

## La Experiencia de salud rural entre las expectativas, la realidad y sus frutos: Relatos de Médicos Generales de Zona y equipos. Años 1963 a 1975

The Rural Health Experience: Expectations, Reality, and Results. Reports  
from District General Practitioners and Teams. 1963–1975

Jorge Lastra Torres<sup>1</sup>

### RESUMEN

---

**E**n el período que va de los años 1967 a 1978 se publicaron en los Cuadernos Médico Sociales 19 relatos de experiencias de médicos generales de zona y de equipos de salud rural que habían realizado sus prácticas entre los años 1963 y 1975; a raíz de un premio que estableció ese año el Colegio Médico: primero, al mejor Médico General de Zona; y luego, a partir del año 1969, al mejor equipo de atención rural. Este reconocimiento incluyó la divulgación de esas experiencias a través de esta Revista. Que como dice el Dr. Carlos Montoya años después, “constituyen un testimonio detallado, insustituible, de la acción creadora y decidida de jóvenes médicos chilenos en la construcción de nuestro Sistema de Salud.” (Montoya-Aguilar, C., 2009).

El Programa de Salud Rural y de los médicos generales de zona fueron iniciativas puestas en marcha por el Servicio Nacional de Salud a mediados de la década del cincuenta a poco andar de ese Servicio, que todavía se encontraba en proceso de organización de la nueva institucionalidad sanitaria cuando enfrentó la decisión de extender su presencia y cobertura hacia las zonas aisladas de los centros periféricos, donde la proporción de médicos y recursos sanitarios por habitantes era muy por debajo del promedio nacional que ya era insuficiente.

En esta oportunidad, hemos vuelto a visitar esas narraciones para conocer de la implementación de esos dos programas, Salud Rural y Médicos Generales de Zona, en una época donde la medicina social predominaba como modelo de salud y deseaba atacar la desigual distribución de resultados en salud y recursos asistenciales, ampliando la respuesta asistencial hacia esos sectores sociales especialmente marginados del desarrollo del país.

Del análisis de los principales contenidos de esas historias, buscamos conocer las expectativas de quienes fueron reclutados para incorporarse a esos programas, identificar la realidad del perfil sociodemográfico, epidemiológico y cultural, así como de los recursos puestos al servicio de la atención de salud de la población, correspondiente al territorio asignado al centro asistencial donde fueron destinados. Por último, rescatamos el desempeño de estos profesionales y equipos a través de sus logros en materia de medicina integral, que es un resultado especialmente importante de conocer, para descubrir el valioso significado de estas experiencias y sus condiciones de realización.

*Palabras clave:* Recursos humanos, medicina social, historia de la salud pública.

### ABSTRACT

---

Between 1967 and 1978, 19 accounts of the experiences of district general practitioners and rural health teams who had completed their internships between 1963 and 1975 were published in the Cuadernos

---

<sup>1</sup> Director Editor de Cuadernos Médico Sociales. Colegio Médico de Chile A.G. Correspondencia a: [cms@colegiomedico.cl](mailto:cms@colegiomedico.cl)

Médico Sociales (Medical Social Notebooks). This was the result of an award established that year by the Medical Association: first, for the best district general practitioner; and then, beginning in 1969, for the best rural health care team. This recognition included the dissemination of these experiences through this journal. As Dr. Carlos Montoya stated years later, “they constitute a detailed, irreplaceable testimony to the creative and determined work of young Chilean doctors in building our health system.” (Montoya-Aguilar, C., 2009). The Rural Health Program and the Regional General Practitioners Program were initiatives launched by the National Health Service in the mid-1950s, shortly after its establishment. The service was still in the process of organizing its new healthcare system when it faced the decision to expand its presence and coverage to isolated areas in peripheral centers, where the ratio of physicians and healthcare resources per inhabitant was well below the already insufficient national average.

On this occasion, we revisited these narratives to learn about the implementation of these two programs, Rural Health and Regional General Practitioners, at a time when social medicine predominated as a healthcare model and sought to address the unequal distribution of health outcomes and healthcare resources, expanding the healthcare response to those social sectors particularly marginalized by the country's development. By analyzing the main content of these stories, we sought to understand the expectations of those recruited to join these programs, identify the sociodemographic, epidemiological, and cultural profiles, and identify the resources available to provide healthcare to the population in the territory assigned to the healthcare center where they were assigned. Finally, we highlight the performance of these professionals and teams through their achievements in comprehensive medicine, which is a particularly important outcome to understand, in order to uncover the valuable meaning of these experiences and their conditions.

*Keywords: Human resources, social medicine, history of public health.*

## **ANTECEDENTES DEL CONTEXTO EN EL QUE SE ESCRIBIERON LOS RELATOS**

---

Después de la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) el año 1952 y lograda la fusión

de las instituciones que concurrieron a su formación y su primera estructura organizativa el año 1954, según indica su director general de Salud, Dr. Francisco Mardones Restát, en el recuento realizado el año 1967 a los primeros 15 años del SNS; el nivel de abandono de los sectores rurales en el país era gigante. Según el mismo informa, el 39,8 % de la población vivía en el sector rural, el 36,3 % de los mayores de 15 años era analfabeto y cifras cercanas solo al 5 % contaban con agua potable y alcantarillado. De los escasos 50.000 kilómetros de carreteras existentes en todo el país, solo el 35 % de ellos estaban pavimentados, por cierto, principalmente en las grandes ciudades. (Mardones, 1967).

