo señalar, además, que el Servicio de Urgencia funcionó las 24 horas del día con el sistema de turno de llamada en los casos en que el médico no se encontraba en el establecimiento.

A partir de 1964. se incorporan al Área dos médicos generales de Zona, lo que nos permite planificar más racionalmente el trabajo médico y, por otra parte, extender estas acciones a sectores- de mayor densidad de población en el Área. Es así como se inician las rondas médicas a Paihuano y Pisco Elqui, día por medio.

En el Hospital Base se distribuyó el trabajo en los diferentes Servicios, y en Consultorio Externo se amplió el horario de atención de acuerdo con horas contratadas por cada facultativo. Además, la presencia de tres médicos permitió una mejor distribución en los turnos del Servicio de Urgencia, tanto de las consultas intra hospitalarias como de las extrahospitalarias.

Y ahora, la explicación de nuestra creciente actividad quirúrgica. Esta es y sigue siendo el resultado de una expresa solicitud del propio Hospital Regional de La Serena, el que por tener la tuición sobre varios hospitales de la Zona sufría un recargo de trabajo que hacía demorar la consecución de camas para enfermos con grandes dificultades de movilización. Esta cima realidad que determinó la necesidad de iniciar la actividad quirúrgica en Vicuña nos hace pensar que todo médico general de Zona debe tener un entrenamiento quirúrgico previo antes de asumir su cargo. Con frecuencia se presentaban desprendimientos de placenta y embarazos ectópicos

que obligaban a intervenir de urgencia ante la imposibilidad material de un peligroso traslado a La Serena.

RENDIMIENTOS

Las iniciativas cumplidas han llevado hasta la actualidad a mejorar notablemente los rendimientos médicos tanto de la atención cerrada como de la externa del Establecimiento. Algunas cifras corroboran esta afirmación:

En Consultorio Externo (incluyendo Urgencia) se atendieron	
en 1963	9.042 consultas
en 1966	15.534 consultas
En Servicio de Maternidad, se atendieron	
en 1963	349 partos
en 1966	487 partos
Intervenciones quirúrgicas, mayores año	
en 1963	121 intervenciones
en 1966	248 intervenciones

A pesar de no contar con estadísticas bien organizadas, se puede, sin embargo, afirmar que la mortalidad infantil, aunque aún es alta, ha bajado de 115 a 105 por mil nacidos vivos.

En cuanto al rendimiento del tiempo médico en las Postas, la atención se inició con dos de estas, Paihuano y Pisco Elqui, a 35 y 40 Km. de Vicuña, respectivamente. Se concurrió principalmente para dar tranquilidad a la población ya que el trabajo médico propiamente dicho no podía ser muy provechoso, obligado como se está a atender de 25 a 30 pacientes en el breve espacio de 3 horas cada vez. A las Estaciones médico-rurales sólo van las auxiliares de enfermería a practicar el control de niños, la entrega de leche, inmunizaciones, charlas sobre preparación de mamaderas, etc.

En el orden administrativo, a través de cuatro años de labor, se han ejecutado innumerables obras de adelanto para el Establecimiento. Este trabajo ha podido ser realizado con una ostensible reducción de costos merced a la colaboración de cinco empleados de servicio, uno de los cuales dirige la labor, quienes llevan a la práctica los proyectos analizados y estudiados en la Dirección del Hospital con la asesoría de los respectivos departamentos de la Dirección Zonal, especialmente del Constructor Civil.

Estas obras comprenden:

1. Central de Alimentación. Construcción moderna que cuenta con diferentes departamentos: cocina, bodega, repostero, oficina de la dietista o ecónoma y comedor del personal.
2. Maternidad. Ampliación y modernización del antiguo Servicio que contaba sólo con una sala de partos, baños y una sala general, y que hoy dispone de dos pabellones obstétricos, sala de pre-parto, sala de puerperio, un aislamiento con su pabellón y un pensionado, todos con sus respectivos servicios higiénicos.
3. Laboratorio. Habilitado en la antigua cocina, para lo cual se transformó la estructura de ésta, acondicionando diferentes departamentos con el equipo respectivo de mesas e ins-

trumental. Su actividad está dirigida por un técnico laborante con la asesoría médica correspondiente.

4. Consultorio Externo.
 - a) Construcción de una Clínica Dental.
 - b) Ampliación de la Farmacia y construcción de Bodega.
 - c) Creación de Consultorios Externos, habilitándose para la atención pediátrica, obstétrica-ginecológica, y de medicina.
 - d) Construcción de servicios higiénicos.
5. Nueva red eléctrica. Por modificación del sistema eléctrico en el pueblo, de corriente continua a corriente alterna, se cambió y modernizó toda la red del Establecimiento.
6. Alcantarillado. Ampliación de la red antigua para cubrir las necesidades de las nuevas construcciones.
7. Servicio de Tiswlogía. Refacción, ampliación y acondicionamiento de salas y servicios higiénicos.
8. Sección Contabilidad. Ampliación y adaptación de acuerdo a las exigencias de la Dirección General con la creación de los departamentos de Subsidios, Caja y Oficina General.
9. Refacción general del Edificio. Fachada del Establecimiento, Oficina de la Dirección, Servicio de lavandería.

Consciente del bajo nivel sanitario de la población de esta Area, se puso especial énfasis, desde el momento de asumir la Dirección, en los programas de saneamiento rural iniciando una intensa campaña destinada a mejorar las condiciones mínimas de salubridad de la población en lo que respecta a agua potable, eliminación de excretas y basuras. Esta tarea ha sido difícil, pues ningún poblado posee alcantarillado y sólo dos localidades tienen agua potable, Vicuña y Paihuano.

En primer lugar se orientó el trabajo en la ciudad de Vicuña, donde se obligó a la instalación de letrinas en todas aquellas viviendas que carecían de un sistema adecuado de eliminación. La respuesta de la población fue en su mayor parte satisfactoria; en los casos de resistencia fue necesario recurrir a resoluciones perentorias.

Posteriormente, y con la ayuda del Plan unicef iniciado en 1964, se extendió esta labor a la zona rural, área en que la campaña adquiriría mayor importancia ante la práctica existente de levantar letrinas sobre acequias cuyas aguas se destinaban al consumo. Hasta la actualidad, el monto de letrinas instaladas asciende a 740, cantidad que tiene mayor valor si se considera que el trabajo ha sido ejecutado a través de un sólo Inspector Sanitario. Se ha propiciado además la instalación de 28 bombas en pozos profundos hechos por el Servicio.

El trabajo tanto médico como administrativo se ve superado permanentemente por la gran demanda de la población, hecho que se agrava por los escasos recursos que posee nuestro Servicio. No obstante, con ayuda de la comunidad a través de su Junta de Vecinos especialmente, hemos logrado construir una Posta (Huanta) y tres Estaciones Médico-Rurales, Varillal, El Molle y El Tambo. La primera de éstas, habilitada por nuestro Servicio, es atendida por un práctico del Cuerpo de Carabineros, según convenio existente entre estas dos instituciones.

Cabe destacar aquí, con relación a estos adelantos, la valiosa cooperación material de unicef que entregó un vehículo que sirve al programa de inmunizaciones, así como las letrinas y las bombas de agua.

Se ha logrado, además, la construcción en la comuna de Paihuano de un Hospital con 8 camas, dependiente de esta Dirección y para cuyo desenvolvimiento se ha designado un nuevo médico de Zona, cosa que viene a reforzar la labor por desarrollar en un Area, como se ha dicho, de gran ruralidad.

En el aspecto epidemiológico, los planes se han desarrollado de acuerdo a las exigencias de la Dirección Zonal, para lo cual se ha designado como Jefe de Programa a uno de los médicos, ya que no se cuenta con una enfermera para este tipo de trabajo. En este mismo programa se tiene la tuición de dos Centros de Madres, en Vicuña y en Paihuano, formados por nuestro Servicio y en los que colabora una auxiliar de Servicio Social.

En cuanto a la organización del Hospital, se cuenta en la actualidad con Jefaturas en los diferentes Servicios que responden ante la Dirección del Hospital, ya que no se dispone de una enfermera que desempeñe la Jefatura del Personal.

Debo manifestar que la labor desarrollada no ha sido el resultado del esfuerzo de una persona, sino del trabajo mancomunado de los colegas médicos, del personal del Establecimiento y del Director Zonal que en todo momento ha sabido acoger el entusiasmo y las iniciativas de un médico joven.

Para terminar, y respondiendo a una pregunta que se me hace, debo expresar que esta experiencia me ha permitido comprobar que hay vacíos en la enseñanza médica. Así, la falta de preparación administrativa me obligó a entregarme a la Contadora del Hospital por consejo del Contador Zonal; con ello pude irme interiorizando gradualmente en el problema de presupuestos. Respecto a administración propiamente tal, los problemas han ido solucionándose a medida que se presentaban.

A fin de encuadrarme a las estructuras del Servicio Nacional de Salud, hube de realizar un estudio de necesidades del personal; pero ha sido muy difícil proveer los cargos porque en Vicuña no se da la escolaridad que se exige, particularmente para la formación de personal auxiliar.

Personalmente, realicé un entrenamiento quirúrgico en el Hospital de La Serena, lo que me permitió, al conocer la gente y los mecanismos de trabajo de ese establecimiento, no tener problemas con la regionalización. Por lo tanto, este es otro aspecto en que mi estada previa en el Hospital de La Serena me fue altamente beneficiosa.

CONCLUSIONES

A modo de conclusiones consignamos aquí las impresiones y opiniones exteriorizadas en la discusión que siguió a la exposición del autor.

- El desempeño como médico general de Zona constituye el camino racional que todo médico debería seguir en beneficio de la visión general que necesita tener en su iniciación ese profesional. Un médico general de Zona debería permanecer por lo menos 5 años en el sector rural. En un comienzo, la experiencia del expositor resultó angustiada pero le fue posible superar gradualmente los problemas. Un ejemplo, la escasa disponibilidad de sangre

para transfusiones que se logró solucionar mediante el empadronamiento de 500 dadores voluntarios.

- El médico general de Zona está respondiendo admirablemente, pero con frecuencia se desalienta al no disponer de los recursos que le son indispensables.
- Es importante que el médico general de Zona tenga la oportunidad, para su formación y para su higiene mental, de acercarse a un centro de estudios y revisar sus técnicas. Asimismo, es importante la convivencia con sus colegas del Hospital Base.
- Es ventajoso que muchas construcciones y reparaciones sean hechas por administración y sin la participación del Sub-Departamento de Arquitectura de la Dirección General. Pero existe el inconveniente de que la mayoría de los hospitales son propiedad de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios y, por lo tanto, los cambios sólo puede hacerlos el dueño y esta sociedad financiarlos.
- El período de entrenamiento previo que debe tener el médico general de Zona es algo muy personal. La impresión del autor es que éste debe alcanzar a un año, salvo que esta práctica se le exija durante el internado, orientada a este tipo especial de ejercicio profesional en sectores rurales.
- Es clara la falta de preparación administrativa con que egresa el alumno de medicina. Es algo muy serio que ellos se tengan que entregar al Contador preocupados de pesos más y pesos menos en vez de adquirir una buena visión de salud. Deben encontrarse medios para ayudar al médico en provincias. Una regionalización bien entendida puede ayudar extraordinariamente siempre que sea progresiva, sistemática y con financiamiento.

EDUCACION MÉDICA: el Médico general en el Servicio Nacional de Salud

DR. LUIS TORRES RAMÍREZ¹

La escasez de médicos en Chile es un escollo serio para procurar una atención médica adecuada de la población del país. No parecen existir muchas esperanzas de que la actual proporción de seis médicos por 10.000 habitantes mejore apreciablemente antes de 10 años. Para ello sería necesario tomar medidas que permitan obtener que la producción de profesionales aumente en tal forma que exceda el reemplazo de los que se retiran y las necesidades crecientes que exige el aumento vegetativo de la población. Se comprende que todo cuanto se haga en tal sentido no podrá operar antes de 7 años, que es el plazo mínimo para la formación del médico en nuestro medio.

El problema es aún mayor si agregamos que la distribución de los actuales profesionales es inapropiada. Hay una notable concentración de profesionales en las grandes ciudades, en desmedro de las pequeñas. Pero lo más grave es que tal vez sólo Santiago y muy pocas ciudades más disponen de un número suficiente de médicos o un poco superior a lo deseado. En el resto de las ciudades, no obstante existir mayor proporción en las ciudades mayores, en relación con su población, no podría decirse que haya profesionales de más.

Como prueba de ello, durante los últimos cinco años 10 a 20% de los cargos del Servicio Nacional de Salud han permanecido vacantes

Se explica entonces que los concursos habitualmente no resuelvan el problema de completar los cuadros de la planta, sino que solamente provoquen traslados de médicos de un lugar a otro.

Todas estas circunstancias determinan que los pequeños pueblos (hasta 5.000 habitantes) queden poco a poco sin médicos y no sea fácil conseguir profesionales para dar atención a las pequeñas ciudades y a los sectores rurales. Las reglamentaciones vigentes sólo permiten en circunstancias muy excepcionales señalar funciones a un profesional médico en una localidad diferente a la de su nombramiento de planta.

Por estas razones el Servicio Nacional de Salud creó hace ya algunos años, un nuevo tipo de cargos médicos que, junto con contribuirá resolver estos problemas, proporciona al médico joven la oportunidad de iniciar una carrera funcionaria y de cimentar una cultura médica amplia

¹ Jefe de Inspectoría Médica. Servicio Nacional de Salud.

y útil. Así nació en el Servicio Nacional de Salud el Médico General de Zona, llamado hoy día, simplemente Médico General.

El Médico General se nombra a nivel de la Dirección General y se le destina a la localidad que necesita de sus servicios. En esta forma se supera la dificultad reglamentaria de la ubicación.

En las pequeñas localidades habitualmente estará sólo frente a los diversos problemas médicos o acompañado de uno o dos médicos más. En todo caso, necesitará estar capacitado para atender los problemas de cualquiera de las disciplinas médicas.

Aunque teóricamente se espera que un médico recién egresado esté en condiciones de desempeñarse con expedición en cualquiera de los variados aspectos médicos, la realidad es que, en general, nuestros médicos recién recibidos no tienen seguridad en sí mismos, porque no han podido captar la realidad del ambiente en que van a ejercer sus funciones. Esto ha obligado a considerar un adiestramiento previo a la destinación de su trabajo.

La práctica previa en estas condiciones tiene por objeto únicamente capacitar al médico en las disciplinas fundamentales de la medicina, proporcionándoles seguridad en sí mismo a través de un plan intensivo de trabajo. Se comprende entonces que los servicios más adecuados para proporcionar esta práctica sean aquéllos que están en condiciones de poder ofrecer la mayor oportunidad de ejercicio profesional.

El desempeño del cargo de Médico General en las condiciones señaladas, significa sin lugar a dudas un sacrificio evidente. Basta sólo indicar que las funciones deberán desempeñarse en ciudades pequeñas o en sectores rurales que no ofrecen en nuestro país las ventajas de la vida en común de la civilización. Agréguese que en cualquier instante puede estar expuesto al traslado de un lugar a otro, si las necesidades del Servicio así lo requieren.

