

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
DEPTO. DE PARASITOLOGIA

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
DIRECCION GENERAL

**TRABAJO DOCENTE
ASISTENCIAL DE CHILOE
1964**

(Auspiciado por la Facultad de
Medicina y la Dirección General
del Servicio Nacional de Salud).

H
D49t
c.l
Museo



Digitaria

FACULTAD DE MEDICINA

INFORME FINAL PARA:

UNIVERSIDAD DE CHILE

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
DEPTO. DE PARASITOLOGIA

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
DIRECCION GENERAL

Hi
D4192
e.1

**TRABAJO DOCENTE
ASISTENCIAL DE CHILOE
1964**



(Auspiciado por la Facultad de Medicina y la Dirección General del Servicio Nacional de Salud).

Museo



Digitized

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CHILE

25.6.69

INDICE GENERAL DEL TRABAJO

| | Págs. |
|---|-------|
| I. Introducción | 1 |
| II. Antecedentes | 5 |
| III. Propósitos y Objetivos | 8 |
| a) Docentes | 8 |
| b) Labores del Programa de Acción | 10 |
| IV. Recursos | 11 |
| V. Método | 13 |
| A. Preparación en Santiago | 13 |
| I) Organización General | 13 |
| II) Comisiones | 13 |
| B. Desarrollo del Trabajo en Chiloé | 17 |
| 1. Método General | 17 |
| 2. Vacunación Anti-sarampión | 19 |
| 3. Organización y Desarrollo de la Comunidad | 25 |
| 4. Encuesta sobre Equinococcosis | 27 |
| 5. Campaña antidiarreica y enteroparásitos | 28 |
| 6. Atención médica | 31 |
| 7. Saneamiento básico | 37 |
| VI. Evaluación del Trabajo en Chiloé | 39 |
| A) Antecedentes | 39 |
| B) Objetivos y Propósitos | 39 |
| C) Recursos | 40 |
| D) Método | 40 |
| VII. Aspectos docentes | 45 |
| VIII. Anexos | 49 |
| 1) Análisis de la Encuesta | 49 |
| I Datos Generales | 55 |
| II Enfoque Antropológico sobre diarreas infantiles | 65 |
| III Enfoque antropológico y epidemiológico sobre parasitosis intestinales | 71 |
| IV Enfoque antropológico y epidemiológico sobre equinococcosis | 73 |
| V Enfoque antropológico sobre alimentación láctea | 74 |
| VI Enfoque antropológico sobre atención médica | 78 |

Museo Digital

FACULTAD DE MEDICINA | UNIVERSIDAD DE CHILE

6966

| | Págs. |
|--|-------|
| VII Jerarquización de Problemas por parte de la Comunidad | 81 |
| 2) Resultados de la encuesta coprológica | 83 |
| 3) Resultados de la encuesta sobre equinococosis | 84 |
| Integrantes de la Delegación | 85 |
| Bibliografía | 87 |
| | |
| IV. Recursos | |
| | |
| V. Método | |
| | |
| A. Preparación del estudio | |
| I) Organización General | |
| II) Comisiones | |
| B. Desarrollo del Trabajo en Chile | |
| 1. Método General | |
| 2. Vacunación Anti-sarampión | |
| 3. Organización y Desarrollo de la Comunidad | |
| 4. Encuesta sobre Equinococosis | |
| 5. Campaña antidiarreas y enteroparásitos | |
| 6. Atención médica | |
| 7. Seguimiento básico | |
| VI. Evaluación del Trabajo en Chile | |
| A) Antecedentes | |
| B) Objetivos y Propósitos | |
| C) Recursos | |
| D) Método | |
| VII. Aspectos docentes | |
| VIII. Anexos | |
| I) Análisis de la encuesta | |
| II) Datos Generales | |
| III) Enfoque antropológico sobre diarreas infantiles | |
| IV) Enfoque antropológico y epidemiológico sobre parásitos | |
| V) Enfoque antropológico sobre equinococosis | |
| VI) Enfoque antropológico sobre atención médica | |



INFORME GENERAL DEL TRABAJO EN CHILOE DE LA ESCUELA

DE MEDICINA



1. INTRODUCCION

La concepción actual de la medicina y de la función de los médicos se ha extendido con el correr del tiempo. Es así como la medicina tiene como propósito fundamental el de contribuir a que el hombre y la sociedad a la cual pertenece, alcancen un grado pleno de salud.

La salud, en un sentido integral, está sujeta a la influencia de todos y cada uno de los diferentes factores que determinan el nivel de vida de la comunidad.

De esto resulta, entre otras importantes implicaciones, el hecho fundamental que la medicina puede lograr sus fines, únicamente, si realiza sus actividades en armonía con los otros factores que intervienen en el desarrollo de la sociedad. Para alcanzar sus propósitos específicos, la medicina requiere realizar múltiples actividades, que con fines de sistematización y descripción, se agrupan a menudo como funciones de promoción, protección y recuperación de la salud. En suma, ellas tienden a:

a) Elevar, mantener o mejorar el estado de salud de las personas y de la comunidad, mediante acciones coordinadas con las de otros técnicos, que corrijan las condiciones adversas del ambiente y estimulen la capacidad de defensa del individuo contra agentes agresores.

b) Obtener la curación y rehabilitación del enfermo, con el fin de devolverle su capacidad funcional, y reintegrarlo a su medio social y elaborar medidas de prevención para protegerlo.

c) Educar a la colectividad para que ella logre un mejor nivel de salud, individual, familiar y colectivo y luego poder mantenerlo.

Es evidente también, que la salud y la enfermedad del individuo dependen estrechamente del medio social y físico al cual él pertenece. En consecuencia, la medicina debe dirigir sus acciones al individuo, a su núcleo familiar y al medio en el que vive y trabaja.

Resulta, asimismo, de esta concepción, que las funciones de la medicina requieren ejercerse no sólo en el hospital y el consultorio externo sino también en el domicilio y en todos los sitios y condiciones en que sean necesarios, para influir en la salud del individuo y de la comunidad.