En cuanto a atenciones y recursos humanos, el diagnóstico igualmente se mostraba deficiente para la población rural. Según estudios de la época, solo se había logrado dar cumplimiento al 41,7 % de la demanda conocida en atenciones médicas y, en la provincia de Santiago se disponía de un médico para 916 personas, mientras el resto del país disponía de uno por cada 3.528 habitantes. (Juricic y Cantuarias, 1975)

Otros antecedentes, rebelan que ya el año 1953 el Dr. Benjamín Viel, Profesor Extraordinario de Higiene y Medicina Preventiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y Director de la Escuela de Salubridad, llamaba la atención acerca la formación del médico que el SNS requería (Viel, Benjamín, 1953), lo que sumado a la necesidad de dotar de personal sanitario a los sectores más aislados del territorio nacional, llevó a la Subdirección General del SNS a crear una carrera atractiva, que combinara plazas para los médicos y médicas recién egresados/as, en localidades aisladas, con beneficios de distinto tipo: económicos, como una bonificación especial de hasta 60% en las remuneraciones y de carrera funcionaria, ya que al cumplir un período mínimo de tres años se le otorgaba puntajes importantes para optar a cargos clínicos en el SNS, ocupar por concurso vacantes de medicina, pediatría, obstetricia y cirugía en hospitales tipo C; solicitar becas para estudios de especialización en el mismo SNS, conservando durante el período de formación, las remuneraciones y demás beneficios asignados. Por último, al terminar la beca y poseer el título de especialista, el médico o médica podría tomar un cargo en cualquier ciudad del país. (Juricic y Cantuarias, 1975)

Con el propósito de darle institucionalidad a este plan de dotación de recursos para la salud rural, se dictó una normativa denominada

Reglamento para la provisión y desempeño de cargos de Médicos Generales de Zona (MGZ) en el Servicio Nacional de Salud, que fue aprobado y puesto en vigencia en julio de 1955. (Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Salud, 1955). Su nombre, se estableció en atención de que los nuevos profesionales eran destinados a las Zonas correspondientes a la división administrativa del SNS, según eran propuestos por el Jefe respectivo. Su trabajo consistía en atención de primer nivel, como consultas generales, control de enfermedades crónicas, urgencias básicas, entre otros. Así como participar en programas de prevención y promoción de la salud. Para todas estas tareas que debían cumplir, como complemento a su formación de pregrado, se estableció un año de desempeño en un centro hospitalario, con pasantías en servicios de medicina, cirugía de urgencia, obstetricia y pediatría y un reforzamiento de medicina preventiva y social. (Juricic y Cantuarias, 1975)

Más adelante, a partir del año 1958, este plan fue complementado con un programa de adiestramiento de auxiliares de enfermería reclutadas localmente, como acompañantes del trabajo médico.

En el caso particular de estos relatos de los médicos generales de zona y de los equipos de salud rural, ellos se dan en el contexto de dos gobiernos que se caracterizaron en que ambos compartieron, con distintos modelos, el propósito de reducir las desigualdades, redistribuir el ingreso y ampliar el acceso de los sectores más pobres de la población a las políticas sociales.

El gobierno de Eduardo Frei Montalva (1964–1970), concentró sus esfuerzos en materia de salud en la ampliación de la cobertura de atención del Servicio Nacional de Salud, especialmente dentro de la población rural, a la que se destinaron importantes recursos. Igualmente, se profundizó a través de un plan decenal de salud el enfrentamiento de los problemas de salud del área materno infantil, de las patologías infectocontagiosas y del fomento de la participación en salud. Esta última línea de trabajo, conocida como Promoción Popular, creó los Consejos Comunitarios de la Salud, en junio del año 1967, como entidades asesoras o consultivas del Servicio Nacional de Salud, ya sea a nivel de cada establecimiento o del Hospital Base de Área. Su propósito fue establecer nexos entre la población y el Servicio, para mejorar la información sobre la realidad poblacional y de las mejores acciones de salud. Según señalaba el decreto respectivo “con el objeto de lograr prestaciones médico-sociales integrales, eficientes y humanas.” (Ministerio de Salud, 1967)