Estas y otras circunstancias han hecho rodear a estos cargos de algunas garantías para hacerlos más atractivos. En primer lugar, la renta se ha mejorado con una asignación de 50%, fuera de la gratificación de Zona señalada por Ley. Significa esto que el Médico General se inicia con un sueldo un poco mayor que un médico con 10 años de profesión.

Por otra parte, al cabo de tres años del ejercicio de sus funciones, habrá ganado 7 puntos extraordinarios para optar a futuros concursos. Es ésta otra ventaja que tiene en el futuro un valor inapreciable.

Una vez cumplidos tres años de funciones como Médico General de Zona, podrá optar a concursos de cargos de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría u Obstetricia en hospitales de Tipo B y C. Es otra garantía importante, que muchos aprovechan.

Si en vez de esto, el médico deseara especializarse en alguna disciplina, en este momento el Servicio lo envía a la clínica correspondiente a hacer una estada de especialización de uno o dos años, conservándole las garantías de renta durante todo el período.

Finalmente, como consecuencia de una política general del Servicio en el sentido de otorgar casa a los directores de hospitales, en varias localidades se les puede además ofrecerles el derecho.

Han sido éstas las líneas generales que han regulado las contrataciones de Médicos Generales en el Servicio desde el año 1956. Hasta 1960, más de un centenar de médicos se han interesado en estas funciones y están diseminados a lo largo del país cumpliendo sus funciones.

En los pueblos pequeños o sectores rurales atienden indiscriminadamente cualquier problema de salud. Generalmente tienen su residencia en un pequeño hospital, donde dan la atención tanto a adultos como a niños. Se hacen cargo de la atención materno-infantil y de las acciones de Epidemiología, de Control de Alimentos o de Higiene del Ambiente.

Hemos visto cómo muchos de ellos han realizado sus labores intrahospitalarias con tanto éxito como las relaciones con la comunidad, a la que han interesado en muy alto grado por los problemas de salud.

El Médico General tiene en estas localidades amplió campo de acción, múltiples responsabilidades y atribuciones y está expuesto a encontrarse con dificultades superiores a los medios locales. Es por eso que casi siempre hay un hospital cercano, mejor dotado, al que debe recurrir para derivar los casos graves, solicitar ayuda técnica, interconsultas o elementos de urgencia. La experiencia está enseñando como perfeccionar poco a poco estas relaciones tan indispensables.

Como ya han transcurrido varios años desde que se contrataron los primeros Médicos Generales, algunos han cumplido tres años en funciones, han solicitado la estada de especialización y en estos momentos hay cinco que están usando ese derecho. Varios más lo harán en los meses venideros.

Sin embargo, la ventaja mayor del ejercicio de las funciones de Médico General es la cultura médica firme y completa que tiene oportunidad de obtener en los tres años. El ejercicio obligado de los múltiples aspectos médicos va fijando los conocimientos de cada disciplina, enriqueciendo así la experiencia sin perder la visión del conjunto. De este modo habrá adquirido el concepto más adecuado para comprender las necesidades de la medicina actual. Un médico que haya actuado con dedicación durante tres años en la forma que hemos señalado, no podrá olvidar que la enfermedad es un accidente no deseable en un individuo y que es, a menudo, evitable. Comprenderá que es necesario considerar al enfermo como miembro de una familia y componente de una comunidad, para la cual la salud de las personas que la integran tienen múltiples implicancias.

Más tarde, al convertirse en especialista de cualquier disciplina, esa cultura médica lo hará destacarse y lo convertirá, a no dudar, en un mejor conductor de atribuciones, sea cual sea la responsabilidad de su cargo.

EDUCACION MÉDICA: ¿Qué tipo de médico necesita el país?

RESUMEN

Esta pregunta plantea una serie de problemas que son muy trascendentes para nuestros servicios médicos y universidades. Cuadernos Médico-Sociales han querido recoger en un cuestionario las opiniones de diversos sectores en torno a algunos aspectos de esta materia. Hoy publicamos las opiniones del Dr. Benjamín Viel, Director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile; del Dr. Mario Terreiro, quien ejerció dos años en Puerto Montt a continuación de su beca en Pediatría; del Dr. Luis Torres, Jefe de Inspectoría Médica del Servicio Nacional de Salud, y del Dr. José Steinberg, Director del Hospital Regional de Iquique.

Pregunta N° 1.

¿Está el médico recién egresado de la Escuela de Medicina en condiciones de asumir la responsabilidad de la atención directa del enfermo? ¿Debería estarlo?

Dr. Benjamín Viel:

—La respuesta no puede ser definitiva. El médico recién egresado debe estar y está en la actualidad en condiciones de asumir la responsabilidad directa de la atención de muchos enfermos, pero no de todos. Antes de poder ser médico único de una región debe adquirir mayor experiencia y mientras más años de trabajo y más experiencia tenga, más capacitado estará. Es evidente que esta experiencia no se la puede dar una Escuela de Medicina que es esencialmente formadora de mentes. Es un absurdo pensar que un médico con veinte años de experiencia que llama en junta médica a otro colega de mayor preparación en determinado campo, pone en evidencia una falla de la educación médica.

El recién egresado podrá asumir la responsabilidad directa de la atención de muchos enfermos y su rango de actividades tenderá a ampliarse con la experiencia si intenta continuar como médico no especializado y tenderá a restringirse con la experiencia si su actividad futura se inclina hacia la especialización.

El hecho descrito ha sido reconocido por todas las Escuelas del mundo y por ello se propicia que el recién egresado inicie actividades en centros donde pueda beneficiarse de la interconsulta.

Dr. Mario Ferreiro:

—Con el advenimiento de la práctica llamada Internado que reemplazó al 7° año de Medicina, es nuestra impresión que el recién egresado debe adquirir la expedición necesaria para asumir la atención directa del enfermo. Esto lógicamente debe ir aparejado con un enfoque que le de esta finalidad al Internado, de parte de las Cátedras y Servicios donde éste se realiza. Creo que hay aún algunas deficiencias, en especial en lo que se refiere a la actitud del recién egresado frente al caso habitual de Consultorio Externo, en el cual este profesional no presenta la expedi-

ción deseable, para lo cual no es necesario que se transforme en un "practicón". Estimo que debe darse una mayor responsabilidad en tiempo y en acción a la práctica de Consultorio Externo, en especial en lo que se refiere a la Unidad Pediátrica.

Dr. Luis Torres:

—Para responder la primera parte apelo a la experiencia que he recogido en la contratación de los Médicos Generales de Zona en el Servicio Nacional de Salud.

Como nuestro deseo es que los médicos lleguen a las localidades con la habilidad mínima para el manejo de los variados problemas de salud de una comunidad, nos aseguramos, a través de una entrevista, de la situación particular de cada uno. Después de esto le adecuamos una práctica previa que comprenda aquellas disciplinas en las que tienen poca expedición. En más de 100 médicos que en tales condiciones hemos entrevistado en los últimos años, podemos expresar lo siguiente:

-Todos manifiestan estar seguros frente a las situaciones que pudieran presentarse en Medicina Interna.

-Poco más de un 50% están también seguros en Pediatría.

-Excepcionalmente lo están en Cirugía y Obstetricia.

-No tienen un concepto claro de lo que necesitarían saber en Protección de la Salud (Epidemiología, Higiene del Ambiente) y habitualmente subestiman y no tienen conceptos claros de lo que se entiende por Administración.

La práctica previa que hemos autorizado va desde ninguna (excepcional y sólo válida para un médico que lleva uno o dos años de profesión) hasta 15 meses, que también fue excepcional. El promedio fue de 7 meses. Aun cuando no hemos medido su cuantía, los egresados de la Universidad de Concepción impresionan más seguros de sí mismos, y muchos de ellos han recibido un adiestramiento más corto.

Personalmente opino que un egresado debería estar en condiciones de actuar como Médico General, entendiendo por tal, al profesional capacitado para atender lo más corriente y sencillo de las disciplinas básicas, al mismo tiempo que sabiendo reconocer lo complicado para derivarlo a un centro de mayores recursos, en el momento más oportuno.

La situación actual significa que la promoción del médico se prolonga 7 meses más allá del título con todas las repercusiones que ello tiene en un medio en que el médico es escaso. Además estos siete meses de promoción son financiados por una institución asistencial que dispone permanentemente de menos recursos que los necesarios.

Dr. José Steinberg:

—El médico recién egresado de la Escuela de Medicina NO está en condiciones de asumir la responsabilidad de la atención directa del enfermo. Según mi opinión personal, debería estarlo.

Pregunta N° 2.

Si usted cree que no lo está, ¿qué tipo de preparación adicional sería necesaria? Para este propósito, hace alguna diferencia el sitio (urbano, semi-urbano, rural) y las condiciones en que el médico ejercerá su profesión?.

Dr. Benjamín Viel:

—Prácticamente esta pregunta está contestada con la primera; es evidente que el recién egresado requiere como preparación adicional solamente la posibilidad de adquirir mayor experiencia y que ello deberá hacerse en centros urbanos en los primeros años, desviándose hacia zonas menos densamente pobladas si intenta ser médico no especialista y manteniéndose en zonas urbanas si intenta prepararse en una especialidad. Para establecer algún tipo de reglamentación útil en el destino de los egresados es mi impresión definitiva que debe existir un período de dedicación exclusiva no inferior a 10 años a partir del título.

Dr. Mario Ferreiro:

—Respecto a esta pregunta cabe agregar que al recién egresado debe dársele una visión geográfica nacional de la patología, y deberá dársele verdaderos cursillos de antropología regional, para que su eficiencia frente a los problemas de salud en el medio rural fuese de mayor rendimiento. El recién egresado enfrentado al problema de la atención rural, problema de por sí apasionante, carece de los más mínimos recursos para un desempeño de acuerdo a su formación. Es mi parecer que dentro del curso de Medicina Interna, Medicina Preventiva, Pediatría y Alimentación, se diera especial mención a los problemas de la medicina rural, y a las técnicas de atención en el medio rural.

Por lo que he anotado antes, existen diferencias notables entre la atención médica de los diferentes medios, urbano, semi-urbano y rural, siendo esta última la que más difiere y la que plantea problemas de morbilidad y mortalidad más importantes.

Las condiciones en que el médico debe ejercer su profesión, si no son totalmente conocidas deben ser por lo menos sospechadas por la mayoría. Y sin duda no son ningún aliciente ni estímulo, para el ejercicio de la profesión y para la salida a zonas menos pobladas. Debe ser responsabilidad importante de quienes dirigen la salud en Chile, propender a crear condiciones de mínima dignidad profesional, para el ejercicio de la medicina no sólo en la zona Austral o Sur, sino a las puertas de Santiago.

Dr. Luis Torres:

A mi juicio, lo que hace falta es una mayor preparación práctica en cada disciplina, no sólo en el ambiente de cátedra con recursos óptimos, sino especialmente en el medio real con el conocimiento integral de la población y con los recursos que efectivamente puede contar un servicio asistencial en nuestro país, ya sea en las ciudades, medios semi-urbanos o rurales.

En tales condiciones se plantea el problema de dos fines que, sin ser contrapuestos, por no haber llegado a un acuerdo crean a menudo un conflicto.

La Escuela de Medicina tiene una finalidad muy loable: la de enseñar cada una de sus disciplinas con la mayor perfección que le es posible, usando los mejores medios de acción, ya sea en el diagnóstico, en el tratamiento o en la investigación. Los recursos con que cuentan los servicios de docencia provienen de diferentes fuentes y su poder de atracción es siempre eficaz. De este

modo estos servicios aparecen ejecutando la mejor medicina, no importa para cuántos, ni a qué costo.

El Servicio Nacional de Salud es una institución que por razones legales y humanas está al frente de una comunidad, con la obligación de otorgar a todos sus beneficiarios las acciones de Salud, con recursos limitados por cuyo motivo su finalidad es proporcionar la mejor medicina que los medios le permitan. En muchas localidades o en algunos barrios, los beneficiarios están constituidos por la totalidad de la población y en los demás lugares, sólo las acciones de recuperación prácticamente dejan al margen a grupos importantes de pobladores.

No habrá ningún conflicto si los médicos que han sido preparados para hacer la mejor medicina con los mejores recursos, encontraran en todas partes las condiciones adecuadas; si el conocimiento de las personas con todos los factores que condicionan su vida, fueran indiferentes para el ejercicio de sus labores.

El conflicto nace cuando este profesional sufre el impacto de verse obligado a atender con una limitación de recursos muy acentuada y no prevista, y más aún cuando "descubre" que los diferentes factores que condicionan la vida de un individuo interfieren en los sistemas de entrega de las acciones de salud.

Por todo esto opino que el estudiante debe practicar en servicios asistenciales urbanos, semi-urbanos y rurales, no adecuados especialmente para la docencia, a fin de que tenga una visión lealista de los recursos de que va a disponer y de las características de la población a la que va a servir. Sólo hace diferencia el medio urbano, semiurbano y rural en la medida de la cuantía de recursos y cualidades propias de la población a servir.

Dr. José Steinberg:

—Estimo que no debiera realizarse preparación adicional, sino que debería egresar de la Escuela de Medicina en condiciones de asumir la responsabilidad de la atención directa del enfermo. Ello se conseguiría modificando los programas de la Escuela de Medicina y aumentando los períodos de práctica en los hospitales de provincia y de atención rural durante los años de estudio. En esta forma, se conseguiría preparar mejor a los futuros médicos para el ambiente donde estarán obligados a ejercer en sus cinco primeros años y se les alejaría un poco de la dilución de responsabilidades bajo el alero docente.

Producida la situación actual, el ideal es la práctica como Médicos Generales de Zona, anexo a las Areas Hospitalarias de provincias durante cinco años a los menos.

Pregunta N° 3.

¿Cuál es el lugar del especialista en nuestra medicina? ¿Cuáles serían las bases de una política de formación de especialistas en el país?

Dr. Benjamín Viel:

—No es posible hacer medicina sin especialistas. Su definición, sin embargo, no es clara y por tanto la pregunta no puede ser contestada mientras no se defina claramente qué se entiende por un especialista. Hay evidentemente dos actitudes: la inglesa, que considera al médico general como aquel que está pie-parado para atender toda la medicina extra hospitalaria sin pertenecer jamás al Hospital, y que llama especialista al que está preparado para atender la

medicina de hospital. La americana, que considera especialista en medicina interna y sub-especialistas en diversos sectores de la medicina interna (cardiólogo, gastroenterólogo, etc.) y que mantiene igual criterio para todas las ramas .mayores de la medicina.

Sin definir los términos es imposible responder la pregunta, pero creo que en Chile sería una buena práctica el hablar de 6 especialidades mayores, a saber: Medicina, Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Psiquiatría y Salud Pública y Administración Médica y que de estas especialidades se derivaran las sub-especialidades con un criterio estrictamente vocacional.

Los sub-especialistas no debieran optar a esta condición antes de 10 años de ejercicio profesional en el vasto campo de la especialidad, haciendo excepción de ello quienes se dediquen a especialidades muy definidas, tales como Radiología, Anatomía Patológica, Oftalmología, Otorrinolaringología y Docencia Básica.