Una vez planteada esta temática se puede resumir las funciones del médico en:

1.- Función técnica. Aplicar los procedimientos técnicos médicos destinados a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos y la comunidad, tanto en el aspecto físico como psíquico y social.

2.- Función educativa. En relación a las personas y a la comunidad, la educación impartida por el médico y su equipo, tiende a difundir conocimientos y a estimular la formación y práctica de hábitos para preservar la salud y en el caso de los enfermos, para coadyudar a su recuperación. Además, el médico debe promover la participación activa y responsable del personal, que trabaja con él en el cumplimiento de los propósitos anteriormente anunciados, por lo cual debe proporcionarle información y guía para coadyuvar a su adecuada formación.

3.- Función administrativa. Observar y aplicar como jefe del grupo funcionario técnico, las disposiciones necesarias para la mejor utilización y rendimiento del personal y los recursos entregados a su tuición, de tal modo que ellos puedan contribuir realmente a que se cumplan los propósitos y objetivos de la medicina.

4.- Función de investigación científica. Para buscar los hechos y relación que hagan comprensibles nuestra realidad.

5.- Función docente. De formación de un nuevo profesional que responda a nuestra propia realidad, teniendo como principios el ideal de la medicina integrada. Esta formación se hará a través de la entrega de la experiencia ganada por el médico, para estimular en el estudiante el deseo de la autoformación no sólo como técnico, sino también, como hombre integral.

6.- Función de consejero y guía para el individuo y la colectividad en todo lo que concierne a la salud para su reparación, promoción y prevención.

7.- Función de información al público y poderes públicos. Sobre los factores ambientales y sociales que pueden originarse o agravar problemas de salud y sobre sus posibles soluciones, así como de asesoramiento a las instituciones cuyas acciones insidan en este campo.

Estas funciones son propias de todo médico puesto que el objeto central de todas ellas es el hombre, en su dimensión de individuo y de ser social, lo que representa una unidad indivisible.

Por otra parte, para que el médico llegue a realizar estas funciones debe conocer y destacar las interrelaciones que existen entre salud y los factores económicos, sociales y culturales, trabajando además con las diversas instituciones y personas interesadas, para encontrar soluciones integradas a nivel local y nacional.

Ahora bien, para lograr un médico que tenga estas concepciones en forma real, la enseñanza de la medicina se ha fijado objetivos bien precisos que se pueden sintetizar en:

- a) Contribuir a una sólida preparación científica, especialmente en métodos de: análisis e investigación, y estimular el espíritu de investigación científica.
- b) Promover el cultivo de la personalidad, y el desarrollo y práctica de principios éticos.
- c) Estimular y desarrollar en el estudiante la capacidad de aprender por sí mismo, la adquisición de juicio crítico, espíritu de observación, raciocinio correcto y capacidad de ejecución.
- d) Proporcionar al estudiante una capacidad técnica que le permite afrontar los problemas de salud y enfermedad no especializado de la práctica diaria. Ella debe incluir el desarrollo de actitudes de prevención de la enfermedad y promoción de la salud del individuo, la familia y la colectividad, así como el aprendizaje de los principios y técnicas fundamentales de las ciencias sociales.

- e) Crear conciencia de las responsabilidades administrativas y sociales que le esperan como médico integrante de una medicina colectiva.

f) Proporcionar al estudiante oportunidades para la comprensión del hombre, en su unidad biológica, psíquica y social, junto con desarrollar en el futuro médico un sentido de respeto y comprensión humana frente a quién lo consulte profesionalmente.

Es así, como la enseñanza planteada en estos términos y especialmente los tres últimos puntos, no se pueden hacer solamente en el ámbito seleccionado de la universidad y se hace muy evidente la necesidad de planificar y entregar en forma seria el conocimiento de nuestras realidades sociales y culturales.

Para cumplir con estos objetivos, la facultad, a través de algunas cátedras, especialmente la de Parasitología, ha impulsado programas de acción que abarquen los principios de carácter social, estímulo a las actitudes de servicio público, prevención de la enfermedad y promoción de la salud en las personas, familias y colectividades.

Para que estas finalidades se fundamenten en la realidad y logren inducir una actitud social en el ejercicio de la profesión, no basta que los programas se efectúen en las poblaciones y escuelas de Santiago, sino que debe hacerse también en el medio rural en donde el liderazgo médico es de mayor necesidad en esta etapa de subdesarrollo y de mayor influencia para los cambios médicos, económicos y sociales. De ahí que desde más o menos 15 años, pequeños grupos de alumnos con sus docentes van en los meses de verano a diversas partes del país, a conocer este ambiente, teniendo como medio desde una encuesta hasta un profundo estudio parasitológico de la región. Empero, debido a la experiencia de estas acciones y a los graves problemas médicos encontrados en las diversas zonas, creemos que no basta ya mostrar una realidad, sino que la acción del estudiante debe, además, dejar hechos tangibles en esas diversas comunidades, que vayan desde la simple acción asistencial hasta el complejo programa educativo.

Por estas razones este año se han volcado todos los esfuerzos en una sola zona, en donde esta proyección de la Universidad deje sólidas realizaciones que puedan ser continuadas por las instituciones locales y permitan además, crear motivaciones en el estudiante para volver allí como profesional.

Paralelamente, el Servicio Nacional de Salud tiene profundo interés en mostrar al estudiante este medio, para hacerlo comprender que es allí donde su presencia como técnico es indispensable para mejorar los graves problemas a los cuales se ha enfrentado ya que la solución básica de ellos depende de la presencia de médicos eficientes, técnica y socialmente, que sean capaces de encauzar y resolver situaciones, a través de la comprensión de su comunidad y del trabajo integrado con otros técnicos y personal de diversas categorías.

Todos estos conceptos se podrían resumir al recordar las palabras de Andrés Bello, quien decía:

"La Medicina investigará las modificaciones peculiares que da al hombre Chileno su clima, sus costumbres, sus alimentos; se desvelará por arrancar a las epidemias el secreto de su germinación y de sus actividades devastadoras y hará en cuanto sea posible, que se difunda a los campos el conocimiento de los medios sencillos de conservar y reparar la salud".