Por su parte, el programa de gobierno de Salvador Allende (1970 – 1973) dentro de sus líneas de trabajo, continuó el fortalecimiento de la participación con la apertura de: “canales a fin de que se exprese la influencia de los trabajadores y del pueblo, por intermedio de las organizaciones sociales, en la adopción de decisiones y la fiscalización del funcionamiento de la administración estatal.” (Candidatura Presidencial de Salvador Allende, 1970) Para ello, en septiembre de 1971, a través del Decreto Supremo 602 se crearon los Consejos Locales de Salud, que debían estar presentes en los establecimientos del Servicio Nacional de Salud, integrados por representantes de las organizaciones poblacionales y unidades vecinales, sindicatos urbanos, consejos campesinos y de trabajadores de la salud, así como Consejos Paritarios entre funcionarios de la salud y los representantes sociales (Ministerio de Salud, 1971). También en este período, la inversión en salud rural fue cuantiosa, ya que una prioridad especial fue el aumento de “actividades y el desarrollo de la infraestructura de los consultorios periféricos. Sin embargo, debemos señalar que es aquí donde más influye nuestro permanente déficit de recursos humanos calificados.” Por lo mismo, el Presidente agregó en su discurso al Congreso Pleno el 21 de mayo de 1971: “... dispusimos de 6 mil médicos y 2.600 enfermeras, en circunstancias de que tan sólo las acciones programadas requieren 9 mil médicos y 11.000 enfermeras.” (Sesiones del Congreso Nacional, 1972)

Por último, en estos dos gobiernos fue relevante para el despliegue de las políticas de salud en ese período, la condición en que se encontraba el Servicio Nacional de Salud después de 12 años de evolución cuando había superado en forma importante su etapa de instalación y de organización y podía desplegarse como ente autónomo, en tanto su dirección recaía en la figura de su director y el Consejo Consultivo Nacional, que era conformado con representación de autoridades del sector, académicos, del gremio médico y de los trabajadores. Centralizado técnicamente en la dirección nacional y descentralizado en su funcionamiento territorial. Con el liderazgo suficiente para emprender cambios importantes en su desempeño. (Horwitz, et al., 1995)

Así, fue en este el contexto en que se desplegaron los equipos y los profesionales que se desempeñaron en la salud rural de Chile entre los años 1963 y 1975, que entregan los relatos que pasamos a comentar.

## **RELATOS DE MÉDICO GENERALES Y EQUIPOS DE SALUD RURAL: LA EXPERIENCIA Y SUS FRUTOS**

---

### **El concurso y la selección**

Como señalamos antes, entre los años 1967 y 1978, se publicaron 19 relatos de médicos generales de zona y equipos de salud rural en los Cuadernos Médico Sociales, como resultado de un concurso que buscó premiar los mejores trabajos escritos presentados, para dar cuenta de las vivencias de quienes fueron destinados a lugares remotos del país, en el marco de los programas de salud rural y de médicos generales de zona. Como una forma de relevar su papel en la ampliación de la cobertura hacia zonas rurales, pobres y abandonadas de la asistencia sanitaria y que, como señalan Juricic y Cantuarias (1975), entre el año 1956 y 1971 hizo posible la duplicación de la tasa de consultas por habitante pasando de 0,49 a 1,04.

Para este concurso se establecieron como bases, la necesidad de escribir un texto de máximo 10 páginas dactilografiadas, donde se debía dar cuenta de: “La labor efectuada, los factores positivos y negativos de distinto índole que la favorecieron o dificultaron, incluyendo la influencia ... de la formación universitaria.” (Villaruel, et al., 1969). En forma más precisa, se solicitaba información básica local, biodemográfica, de recursos, rendimientos y análisis de la implementación de los programas el Servicio Nacional de Salud y, finalmente, el desarrollo de actividades intersectoriales y con la comunidad. Así entonces, los relatos dan cuenta de las principales vivencias de estos médicos y equipos.

### **El relato de lo encontrado a la llegada**

En estos informes, uno de los primeros hechos que se destaca es la realidad sanitaria con que se encontraron, con importantes niveles de desnutrición y mortalidad infantil, mortalidad materna, infecciones como la pediculosis y la tuberculosis y altos niveles de alcoholismo. Por ejemplo, como comenta el Dr. Héctor Aliaga (1967) sobre la realidad del pueblo de Achao: “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 con la existencia

de una parasitosis masiva.” La mortalidad infantil y neonatal se elevaban sobre los 100 fallecidos por 1000 nacidos al primer año y alrededor de la mitad de ellos no superaba el mes de vida. Lo que se asoció al bajo porcentaje de atención profesional del parto, que antes del año 70 no superaba el 40 % en la zona rural de Colchagua. (Barría, 1975). Por último y en esta misma dimensión, la desnutrición era otro de los flagelos que debieron enfrentar, como expone el Dr. Sergio Aguilera sobre la localidad de El Peñón, cercana a Andacollo en la Región de Coquimbo, donde según un estudio académico, alcanzaba al 40 % de los lactantes. (Aguilera, 1971)

Otra condición que se describe en los relatos de las experiencias se refiere a la precariedad en que tuvieron que desenvolverse. En primer lugar, por las condiciones físicas del territorio, aislados comunicacionalmente, con carreteras insuficientes y de mala calidad, que habitualmente en períodos de invierno quedaban inutilizadas por las lluvias o la nieve cuando se trataba de caminos rurales o, por temporales y/o marejadas cuando el transporte era por ríos, lagos o mar. También, comentan la falta de movilización, por ausencia o malas condiciones de ambulancias envejecidas y mal mantenidas. Lo mismo, con las telecomunicaciones, por ausencia de telefonía o comunicación radial. Así lo comenta por ejemplo el Dr. Jungjohann (1972), que trabajó en Lonquimay, la que describe como: “una de la comuna más extensa y más aisladas de Chile.” Donde se podía llegar solamente durante seis meses al año. O como cuenta Juan Varleta, MGZ de Vicuña (1967), sobre lo accidentado del terreno que se encontraba: “en una etapa atrasada que hace difícil su acceso”. Sobre la movilización, Alex Papic (1971), en Quemchi, señala que la carencia de vehículo de transporte hacía imposible cualquier tipo de atención en terreno.