La única manera de formar especialistas, de acuerdo con la experiencia mundial, es el plan de residencias, exceptuando Salud Pública y Administración Médica, que requieren un curso formal.

Dr. Mario Ferreiro:

—El papel del especialista en nuestra medicina actual es fundamental, debiendo ser el responsable del enfoque verdaderamente científico, racional y moderno que se le dé a la profesión a lo largo del país. Su papel evidente es ser ubicado en los hospitales regionales y centros especializados del país, siendo allí el responsable de solucionar los problemas clínicos de la especialidad, al igual que el montaje de técnicas que den alto rendimiento diagnóstico tanto general como de patología regional, para limitar a cuadros de real dificultad los envíos de provincias hacia los Hospitales o Servicios de Especialidad de Santiago. Creemos que el número de especialistas debe ser regulado por las necesidades que informen anualmente a la Escuela de Graduados y al S. N. S., los Directores Zonales y los Directores de los Hospitales Generales de Santiago/ Somos convencidos de que el especialista ubicado en el Centro Médico más importante de cada región, junto a una regio-nalización adecuada de los problemas clínicos, es un elemento de una acción inapreciable tanto para la comunidad como para su formación personal. Ejemplo de esta acción lo tenemos en la práctica en la concentración de médicos especialistas (ex becados) en Hospitales Regionales de la XII y X Zonas, con resultados excelentes desde el punto de vista del trabajo clínico hospitalario. Estimamos además que los médicos especialistas deben recibir la formación adecuada para ser ellos los realizadores y responsables ejecutivos de los programas de salud en que intervenga su especialidad; me refiero en este caso muy especialmente a los Pediatras.

Afortunadamente, ciertos centros de formación de estos especialistas (Cátedra del Prof. Meneghello) le dan una muy adecuada formación en este campo.

Por último y aunque un poco distante de la pregunta específica, creo que la única forma de estimular y digamos salvar, aunque parezca dramático el término, al especialista que va a provincias, es concentrar un número satisfactorio de ellos según las necesidades, en las diferentes zonas del país y propender a que la Dirección General estimule y realice, en forma efectiva, convenios regionales con Cátedras Universitarias, para la asesoría clínica de estos Centros. Ocurre en Chile la paradoja que las Cátedras están ansiosas de cooperar con los especialistas y médicos generales, en provincias, pero el Servicio no responde en la medida esperada.

Dr. Luis Torres:

—Una medicina de alta calidad sólo es posible realizar a base de especialistas. Pero siendo éste un profesional difícil de obtener debe ser bien utilizado. Ello significa que será necesario procurar que ocupe su tiempo íntegramente en atenciones de su disciplina que requieren su atención.

Nuevamente se plantea un conflicto. Cuál debe ser el sistema de atención a una población dada.

- a) con especialistas en toda oportunidad.
- b) con Médicos Generales, y a los que éstos seleccionen, pasen al especialista.

El sistema a) está siendo usado cada vez más en las ciudades grandes de nuestro país, y el sistema b) en los sectores rurales y pequeñas ciudades para la atención ambulatoria especialmente. No ponemos en discusión la atención intrahospitalaria, que salvo los pequeños hospitales, debe ser atendido por especialidades y Servicios diferenciados.

Pero en la atención ambulatoria, que habitualmente significa el primer contacto de las personas con el Servicio Nacional de Salud, se ha observado que el sistema a), a base de especialistas desde un comienzo, produce varios problemas.

Cuando la primera atención debe ser dada por especialista ocurre que éste recibe muchos casos tan simples que bien pudieron ser resueltos por Médico General. Agregúese que un buen número de enfermos pasa equivocadamente al especialista ocupando tiempo especialmente apreciado. En tales casos se está multiplicando el movimiento de estadística a base de un solo enfermo y se está postergando la atención de otros. Parecería que esta circunstancia es bien significativa y merecería medirse.

Si por el contrario nos decidimos a usar el sistema de recibir a la población en su primer contacto con Médicos Generales preparados para tratar lo simple de las diversas disciplinas y a derivar los casos que necesariamente deban ser atendidos por el especialista, la atención sería más expedita y el especialista tendría la seguridad de estar ocupando su tiempo en acciones totalmente específicas.

Parece que la tendencia actual es ir extendiendo el sistema a) en circunstancias que, a mi juicio, debería ser lo contrario. En tales condiciones el lugar del especialista es la atención del enfermo referido por el Médico General, salvo las excepciones, que es necesario respetar (ej., el accidentado debe ir de inmediato al servicio de Traumatología de la localidad, etc.).

Después de todo lo expresado se comprende que las bases para la promoción de especialistas deberían ser las siguientes en nuestro país:

- 1) Existencia de programas docentes con el carácter práctico que hemos señalado.
- 2) Formación de especialistas a base de médicos jóvenes que hayan ejercido por lo menos 3 años la Medicina General. Así nos aseguramos que los futuros especialistas tengan una cultura médica amplia y un concepto práctico de la medicina integrada a través de una experiencia vivida en una comunidad urbana, sub-urbana o rural.
- 3) Poner de acuerdo las necesidades de especialistas con el número de becarios, estableciendo prioridades.

—Pienso que los especialistas son imprescindibles dentro de nuestra organización asis-tencial, pero ellos sólo deben formarse pasados los cinco años de ejercicio general de la profesión en provincia. En esta forma se lograría contar con especialistas de visión más completa y de conocimientos y experiencia en las diferentes grandes divisiones de la medicina.

EDUCACION MÉDICA: ¿Qué tipo de médico necesita el país II?

Dr. ALFREDO LEONARDO BRAVO¹

RESUMEN

En su último número, Cuadernos Médico-Sociales recogió la opinión de distinguidos profesionales sobre esta materia. Nos complacemos hoy en presenciar la autorizada respuesta del Jefe del Departamento Técnico del S.N.S., Dr. Alfredo Leonardo Bravo. Dada la trascendencia y actualidad del problema, invitamos a los colegas a expresar su pensamiento, en la seguridad que su contribución será publicada en próximas ediciones.

¿Está el médico recién egresado de la Escuela de Medicina en condiciones de asumir la responsabilidad de la atención directa del enfermo? ¿Debería estarlo?

En nuestra opinión, el médico recién egresado de la Escuela de Medicina no está en condiciones de asumir la responsabilidad integral de la atención directa del enfermo. Parece así demostrarlo el hecho de que el Servicio Nacional de Salud con la cooperación de la Escuela de Graduados de la Universidad de Chile, se ha visto en la necesidad de organizar Cursos de Adiestramiento de Post-graduados, a fin de darle al médico los conocimientos y la experiencia necesarios para desempeñarse eficientemente en las distintas especialidades de la Medicina Clínica. Por su parte, los estudiantes y médicos recién egresados también reconocen este hecho y aspiran y solicitan estos cursos, declarando paladinamente que ellos no pueden asumir la responsabilidad integral de la atención de los pacientes, con los conocimientos que les ha entregado la Escuela.

Por lo que respecta a la segunda parte del problema, pensamos firmemente que estos conocimientos y esta experiencia que el Servicio Nacional de Salud tiene que entregarle a los médicos a un costo exorbitante para su menguado presupuesto, deberían ser proporcionados al estudiante de medicina por la Escuela antes de su graduación. Hacemos esta afirmación basados en el hecho de que el médico al recibir su título de médico-cirujano queda legalmente autorizado por la Universidad de Chile y oficialmente reconocido para todos los efectos profesionales, investido de una autoridad que le permite practicar la medicina en cualquiera de sus especialidades, tanto en instituciones como en clientela privada, sin limitación alguna. Si, por otra parte, reconocemos que estos médicos no están totalmente preparados para asumir esta responsabilidad, resulta entonces que con el diploma de médico-cirujano se les está entregando una patente que les da una calidad que, en realidad, no tienen. Sólo el sentido de responsabilidad de los médicos recién egresados les induce a continuar su preparación después de estar en posesión del título, pero hay muchos de ellos que se lanzan al ejercicio profesional sin ningún

¹ El Dr. Alfredo L. Bravo ha ocupado los más altos cargos en instituciones nacionales y en la Organización Mundial de la Salud. Desde hace 4 años, se desempeña como Jefe del Departamento Técnico del S.N.S.

adiestramiento de post-graduado y nadie puede impedírselo, por cuanto la Universidad los ha autorizado para el ejercicio profesional.

¿Si Ud. piensa que no lo está, qué tipo de preparación adicional sería necesaria? Para este propósito, ¿hace alguna diferencia el sitio (urbano, semi-urbano, rural) y las condiciones en que el médico ejercerá su profesión?

A este respecto consideramos que la Facultad de Medicina debería adaptar su programa de enseñanza a la realidad médico-social chilena.

Esta realidad nos está demostrando que hay una enorme escasez de médicos en todas las especialidades; que la producción anual de médicos apenas alcanza a cubrir las pérdidas por muerte, jubilación, etc. y ciertamente, no cubrimos el crecimiento vegetativo de la población en lo que se ha llamado nuestra "explosión demográfica"; que el 52 por ciento de nuestra población vive en ciudades con menos de cinco mil habitantes y que en esas ciudades para los próximos 50 años, el máxi-mun a que podemos aspirar será a tener un médico erí cada una de estas localidades.

Ahora bien; el médico que la población necesita para estos sitios rurales apartados, es el que el Servicio Nacional de Salud ha llamado Médico General de Zona, que en Inglaterra se llama "General Practitioner"; en Francia, "Médico de Familia"; en Checoslovaquia, "Médico de Comunidad" y que, en definitiva, es un médico general con conocimientos suficientes para diagnosticar y tratar enfermedades comunes, cuyo diagnóstico y tratamiento es simple, con el criterio suficiente para no asumir responsabilidades y trasladar precozmente aquellos casos más difíciles para su diagnóstico y tratamiento, por no estar bien equipado, y que, además de sus habilidades clínicas, debe tener un concepto preventivo y social de la medicina a fin de dar a sus clientes asistencia médica integral tanto en los aspectos profilácticos como terapéuticos. Es un médico que debe conocer algo de saneamiento y de epidemiología para poder dictaminar y aconsejar a las autoridades locales sobre las medidas necesarias para prevenir las epidemias y que, finalmente, debe tener algunos conocimientos generales de administración, pues muy probablemente tendrá que ser el Jefe de un pequeño equipo de trabajadores de la salud y con mucha frecuencia, tendrá que administrar un pequeño hospital o consultorio. En los aspectos sociales y económicos, este médico deberá tener un concepto financiero para saber que en la administración de los dineros públicos, él tiene la obligación de aplicar los conceptos de eficacia y economía para obtener la recuperación de la salud de sus clientes en el plazo más breve posible, a fin de que su tratamiento sea económico y el individuo vuelva a la vida productiva en un plazo mínimo y deberá conocer, además, el significado y el manejo de los subsidios en cuanto a protección económica que facilita el tratamiento médico.

Estas son las características que, a nuestro juicio, debería tener la formación básica de la mayoría de los médicos y sería recomendable que todos los médicos al iniciar su vida profesional pasaran por estas experiencias que les dará la formación profesional sólida, la cual más tarde los habilitará para transformarse en especialistas en cualquiera de las disciplinas médicas. Este Médico General es muy diferente y no cabe confundirse con el antiguo médico general con el cual se tiene tendencia a confundirlo, lo que es motivo de críticas injustificadas al Médico General de Zona.

¿Cuál es el lugar del especialista en nuestra medicina? ¿Cuáles serían las bases de una política de formación de especialistas en el país?

De entre los Médicos Generales de Zona, debería a nuestro juicio, seleccionarse los futuros especialistas. Pensamos que el especialista por primera intención, sin haber hecho una práctica previa de medicina general es habitualmente un profesional unilateral y que no tiene la visión amplia de la asistencia médica preventiva y curativa y que difícilmente puede solucionar eficientemente los problemas médico-sociales de sus pacientes. Pensamos, además, que en la formación del especialista deberían establecerse dos niveles, particularmente para las cuatro especialidades básicas de la medicina. Sostenemos esto, basados de nuevo en la realidad médico-social y geográfica de nuestro país. En efecto, para un especialista en medicina, cirugía, obstetricia o pediatría, que vaya a ejercer su profesión en una pequeña ciudad de provincia, las condiciones de su ejercicio serán enteramente diferentes de aquellos otros que ejercerán en los grandes hospitales clínicos de Santiago, Valparaíso o Concepción, o en algún hospital regional de otras capitales de provincia. La formación del especialista en forma completa y acabada que se exige en la actualidad, está tomando un tiempo excesivamente prolongado, lo cual es motivo para que no estemos formando el número de especialistas que necesitamos.

En cambio si se fuera por etapas, pensamos que en un programa de formación profesional en el cual se alternan períodos de adiestramiento y períodos de servicios, se podría llegar a formar un especialista sobre bases muchísimo más sólidas que las actuales y al mismo tiempo, se satisfarían las necesidades asistenciales de acuerdo con nuestras realidades. Pensamos, además, que profesionalmente sería mucho más satisfactorio para el médico tener una carrera asegurada que le permitirá comenzar como Médico General de Zona en un pueblo pequeño, regresar a Clínicas de Santiago o a algunas de provincia, a recibir una primera etapa de adiestramiento en una especialidad, que le permitirá pasar del pueblo pequeño a una ciudad un poco más grande, ya con categoría de especialista y no como médico general y, finalmente, que una vez que hubiera practicado su especialidad por algunos años, pudiera incorporarse a alguna clínica universitaria donde recibiera toda la formación académica y científica que lo habilitara como un especialista de alto vuelo, capacitado para la enseñanza y la investigación científica.

EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIAS: Experiencia de un médico general de Zona en Vallenar

Dr. RUBEN PUENTES ROJAS

RESUMEN

En 1968, el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile realizó, como en años anteriores, un Concurso invitando a los Médicos Generales de Zona a presentar un relato de la labor realizada por el equipo de salud en áreas rurales de nuestro país.

El Departamento de Salud Pública consideró que el relato que publicamos en esta edición de Cuadernos Médico-Sociales era acreedor al Primer Premio.

En este trabajo se comprueba una vez más que el equipo de salud puede obtener resultados brillantes a corto plazo si hace un diagnóstico racional de la situación económica, social y cultural de la población bajo su cuidado y se realiza un programa de medicina integral con la participación activa de la comunidad.

En nuestras próximas ediciones continuaremos publicando otros trabajos que se destacaron en este Concurso.

INTRODUCCIÓN

Este resumen de la labor desempeñada como Médico General de Zona en Vallenar debe dejar constancia que nada puede este médico presentar como obra únicamente suya. El mérito, si éste existe, debe recaer en el equipo médico y paramédico de Vallenar, que ha sabido actuar mancomunadamente, con notable perspectiva hacia la comunidad y también en forma importante en la Dirección del Área Hospitalaria que ha sido ágil, ha creado una labor organizada y eficiente y ha dado prioridad a los problemas de salud de nuestra población materno-infantil y de la población rural.

Esta exposición se dividirá para hacerla más comprensible en las siguientes partes:

1. Información básica del Área Hospitalaria de Vallenar. Situación de salud.
2. Labores generales realizadas.
3. Labor específica como Jefe del Programa Materno-infantil del Área Hospitalaria de Vallenar.