II.- ANTECEDENTES

Nuestros datos acerca de la Provincia de Chiloé en el momento de iniciar nuestro trabajo eran:

A.- Población.

Según censo de 1960 la población de Chiloé alcanzaba a 99.205 hab., siendo la población de 1952 de 100.687 hab.

Sin embargo, esta disminución de habitantes ya no se apreciaba en 1962 en que según datos del Sub-Departamento de Bioestadística del S.N.S. el número de habitantes era de 106.403, lo que da una densidad de población de 3,94 habitantes por Km², siendo la densidad media para Chile en ese año de 10,75 hab. por Km², no contando la Antártida Chilena.

La población en 1960 se distribuía en 44,6% de hombres y 55,4% de mujeres. Este menor porcentaje de hombres se explica en parte por la migración del individuo a las fuentes de trabajo como Llanquihue, Aysén, Magallanes y Argentina.

Por otra parte el sector urbano alcanzaba a 17,97% y el rural a 82,03%.

La distribución topográfica de la población se hace preferentemente a orillas del mar, habiendo una gran dispersión de viviendas.

En ocho comunas de las once, el 90% de las viviendas era de tipo rural. Era también conocido por nosotros el gran incremento de población que ha sufrido la antigua comuna de Yelcho, hoy Palena.

En cuanto al problema salarios, en 1962 se pagaron en Chiloé 13.225 días de subsidio por un valor de E° 11.117,60 ó sea a razón de 0,86 escudos por día de subsidio que correspondería al salario medio que estaría percibiendo los imponentes de la Ley 10.383 en esta provincia en 1962.

B.- Medio Físico.

La provincia de Chiloé alcanza una superficie de 27.013,50 Km². Consta de tres Departamentos: Ancud, Castro y Quinchao. Posee dos puntos de importancia: Ancud y Castro. En cuanto al clima, la temperatura extrema, sobre todo en la parte oriental de Chiloé, varía poco (9 a 15°), pero las lluvias son abundantes y disminuyen de la costa hacia el interior.

El Departamento de Ancud alcanza a 3.713 Km², el de Castro, a 5.499 Km² y Quinchao, a 14.234 Km². En cuanto al problema de viviendas en 1952 se censaron 18.529 viviendas, siendo unifamiliares 15.873 y habitando en ellas el 85,3% de la población (85.934). El promedio de habitante por vivienda era de 5,4.

Ahora del total de viviendas, 3,224 eran urbanas (17,4%) de las cuales sólo 1.582 recibían agua potable por cañería y sólo 433 estaban conectadas a la red de alcantarillado. De las 15,305 viviendas rurales, 25 estaban conectadas a red de agua potable y sólo 5 a red de alcantarillado.

C.- Problemas de salud.

Chiloé pertenece a la 12ª. zona que comprende las provincias de Llanquihue (área única Puerto Montt), Chiloé (área Ancud y área Castro) y Aysén (área única Coyhaique).

Según el censo de 1960 la población que correspondía al área de Ancud era de 31.871 o sea que se disponía de 2,8 camas por cada 1.000 habitantes. (para Santiago era de 5).

Dependen del Hospital de Ancud las Postas de Chacao, Quemchi y Chacero; El área Castro; Hospital Base Castro, en construcción, funcionando actualmente en una escuela. El Hospital en construcción tendrá 100 camas, actualmente tiene 68. En esta área además, existen hospitales de: Achao, tipo D con 20 camas, Quellón, tipo D con 24 camas, Curaco de Velez, tipo D con 8 camas.

Según el censo de 1960 habría para 60.068 habitantes 150 camas, dando 2,5 camas por mil habitantes.

Del Hospital de Castro dependen las Postas de Chonchi y Dalcahue.

Del Hospital de Achao depende la Posta de Guenac y del Hospital de Quellón dependen las Postas de Quellén y Melinka.

En cuanto a mortalidad general durante el quinquenio 1956 a 1960 fué de 12,7% en promedio y en 1961 de 14,3% (En Chile fué de 11,7%).

La mortalidad infantil en el mismo quinquenio fué de 165,3% nacidos vivos. En 1961 era de 158,3% (En Chile fué de 119,8%). La mortalidad neonatal fué de 85% nacidos vivos. (En Chile fué de 36,7%).

En lo que se refiere a certificaciones médicas, es decir, sólo un 25% de los fallecidos había recibido atención médica (1961) y que habían muerto 1.299 personas.

La natalidad en 1961 fué de 28,7% habitantes. (En Chile fué de 33,8%). La atención de partos fué de 35,9% con asistencia profesional y de las personas inscritas el 19,1% eran hijos ilegítimos.

Algunas estadísticas de los datos de 1962 (Servicio Nacional de

| <u>Consultas Maternales</u> | | <u>Consultas a niños</u> | |
|-----------------------------|----------|--------------------------|--------------|
| Area Ancud: | 2.060 | Area Ancud: | 14.077 |
| Area Castro: | 2.529 | Area Castro: | 25.743 |
| Chile: | 949.796 | Chile: | 4.043.199 |
| Abortos: | Ancud 60 | Castro 57 | Chile 40.505 |
| Partos: | 413 | 614 | 178.624 |
| Nacidos vivos: | 396 | 620 | 149.731 |
| Nacidos muertos: | 17 | 23 | 4.277 |
| Leche distribuída | 20.796 | 32.036 | 7.686.493 |

III.- PROPOSITOS Y OBJETIVOS

Este programa se realizó a través de un trabajo en terreno de alumnos de 3°, 4°, 5° y 6° e internos de la Escuela de Medicina, bajo la dirección de un grupo docente completo, todos los cuales fueron preparados previamente por técnicos del Servicio Nacional de Salud y de la Universidad para que cumplieran con eficiencia su labor.