En relación con la disponibilidad de recursos de infraestructura, tecnología y recursos humanos, la situación que encontraron fue igualmente deficitaria. Como expone el Dr. Eduardo Ilabaca, al llegar se encontró que el Hospital estaba emplazado “en una Casa de Socorros que funcionaba en los Baños Municipales, ... sin ninguna organización ni orientación hacia la captación del consultante y el mejoramiento de la atención” (1967). Mientras, esperaba que concluyera la construcción de un nuevo Hospital, que no tenía alcantarillado. Esta condición se repitió en el Hospital de Santa Juana, que estaba recién repuesto, pero que había que habilitarlo y resolver serios problemas de construcción. (Condeza, 1969). O, como le ocurrió al Dr.

Lautaro Osorio (1967), que llegó a Tiltil y no tenía donde vivir, por lo que debió viajar en bus por varios meses desde algún pueblo cercano. En el Hospital de Lonquimay, el abastecimiento de medicamentos e insumos, era deplorable: “No había medicamentos ni instrumental; faltaban frazadas, vacunas, algodón y demás materiales de curación; faltaban jeringas, drogas, etc.” (Jungjohann, 1972)

Desde el punto de vista del personal, la situación también presentó desafíos importantes. En Tiltil, el Dr. se encontró con una Enfermera Colegiada, pero sin estudios universitarios con 30 años de servicios y una Auxiliar de Servicio, que había sido capacitada para prestar atención como Auxiliar de Enfermería, esto para atender un Consultorio destinado a 10.000 habitantes. (Osorio, 1967). El Dr. Homero Vásquez (1971), cuenta que debía trabajar en el Hospital de Quellón, último centro asistencial al sur de la Isla Grande, él y un Dentista, como únicos profesionales, con 9 Auxiliares de Enfermería, 9 de servicio y 3 administrativos.

Un último aspecto, que es comentado y es relevante para lo que ocurrió una vez que ya se instalaron y pudieron desempeñarse, es la presencia de actores de la comunidad organizada, cuando existía, y de líderes de otras áreas de servicios, como de educación, autoridades comunales o de la empresa privada, que fueron parte de los equipos que se congregaron para enfrentar en conjunto los desafíos de la salud de esas poblaciones. Alex Papic, de la Posta de Quemchi, relata la presencia de numerosas organizaciones comunitarias, como: “dos grupos deportivos, un club de huasos, un Cuerpo de Bomberos, varios centros de madres, un sindicato de Estibadores Marítimos, pero sin duda la principal organización corresponde a la de Pequeños Agricultores, ...” Y agrega además que: “El líder más común e importante es el profesor Primario.” (Papic, 1972). Gustavo Rencoret (1976), del equipo de salud del Hospital de Peumo, también lista un número de Organizaciones de la Comunidad, Instituciones y de Servicios Públicos. El valor del equipo de salud, asimismo, queda claramente demostrado en el reporte del Dr. González y su equipo (1972), del Hospital de Nacimiento: “El sentido de integración con otros profesionales, cuando hemos contado con ellos, ha sido excelente y constituyendo, además con el Personal, un grupo afectivamente uniforme.”

Por supuesto, no todas las realidades en estos distintos ámbitos fueron iguales, en otros casos las condiciones fueron mejores, pero lo que

predominó fue la precariedad de recursos materiales y la elevada expectativa y demanda de parte de la población. Sin embargo, en otro sentido, la disposición de cada uno y una de los integrantes del programa de salud, así como de la comunidad organizada donde ella estaba presente y los actores del territorio, se transformaron en recursos poderosos para ponerlos al servicio de mejorar la realidad sanitaria, junto a la creatividad y voluntad de cambio, que hicieron de las dificultades oportunidades de transformación. Por ello, de esas vivencias se pueden rescatar notables estrategias de medicina integral y resultados sanitarios sorprendentes.