INFORMACION BÁSICA

1. Información básica Area Hospitalaria de Vallenar

El Area Hospitalaria de Vallenar está ubicada en la Provincia de Atacama comprendiendo su parte Sur. Tiene dos Departamentos: Huasco y Freirina. Ambos Departamentos se encuentran en las márgenes del Río Huasco y sus afluentes, que atraviesan el Area de Oriente a Poniente determinando un valle, de cordillera a mar. Terminando el valle, sigue el desierto hacia el Norte y el Sur.

Su superficie es de 19.065 Km², con una población estimada al año 1966 de 51.082 habitantes, según datos oficiales, pero su población real es superior (según cálculos del SNS tomados en base a cifras de natalidad, vacunaciones, población escolar). Se estima en 67.000 habitantes al 30 de junio de 1965. La densidad sería de 2,7 habitantes por Km².

La población urbana representa el 58,1% y la rural, el 41,9%.

La ciudad de Vallenar¹, su centro principal, tiene alrededor de 35.000 habitantes (en base a informaciones del SNS y a una encuesta realizada por la Gobernación), habiendo sufrido en el curso de estos últimos siete años una fuerte explosión demográfica como consecuencia de la puesta en marcha de importantes yacimientos de hierro (Algarrobo) por parte de la Cía. de Acero del Pacífico. Ello significó un aumento violento de las necesidades de salud de la población entre otros problemas.

Otros centros poblados importantes son Puerto Huasco², ubicado en la costa y unido a Vallenar por una carretera transversal de primera clase, con una población real de alrededor de 7.000 habitantes, y Freirina³, localidad situada entre Vallenar y Huasco, con una población real de alrededor de 5.000 habitantes.

La vida económica del Area está representada fundamentalmente por la Minería. Existen yacimientos importantes de hierro, además de cobre y otros. También la Agricultura representa buena parte de la actividad económica del Area. Hay actualmente 14.000 hectáreas de superficie regada, muy fértiles, dedicadas fundamentalmente al cultivo de la vid, hortalizas y otros.

En lo Industrial, existe una fábrica de aceite de oliva, una de oxígeno, una de ácido sulfúrico en instalación y una planta vitivinícola al interior del valle.

2. Situación de salud

Cuando este médico llegó a Vallenar a comienzos de 1964, estaba el Hospital de Vallenar funcionando en el edificio antiguo. El actual edificio, ya construido, fue posteriormente habilitado y entró a funcionar en el curso del año 1965. En ese entonces se hacía evidente una gran necesidad de recursos humanos y materiales, existiendo agudos problemas de camas y en los recursos fundamentales. Pediatría disponía sólo de dos pequeñas salas, debiendo colocarse de a dos o más enfermos por cama. En Obstetricia sucedía otro tanto. En Cirugía y Medicina de adultos la

¹ Población oficial al año 1966: 23.380 Hbts.

² Población oficial al año 1966: 3.121 Hbts.

³ Población oficial al año 1966: 3.162 Hbts.

escasez de camas hacía a diario ver dos o más enfermos en camillas, en los pasillos. El Servicio de Urgencia tenía una gran demanda de atención, Jr> mismo que los Consultorios Externos.

Había en esa época sólo cuatro Postas Rurales (Domeyko, San Félix, El Tránsito, Hacienda Compañía, atendidas sólo por auxiliares de enfermería. A las última? tres Postas iba ronda médica cada 5 días). No había consultorios periféricos.

En la Comuna de Freirina, sucedía otro tanto. Existía un Hospital en Freirina, dedicado a la atención de enfermos tuberculosos.. Además, Postas en Huasco, Huasco Bajo, Astillas y El Morado. También se hacían ver en esta comuna déficits importantes de materiales y de recursos humanos.

En la actualidad el Área de Vallenar dispone de:

a. Hospital de Vallenar.

Consta de un edificio nuevo, de moderna estructura, y uno antiguo, reparado y habilitado. Dispone de 130 camas, de las cuales 39 están destinadas a la atención pediátrica y 20 al Servicio de Obstetricia y Ginecología. Está clasificado como Tipo B.

Cuenta además con Servicios de Medicina Interna, Cirugía, de Urgencia, y Dental, Pensionado, Rayos X, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Esterilización Central, Estadística, Servicio Social, Farmacia e Higiene Ambiental, además de la parte Administrativa.

Al presente laboran en este Hospital 15 médicos, 5 enfermeras, 2 dentistas, 5 matronas, 1 asistente social, 17 funcionarios administrativos, 2 auxiliares sociales, 72 auxiliares de enfermería, 49 de personal de servicio, 6 choferes.

1. Consultorios Periféricos dependientes del Hospital de Vallenar. Destinados a la atención materno-infantil de los sectores suburbanos de Vallenar, son tres: Consultorio Periférico de Población Carrera (Sector 1), de Población Polvorera (Sector 2) y de Población Canales (Sector 3). Se cuenta además con un Centro de Adiestramiento Materno-infantil, en el Hospital que atiende el Sector 4. En este momento está en construcción un nuevo Consultorio Periférico en la Población Gómez.

2. Postas Rurales dependientes del Hospital de Vallenar: Domeyko, Juntas de El Carmen, San Félix, El Tránsito, Hacienda Compañía, Hacienda Ventanas v La Laja. A éstas se agregará la Posta de Chañar Blanco, en actual construcción.

b. Hospital de Freirina y Huasco.

El Hospital de Freirina, edificio antiguo, refaccionado, dispone de 26 camas, dedicadas a la atención de enfermos tuberculosos y Medicina General. Tiene Consultorios Externos de Pediatría, Obstetricia y Medicina General.

El Hospital de Huasco, recientemente construido, de moderna estructura, fue inaugurado en el curso de 1967: aún no está funcionando a su total capacidad debido a insuficientes recursos humanos, en especial auxiliares de enfermería.

Están habilitadas 44 camas (de Medicina General, de Obstetricia y Pediatría). Tiene Consultorios Externos de Pediatría, Obstetricia y Medicina General, Servicio (Je Urgencia, Rayos X, Laboratorio

en iniciación, Estadística, Farmacia y Servicios Administrativos. Tiene además local para control de Niño Sano.

Ambos Hospitales trabajan coordinadamente. Se dispone actualmente para el trabajo, de 4 médicos, 2 dentistas, 1 enfermera, 2 matronas, 1 auxiliar social, además de auxiliares de enfermería y personal de servicio.

Dependientes de estos Hospitales funcionan las Postas Rurales de Huasco Bajo, El Morado, Quebradita, Astillas y Hacienda Atacama.

ALGUNAS LABORES GENERALES REALIZADAS.

Servicio de Pediatría, donde fui incorporado con horario completo colaborando con el Dr. Sergio Infante.

El Servicio de Pediatría cuenta en la actualidad con una Unidad de Recién Nacidos Patológicos y Prematuros, con 6 cunas y 2 incubadoras, 24 camas de pre-escolares y tres de Pensionado. Dispone de una enfermera y de 10 auxiliares de enfermería, además de personal de servicio.

El personal está bien adiestrado y cumple perfectamente el manejo corriente de las técnicas pediátrica. Existen normas y páutas de trabajo que son cumplidas por el personal.

A nivel de Consultorio Externo se dispone de dos salas para atención médica y una sala para preparación de consultas por la auxiliar de policlínica.

En general el nivel alcanzado en la actualidad por el Servicio de Pediatría permite solucionar la gran mayoría de los problemas pediátricos y ha resuelto la gran demanda de morbilidad pediátrica de la Zona.

El logro de esta superación en la parte material y humana ha sido paulatino y progresivo.

Por algunos períodos de tiempo nos correspondió asumir la Jefatura del Servicio, preocupándonos preferentemente de dar solución a la gran demanda asistencia]. Asimismo nos correspondió dirigir y determinar la puesta en marcha de la Unidad de Recién Nacidos Patológicos y Prematuros, dependiente del Servicio de Pediatría, que vino a solucionar un grave problema existente en el Area de Vallenar. Esta Unidad funciona con sistema de aislamiento por Sala.

También nos correspondió dirigir modificaciones estructurales de la Cocina de Leche del Servicio, instalándose esterilizador terminal de mamaderas.

Algunos índices del Servicio de Pediatría⁴ Años 1966-197

	1966	1967
Nº de Egresos	742	794
Promedio días estada	12,8	12,7
Porcentaje ocupacional	94,7	90,6
Letalidad hospitalaria	10,9	7,2

⁴ Excluye Unidad de Recién Nacidos Patológicos y Prematuros.

Atención y Dirección de la Posta Rural de Domeyko, la que me correspondió desde mi llegada a Vallenar.

Domeyko es una pequeña localidad minera, de más o menos 2.500 habitantes y con un radio de acción que determina una población a atender de aproximadamente 4.000 personas. Está ubicada a 50 Km. al Sur de Vallenar. Sus habitantes se dedican de preferencia a la pequeña minería. Llama la atención este pueblo minero enclavado en el desierto por su aridez y por su pobreza. El agua se obtiene por acarreo con burros y barriles de un sólo pozo. Alcantarillado sólo posee un pequeño sector del pueblo (Población ENAMI).

A esta Posta me correspondió efectuar regularmente una ronda médica una vez por semana.

Desde el punto de vista asistencial, esta localidad y su zona de influencia estaba prácticamente abandonada, existiendo sólo un viejo e inhóspito local, con una auxiliar de enfermería, sin estímulos ni supervisión.

A través de los contactos logrados con las rondas médicas se logró interesar a ENAMI en una reparación completa y ampliación de la Posta, lo que se efectuó en corto tiempo. Simultáneamente el Servicio Nacional de Salud dispuso una habilitación, con equipos UNI-CEF. .

De esta manera la Posta de Domeyko alcanzó una nueva categoría, con una Sala de Demostración (o de espera), 1 sala médico (o de enfermera), 1 sala dental, 1 de matrona, 1 sala de curaciones. 1 Farmacia Bodega. Aparte de lo anterior, 2 baños (públicos y del personal) y aposentos para la residencia de la auxiliar de enfermería, contiguos a la Posta.

En términos generales se puede decir que hubo un notorio y creciente ascenso de la población atendida. Aumentó la captación de niños sanos, lográndose tener en control regular cerca de 400 menores de 6 años.

Se pudo observar una evidente superación del trabajo de la auxiliar de enfermería, quien fue capaz de dar abasto a la atención del médico y demás profesionales que llegaban a las Postas, así como a la atención del público.

Debe hacerse notar que mucha gente de In-cahuasi, Pajonales, Cachiyuyo y poblados vecinos asistía a esta Posta en busca de atención de morbilidad o para control de niño sano.

LABOR ESPECÍFICA COMO JEFE DE PROGRAMA MATERNO-INFANTIL DEL AREA HOSPITALARIA DE VALLENAR

1. Jefe del Programa Materno-Infantil del Arca de Vallenar, designado a comienzos del año 1967 por Resolución de la Dirección del Área

A través de dicho cargo, con la decidida supervisión y colaboración de la Dirección, se introdujeron una serie de cambios en la atención materno-infantil a nivel rural y urbano en Vallenar, que estimamos de interés.

Debe hacerse constar que la Jefatura de Programa tuvo la tuición directa de las acciones materno-infantiles a nivel del Hospital de Vallenar, Consultorios Periféricos y Postas Rurales dependientes de Vallenar. Esta tuición no se realizó, a nivel de la Comuna de Freirina, en forma directa. Relaciones en el trabajo común permitieron que a nivel de esta Comuna se practicaran métodos y formas de trabajo semejantes a los empleados en Vallenar.

En forma general se puede decir que los cambios introducidos a nivel del trabajo materno-infantil en Vallenar tuvieron como principio fundamental el de determinar una relación más directa de los profesionales médicos, paramédicos y otros con la comunidad a servir, lo que significaba, en otros términos, una derivación importante de horas médicas y de otros profesionales, así como también de auxiliares de enfermería, hacia la atención en Consultorios Periféricos y Postas Rurales.

Aún cuando el Hospital aparecía como sobrecargado de enfermos, con déficit de recursos humanos, se distrajeron en forma importante recursos hacia la atención periférica. Ello en el convencimiento que era necesario un vuelco, destinando el mayor número posible de recursos a las acciones de Protección y Fomento de la Salud, aún sacrificando parte de las acciones de Recuperación de la salud, que parecían intocables. Que era, en suma, necesario decididamente a la parte Preventiva, sobre todo a nivel Suburbano y Rural.

Otro principio fundamental fue el de promover un trabajo en equipo de los profesionales en salud, por las ventajas lógicas que ello significa en cuanto permite aprovechar las interacciones del trabajo en grupo, además del estímulo que se logra en el desarrollo del trabajo de cada uno de los profesionales.

También guió nuestra actuación el propósito de promover inquietud y luego cooperación de la Comunidad urbana y rural en el desarrollo de las acciones de salud, con el objetivo de aumentar los recursos materiales y humanos en éstas labores por cuanto es una realidad que los recursos propios del Servicio son insuficientes.

Finalmente fue nuestra intención lograr cambios en la modalidad del trabajo materno-infantil que significaran un nivel de acción parejo en los sectores rurales con respecto a los urbanos o suburbanos.

2. Desarrollo del Programa

Como éste ha sido un trabajo dinámico, en que ha habido una serie de cambios, se detallarán sus aspectos 'más importantes y se pretenderá mostrar la organización actual.

En primer lugar se realizó una efectiva sectorización, determinando claramente los radios de acción de cada uno de los Consultorios Periféricos o Postas Rurales. La ciudad de Vallenar fue dividida en base a los 3 Consultorios Periféricos⁵ suburbanos y al local del Centro de Adiestramiento Materno-Infantil. En la parte rural se determinaron los límites de las 7 Postas rurales en actual funcionamiento⁶.

En segundo lugar se solucionaron múltiples problemas materiales, de habilitación o administración (movilización, confección de stocks de medicamentos en cada Posta o Consultorio, normas de reposición de medicamentos, leche, etc.) a fin de que los profesionales pudieran atender en dichos locales sin inconvenientes. Debe hacerse presente que existen al respecto algunos problemas no solucionados, pero que ellos no han entrabado el trabajo de los diferentes profesionales.

⁵ En la actualidad se está terminando de construir por la Comunidad un 4º Consultorio Periférico, en la Población Gómez.

⁶ En breve plazo dará comienzo a sus labores una 8ª Posta Rural entregada por la comunidad, en Chañar Blanco.

Se nombró un Jefe en cada Posta Rural o Sector el que salió de entre los diferentes profesionales médicos del Servicio de Pediatría, Obstetricia y Generales de Zona.

Se generalizó el uso de la Carpeta Familiar y otros formularios que se utilizan con dicha carpeta (fichas de atención infantil, ficha tarjeta o materno-carnet del niño, etc.). La carpeta familiar sólo se usa en consultorios Peri-féricos-CAMI y Postas Rurales y no en la actividad intrahospitalaria. Está en uso desde mayo de 1967 en toda la Comuna de Vallenar. La confección de los correspondientes ficheros, traspaso de datos, enseñanza en su manejo, etc. significaron un buen esfuerzo.