Nuestros propósitos se pueden analizar desde dos puntos de vista y solamente con el deseo de objetivizar al máximo nuestra visión;

- a) Docentes
- b) Labores del programa de acción

a) **DOCENTES.**- Desde este punto de vista creemos que estos trabajos en el medio rural llevarán a los estudiantes a una mejor comprensión de nuestros problemas médico-sociales. Al:

1.- Considerar que la salud se relaciona con el ajuste óptimo de la perso-

na en todos sus aspectos (físico, mental, social y espiritual) y consi-

derar al ambiente en forma global, no sólo en términos de microbio, cé-

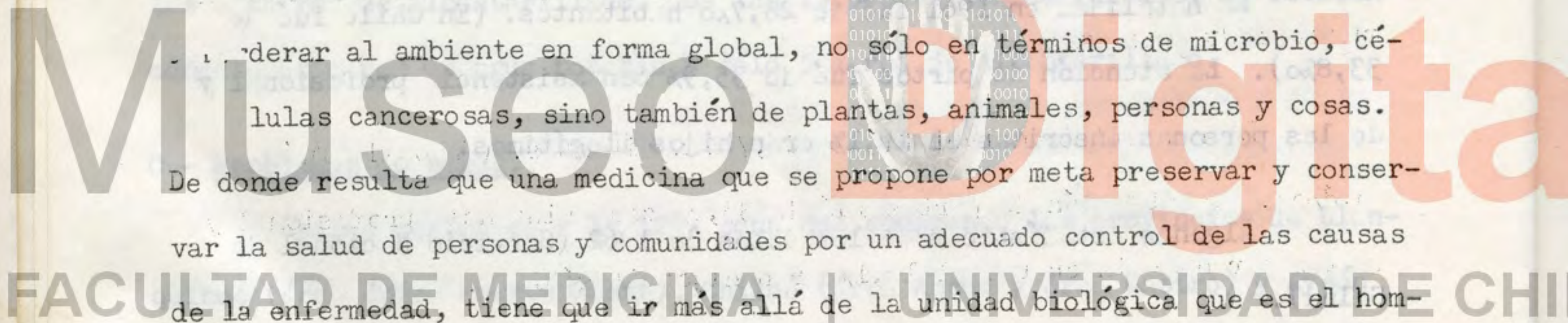
lulas cancerosas, sino también de plantas, animales, personas y cosas.

De donde resulta que una medicina que se propone por meta preservar y conser-

var la salud de personas y comunidades por un adecuado control de las causas

de la enfermedad, tiene que ir más allá de la unidad biológica que es el hom-

bre y hurgar en el medio físico, social y cultural en el que vive.



- 2.- Por otra parte el estudiante se dará cuenta que no podrá llegar a conocer con propiedad todos los campos de conocimientos adicionales requeridos para el cumplimiento de las labores señaladas, porque muchos de ellos son tan extensos y complejos como la medicina misma y por ello se les hará imperativa una labor conjunta con otras profesiones no sólo de colaboración médica sino con educadores, sociólogos y economistas, entre otros. Este es un proceso que debe empezar precozmente en el estudiante ya que hay una resistencia del médico para compartir un campo que hasta ahora ha sido y siente de su exclusiva incumbencia.
- 3.- Una tercera consecuencia que extraerá el estudiante será la concepción integral de salud y el reconocimiento obligado de la interdependencia de los problemas de salud de una población y de su solución con múltiples otras actividades organizadas que se realizan en la misma población.

Sin embargo, esta visión que sacará el estudiante deberá ser adquirida a través de un método que acerque más al alumno al docente que le guía en la visión de dichas realidades. Es así como creemos que la interrelación humana entre alumno y docentes es lo fundamental para lograr los fines ya enunciados.

Lo ideal es lograr un verdadero equipo entre docentes y alumnos, en el cual uno lleva sólo una mayor experiencia, pero ambos deben estudiar los diferentes problemas de modo que el alumno capte con verdadera personalidad las situaciones que deba resolver.

Queremos hacer notar que este propósito docente es lo fundamental en nuestro trabajo y el método seguido es la aplicación de una docencia integrada para una medicina integrada.

El propósito asistencial, si bien es cierto que puede dejar realidades en la zona de Chiloé, nos servirá de medio para llevar a efecto el propósito docente de nuestro trabajo. Como resultado de esta política es la permanente discusión de todos los aspectos del trabajo, con un verdadero

diálogo universitario, en donde el ayudante docente sólo es guía y consejero del grupo, permitiendo ello que los alumnos se sientan realmente efectuando su labor, bajo su entera responsabilidad, viviendo intensamente esta etapa formativa de su aprendizaje.

b) Nuestros objetivos de las labores del programa de acción, se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. Objetivos mediatos. Aplicar el método DOC en la provincia de Chiloé a través de un programa integrado en un lapso de 5 años para ampliar los propósitos docentes asistenciales ya enunciados.

2. Objetivos inmediatos 1964.

2.1. Iniciación de la organización y desarrollo en cada zona de la comunidad asignada:

a) Formación y capacitación del personal del S.N.S. y de Servicios Públicos para este objeto.

b) Contacto con líderes y organizaciones locales.

c) Sensibilización de la comunidad.

d) Investigación de la comunidad (encuestaje y fichaje de las comunidades).

2.2. Investigación epidemiológica de algunos aspectos de hidatidosis:

a) Encuesta epidemiológica de un porcentaje de la población.

b) Estudios de las condiciones de la matanza (mataderos y domicilio).

c) Investigación de la presencia de parásitos en perros vagos y merodeadores.

2.3. Programa contra diarreas infantiles y enteroparasitosis:

a) Educación individual y familiar en relación con los mecanismos de transmisión y normas de prevención de las diarreas infantiles y enteroparasitosis.

b) Información al público sobre la base de charlas y material audiovisual acerca de los temas antes mencionados.

c) Promoción dentro de las comunidades de actividades tendientes a eliminar las condiciones que favorecen estas enfermedades.

- d) Educación en centros de madres y Agrupaciones de Mujeres sobre técnicas de preparación de mamaderas, hidratación y termolisis.
 - e) Capacitación del personal paramédico del S.N.S., en cuanto a mecanismos de transmisión de enfermedades.
 - f) Encuesta epidemiológica y coprológica de un 5% de la población a investigar.
 - g) Tratamiento de los enfermos por el S.N.S. local y los estudiantes de medicina de cursos superiores.
- 2.4. Saneamiento básico, con un programa piloto de UNICEF promoción de bombas de agua, para que sean instaladas, y letrinas sanitarias, en los diferentes lugares de trabajo.
- 2.5. Vacunación antisarampionosa en el 80% de la población expuesta (lactantes de más de 8 meses y preescolares). Control clínico y tratamiento de todos los vacunados por el lapso de 8 días (2.000 niños).
- 2.6. Atención médica en otros rubros de la salud, en íntima coordinación con los programas del S.N.S.
- 2.7. Evaluación permanente de todas las etapas del trabajo.