### Las acciones y estrategias desarrolladas

Una de estas estrategias principales, fue la obtención de recursos desde distintas fuentes, institucionales, particulares y comunitarias para disponer de infraestructura, tecnología y personal. Resulta increíble, por ejemplo, el logro de construcción de un pequeño Hospital rural como trabajo Comunitario en Quemchi, con aportes municipales, estatales -del Ministerio de Salud y la Intendencia- y un Comité Pro Construcción del Hospital, conformado por regidores, el cura párroco y, el secretario de la Asociación Provincial de Pequeños Agricultores, que pudo coleccionar los recursos necesarios. A ello se sumó la mano de obra de la comunidad y la asesoría y materiales que aportó la Corporación con lo que se pudo proyectar un edificio de 16 camas, sala de espera, atención ambulatoria y servicios de apoyo clínico y logístico. (Papic, 1972). Lo mismo, que comenta el Dr. González y equipo (1972) a propósito de la creación de postas rurales comunitarias en el radio de atención del Hospital de Nacimiento, “preparando según programa a los voluntarios, presentados, vigilados y apoyados por las organizaciones de base.” Que: “... cumple las labores de tratamientos, curaciones, controles y, lo más importante, detecta daños mayores enviándolos al Hospital con cierta precocidad.” Aparte, se encuentra la experiencia del Dr. Leoncio Leiva, que en el plazo de 3 años terminó con la habilitación del Hospital que se encontraba paralizado, sumó dos nuevas postas rurales a la dos que existían y que fueron remozadas, todo ello con ayuda de la comunidad y el equipo del Hospital. Asimismo, agregó personal profesional y técnico y equipamiento para mejorar la capacidad resolutoria. (Leiva, 1969)

También en cuanto a materiales, se dispuso de ellos para mejorar las capacidades de

esterilización, laboratorios básicos, radiología que se encontraba en desuso y que se logró poner en marcha dentro de la experiencia del equipo médico del Hospital de Teno (Calvo, et al., 1973) o se instaló un Banco de Sangre, como ocurrió en Lonquimay. (Jungjohann, 1972)

Otra de las iniciativas destacadas, por supuesto tuvo que ver con la gestión programática, que es por lo demás una de las áreas donde la formación de la medicina preventiva y social se hizo presente de gran forma. Una de las experiencias que relata de manera clara esta perspectiva, está en la descripción que hace el equipo del Hospital de Villarrica sobre la organización de la atención ambulatoria de los pacientes crónicos, que se propuso como objetivos ordenar la labor del Consultorio externo, Efectuar una atención integral de los pacientes crónicos, hacer educación, prevenir o retrasar sus complicaciones controlando su morbimortalidad y desarrollar pesquisas para la detección precoz de nuevos casos. Con este fin organizaron los programas de Diabetes, Tuberculosis, Hipertensión, Epilepsia, Enfermedad reumática y Alcoholismo; destinando personal multidisciplinario a cargo de cada uno de ellos; sistemas de registros, protocolos de atenciones, con una cuidada agenda de actividades incluidas las de rescate (Bombil, et al. 1978). Algo similar ocurrió en el Hospital de Calbuco. Allí, siguiendo la lógica de planificación, se establecieron programas acompañando el ciclo de vida destinados a la población infantil y adulta según daño, tuberculosis, desnutrición, alcoholismo, etc. Así como, otro de salud rural en torno a las labores de Fomento, Protección y organización de la comunidad. (Minguell, 1973). En el Hospital de Quellón, también decidieron encarar los problemas de salud identificados en su diagnóstico con programas orientados a: “1) tratar de cubrir todos los problemas en forma progresiva e integrada; 2) sostener actividades, teniendo como cimiento el equipo de salud resuelto y compacto, ligado a la comunidad organizada y a los niveles técnicos del SNS; 3) lograr que el SNS gravitara en forma decisiva en las determinaciones de la comunidad en materia de su desarrollo”. Siguiendo estos principios ordenadores, dieron vida a los programas de Tuberculosis, planificación familiar e higiene ambiental. (Vázquez, 1971)

En una línea similar, las tareas de administración, es decir, de planificación, organización, dirección y control, muy relacionadas con el desarrollo de los programas, se mostraron como áreas estratégicas del despliegue de las competencias de los profesionales y sus equipos, principalmente en

términos de darle estructura y capacitación a los equipos y en el liderazgo, para generar los cambios que se han podido apreciar en las notas que se han seleccionado desde sus textos, alcanzando más allá del personal de salud, hasta la comunidad y las relaciones con otros actores del territorio. En el marco de esta área, se pueden destacar de la experiencia del Hospital de Peumo, la labor del Dr. Rencoret y equipo, que realizó una extensa reorganización administrativa “con adecuada delegación de funciones y supervisión creando un adecuado equipo asesor y de colaboración, desarrollo de un sistema de abastecimiento de farmacia y de leche, organización de la atención de urgencias que no existía, creación y habilitación de servicio dietético de leche y sistema de calefacción, entre otras medidas del mismo tipo.” (Rencoret, 1976). En el Hospital de Lonquimay, el Dr. Jungjohann, habla de una “reorganización disciplinaria del Hospital, ... debido a que el Hospital estuvo por mucho tiempo sin un médico estable a la cabeza.” (Jungjohann, 1972). Especialmente interesante, es el desarrollo en el Hospital de Villarrica, donde se estableció un sistema de agendamiento a través de un Carnet de Paciente, para evitar que tuvieran que “pedir hora” y tener que madrugar para ello, estableciendo además un día a la semana por programa, para así facilitar más la organización de la atención de sus pacientes (Bombil, et al., 1978). Es importante agregar además, que cada una de estas iniciativas siempre estuvo asociada a tareas de capacitación y de la debida participación, para asegurar la adhesión a estos cambios con el concurso de todos y todas las involucrados, como cuenta el Dr. Barría en el Hospital de Peumo: “El personal con que contaba el Hospital era en su totalidad sin ningún tipo de preparación y muy baja escolaridad, tanto el de tipo administrativo, como el de enfermería, por lo cual el médico, con la ayuda de su esposa (en ese tiempo estudiante de enfermería) procedió a efectuar un cursillo que contó con diferentes rubros...” (Barría, 1975).