Se creó una Oficina de Coordinación a fin de permitir el intercambio de fichas de un sector a otro, envió a los Sectores o Postas Rurales de las fichas de recién nacidos atendidos en la Maternidad, hojas de epicrisis de menores hospitalizados en el Servicio de Pediatría, relación de la morbilidad diaria de cada sector atendida en el Consultorio Externo de Pediatría, informes, radiológicos o de exámenes de laboratorio, documentos, etc. A esta Oficina se le dio asimismo autoridad a fin de resolver problemas de enfermos de la parte rural que no alcanzaban ficha en el Hospital.

Se realizaron reuniones periódicas del equipo materno-infantil con el fin de ir evaluando los resultados alcanzados; durante el curso de 1967 se incluyeron los auxiliares de terreno, realizándose el análisis crítico de la labor realizada en cada uno de los sectores, en forma semanal. Ello determinó se superaran los diferentes funcionarios en el cumplimiento de sus labores, existiendo algún grado de emulación entre un sector y otro.

Durante el curso de 1968 se realizó un ciclo de reuniones de los profesionales y técnicos del equipo, efectuándose una evaluación crítica de los resultados obtenidos en las diferentes acciones del Programa Materno-infantil durante el año 1967. Ello, a su vez, con el fin de programar el trabajo a realizar en el curso de 1968. A estas reuniones asistió en numerosas ocasiones el Educador Sanitario de la II Zona de Salud, Sr. Marcelo Zenteno.

Se dictaron normas de trabajo para auxiliares de terreno, tanto a nivel urbano como rural especificando claramente sus obligaciones, periodicidad de los controles, trabajo a desarrollar en cada control (peso, vacunaciones, entrega de leche, indicaciones alimentarias y de higiene, según pautas), visitas domiciliarias, etc.

Igualmente se especificaron las edades de los controles obligados de cada niño sano por enfermera o pediatra, y de las embarazadas, por matrona u obstetra, así como también los contenidos educativos a desarrollar al efectuar cada profesional labor de grupo.

3. Recursos Humanos

3.1. Nivel urbano.

Se aumentaron considerablemente. Se destinaron nueve auxiliares de enfermería (2 por cada uno de los Consultorios Periféricos y tres para el Centro de Adiestramiento Materno-infantil). Se destinaron 32 horas semanales de auxiliares sociales a labor de terreno (8 por sector). Inspectores de saneamiento: 16 horas por cada sector. Enfermera: 6 horas por sector (4 horas para control de niño sano y 2 para supervisión). Matrona: 4 horas por sector. Pediatra: 2 horas por sector. Obstetra 2 horas por sector.

A nivel de los sectores se atienden sólo madres y niños sanos. La morbilidad es derivada en su totalidad a los Consultorios Externos del Hospital.

3.2. Nivel rural.

Cada Posta Rural cuenta con un auxiliar de residencia permanente en ese lugar.

Se destinaron 12 horas semanales de enfermera; 12 horas semanales de matrona; 12 horas semanales de inspector de saneamiento y 12 horas semanales de auxiliar social, para trabajo rural.

A fin de hacer factible y más operante el trabajo de estos profesionales a nivel rural, se dispuso que efectuaran Rondas en equipo. Actualmente salen del Hospital de Vallenar los días miércoles, 2 Rondas en Equipo integrados por estos cuatro tipos de profesional, durante el día completo, a laborar en salud rural. Un equipo visita cada 15 días Domeyko y Junta de El Carmen, que son las Postas con mayor densidad de población y el otro visita cada 30 días las Postas de San Félix, El Tránsito, Hacienda Compañía y Hacienda Ventanas. Terminada la ampliación de la Posta de la Laja y habilitada la de Chañar Blanco se ha programado sean también atendidas por esto: equipos.

El trabajo en conjunto de estos profesionales ha significado un gran avance en el nivel de atención rural de la Comuna de Vallenar. Se ha logrado una acción cooperativa, de gran valor, integrándose estos profesionales y mejorando los rendimientos asistenciales.

4. Algunos Rendimientos. Comentario. Críticas.

4.1. Investigación en Salud Pública.

El equipo Materno-infantil de Vallenar, en conjunto con profesionales y técnicos de Huasco, Freirina y algunos de La Serena, realizó un trabajo de Investigación bastante interesante, como fue "Estudio Epidemiológico de la Mortalidad Infantil del Area Hospitalaria de Vallenar, año 1966⁷ que significó de por sí un gran resultado del trabajo de este equipo, debiéndose hacer notar que su ejecución significó un gran estímulo para cada uno de nosotros. Su presentación, también desarrollada en equipo en el Hospital Roberto del Río, tuvo también gran significación.

Actualmente este equipo prepara la entrega a la publicidad de la segunda parte de un estudio de mortalidad infantil, existiendo el propósito de continuar este trabajo a lo largo de 5 años.

4.2. Cooperación de la Comunidad.

La cooperación de la comunidad a las labores de salud ha sido lograda en forma importante en Vallenar.

En tres poblaciones periféricas están en funcionamiento locales de madera prefabricados, con varias salas cada una y dos de ellos con salas de demostración. Estos tres locales han sido donados por la Compañía de Acero del Pacífico a iniciativa de sus propios obreros y empleados. En este momento se está terminando de construir un cuarto Consultorio Periférico en Población Gómez, de corte más moderno y amplio, cuya ejecución puede ser exhibida como modelo de acción cooperativa (aportes en trabajo y dinero de los pobladores, donación del sitio y aporte de materiales de la Municipalidad de Vallenar; donación de la obra gruesa y dirección técnica a

⁷ Publicado en la Revista Chilena de Pediatría del mes de septiembre de 1967.

cargo del Rotary Club; integración de miembros del equipo de Salud al Comité Ejecutivo que dirige esta obra, asesorando en múltiples formas, etc.).

En la parte rural, las Postas de Hacienda Ventanas y de Hacienda Compañía, ésta última de material sólido, han sido donadas por la Compañía Agrícola de Nuble y Rupanco. La Posta de Domeyko, como fuera ya señalado, fue ampliada y refraccionada por ENAMI.

Los pobladores de la Junta del Carmen hace sólo algunos meses, entregaron una excelente Posta Rural, en un esfuerzo digno de elogio. El Servicio hizo aportes de importancia tanto material como técnico, en este trabajo cooperativo.

En igual forma, por esfuerzo de sus pobladores, se está terminando de ampliar la Posta Rural en La Laja y, en sus últimos detalles, la de Chañar Blanco.

Aparte de estas obras materiales, la comunidad ha hecho entrega de otros aportes de importancia al Hospital.

También debe señalarse que han sido entrenadas algunas voluntarias en salud, que están prestando servicios a nivel rural y suburbano. Igualmente Cruz Roja está cooperando en la atención a nivel de Consultorios Periféricos.

4.3. Población infantil en control.

Lactantes en control. Comuna de Vallenar al 31 de diciembre de 1967

	Población estimada oficial	Población en control	Porcentaje
Urbano Rural	1.937 1.275	2.310 337	120 26,5
Total	3.212	2.647	83

La población estimada oficial de lactantes corresponde al 8,3% de la población total. Obsérvese que este porcentaje en Atacama es superior al habitual.

Pre-escolares en control. Comuna de Vallenar al 31 de diciembre de 1967

	Población estimada oficial	Población en control	Porcentaje
Urbano Rural	3.267 2.151	3.319 807	101 37,5
Total	5.418	4.126	67

No es posible extraer conclusiones valederas sobre porcentajes de niños en control, dada la inseguridad de las cifras de población y por haber control de niños rurales en Consultorios suburbanos.

En la parte rural se observan aún porcentajes bajos. Estamos en condiciones de afirmar, sin embargo, que la población infantil controlada a nivel rural va en constante superación.

4.4. Kilos de leche entregada⁸.

Comuna de ValLENAR, años 1966 y 1967

Año 1966	Año 1967
56.222 Kg.	120.747 Kg.

El año 1967 se duplicó la entrega de leche a nivel del Programa Materno-Infantil, con respecto al año anterior. Ello a pesar de problemas determinados por una cuota insuficiente de leche asignada a ValLENAR, que han sido más serios en el curso del presente año⁹.

4.5. Estado nutritivo Población Infantil en control¹⁰.

Comuna de ValLENAR. Mayo 1968.

Grupos Etarios	URBANO		RURAL		TOTAL	
	Normales M %	Desnutridos NO %	Normales NO %	Desnutridos No %	Normales M %	Desnutridos N° %
Lactantes	785 90,7	81 9,3	183 79,2	48 20,8	968 88,2	129 11,8
Lactantes	650 88,3	86 11,7	147 72,0	57 28,0	797 84,8	143 15,2
Pre-escolares	2.807 93,1	207 6,9	665 85,3	115 14,7	3.472 91,5	322 8,5
TOTAL	4.242 91,9	374 8,1	995 81,9	220 18,1	5.237 89,8	594 10,2

Obsérvese cómo a nivel rural es mayor la desnutrición (18,1% que a nivel urbano (8,1%).

Para el equipo materno-infantil es evidente que se han hecho progresos en cuanto a reducir el porcentaje de desnutrición en la comuna. Lamentablemente no poseemos datos anteriores. En todo caso, el 10,2% de desnutrición en la población infantil en ValLENAR permitirá medir hacia adelante los progresos que se alcancen.

De los desnutridos, el 75,1% corresponde al grado I; 21,7% al grado II, y sólo el 3,2% a Desnutrición de III grado. También éstos son más numerosos a nivel rural.

4.6. Programa de Epidemiología

El trabajo en equipo permitió alcanzar altos rendimientos en el cumplimiento de este Programa. En vacunación antiserampionqsa se cumplió lo programado en un 193% (de 1.536 a 3.007); Primovacunación variólica, en un 144,3% (de 2.054 a 2.282); II Dosis Mixta, en un 97,6%; II Dosis Sabin, en un 92,2% (de 1.478 a 3.593 en la V dosis), y BCG en recién nacidos, en un 84,5%. Las cifras entre paréntesis corresponden a lo realizado en 1966 y 1967, respectivamente.

4.7. Otros resultados

Existen muchos otros rubros en que ha habido notorio aumento de las acciones realizadas.

⁸ Leche semidescremada de Milkobón y Eledón.

⁹ La cuota de leche la calcula la Dirección General del SNS en base a datos oficiales de población. La suplementación de cuota asignada a ValLENAR ha sido denegada.

¹⁰ Representa en la Población Infantil controlada los meses de abril y mayo de 1968, correspondiendo a un 86% del total (14% de inasistencia). Se revisó cada una de las Fichas de Atención Infantil valorándose estado nutritivo según clasificación internacional actualmente en vigencia.

En lo Maternal hubo significativo aumento del número de consultas en la parte rural dadas a embarazadas tanto por matrona (año 1966: 435; año 1967: 1.585) como por médico (año 1966: 272; año 1967: 597), manteniéndose constantes las consultas a nivel urbano.

Hubo aumento importante del número de consultas pediátricas destinadas a control de niño sano, tanto a nivel rural (353) como urbano (1.178) habiéndose programado duplicar estas cifras en el curso de 1968. Asimismo, las consultas de enfermera, de niño sano, también aumentaron considerablemente en la parte rural (1.638); atenciones diversas (controles de pesos, inmunizaciones, visitas domiciliarias, etc.) hechas por auxiliares de enfermería tuvieron significativo aumento, mejorando también la calidad de dichas prestaciones. Acciones de importancia fueron asimismo desarrolladas en Higiene Ambiental y Servicio Social, especialmente a nivel suburbano y rural.

Impulso decisivo cobró también el programa de Planificación Familiar, en desarrollo amplio en Vallenar desde hace varios años. En 1966 se colocaron 276 dispositivos intrauterinos y 186 en 1967. Consultas de planificación familiar: 469 en 1966, y 856 en 1967. dedicadas fundamentalmente a indicación y control de gestáge-nos. También se practicaron esterilizaciones quirúrgicas.

4.8. Tasas de natalidad y mortalidad infantil

Area Hospitalaria de	Vallenar.	Años	1963 a	1967
Tasas	1963	1964	7965	7967
Natalidad				38,7
Mortalidad	42,7	47,2	42,9	
Infantil	103,9	123,0	92,7	125,3
				91,4

Como ya se expresara, el Area de Vallenar sufrió una fuerte explosión demográfica¹¹ en el curso de los últimos 6 años. Ello explica las elevadas tasas de natalidad del Area, las que sin embargo muestran cifras descendentes.

La mortalidad infantil ha seguido una curva oscilante, con fuertes alzas y descensos. En 1967 se logra obtener no obstante, su menor valor (91,4 por mil nacidos vivos). De estas cifras no se pueden extraer conclusiones valederas por tratarse de un universo muy pequeño, lo que lleva a fuertes oscilaciones.

Creemos que en el logro de estos resultados ha tenido influencia el Equipo de Salud de Vallenar y que ello podrá tal vez observarse más nítidamente en el presente año y los venideros.

¹¹ El porcentaje de aumento anual de la población fue de un 5,25 en el Area de Vallenar en 1966, siendo el del país un 2,5%.

SOCIOLOGÍA Y PRÁCTICA PROFESIONAL. EL MÉDICO GENERAL DE ZONA. Imágenes de su trabajo, valores ocupacionales y estudio de satisfacción profesional¹

XIMENA DÍAZ BERR²

RESUMEN

Por segunda vez el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile otorga el Premio al mejor trabajo en Salud Pública. La Comisión acordó en esta ocasión asignar este premio a Ximena Díaz, quien trata en esta investigación sociológica un tema polémico de alto interés teórico y práctico. Igual tema había sido abordado en dos trabajos anteriores de Adela Berdichesky y publicados en esta Revista.

La autora discute numerosas variables, entre ellas, nivel de ingreso, tipo de trabajo, evaluación de los recursos con que el Médico General de Zona cuenta, y aspectos positivos y negativos, incluyendo satisfacción en la práctica de dicho profesional.

El estudio contenido en este trabajo fue planteado y discutido en sus distintas fases –desde el diseño hasta el análisis de la información– con la participación y colaboración de varios médicos, sociólogos y otros profesionales.

En la fase de diseño de la investigación, como en la discusión de sus objetivos colaboraron en forma activa los Dres. Cristina Palma, Oscar Román A., y Juan Margozzini R., todos ellos del Departamento de Perfeccionamiento Científico y Docente del Colegio Médico.

En la fase de codificación y tabulación de la información, la investigadora fue asesorada por Concepción Cayuela, Marcelo Reyes y Juan José del Río.

En la fase de análisis y discusión crítica de todo el proyecto se contó con la colaboración de Guillermo Cumsille, Luis Alvarado y Claudio Jimeno.

Desde luego, todas las afirmaciones y conclusiones como los conceptos utilizados en este trabajo, son de responsabilidad de la investigadora.

En este artículo comentamos de manera muy general las conclusiones más importantes de este trabajo. En la redacción de estas conclusiones tengo que agradecer la valiosa colaboración del Dr. Juan Margozzini R.