Cabe destacar que estos objetivos corresponden a los programas locales del S.N.S., cuyos funcionarios trabajarán integrados con los estudiantes y serán los continuadores del programa.

IV. RECURSOS

a.- Humanos:

1) Nueve ayudantes docentes de la Cátedra de Parasitología de la Universidad de Chile (un médico coordinador general y ocho docentes).

2) Cuatro asesores pediátricos de la Cátedra del Prof. Dr. J. Meneghello (Drs. Fanta, Solimano, Ferreiro) (CAIMI Hosp. Arriarán).

3) 56 alumnos del 3er. año de medicina de la Universidad de Chile, subdivididos en grupos de números variables de acuerdo a las condiciones locales.

- 4) 20 alumnos de cursos superiores de medicina de La Universidad de Chile.
- 5) Un médico veterinario Dr. Omar Barrigá.
- 6) Un alumno interno de la U. Católica.
- 7) Dos operadores de cine de la Universidad de Chile, Srs. (Juan Cuevas y Francisco Quiroz.
- 8) Personal de epidemiología de Santiago y Pto. Montt.
- 9) Personal local (S.N.S., carabineros, profesores, etc.)

b.- Materiales:

- 1) Un jeep con bencina y repuestos.
 - 2) Dos proyectores de cine y diapositivos.
 - 3) Un equipo de altavoces.
 - 4) Material educativo (Películas, volantes, afiches, folletos, etc.)
 - 5) Dos generadores eléctricos.
- Todo el material mencionado fue proporcionado por la Universidad de Chile.
- 6) Material y el instrumental para la vacunación antisarampionosa y antecoqueluchoídea.
 - 7) Específicos.
 - 8) Refrigeración (Refrigeradores, termos, etc.). Material a cargo del S.N.S.
 - 9) El financiamiento de movilización y alimentación de todo el grupo, estuvo a cargo de la Dirección General del S.N.S. (E° 10.000)
 - 10) Otros medios de movilización (Armada de Chile, LAN, FF.CC. del E.
 - 11) Material local:

Locales (Escuelas, postas y hospitales)

Mobiliario

Medios de locomoción: un jeep del S.N.S. con bencina y repuestos, lanchas de carabineros y particulares, camiones y camionetas, caballos, etc.

V.- METODO

A.- PREPARACION EN SANTIAGO.

I.- Organización General.

La organización general del trabajo Chiloé 1964 estuvo en manos del grupo de monitores de Trabajos en Terreno de la Cátedra de Parasitología y de su coordinador, el Dr. Roberto Belmar, bajo el auspicio del S.N.S. y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Para lograr una programación de acuerdo con la realidad de Chiloé se necesitaba una información directa de las autoridades de esa zona, para lo cual, dos meses antes de la partida el Dr. Belmar visitó la provincia y tomó contacto con sus autoridades y en especial, con las del S.N.S.

A continuación se procedió a elaborar un proyecto de programa de trabajo, el que una vez estudiado fue presentado al Decano de la Facultad de Medicina y al Consejo del S.N.S. quienes sin introducirle modificaciones lo aprobaron. Este proyecto de programa fue, además, enviado por correo a las autoridades del S.N.S. de Chiloé y también a otras instituciones de esa zona, los cuales hicieron sugerencias al programa. Con todos estos antecedentes se elaboró el programa definitivo.

II.- Comisiones.

Para que la labor de preparación del trabajo resultara más efectiva, el grupo de monitores y alumnos se dividió en cuatro comisiones, cuya labor desarrollada se analizará a continuación:

1.- Comisión de planificación.

Esta comisión debía cumplir el siguiente plan:

- a) Obtención de información básica referente a población, medios físicos, problemas de salud, trabajos de otras instituciones, etc.

- b) Programación. Labor a desempeñar por cada comisión y estudio de los recursos de acuerdo a las necesidades.

- c) Formulación del plan: Objetivos, Organización de los recursos, Normas generales para la ejecución y evaluación del plan.

2.- Comisión de recursos.

La labor de esta comisión fue la siguiente:

- a) Obtención de los recursos materiales:

a.1. Material de divulgación de enteroparásitos, diarreas, sarampión y del material audiovisual.

a.2. Material de vacunación

a.3. Material de abrigo (sacos de dormir y mantas),

para un número de alumnos.

a.4. Material de atención médica.

- b) Elaboración de itinerario de viaje:

b.1. Compra de pasajes con rebaja de un 50% en ferrocarril de Santiago a Pto. Montt.

b.2. Obtención de un medio de transporte marítimo en la Armada Nacional para el viaje desde Pto. Montt a su lugar de trabajo de los grupos de Achao, Castro, Chonchi, Queilén y Quellón.

c) Conversaciones con Ministerio de Educación con el fin de que se facilitaran las escuelas para ser usadas como habitación por los distintos grupos.

d) Obtención y distribución de los recursos monetarios para el finaciamiento del viaje.

3.- Comisión de relaciones públicas.

Los objetivos de esta comisión fueron los siguientes:

- a) Conexión con los organismos que se detallan:

a.1. Servicio Nacional de Salud: Oficinas de Higiene Ambiental, Educación para la salud, Epidemiología, Fomento de la Salud y Jefatura del Departamento Técnico, así como también con la Dirección General.

En lo zonal, conexión con el Dr. Tallma, Dra. Berríos (epidemióloga) y Dr. Escobillana. Además, conexión con el área de Ancud y de Castro a través de sus Directores los Drs. Giacaman y Barrientos, respectivamente.