Finalmente, en relación con las estrategias, cabe señalar la importancia que tuvo la participación comunitaria, no solo en cuanto a “colaboración”, que ya fue importante con recursos, ideas, proyectos, competencias técnicas y mano de obra, sino que, en la conformación de organizaciones de toma de decisiones y liderazgo frente a la población, fundamentalmente en el diseño de programas como los de vacunación, higiene ambiental y otros de prevención y promoción de la salud. En este campo, la cantidad de organizaciones que aparecen compartiendo la labor asistencial, desde

una perspectiva médico social, son numerosas, ya sea a través de voluntarias que se capacitan y cumplen tareas de control y enlace con la población, especialmente en áreas más rurales, como es el caso del Hospital de los Vilos, donde se comenta que: “Allí donde no llega ni el SNS ni carabineros, hay habitantes con múltiples necesidades. Entre ellas suele haber muchachas jóvenes, con un mínimo de escolaridad, 6° grado y con un enorme interés y voluntad de trabajo y sacrificio... Fue entre ellas donde pude materializar un proyecto por mi largamente acariciado: el de constituir un grupo de muchachas que voluntariamente y con un entrenamiento intensivo en el Hospital, fueran a trabajar a sus respectivas localidades prestando atención mínima, atención de partos normales, control de niños, y establecer un fuerte nexo afectivo, necesario para una buena labor asistencial entre el hospital y la comunidad.” (Ilabaca, 1967). De la misma forma, como cuenta que lo hicieron en Til Til que, en su compromiso de integralidad en la atención, teniendo como marco no solo la perspectiva individual sino social de la enfermedad y de su anticipación, “al trabajo asistencial se le agregó una nueva actividad, los trabajos de medicina social con grupos y con la comunidad.” (Osorio, 1967). Así comenzaron a facilitar la participación de la comunidad que se organizó en “clubes”, de lactante, contra la desnutrición, embarazo, etc. En Nacimiento, la organización comunitaria promovió la salida a terreno en conjunto con el equipo de salud, para la realización de diversas campañas, específicamente de detección de enfermedades como la Tuberculosis, vacunación y diarreas (González, 1972). Así, la riqueza de estas prácticas es extensa y variada.

Los centros de formación no se quedaron al margen en el desarrollo del programa de salud rural, sumándose con académicos y profesionales en formación, para apoyar tanto en tareas clínicas, comunitarias y/o de investigación. Así ocurrió con el equipo del Hospital de Nacimiento, que los llevó a la Universidad de Concepción a solicitar su concurso: “El resultado fue la obtención de Internos de Medicina en forma permanente; y ocasionalmente, por períodos variables, Internos de Obstetricia y Odontología.” (González, 1972). También el equipo de salud rural en Rosario Lo Solis – Colchagua, pudo contar desde el año 1972 con “internos, quienes además de labores clínicas y administrativas, desarrollaron investigaciones con temas seleccionados por ellos mismos, pero que estuviera en relación con un problema de salud en el lugar.” (Barría, 1975)

### Los logros

Respecto de los resultados, uno de los primeros aspectos que debe mencionarse, corresponde a lo alcanzado en materia de recursos, participación del equipo y la inserción en y de la comunidad al trabajo de salud. En segundo lugar, la implementación de un modelo de salud integral médico social, todos aspectos que ya se han mencionado antes, por ello solo resta destacar alcances sanitarios; tanto en lo cuantitativo de las actividades realizadas, como los mejores indicadores que en algunos casos a poco andar de la instalación ya aparecen en forma destacables. En Quellón, se informa de la caída de la mortalidad infantil de 192 en 1967 a 125 por mil nacidos vivos en 1969. El control de niño sano que subió de 280 en promedio entre 1963 y 1965 a 1.500 en el período 1967 – 1969. El de embarazadas de 370 en 1963 a 449 en 1966 y a 1.465 en 1969 y la atención de parto de 71 durante 1963, 137 en 1966 y 233 el año 1969. Y así en otras actividades (Vázquez, op., cit.), en Teno, también se muestran cifras similares. Pero lo más llamativo fue el crecimiento del parto intrahospitalario de 48,9 % en 1968 a 88,3 % en 1971, con una disminución importante de la mortalidad de 33,8 a 24,3 por mil nacidos vivos y la mortalidad neonatal de 30,8 en 1968 a 11,3 por 1.000 nacidos vivos en 1971. (Calvo, et al., 1973)

Sin embargo, este resultado, más allá de los datos cuantitativos, desde el relato se mostró cómo fue posible lograrlos, en un contexto que bien vale la pena destacar; ya que fue producto de un notable esfuerzo y compromiso integral por parte tanto de quienes llegaron a servir a esos territorios como de quienes los acogieron, incluida la comunidad que primero fue reticente, pero luego participó activamente en las iniciativas a las cuales se sintió convocada y que no estaba en la descripción explícita del contrato, sino que ocurrió en la experiencia misma, es decir, en la interacción concreta de esos profesionales y los equipos de salud, que acarreaban una trayectoria biográfica y una formación práctica, con la realidad social, económica y cultural que les tocó enfrentar, de donde surgió la construcción de un proyecto rehecho en medio de la contingencia.