¹ Esta investigación fue patrocinada y financiada por el Departamento de Perfeccionamiento Científico y Docente del Colegio Médico de Chile.

² Sociólogo. Departamento de Salud Pública y Medicina Social, Unidad de Ciencias Sociales. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Hace aproximadamente 16 años surgió en el Servicio Nacional de Salud, la idea de crear un nuevo tipo de cargo médico: el de médico general de Zona (itroz), idea que se consolidó el 22 de julio de 1955 al dictarse el Decreto N° 17.615 del sns conteniendo el llamado "Reglamento para la provisión y desempeño de cargos de médicos generales de Zona en el Servicio Nacional de Salud". La creación de este nuevo cargo obedecía a la necesidad de resolver al menos en parte, la muy desigual distribución de médicos que existía en las diferentes regiones del país, y a la vez por especialidades. Proporcionaba además al médico joven la oportunidad de iniciar una carrera funcionaria y de cimentar una cultura médica, amplia y útil.

Al cabo de aproximadamente 15 años de experiencia aparecía como un requerimiento importante, tanto para las autoridades del sns como para los estudiosos de la profesión médica en Chile, realizar un análisis y evaluación de la puesta en práctica del sistema, con el objeto de señalar detalladamente como funciona, poder actuar sobre él y lograr con mayores éxitos los objetivos para los cuales fue creado.

Así fue como se planificó y llevó a cabo en los años 1969-1970 una investigación que respondiera algunas de estas interrogantes.

Método. En términos muy generales se procedió metodológicamente de la siguiente manera:

Para los efectos de este estudio el universo fue delimitado a todos aquellos médicos generales de zona que en junio de 1969 llevaban en ejercicio de sus funciones por lo menos un año. Así definido, quedó constituido por 435 mgz, distribuidos en 187 localidades correspondientes a las 25 provincias del país.

Como instrumento de recolección de la información se utilizó un "cuestionario" (auto-aplicado) que contenía en su mayor parte preguntas estructuradas y algunas abiertas. Este, fue puesto a prueba en un grupo de 16 mgz, cuyas respuestas y comentarios permitieron corregirlo y diseñar el cuestionario definitivo. Al cabo de seis meses y medio se había obtenido respuesta de 316 mgz los que, por cerrarse el plazo de recepción de cuestionarios en esa fecha, constituyeron definitivamente el grupo de estudio.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

De manera muy general, pasaremos a comentar a continuación las conclusiones más importantes de este trabajo.

1. Ingreso

La mayor parte de los médicos (74%) se agrupa (de acuerdo a los que ellos mismos declararon) en torno a las categorías "ingreso bajo" (de E° 2.500 a E° 4.500) e "ingreso medio" (de E° 4.501 a E° 6.500). En la categoría "medio-alto" (de E° 6.501 a E° 9.500) se ubica el 18% de los médicos y en la categoría "alto" (E° 9.501 y más) el 8% de ellos.

El nivel de ingresos de estos médicos no depende exclusivamente del sueldo que ganan por el ejercicio funcionario de la profesión. Una parte importante de ellos tiene un ingreso adicional derivado del ejercicio privado de la profesión. Este ingreso adicional ha permitido que 141 médicos experimentaran una movilidad ascendente (en términos económicos) desde la categoría "ingreso bajo" hacia otras categorías de ingreso. Esta movilidad se dio de la siguiente manera: 87 médicos se movieron hacia la categoría "ingreso medio"; 43 hacia la categoría "ingreso medio-alto", y 24 hacia la categoría "ingreso alto".

Se observó además que el nivel de ingresos tiende a aumentar en las ciudades de mayor tamaño, hecho que se debe probablemente a la mayor posibilidad que ofrecen estas ciudades de ejercer privadamente la profesión.

2. Tipo de trabajo que realizan los MGZ

Con el objeto de saber si el trabajo, de los mgz en ejercicio implicaba atención integral de los problemas de salud de la comunidad, se les solicitó que estimaran el porcentaje de tiempo que dedicaban a las siguientes actividades: Administración hospitalaria, Prevención, Investigación, Trabajo Clínico y Educación Sanitaria a la población. Se les pidió además que estimaran qué parte del tiempo dedicado a Trabajo Clínico lo dedicaban a: Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Traumatología, Medicina interna, Cirugía y Urgencias médico-quirúrgicas.

De los 316 médicos encuestados, 259 dedican más del 50% de su tiempo a una de las actividades mencionadas. Para el 97% de estos médicos, esa actividad que consume más del 50% de su tiempo es Trabajo Clínico. Sólo el 2,5% señaló no dedicar tiempo a Trabajo Clínico. En cambio, por otro lado, el 49% de los mgz no dedican nada de tiempo a Administración hospitalaria, el 34% no dedica nada de tiempo a actividades de Prevención, el 40% no invierte tiempo en Educación Sanitaria a la población y el 80% no realiza ningún tipo de actividad de Investigación.

De los 251 médicos cuya actividad consume más del 50% de su tiempo es la actividad clínica, 115 dedican más del 50% y 74 dedican más del 70% de su tiempo a una sola especialidad. En otras palabras si se compara esta cifra con el total de 316 mgz, se observa que corresponde al 24%. Es decir, el 24% de ellos dedicaría más del 70% de su tiempo clínico a una sola especialidad.

Esta información sugiere un predominio de la actividad clínica en el trabajo del mgz y dentro de ésta una cierta tendencia a la especialización en un 24% de ellos.

3. Evaluación de recursos, humanos y materiales

Sobresale el marcado carácter negativo de la evaluación que hacen los mgz, de los recursos de que disponen para trabajar. La casi totalidad de los médicos, el 80% y el 76%, respectivamente, considera que los recursos-materiales y humanos de que disponen son insuficientes independientemente de la localidad en que trabajan.

En relación a los recursos materiales, la casi totalidad de los médicos señala que dé. Lo que más se carece, es de "instrumental quirúrgico y elemento de dotación de pabellon y servicios pediátricos".

Los médicos que trabajan en Areàs TturalèS y Pueblos, señalaron que además del "recurso anterior, se hacen necesarias "ampliaciones y reparaciones de edificios" y también aunque en menor medida contar con más "medios de movilización y de comunicación". Los médicos que trabajan en localidades de mayor tamaño le dan muy poca importancia, o se refieren muy poco a estos aspectos, mencionando además del primero, la falta de otros, que son fundamentalmente "elementos de laboratorio clínico y radiológico".

El hecho de que la demanda de recursos por parte de los médicos que trabajan en Áreas Rurales y Pueblos, se haya centrado en los recursos que señalamos, se debe a nuestro juicio al hecho de que existe todavía en el país tendencia a la centralización de la atención médica que se traduce en un mayor número y mejor equipamiento de los centros hospitalarios de las ciudades de

mayor tamaño, que permite atender en forma eficiente y expedita a la población que recurre a dichos centros.

En relación a los recursos humanos, la casi totalidad de los médicos, independientemente de su localidad de trabajo, considera que faltan fundamentalmente tres tipos de recursos: 19 Personal Paramédico; 2 Auxiliares; y 39 Médicos.

4. Años de trabajo como MGZ

El grupo de 316 mgz entrevistados, se estratificó en dos grupos de acuerdo a si llevaban más, o menos de 3 años en el cargo. El grupo que ocupaba ese cargo por un período mayor de tres años estaba constituido por el 43% de los médicos, y el que lo ocupaba hacía menos de tres años, por el resto. De estos sin embargo, una parte (el 41%) señaló que pensaba ejercer en provincia como mgz por un período mayor que los tres años estipulados en el contrato. Éste grupo y el que ya había cumplido tres años en el cargo, señaló las siguientes razones para permanecer en provincia un tiempo mayor que los tres años requeridos:

—Para ambos las razones de índole económica, son las más importantes: “tener un buen standard de vida”, “tener ya una clientela formada”, o, “considerar que trabajar como mgz, es de las alternativas que tiene, la que menos lo perjudica económicamente”. (Alrededor del 35% de los médicos de ambos grupos se refirió a esta razón). Waué” 1

—Una proporción importante (el 20%) de los médicos que ya cumplió tres años en el cargo, señaló que había permanecido en provincia . . . porque deseaba, prolongar una experiencia que ‘ 1 consideraba había sido positiva desde el punto de vista profesional. Esta razón sin embargo, fue mencionada sólo por el 7% de los médicos que llevaban el cargo, menos de tres años.

El no poder obtener la beca de especialización al cabo de los tres años, fue la razón más importante que dio un buen número de médicos, para quedarse en provincia mayor tiempo que el estipulado en el contrato. De los médicos que ya habían cumplido tres años en el cargo, alrededor del 13% señaló que permanecía aún en el cargo por esa razón. Una proporción similar de los médicos que aún no cumplían los tres años, manifestaron no creer en la posibilidad de que se les otorgue la beca inmediatamente terminado su período como mgz.

—Para ambos grupos también, una razón igualmente importante que la anterior para permanecer en provincia un período mayor de tres años, fue el hecho de considerar que a través de su profesión estaban realizando una importante función social.

Al preguntárseles cuánto tiempo más pensaban trabajar en provincia, la casi totalidad de los médicos señaló no tener intenciones de hacerlo definitivamente, como se verá más adelante, como especialistas.

5. Especialidad a la que van a optar

Dijimos que prácticamente el 100% de los médicos entrevistados piensan dejar de trabajar como mgz en un plazo relativamente corto. Todos ellos, con excepción de 12 piensan optar a una beca de especialización. Las seis especialidades más seleccionadas fueron: Cirugía (21% de los médicos), Pediatría (22% al agregar especialidades pediátricas), Obstetricia y Ginecología (13%), Medicina Interna (10% si se incluyen Broncopulmonares, Cardiología y Gastroenterología), Oftalmología (6%), Traumatología y Ortopedia (5%).

6. Evaluación de la experiencia

Prácticamente todos los médicos consideran que su experiencia ha sido positiva desde el punto de vista profesional, humano y del aporte social de su labor. Creemos sin embargo, que el marcado carácter positivo de la evaluación está determinado por el deseo de justificar la decisión que los llevó a ocupar el cargo de mgz. El sistema de mgz es prácticamente el único Camino que se les ofrece a los médicos jóvenes de iniciar su carrera funcionaría dentro del SNSp porque este les ofrece ciertas garantías económicas y profesionales que difícilmente encontrarían en otro cargo. Por esta razón, pensamos que la mayor parte. De los médicos se vio compelido a tomar la decisión de aceptar ese cargo, no correspondiendo por lo tanto a sus intereses profesionales. Decimos entonces que existe "disonancia" entre los intereses de los médicos y la decisión que han debido adoptar. La existencia de "disonancia" entre dos elementos que se conocen, tiende a producir siempre una situación psicológicamente inconfortable que motivará a la persona a tratar de reducirla, buscando evidencias que confirmen su decisión, y evitando situaciones o información que incrementen la disonancia.

La teoría de la disonancia nos indica que habría un aumento de atracción de la alternativa escogida y un decrecimiento de atracción de la alternativa rechazada.

Estas consideraciones nos han llevado a pensar aue las razones por las que la casi totalidad de los médicos afirman que la experiencia ha sido positiva desde el punto de vista profesional, humano y del aporte social de su labor, están relacionadas fundamentalmente con el hecho de tratar de justificar y confirmar la decisión que los llevó a aceptar el cargo de médico general de Zona³.

Se observó que a medida que aumenta el número de años que llevan los mgz en provincia, aumenta también la proporción de médicos que considera positiva la experiencia. A nuestro juicio, son dos las razones que explicarían este hecho:

1° se produciría un alejamiento síquico y físico de la alternativa no escogida, por lo que disminuiría la atracción que ejercía primariamente sobre el médico, y

2° éste, iría aprehendiendo cada vez más elementos de la situación correspondientes a la alternativa escogida: la de trabajar como mgz, los cuales constituirían las evidencias que él busca para justificar su decisión.

Sin embargo, sea que las razones obedezcan a situaciones concretas y objetivas, o a una situación puramente subjetiva, el hecho real es que el efecto derivado de ellas, unas u otras, es que los médicos han llegado a evaluar positivamente la experiencia que les ha significado el trabajar como MGZ.

El hecho de valorar positivamente la experiencia, hemos visto se transforma en una razón importante para los médicos, para permanecer en provincia más de los tres años estipulados en el contrato, puesto que: 1) una proporción considerable de médicos dio como razón para quedarse en provincia, el hecho de considerar que su experiencia le permitía realizar una importante labor social; 2) por otro lado, así como los médicos evalúan más positivamente la experiencia a medida que aumenta el número de años de trabajo como mgz, los que llevan más

³ Zajonc, R. B.: "Balance, Congruity and Disonance", en Attitudes, Selected Readings. Ed. Mary Jahoda and Neil Warren, Penguin Books, Baltimore, 1966, pp. 271.

de tres años en el cargo consideran también que una razón importante para haberse quedado es que la experiencia reporta una serie de ventajas o recompensas de carácter profesional.

Aspectos más positivos y negativos en el trabajo de MGZ.

Hemos visto que la casi totalidad de los médicos ha emitido un juicio de valor positivo en relación a su experiencia. Creemos sin embargo, que siempre que se emite un juicio de valor — positivo o negativo— sobre un objeto o situación, existen en ese objeto o situación elementos de carácter tanto positivo como negativo. Es decir, que cuando hablamos de una evaluación positiva lo que hay realmente es un saldo neto o balance positivo y viceversa. Por esto, se elaboraron dos listas, conteniendo aquellos aspectos que consideramos los más importantes en la experiencia de un mgz, refiriéndose cada una respectivamente a los aspectos positivos y negativos de dicho trabajo o experiencia⁴.

Los ítems que constituían la lista de aspectos positivos, pudieron agruparse para efectos de análisis, en tres categorías: la primera relativa a beneficios o recompensas de carácter profesional derivadas de la experiencia; la segunda relativa a aspectos de la experiencia que brindan beneficios o satisfacción en el plano personal; y la tercera, relativa a recompensas de orden burocrático, específicamente a los estímulos creados por el sns para el trabajo de MGZ.

Items de esta misma naturaleza fueron definidos negativamente e incluidos en la lista de aspectos negativos del trabajo.

La casi totalidad de los médicos (el 80%) señaló que el aspecto más positivo de su trabajo se refería a beneficios o recompensas profesionales derivados de la experiencia. De ellos, la mayor parte se refirió al hecho de poder adquirir por medio de la experiencia una mayor expedición profesional al tener que estar en contacto y resolver un grande y variado número de problemas. Al analizar en conjunto los dos y tres aspectos que se consideran más positivos (mencionados en primer, segundo y tercer lugar), observamos que todos aquellos que se derivan del ejercicio mismo del trabajo de mgz, ocupan los primeros lugares de importancia, sean los ya mencionados, de carácter profesional, u otros relativos a recompensas personales o humanas derivadas de su labor: "la satisfacción de estar cumpliendo una importante función social"; "la posibilidad de realizar una labor personal"; u "obtener una experiencia humana interesante". Estos últimos aspectos fueron mencionados sobre todo por los médicos que trabajan en Areas Rurales y Pueblos.