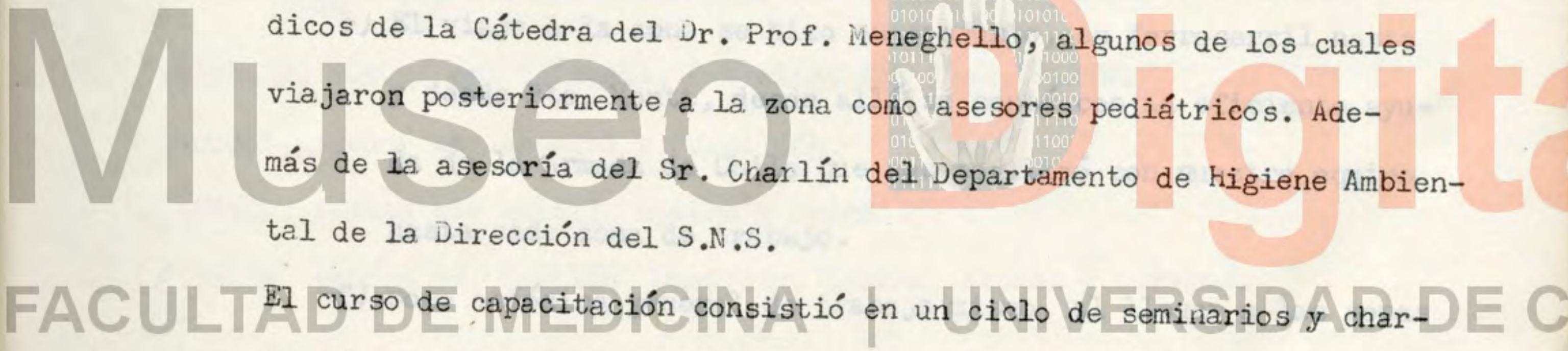
- a.2. Universidad: Rector
Facultad de Medicina: Decano, Director, Profesor Meneghello y Dr. Fanta, Dr. Ferreiro, Dr. Solimano, ayudantes de Cát. Pediatría.
- a.3. Federación de Estudiantes de Chile.
- a.4. Instituto de Educación rural.
- a.5. INDAP
- a.6. CORFO
- a.7. IANSA
- a.8. Ministerio de Educación
- a.9. Armada Nacional
- a.10. Carabineros
- a.11. Autoridades de la provincia: Intendentes, Gobernadores, Alcaldes, Subdelegado.

- b) Labor de difusión del programa a través de la prensa, radio y conversaciones y entrevistas personales con ejecutivos del punto a).
- c) Relaciones inter-grupo durante el trabajo y preparación de actividades culturales en Castro.

4.- Comisión de capacitación.

Se encargó de la realización de un curso de capacitación para los alumnos que se trasladarían a la zona. Esta comisión contó con asesoría del Depto. de Epidemiología del S.N.S. (Dr. Bocardo), de médicos de la Cátedra del Dr. Prof. Meneghello, algunos de los cuales viajaron posteriormente a la zona como asesores pediátricos. Además de la asesoría del Sr. Charlín del Departamento de Higiene Ambiental de la Dirección del S.N.S.

El curso de capacitación consistió en un ciclo de seminarios y charlas en que se estudiaron los siguientes temas:



- a) Aspectos generales de la provincia de Chiloé en cuanto a economía, agricultura y salud.
- b) Sarampión: seminarios de grupos pequeños sobre la enfermedad y técnica de vacunación en el Vacunatorio del Hosp. Arriarán gracias a la cooperación del CAIMI.
- c) Enteroparasitosis, seminarios de pequeños grupos en que se analizaron las distintas parasitosis desde el punto de vista clínico y epidemiológico y la realidad parasitológica de Chile y Chiloé. Además se analizaron las encuestas a realizar en Chiloé cuya elaboración estuvo también a cargo de esta comisión.
- d) Diarreas infantiles: estudio clínico y epidemiológico en seminarios y planificación de la integración de los programas de diarreas, sarampión y enteroparasitosis.
- e) Saneamiento básico: charlas a cargo del Director del Programa de UNICEF el Sr. Charlín.
- f) Organización y desarrollo de la comunidad: planteamientos teóricos y guía práctica a seguir para su aplicación en Chiloé.

Para cada uno de los seminarios se contó con material mimeografiado referente al tema que se iba a discutir. Este material era elaborado por los monitores integrantes de esta comisión y era entregado días antes para que fuera estudiado por cada alumno. (anexo a este informe puede encontrarse ejemplares tipo del material entregado).

Una semana antes de partir a Stgo., viajó a Pto. Montt y Chiloé el Sr. monitor Curt Lemesh con el objeto de establecer nuevamente contacto con autoridades de la zona y solucionar algunos detalles referente a distribución de los grupos por vía marítima y terrestre, alimentación y alojamiento.

Museo  Digitalita

FACULTAD DE MEDICINA | UNIVERSIDAD DE CHI

METODO GENERAL

Una vez que los alumnos estuvieron preparados, se dividieron en 9 grupos, de acuerdo a las 9 zonas que se habían seleccionado. Esta agrupación se efectuó teniendo en cuenta que debía haber en cada grupo alumnos de los cursos superiores (internos o egresados de 6° año), para cubrir la parte asistencial.

Los lugares elegidos fueron: Quetalmahue, Chacao, Quemchi, Achao, Dalcahue, Castro, Queilén, Chonchi y Quellón. Estas zonas registraban la mayor concentración de habitantes de Chiloé y tomaban los sectores más importantes de la Isla.