### DISCUSIÓN

Estos relatos sin duda son una muestra de la realidad vivida por este grupo de profesionales y técnicos en esos años de gran desarrollo de la salud pública, de seguro lo que vivieron otros puede haber sido diferente; sin embargo, ellos por si

solos dan cuenta de una experiencia que resulta valiosa analizar y recoger, en forma especial, las enseñanzas que en ellos se reflejan.

Primero que nada, vale la pena resaltar que en el mismo período entre 1963 y 1972, el número de MGZ subió de 247 a 345, siendo el año 1963 el porcentaje de la promoción que ocupó estas plazas el 34 % y el año 1972 el 58,8 (Juricic y Cantuarias, op., cit.); es decir, el crecimiento numérico y porcentual fue muy importante.

Lo segundo que se puede destacar, es el impacto sanitario, que bien puede medirse a partir de los resultados que relatan los propios equipos y profesionales, pero que igualmente lo muestran algunas cifras, como las de Juricic y Cantuarias (op., cit.), que mencionan una reducción de 35,8 % en la mortalidad general de resto del país, sin contar la capital, entre el promedio de 1955 – 1957 y 1970 – 1971, atribuible a las coberturas alcanzadas en las zonas rurales del país por los equipos incorporados a la atención de esos territorios.

Pero indudablemente, donde se revela de manera más notable el resultado de la experiencia es en los propios actores de ella que, como lo comenta la investigadora Ximena Díaz que entrevistó a más de 316 MGZ de todas las provincias del país durante los años 1969 y 1970. En ellas concluye: “que la satisfacción profesional está fundamentalmente determinada por los factores que intervienen en el ejercicio mismo de la profesión como MGZ, que son intrínsecos a 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 personal.” (Díaz, Ximena, 1972). Es decir, lo que más se genera a partir de la práctica desarrollada por los profesionales del programa de salud rural, es la experiencia por ellos vivenciada. Que como dice la historiadora, Maricela González (2024), corresponde al entorno por ellos construido, donde a pesar de las limitaciones estructurales pudieron transformar esas condiciones, generar cambios, producir resultados sanitarios notables y desempeñaron un rol clave en mostrar nuevas posibilidades en la ejecución de políticas sanitarias, acercando los servicios de salud a la población y promoviendo una cultura de autocuidado y prevención, con un gran compromiso y dedicación, que fue esencial para superar los desafíos del sistema y garantizar el acceso a la salud en diversas comunidades del país. Por otro lado, provocaron una transformación en la comunidad, con sus aprendizajes a partir del compromiso pedagógico de esos profesionales y equipos,

que iniciaban su profesión bajo condiciones del Chile de ese entonces.

Hoy, que la realidad es distinta, con nuevos desafíos políticos, sociales y sanitarios, se necesitan nuevos equipos, que rescaten parte de esta historia pero que, sobre todo, comprendan el escenario actual y sepan como desplegar sus capacidades y competencias en él. Por lo mismo, 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, como señalan Peña y cols. (2015).

## REFERENCIAS

- Aguilera Covarrubias, S. (1971). Experiencia del Equipo de Salud del Hospital de San Pablo de Coquimbo. *Cuadernos Médico Sociales*, 12(4), 30–34. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1915>
- Aliaga G. , H. (1967). Experiencia de un médico general de Zona en Achao: Octubre 1964 - Mayo 1967. *Cuadernos Médico Sociales*, 8(1), 26–30. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/2036>
- Allende, Salvador (1972). Cuenta pública al Congreso Nacional. Sesión del Congreso Pleno, 21 de mayo de 1972.
- Allende, Salvador (1970). Candidatura Presidencial de Salvador Allende, Programa básico de gobierno de la unidad popular, pp., 17 y 26.
- Barria Baechler, C. (1975). Experiencia de un Equipo de Salud en Rosario Lo Solís - Colchagua. *Cuadernos Médico Sociales*, 16(1), 15–20. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1799>
- Bombil Franco, J., Naranjo Tapia, L., Olivares López, E., & Von Dessauer L., R. (1978). Atención Integral del Adulto Crónico en un Hospital Periférico. *Cuadernos Médico Sociales*, 19(1), 33–38. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1714>
- Calvo Belmar, A., Ovalle Salas, A., & Valdivia Soto, S. (1973). Experiencia de un Equipo de Salud en Teno, Curicó - 1969-1971. *Cuadernos Médico Sociales*, 14(2), 27–34. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1855>