En relación a los aspectos más negativos de su trabajo, existe prácticamente consenso en considerar que los dos más negativos son: en primer término, la "escasez de recursos para trabajar", y en segundo término la "dificultad para continuar el perfeccionamiento profesional". Los aspectos señalados a continuación dependen bastante de la localidad de trabajo. Los médicos que trabajan en Areas Rurales y Pueblos señalan el "alejamiento de la vida cultural" y el considerar que sus ingresos son insuficientes. Los médicos que trabajan en localidades de mayor tamaño no se refieren a este último aspecto, pero consideran también aunque en menor medida que uno de los aspectos más negativos es el "alejamiento de la vida cultural"⁵.

⁴ Algunos de estos aspectos nos fueron sugeridos por el trabajo de la Sra. Adela Berdichesky sobre "Formación Médica y Práctica Profesional". Estudio de actitudes y opiniones de la promoción de médicos titulados el año 1959. Informe preliminar. 1965. Capítulo "Ejercicio Médico en Provincia", página 7.

⁵ Cabe destacar que la Sra. Adela Berdichesky llega a resultados similares en su investigación sobre "Formación Médica y Práctica Profesional" (Informe Preliminar, abril 1965) en el Cap. sobre "Ejercicio Médico en Provincia". En página 6 señala

La valoración altamente positiva que hacen los médicos de su experiencia; los aspectos que consideran como más positivos en su ejercicio profesional; y las razones que señalaron como más importantes para prolongar su período de estada en provincia más allá de los tres años estipulado, nos parecen antecedentes suficientes para concluir que el ejercicio mismo de la profesión como mgz, es decir la experiencia misma, está proporcionando los estímulos más importantes para el trabajo, convirtiéndose en un estímulo en sí, y, que los estímulos creados por el sns para el trabajo de mgz pasan a último plano cuando se los analiza dentro del conjunto de elementos o aspectos que conforman la experiencia.

7. Evaluación de los estímulos creados por el sns para el trabajo de MGZ

Conocida la importancia relativa de estos estímulos dentro del conjunto de aspectos o elementos que conforman la experiencia, podremos entrar al análisis de su importancia absoluta, es decir el valor que revisten para los médicos cuando los evalúan independientemente de cualquier otro elemento.

En general, los mgz consideran que los tres estímulos son importantes, pero de ellos, la casi totalidad de los médicos piensa que el más importante es la beca de especialización al término del período, y el menos importante, el puntaje extraordinario. La mayor parte de los médicos, aproximadamente dos tercios, considera que esos estímulos son suficientes.

Los que opinaron lo contrario, dieron fundamentalmente las siguientes razones para hacerlo y se refirieron en primer término a una primera categoría de razones, que alude a aspectos negativos de los estímulos mismos:

- 1) la incertidumbre de obtener la beca de especialización al cabo de los tres años;
- 2) el sueldo base y/o el 50% de estímulo de sueldo insuficiente; y
- 3) razones relacionadas al poco significado del puntaje como estímulo.

La otra categoría de razones no alude directamente a los estímulos, sino que los considera insuficientes porque no compensan las condiciones de vida y de trabajo del mgz. Estas son:

- 1) razones profesionales formativas;
- 2) los estímulos se consideran insuficientes respecto a las condiciones de vida y de trabajo del médico; y
- 3) la falta de recursos, tanto materiales como humanos para trabajar.

La primera categoría agrupa el mayor porcentaje de respuestas (el 49%) y de ellas a la que se alude más frecuentemente es al nivel de ingresos. Sin embargo, la diferencia (en términos del número de respuestas) entre los tres estímulos es prácticamente insignificante.

que: "Entre los aspectos positivos mencionados por los entrevistados se destaca como el más importante 'la posibilidad de adquirir una visión más amplia de la medicina que la que se tiene al egresar'. "Es interesante observar que la posibilidad de obtener un mayor ingreso en provincia aparece en último lugar de importancia. . . ello no significa que no tenga importancia para los médicos, sino que, en relación a otros aspectos que podrían calificarse como intrínsecamente profesionales, su importancia sería menor". Más adelante (página 8) la investigadora señala que entre los factores más negativos del trabajo de los médicos que habían ejercido o estaban ejerciendo en provincia. . . "se destacan claramente dos, que son 'la escasez de recursos para trabajar' y 'la dificultad para seguir perfeccionándose profesionalmente'. La importancia de los otros factores negativos que fueron mencionados es apreciablemente menor, siendo los más notorios 'la inseguridad en la preparación profesional' y 'el alejamiento de la vida cultural'".

La segunda categoría de razones agrupa el 35% de las respuestas, pero la gran mayoría de ellas (el 25,5%) alude a razones profesionales formativas, es decir, se considera que los estímulos son suficientes porque ellos no incluyen la posibilidad de perfeccionarse profesionalmente.

Todos los médicos, tanto los que consideran insuficientes los estímulos, como los que los consideran suficientes, sugirieron introducir en ellos algunos cambios, que se refirieron fundamentalmente a los siguientes aspectos:

- 1) el mayor número de médicos pidió que se proporcionaran o aumentaran las posibilidades de perfeccionarse profesionalmente;
- 2) a continuación, que se aumente el nivel de ingresos, a través de cualquier mecanismo: horas extraordinarias, aumento del porcentaje de estímulos, del sueldo base, etc.; y
- 3) finalmente, que la beca de especialización al cabo de los tres años, sea una realidad cierta y no una mera posibilidad.

En resumen podemos anotar dos conclusiones generales en relación a los estímulos;

1º los dos estímulos más importantes parecen ser:

- a) la posibilidad de obtener una beca de especialización al cabo de tres años de trabajo como médico general de zona, y'
- b) el 50% de estímulo de sueldo.

En relación a ellos, un número importante de médicos señaló por un lado, que dudaba de la certeza de obtener la beca inmediatamente al término del período, y por otro .• lado, que consideraba que sus ingresos eran insuficientes, fuera porque el sueldo base era bajo o porque el 50% de estímulo era insuficiente.

2º Aunque la mayor parte . de ' los médicos considera que el aspecto más positivo del trabajo como mgz es que éste da la posibilidad de adquirir mayor expedición profesional, por el hecho de tener que resolver un gran y variado número de problemas, una parte importante de ellos considera también que el aspecto más negativo del trabajo es que no da posibilidades de perfeccionarse profesionalmente: Esta situación (de carácter negativo) parece ser tan importante para los mgz, que señalan la necesidad de que el sistema de estímulos creados por el sns incluya medidas tendientes a permitirles o darles la posibilidad de continuar su formación profesional durante los tres años que dura dicha experiencia.

8. La satisfacción profesional del MGZ en Chile: un intento explicativo

Nos introdujimos en el estudio de la satisfacción profesional, preguntándole directamente a los médicos entrevistados cuán satisfechos se sentían en su trabajo. Obtuvimos los siguientes resultados:

Se consideran:

Muy satisfechos	20,9
Relativamente satisfechos"	59,2
Insatisfechos"	15,5
Muy insatisfechos"	3,8
N. C.	0,6
Total	100,0%

Es decir que el 80% de los médicos se considera satisfecho con su trabajo y que sólo un 19% declaró estar insatisfecho en su trabajo.

En general los estudios que han intentado explicar la satisfacción ocupacional se han referido fundamentalmente al estudio de la relación entre satisfacción y variables sociológicas que no siempre apuntan al contenido empírico de la ocupación. Entre éstos ha sido notable el estudio de la relación entre prestigio ocupacional y satisfacción ocupacional, encontrándose que existe una correlación positiva entre estas dos dimensiones. Se ha señalado que los elementos que definen a una ocupación como profesión, son determinantes de la satisfacción ocupacional de sus miembros.

De estos elementos los más importantes serían el control y la autonomía de decisión en el trabajo, y, la duración del período de entrenamiento formal requerido para desempeñar la ocupación.

Mientras más importantes son estas dos dimensiones, mayor es el grado de satisfacción profesional de sus miembros. El caso más típico lo constituye la profesión médica, que comparativamente tiene el mayor grado de control sobre el trabajo, y el período de formación profesional más largo quizás que ninguna otra profesión.

Dado estos antecedentes, es perfectamente legítimo esperar un alto grado de satisfacción profesional en los miembros de la profesión médica chilena, o segmentos de ella. Pero esta hipótesis puede no ser del todo válida cuando el estudio de la satisfacción profesional se refiere no ya a elementos "extraprofesionales" de la institución profesional en general, sino a los contenidos empíricos de la rutina laboral que define a un segmento de la profesión, en este caso el trabajo diario del médico general de zona en Chile.

Cuando el estudio de la satisfacción profesional, se refiere, como en este caso, a los elementos que definen el trabajo diario del médico, ésta variable puede ser considerada como un indicador de rendimiento profesional, partiendo del supuesto grueso que a mayor satisfacción, mayor motivación para cumplir con las tareas específicas del rol y por tanto, mayor rendimiento. Dado que mediante esta técnica de investigación es imposible medir rendimiento, el objetivo central de este capítulo ha sido el de definir cuáles son los determinantes de la satisfacción profesional del médico general de zona en Chile.

Por una serie de consideraciones ampliamente expuestas en nuestro trabajo, planteamos un grupo de hipótesis relativas a la naturaleza de esos determinantes y a la manera como ellos influyen sobre la satisfacción profesional.

Postulamos que esos determinantes eran los siguientes:

1. dimensión de la localidad de trabajo;
2. aislamiento cultural;
3. disponibilidad de recursos, materiales y humanos;
4. realización en el trabajo de los elementos o componentes del trabajo, que más se valoran en términos de su contribución a la satisfacción profesional;
5. evaluación de los estímulos que se crearon para el trabajo de mgz; y
6. nivel de ingresos.

El estudio de la relación entre estas variables y satisfacción profesional, nos llevó en primer término a la conclusión de que el mayor o menor grado de satisfacción profesional no depende de la dimensión de la localidad de trabajo, ni del hecho en sentirse o considerarse en situación de aislamiento cultural. Este hallazgo invalida la creencia prejuiciada que existe al respecto, de que los factores más insatisfactorios y frustrantes del trabajo de un mgz son el hecho de trabajar aislado culturalmente y, en pequeñas localidades.

La variable que en mayor medida determina satisfacción profesional es la percepción de la realización de los elementos o componentes del trabajo que los médicos más valoran en términos de su contribución a la satisfacción profesional.

Con el objeto de poder llegar a determinar, a conocer, aquellos componentes del trabajo que los mgz consideraban más valiosos en términos de su contribución a la satisfacción profesional, se elaboró una lista de 13 elementos que en términos generales definen a nuestro juicio, el trabajo de un profesional médico.

Se les pidió que ordenaran estos elementos en una escala de uno a trece, ubicando en el primer lugar de la escala aquel cuya presencia ellos consideran contribuye más a la satisfacción profesional, y en el 13º lugar aquel que lo hace en menor medida.

Como resultado obtuvimos que el 76% de los médicos ubicó en el primer lugar de la escala, uno de los siguientes cuatro elementos (que enumeramos de acuerdo a la frecuencia con que se mencionaron):

- 1º Contar con la confianza y la amistad del paciente;
- 2º Realizar una amplia labor asistencial; o rnaricipar en la organización y aireccion de la atención de la salud en la comunidad, y
- 3º Tener contacto continuo con otros médicos y promover con ellos equipos de trabajo.

Es decir, esto significa que casi siempre apareció mencionado en el primer lugar de la escala de satisfacción alguno de estos cuatro elementos. Estos mismos elementos también fueron ubicados por gran parte de los médicos en el 2º y 3º lugar de la escala. Es decir, ellos constituyen los elementos del trabajo que la mayor parte de los mgz considera que contribuyen más a la satisfacción profesional.

Se les pidió por otro lado, que señalaran de esos mismos trece elementos, aquellos que más percibían haber logrado o realizado a través de su ejercicio profesional como mgz.

Al comparar las respuestas a ambas preguntas, es decir las dadas en relación a los elementos más valorados en términos de su contribución a la satisfacción profesional (situación ideal) y las respuestas sobre los elementos que más perciben haber realizado o logrado a través de su ejercicio profesional (situación real), se configuró la siguiente situación:

- Logran o realizan en su trabajo los tres elementos más valorados, o que más se considera contribuyen a la Sastisfacción Profes. 19,0
- Logran o realizan en su trabajo dos de los elementos más valorados. 45,0
- Logran o realizan en su trabajo sólo uno de los elementos más valorados. 25,0
- No logran en su trabajo ninguno de los elementos más valorados 8,0 Es decir, que el 64% de los MGZ, logran o realizan a través de su trabajo, al menos dos de los elementos que consideran más valiosos en términos de su contribución a la satisfacción profesional.

Al cruzar esta variable y la variable "satisfacción profesional" observamos la existencia de un fuerte grado de asociación entre ambas, indicado en toda su magnitud por un coeficiente de correlación de 0,94.

A nuestro juicio esto estaría indicando que siempre se puede esperar un alto grado de satisfacción cuando los elementos que definen el trabajo diario de los mgz son evaluados positivamente por ellos.

Es decir, que los contenidos empíricos de la rutina laboral son los determinantes más importantes de la satisfacción profesional.

En relación a la variable que en segundo lugar determina satisfacción profesional, es interesante observar que ésta es la "disponibilidad de recursos, materiales y humanos", es decir el hecho de contar con las herramientas necesarias para realizar una adecuada y eficiente labor. Sin embargo reviste mucho más importancia la disponibilidad de recursos materiales que humanos, ya que el valor de la correlación entre estos y satisfacción mucho mayor respecto a los primeros (0,70), que respecto a los segundos (0,40).

Las variables que en menor grado determinan satisfacción, son las relativas a los estímulos que creó el sns para el trabajo de mgz.

Influye poco en la satisfacción profesional el hecho de considerar que los estímulos son suficientes o no, sin embargo, al analizar en forma independiente la relación entre el nivel de ingresos y satisfacción, vemos que la fuerza de la asociación aumenta. Postulamos entonces que de los estímulos que se crearon para el trabajo de mgz, el 50% de estímulo de sueldo es el que más determina satisfacción profesional.

Es decir, que la satisfacción profesional está fundamentalmente determinada por los factores que intervienen en el ejercicio mismo de la profesión como mgz, que son el contenido intrínseco de las tareas diarias y las herramientas de que se dispone para realizarlas. Los estímulos creados por el sns para este trabajo determinan en mucho menor medida el grado de satisfacción profesional.

Este hallazgo confirma una vez más el planteamiento que hemos venido desarrollando a lo largo de todo el trabajo, y que se refiere a que la experiencia que significa trabajar como mgz, se transforma en un estímulo en sí, más importante aún que los estímulos que fueron creados para ese trabajo.

BIBLIOGRAFÍA REVISADA

(Indicamos aquí sólo los títulos más importantes)

1. Allport, Gordon W.: "Attitudes in the History of Social Psychology" en, Marie Jahoda and Neil Warren, editors: Attitudes. Selected Readings. Penguin Books. 1966.
2. Asch, Salomon E.: "Attitudes as Cognitive Structure", en Marie Jahoda and Neil Warren editors: Attitudes. Select Readings. Penguin Books. 1966.
3. Zajonc, R. B.: "Balance, Congruity and Dissonance", en Marie Jahoda and Neil Warren editors: Attitudes. Select Readings. Penguin Books. 1966.