Hechos dignos de remarcar en la metódica fueron:

- a) Los grupos habitaron la escuela del lugar, excepto los grupos de Castro, Achao y Quellón, en donde alojaron en el Hospital. Llevando sus propios sacos de dormir, para no crear problemas en la zona. La alimentación fue de responsabilidad de cada grupo, para no ser una carga en la comunidad y teniendo como norma general, la de no crear problemas a la comunidad, y tratar de resolver nuestras propias dificultades con nuestros propios elementos.
- b) Convivir todos en conjunto para compartir la experiencia docente.
- c) Todas las acciones eran libremente discutidas por todo el grupo.
- d) Se llevaba una prolija anotación de todas las acciones, experiencias y vivencias, aun las de tipo no médico.
- e) El viaje a la zona se hizo en conjunto, en ferrocarril hasta y desde Pto. Montt, desde allí se contó con la eficiente ayuda de la Armada de Chile que nos movilizó con nuestro equipo hasta cada zona de trabajo.
- f) Como metódica general de trabajo mismo, al llegar a las zonas

se siguió este esquema:

1. Contacto con jefes del S. N. S., para discutir y decidir sobre las acciones a tomar.
2. Contacto con otras instituciones para coordinar el programa, en especial con Carabineros de Chile, de inmensa utilidad en el trabajo por la gran utilidad prestada; profesores, elementos fundamentales como enlaces con la comunidad, Corfo, I.E.R., Iansa, Instituto Cooperativo de la U. de Chile, etc.
3. Contacto con líderes naturales, para información del objeto de nuestro viaje y discutir todo el plan.
4. Contacto con toda la comunidad para informar, sensibilizar, motivar y discutir el plan.
5. Iniciación de las acciones propiamente tales.
6. Discusión permanente y revisión de los programas de acuerdo con la realidad.

Una vez terminado todo el trabajo, se reunieron todos los grupos en Castro, en donde se hizo entrega de los resultados a las Autoridades, en especial a las del S. N. S. y se sacaron las conclusiones pertinentes.

2.- Vacunación antisarampionosa.

Introducción.

Se realizó esta vacunación a pedido del S.N.S. para completar un programa de vacunación antisarampionosa ya iniciado por el Servicio en la Isla de Chiloé. El trabajo fue realizado en coordinación con el S.N.S. de la XII zona, a través de la epidemióloga zonal Dra. Berríos y del jefe del programa de epidemiología de Castro, Dr. Avendaño, siendo los centros de acción los hospitales de Ancud y Castro; directores del programa fueron los Drs. Giacaman y Barrientos.

El objetivo de esta campaña era disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad por sarampión en dicha zona. Nos propusimos la meta de vacunar a un mínimo de 2.000 niños susceptibles entre la edad de 8 meses y 5 años.

Además de la vacuna antisarampionosa, en algunas zonas, se realizó vacunación antioqueluche.

Lugares de vacunación: En reuniones efectuadas con los jefes de zona, epidemióloga Dra. Berríos, Dr. Belmar y monitores de cada grupo, se acordó la fecha para realizar la vacunación a cada grupo entre los días 22 de enero al 13 de febrero.

A continuación se detallan los lugares que fueron elegidos para vacunar:

Chacao, se vacunó en: Chacao, Senda de Chacao, Caulín Bajo, Caulín alto y pogueñún.

Quetalmahue, vacunó en: Quetalmahue, Quilo, Cocotué, Calle, Cuabun, Lechagua y Pullihue.

Quinchao, vacunó en: Achao, Curaco de Velez, Quenchao, Quenac, Llingua y Lín.

Dalcahue, vacunó en: Dalcahue, Quetalco, San Juan, Calén.

Chonchi, vacunó en: Chonchi y Puqueldón.

Queilén, vacuno en: Queilén Apeche y Traqui.

Quellón, vacuno en: Quellón, Oqueldán, Yaldad, Auchac y Curanué.

Lugares en que se realizó vacunación mixta:

Quemchi, en Quemchi.

Queilén, en Queilén San José y Aituy.

Castro, en Castro, Huillinco, Ranco y Quilquico.

Recursos. Materiales: Local y mobiliario proporcionado por los profesores de los distintos lugares de trabajo. Material e instrumental proporcionado por el S.N.S. mediante el Hospital de Castro, Ancud y Quellón. Movilización: un jeep de parasitología y otros vehículos facilitados por particulares o arrendados. Se contó con la refrigeración de los hospitales de Ancud, Castro, Achao y Quellón, en algunos pueblos se consiguió refrigeración por medio de particulares quienes cedieron amablemente sus refrigeradores. Un equipo de altavoces, proyectora de películas, afiches y material de propaganda se ocupó en la sensibilización.

Humanos: 90 alumnos de la escuela de Medicina de la U. de Chile de 3°, 4°, 5°, 6° y 7° años. Enfermeras Jefe de los hospitales de Castro y Ancud. Personal auxiliar del S.N.S. de los Hospitales de Castro y Ancud. Miembros de las comunidades como profesores, grupo de adelanto local, Cuerpo de Bomberos y Carabineros de Chile.

Acción y Método.

Seguimos el siguiente plan para realizar la vacunación:

A.- Sensibilización y divulgación del plan de vacunación.

B.- Vacunación propiamente tal.

a.- Sensibilización y divulgación fue una etapa previa a la vacunación realizada por todos los grupos. Se siguió una metódica general con ligeras modificaciones para los diferentes grupos, dadas las distintas condiciones en que se realizó la vacunación. Se comenzó la sensibilización con contactos informales, individuales con líderes y profesores de la localidad para informar y dar significación a la campaña, al mismo tiempo, se llegó a acuerdos para realizar reuniones formales.

Se efectuaron reuniones formales con líderes y profesores de la localidad, en la cual se discutía la campaña y se solicitaba la cooperación, que consistía en la información que los mismos líderes darían a la población.

Por otra parte se elegía a las personas voluntarias para la divulgación de la campaña y la vacunación misma.

El paso siguiente fue motivar a la población por medio de la radio, películas y charlas alusivas a la enfermedad. Se utilizó la prensa y se colocaron afiches en lugares estratégicos de las diversas localidades.

La motivación personal se realizó durante la atención médica y el encuestaje. También durante las reuniones con la población se fijaron las fechas de vacunación.


b.- Vacunación: cada grupo estuvo organizado con el fin de obtener el máximo de provecho de los vacunadores durante su trabajo. La formación del equipo de trabajo fué: vacunador, ayudante, escribiente, examinador y organizador.

Previa a la vacunación el equipo de trabajo se puso en contacto con la comunidad para informarla y obtener voluntarios en la vacunación misma, como asimismo, ubicar los locales apropiados para ésta.