- Condeza V., E. (1969). Experiencias de un Médico General de Zona en Santa Juana, Concepción. *Cuadernos Médico Sociales*, 10(3), 28–30. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1971>
- Díaz Berr, X. . (1972). El Médico General de Zona: Imágenes de su trabajo, valores ocupacionales y estudio de satisfacción profesional. *Cuadernos Médico Sociales*, 13(1), 5–12. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1868>
- Frei, Eduardo (1968). Lo que estamos haciendo 1964 – 1968, Extracto del mensaje presidencial al Congreso Nacional”, 21 de mayo de 1968.
- González, M. (1972). Experiencia de un Médico General de Zona en Hospital de Nacimiento. *Cuadernos Médico Sociales*, 13(1), 13–18. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1869>
- González, Marcela (2024). Caminos frágiles: Los médicos generales de zona, Capítulo XII, págs., 489 – 537, En: El Servicio Nacional de Salud Chile, 1952 – 1973. Doctrinas, logros, prácticas, UAH Ediciones.
- Horwitz, Nina; Bedregal, Paula; Padilla, Claudia y Lamadrid, Silvia (1995). Salud y Estado en Chile. Organización de la salud pública. Período del Servicio Nacional de Salud; *Serie Publicaciones científicas*, OPS/ Chile, pp.: 30 y 40.
- Ilabaca P., E. (1967). Experiencia de un médico general de Zona en Los Vilos. 1964-1966. *Cuadernos Médico Sociales*, 8(2), 23–29. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/2041>
- Jungiohann Sch., A. (1972). Acciones de salud integral realizadas por el equipo de salud del Hospital de Lonquimay 1969 a 1971. *Cuadernos Médico Sociales*, 13(4), 37–40. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1893>
- Juricic, Bogoslav y Cantuarias, Raúl (1975), La salud rural en Chile: Programa para atraer médicos a las zonas rurales, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 78, 203- 204.
- Leiva, L. (1969). Experiencia de un médico general de Zona en Puerto Octay. *Cuadernos Médico Sociales*, 10(2), 28–32. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1964>
- Mardones, Francisco (1967). 15 años de labor. 1952 – 1967, Ediciones Servicio Nacional de Salud.
- Minguell, J. L. (1973). Experiencia de un Médico General de Zona. Hospital de Calbuco- XII Zona de Salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 14(1), 35–42. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1850>
- Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Salud (1955). Reglamento para la provisión y desempeño de cargos de médicos generales de Zona en el Servicio Nacional de Salud Decreto 17.615.
- Ministerio de Salud (1967). Decreto 250, Crea Consejos Comunitarios de la Salud, Biblioteca del Congreso Nacional, ver en: <http://bcn.cl/2glh1>
- Ministerio de Salud (1971) Decreto 602, Crea Consejos Locales de Salud, ver en: [www.leychile.cl/N?i=169362&f=1971-09-21&p=](http://www.leychile.cl/N?i=169362&f=1971-09-21&p=)
- Montoya-Aguilar, C. . (2009). Cincuenta años de Cuadernos Médico Sociales, revista de Salud Pública del Colegio Médico de Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 49(2), 131–136. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/592>
- Osorio, L. (1967). Experiencia de un médico general de Zona en Tiltil 1964-1967. *Cuadernos Médico Sociales*, 8(4), 12–16. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/2053>
- Papic Vladilo, A. (1972). Experiencia de un Médico General de Zona en Quemchi, Isla de Chiloé. *Cuadernos Médico Sociales*, 13(2), 28–34. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1880>
- Peña, S.; Ramírez, J.; Becerra, C.; Carabantes, J.; Arteaga, O. (2015). El Programa de Médicos Generales de Zona de Chile, una estrategia multidimensional para atraer y fidelizar a médicos en las zonas rurales. *Cuadernos Médico Sociales*, 55(1-2), 7–21. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/377>
- Puentes Rojas, R. (1969). Experiencia de un médico general de Zona en Vallenar. *Cuadernos Médico Sociales*, 10(1), 32–39. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1957>
- Rencoret Silva, G. (1976). Labor realizada por el Equipo de Salud del Hospital

- de Peumo. 1972-1975. *Cuadernos Médico Sociales*, 17(1), 38–43. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1774>
- Sotomayor L., H. (1971). Experiencia del equipo de salud del hospital de Coronel. *Cuadernos Médico Sociales*, 12(3), 38–43. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1909>
  - Varleta, J. (1967). Experiencia de un médico general de Zona en Vicuña. 1963-1967. *Cuadernos Médico Sociales*, 8(3), 26–29. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/2047>
  - Vásquez Mesa, H. (1971). Experiencia de un médico general de zona en el hospital de Quellón, Chiloé (años 1966 a 1970). *Cuadernos Médico Sociales*, 12(1), 17–21. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1896>
  - Viel, Benjamín (1953). La formación del médico y el Servicio Nacional de Salud, *Revista Colegio Médico*, 10, 234 – 235.
  - Villarroel G., E. ., & Lagos H., M. . (1969). Premios a equipos de salud en medios rurales. *Cuadernos Médico Sociales*, 10(3), 32–33. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1973>