4. Berdichesky, Adela: Investigación sobre Valores, Motivaciones y Rol del Médico Joven. Un estudio interdisciplinario. Colegio Médico de Chile, Departamento de Salud Pública y Trabajo Médico. (Mimeografiado).
5. Elina Haavio-Manila: "The Structure of the Medical Profession in Finland". Publication N° 25. Institute of Sociology, University of Helsinki.
6. Elina Haavio-Manila: "The Occupational value structure of the Finnish medical profession. Publication N° 48. Institute of Sociology and University of Helsinki.
7. Ugarte, José M.: "Algunas características de los recursos humanos médicos en Chile". Mimeo. Comisión Permanente de Formación Profesional.
8. Torres, Luis R.: "El Médico General en el Servicio Nacional de Salud", en Educación Médica, Cuadernos Médico Sociales. Vol. 11. Diciembre, 1961, N° 2.

EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIAS: acciones de salud integral realizadas por el equipo de salud del Hospital de Lonquimay 1969 - 1971

Dr. ALREDO JUNGJOHANN SCH.¹

RESUMEN

En una de las más extensas y más aisladas comunas del país, en plena Cordillera de Los Andes, y bajo un clima inclemente que dificulta enormemente el transporte local, funciona el Hospital de Lonquimay y tres pequeñas postas periféricas. La labor efectuada por el equipo de salud se desarrolló fundamentalmente hacia la apertura de sus acciones hacia los sectores rurales. De ahí que este relato esté demostrando como la labor tenaz y entusiasta logra interesar hacia la cooperación activa a una población que era indiferente.

INTRODUCCIÓN

El presente relato no tiene por objeto competir en el Concurso "Premio Colegio Médico de Chile a Equipos de Salud; Concurso para Médicos Generales de Zona", en razón de que no constituimos un equipo propiamente tal, y esto por causas ajenas a nuestra voluntad. Por lo demás, sería utópico pretender, y la práctica así lo ha demostrado, conseguir un equipo completo para el Area de Lonquimay debido a múltiples causas que se confabulan entre sí y que impiden y alergizan la venida de profesionales estable sen la Zona. El clima rígido, aislamiento, razones económicas, distancias, falta de comodidades y de comunicaciones son factores que alejan esta zona de la civilización actual.

De todas maneras y aprovechando la oportunidad, hemos redactado un escueto relato de nuestra acción, más que nada con el fin de dar a conocer nuestra labor, nuestras inquietudes y nuestro Lonquimay.

Nuestro equipo está formado básicamente por el médico y la matrona (ésta sólo desde hace un año en Lonquimay); pero en la práctica todos los funcionarios del Hospital han contribuido de una u otra forma en el desarrollo de todas las actividades más adelante descritas.

¹ El autor, profesional muy joven, ha sido Médico General de Zona y Director del Hospital de Lonquimay desde junio de 1969. CUADERNOS MEDICO - SOCIALES / N° 4 / 37

1. Ubicación geográfica, clima, habitantes

La Comuna de Lonquimay, perteneciente al Departamento de Curacautín, provincia de Malleco, es una de las comunas más extensas y más aisladas de Chile. Con una superficie de 4.500 Km. cuadrados enclavados en plena Cordillera de Los Andes, forma un mundo aparte. Naturalmente, limita al Este con la República Argentina y al Oeste con la cordillera de Las Raíces, gran cadena montañosa de 2.000 metros de altura, que la separa y aísla del resto del país. La comuna de Lonquimay se encuentra ubicada detrás (hacia el Este) de los volcanes Llaima, Lonquimay y Tolhuaca.

El clima es de tipo cordillerano. Nieve, lluvia y frío en invierno, con temperaturas hasta de 20 grados C. bajo cero. En verano es caluroso y seco. Por estas características climáticas las acciones de salud de tipo rural sólo pueden efectuarse durante seis meses en el año. Durante ocho meses la única comunicación hacia el exterior la constituye una línea de ferrocarril que une Lonquimay con Curacautín a través de 70 km. y que atraviesa el túnel más largo de Sudamérica, con 5 Km. de largo. Se llama túnel de Las Raíces. En verano, una vez que la nieve se derrite, el camino queda expedito para vehículos motorizados haciendo posible la comunicación de Lonquimay con el resto del país, como también con la República Argentina a través de varios pasos internacionales (Pino Hachado, Icalma, etc.).

Según el último censo, la población de la comuna llega a los 12.000 habitantes. La capital

de la comuna es el pueblo de Lonquimay con cerca de 5.000 habitantes. Otro pueblito de cierta importancia es Sierra Nevarada con cerca de 800 habitantes. Los caseríos más importantes son: Icalma, Liucura, Troyo, Lolen, Mitrauquen, Chilpaco, Pedregoso, Marimenu-co, Pehuenco, Nitrito, Huallatí, Litrancura, el Naranjo. La mayor parte de la población está constituida por indígenas mapuches, de bajo nivel cultural y de difícil penetración cultural.

2. Organismos de Salud dentro de la Comuna

El único organismo de salud dentro de la comuna lo constituye el Servicio Nacional de Salud. Formado por él Hospital de Lonquimay que es un establecimiento moderno, tipo D, con una capacidad de 16 a 18 camas de tipo indiferenciado, su personal lo forman actualmente las siguientes personas: 1 médico; general de zona, 1 matrona, 1 practicante, 1 auxiliar de terreno, 1 oficial de estadística, 1 oficial de contabilidad, 5 auxiliares de enfermería, 2 choferes, 3 caldereros y 4 empleados de servicio. Total 20 personas dedicadas a salud.

Existen vacantes desde hace años para otro médico, una enfermera, un dentista, otra auxiliar de terreno. Estos cargos no se han llenado por el pobre atractivo de una zona tan aislada y por el escaso incentivo económico.

Además del Hospital de Lonquimay, existen tres postas periféricas en la comuna: Posta Icalma a 45 Km., Posta Liucura a 50 Km., y Posta Troyo a 60 Km. Estas Postas de Salud están a cargo de un practicante de Carabineros y son al mismo tiempo Retenes de Carabineros. En el aspecto salud están bajo la tuición del sns. Están dotadas de elementos de primeros auxilios y de medicamentos esenciales.

3. Labor efectuada por el médico general de zona y su equipo

El equipo está formado, además del médico, por todo el personal del sns anteriormente anotado, más otros elementos que se darán a conocer posteriormente.

La labor efectuada hasta la fecha se puede exponer esquemáticamente del siguiente modo:

Reorganización disciplinaria del personal del Hospital de Lonquimay. Debido a que el Hospital estuvo por mucho tiempo sin un médico estable a la cabeza, a mi llegada imperaba un lamentable estado de disciplina dentro del personal del establecimiento. La fama negativa del Hospital llegaba en ese momento muy lejos. Asimismo, no se había tomado las medidas necesarias para mantener calefaccionadas todas sus dependencias durante los crudos meses de invierno.

Dotación de personal. Asimismo existía escasez de personal. Faltaban auxiliares de enfermería, empleados de servicio, choferes; no había matrona. La matrona sólo llegó en mayo de 1970 y gracias a ella se pudo realizar planificación familiar en forma efectiva.

Dotación de vehículos. A mi llegada no había vehículo motorizados en el Hospital. Personalmente traje la ambulancia que estaba en reparaciones. Posteriormente conseguimos un "jeep" dado de baja en otra parte, el que fue reparado en Lonquimay con la cooperación de la comunidad. Con esto se pudo dar comienzo al trabajo rural.

Dotación de otros elementos. Como no se habían realizado pedidos a la Central de Abastecimiento del SNS, el Hospital carecía de un sinnúmero de elementos de trabajo indispensables. No habían medicamentos ni instrumental; faltaban frazadas, vacunas, algodón y demás materiales de curación; faltaban jeringas, drogas, etc. Las postas, demasiado distantes y sin vehículos para abastecerlas, se encontraban muy desprovistas.

El problema de la leche. La dotación de leche que tenía el Hospital en el año 1969 era insuficiente para la demanda que existía. Se solicitaron 20 toneladas de leche en polvo tipo Milko para el año 1970, los que fueron distribuidos casi en su totalidad. La distribución en el sector urbano quedaba a cargo del Hospital. La distribución rural estaba a cargo de las postas y principalmente en las salidas que realizaba la auxiliar de terreno dos veces por semana durante los meses en que los caminos eran transitables. Para los meses de invierno se dejaba una existencia de leche en las postas y también en las escuelas rurales más importantes. Con esta misma modalidad se siguió en el año 1971.

Apertura de acciones de salud hacia la comunidad rural. Contando con los elementos necesarios para poder desarrollar acciones de salud en el campo rural, éstas se realizaron mediante un plan que fue comunicado, a su vez, con la debida anticipación a los distintos lugares de atención. Se salía a terreno dos veces por semana durante seis meses del año. A cargo de la misión iba la única auxiliar de terreno que tenemos, con el fin de proceder a vacunaciones, entrega de leche, tratamiento de pediculosis y sarna, control de niño sano en terreno, tratamiento de enfermedades banales, charlas a los centros de madres rurales, transporte de los enfermos graves al Hospital.

El médico general de zona sólo en contadas ocasiones salía a terreno. Esto se debía principalmente a que es uno solo, y porque la demanda de atención en el Hospital era mucho mayor que en las postas y había que darle preferencia. Por la misma razón la auxiliar de terreno salía a postas sólo dos veces por semana.

Fuera de estas salidas rutinarias a la parte rural, se realizaron varias campañas rurales que se destallarán más adelante.

Construcción de la casa del médico. El Hospital de Lonquimay no tenía residencia para el médico. Por lo tanto, éste y su familia tuvo que ocupar algunas salas del Hospital para residir en

ellas. Gracias a la iniciativa personal, a la comprensión de las autoridades del sns, y a la donación por parte de la comunidad del terreno y de maderas, se logró construir una casa de 105 metros cuadrados que quedó terminada en marzo de 1970.

Creación del Banco de Sangre. Carecía asimismo el Hospital de un Banco de Sangre, realidad indispensable para una zona tan aislada. El Hospital más cercano para poder realizar una transfusión de urgencia es el de Victoria situado a 120 Km. y esto siempre que hubiera un tren disponible en el momento preciso. Desde hace dos años las transfusiones las realizamos aquí. Como en Lonquimay la energía eléctrica se encuentra limitada a seis horas diarias, se formó un banco de sangre ambulatorio. Se procedió a tipificar alrededor de 300 personas donantes, registrando domicilio y nombre. En caso de necesidad, se consulta el registro y cita rápidamente al dador.

Formación de los Voluntarios de la Salud. Entre la juventud del pueblo se formó un grupo destinado a cooperar en las acciones de salud realizadas por el sns. Se comenzó con mucho entusiasmo con un numeroso grupo de jóvenes a quienes se impartía enseñanza teórico-práctica de salud integral elemental, a cargo del médico. Las clases se realizan una vez por la semana. Posteriormente el grupo se fue reduciendo espontáneamente debido a que los integrantes perdían el interés en realizar una tarea no remunerada. Actualmente los Voluntarios de Salud constituyen un pequeño grupo muy efectivo y que coopera en forma activa, especialmente durante las campañas y también en lo referente a educación sanitaria.

Intento de integración de la Cruz Roja de Lonquimay a las acciones de salud. A la Cruz Roja local, bastante inactiva y desorganizada, se trató de imprimírle un ritmo más activo. Durante varios meses, se dictaban clases teóricas-co-prácticas dos veces a la semana. Hubo gran entusiasmo al principio, pero luego éste decayó debido a que los integrantes sólo querían participar en labor intrahospitalaria. Actualmente la Cruz Roja permanece en la indiferencia y sólo participa en eventos sociales.

Inspectoría Sanitaria. A cargo del médico, la labor consiste en realizar inspecciones en carnicerías, verdulerías, fábricas pequeñas de elaboración de cecinas, etc., con facultad para pasar partes de infracción. Asimismo se realizan todos los exámenes de triquinosis de la zona, en cumplimiento de un cargo ad honorem ofrecido por la I. Municipalidad de Lonquimay al médico y aceptado hace ya dos años.

Construcción de una Leñera para el Hospital. Uno de los problemas básicos del Hospital lo constituye la calefacción adecuada del establecimiento, especialmente durante los meses de invierno. Si no se toman las debidas precauciones se corre el peligro de que revienten las cañerías que no están adecuadamente protegidas. En el invierno de 1969, esto sucedió efectivamente con algunas cañerías intrahospitalarias. Afortunadamente los daños se repararon rápidamente aquí mismo. Se decidió construir una leñera amplia a fin de poder mantener leña seca con que funcionan las calderas. La comunidad donó la madera de construcción y el sns, el zinc. La construcción se finalizó en un tiempo record de tres días, mediante trabajo voluntario de todos los funcionarios del Hospital.

Construcción de una Morgue. Se realizó en un proceso semejante a la construcción de la leñera.

Campañas de vacunación. En el verano de 1970 se realizó una gran campaña de sarampión-
viruela mediante el uso de jet-injector, la cual abarcó prácticamente toda la población susceptible de la comuna ya que se llegó a los lugares más apartados. Igualmente, en el verano

de 1971 se realizaron dos grandes campañas, una de poliomielitis y otra de sarampión, las que también cubrieron toda la comuna. Estas campañas contaron con el apoyo de voluntarios.

Campaña de saneamiento básico. Realizada una vez en 1971, sólo dentro de la población de Lonquimay y Central Alaska, se desinfectaron pozos negros, letrinas, basurales y se cloraron los pozos de agua potable.

Campañas de tratamiento antisárnico. Realizadas en parte por los Voluntarios de la salud, se aplicó tratamiento antisárnico a toda la población escolar de Lonquimay, Sierra Nevada, Central Alaska, Reducción El Naranjo, amén de la población infantil y adulta de varios aserraderos. Estas aplicaciones se repitieron cada año.

Planificación familiar. La planificación familiar ha tenido amplia aceptación dentro de la comunidad, especialmente desde que la matrona está a su cargo. Resultados muy satisfactorios.

Otras. La campaña permanente contra las diarreas estivales y la desnutrición infantil lanzada por el sns se efectúa desde hace tiempo y con resultados más o menos positivos. En ella participan grupos de la comunidad. Sin embargo, faltan recursos humanos que son indispensables: enfermeras y auxiliares de terreno.

4. Comentario final

A pesar de los problemas inherentes al desarrollo económico y social de la comuna de Lonquimay, el aspecto Salud ha cambiado fundamentalmente desde algunos años para los habitantes de esta zona. La población rural en este momento tiene plena conciencia de los beneficios que otorgan las acciones de salud efectuadas y por desarrollar en el futuro. De una población apática, indiferente, poco convencida, ha evolucionado felizmente hacia una población activa, necesitada y que solicita cada vez más intensamente los servicios de una Salud Integral. Esta nueva actitud de la comunidad hacia los organismos que otorgan salud es aliciente para el desarrollo de acciones más vastas en el futuro y debería ser motivación suficiente para el establecimiento de más profesionales en esta zona.