Resultados.- A continuación damos los resultados parciales de la vacunación realizada por cada grupo y el resultado final de la vacunación en toda la Isla.

| <u>Grupo Chacao</u> | <u>Nº de vacunas</u> | <u>Dosis perdidas</u> |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Chacao | 27 | 0 |
| Caulín Alto | 30 | 0 |
| Caulín Bajo | 27 | 3 |
| Pegueñún | 53 | 7 |
| Senda Chacao | 32 | 3 |
| | <u>169</u> | <u>13</u> |
| <u>Grupo Quinchao</u> | | |
| Achao | 88 | 2 |
| Quinchao | 26 | 4 |
| Quenac | 24 | 0 |
| Llingua | 32 | 0 |
| Linlín | 61 | 0 |
| Curaco de Velez | 0 | 0 |
| | <u>231</u> | <u>39</u> |

| <u>Grupo</u> | N° de vacunas | Dosis perdidas |
|--------------------------|---------------|----------------|
| <u>Grupo Chonchi</u> | | |
| Chonchi | 62 | 0 |
| Puqueldón | 58 | 2 |
| | <u>120</u> | <u>2</u> |
| <u>Grupo Dalcahue</u> | | |
| Dalcahue | 66 | 0 |
| San Juan | 55 | 0 |
| Calen | 25 | 0 |
| Quetalco | 55 | 0 |
| | <u>181</u> | <u>0</u> |
| <u>Grupo Quetalmahue</u> | | |
| Quetalmahue | 27 | 3 |
| Quilo | 32 | 0 |
| Cocotué | 82 | 8 |
| Calle | 29 | 1 |
| Guabún | 30 | 0 |
| Lechagua | 29 | 1 |
| Pullihue y Nal | 26 | 4 |
| | <u>255</u> | <u>17</u> |
| <u>Grupo Quellón</u> | | |
| Quellón | 32 | 13 |
| Oqueldan | 30 | 0 |
| Yaldad | 0 | 0 |
| Auchac | 23 | 0 |
| Curanahue | 38 | 0 |
| Santa Rosa | 30 | 0 |
| | <u>153</u> | <u>13</u> |
| <u>Grupo Queilén</u> | | |
| Queilén | 22 | 8 |
| Apeche | 92 | 0 |
| Traqui | 30 | 0 |
| | <u>144</u> | <u>8</u> |

Museo  Digitized by

Castro

EVALUACIÓN Nº de vacunas

| | |
|------------------------|-----|
| Población Clara Barton | 63 |
| Población Corvi | 32 |
| Barrio Gamboa | 9 |
| Nercón | 28 |
| Zentén | 31 |
| Quilquico | 29 |
| Curahue | 30 |
| Zarahuín | 19 |
| Huillinco | 25 |
| Ranco | 6 |
| Cruz Roja | 14 |
| | 286 |

Vacunación Mixta:

Grupo Quemchi

Quemchi 144

Grupo Queilén

Queilén 88

San José 23

Aituy 39

TOTAL vacunas: 1.539

Dosis Perdidas: 92

Vacunas Mixtas: 1294

En algunos lugares la vacunación fue escasa y aún nula, lo que se podría explicar de la siguiente manera, debido a los factores adversos: a) mal tiempo el día que se realizó la vacunación, especialmente con fuertes lluvias lo que dificultó la afluencia de público de lugares lejanos, b) en algunas partes, semanas antes había pasado la barcaza Morel, desarrollando el plan de vacunación antiserampión alcanzando a vacunar parte de la población; algunos niños presentaron intensas reacciones a la vacuna, por lo que la población tenía cierto temor a esta nueva vacunación.

EVALUACION DE LA VACUNACION

a.- Organización:

Se apreciaron fallas en la organización general del plan, pues no hubo cumplimiento de las fechas propuestas por la jefatura. En cuanto a la organización del grupo en la vacunación misma, esta fue bien realizada y permitió tener el máximo de provecho de cada uno de los integrantes, y realizar la vacunación en el menor tiempo posible.

b.- Del Contenido del Programa:

En la sensibilización hubo fallas notorias en el reparto de los medios audiovisuales. Para sensibilizar, en gran parte se debió a la carencia de locomoción y transporte. A pesar de estas fallas se obtuvo un buen resultado, debido a que la población de la isla en general, estaba ya sensibilizada en lo que a vacunación se refería.

c.- Actitud de la comunidad ante el programa:

En todos los lugares de trabajo la comunidad respondió ampliamente y es de hacer notar la cooperación de los profesores y del Cuerpo de Carabineros en todos los lugares que se vacunó; esto se dejó ver por la divulgación y sensibilización que efectuaron los maestros, y la facilitación de transporte que hicieron los carabineros. También en algunas localidades ayudaron a la vacunación, el cuerpo de adelanto local, y el de Bomberos.

d.- Recursos:

Hubo una falta de material audiovisual para realizar una buena sensibilización. Falta de locomoción propia, lo que impidió efectuar vacunación en lugares alejados, transporte de material audiovisual, lo que demoró la vacunación, no pudiéndose por ello, cumplir con las fechas previamente señaladas. En general los medios de locomoción eran difíciles, y es así como donde se usaba la vía marítima, no fue, en muchas oportunidades, conseguir una lancha.

Es necesario hacer notar que en Cuetalmahue no fue necesario sensibilizar con material audiovisual, pero tal vez los resultados hubieran sido mejores con la presencia de ellos.

El material de jeringas y agujas fue insuficiente, ya que debía ser esterilizado en Ancud, Castro o Achao. Esto, sin embargo, fue suplido en gran parte por la activa cooperación de médicos y autoridades del S.N.S. que en todo momento nos prestaron su ayuda.

Una sugerencia práctica que se obtuvo durante la vacunación es disminuir el número de dosis por frasco de vacuna, esto a veces impidió realizar vacunaciones cuando el público era reducido, por perderse una gran cantidad de vacuna, siendo el costo elevado.

(3) ORGANIZACION Y DESARROLLO DE COMUNIDAD.

La organización y desarrollo de comunidades es un proceso por el cual la propia comunidad participa en la planificación y realización de programas que se destinan a elevar su nivel de vida y esto implica la colaboración indispensable entre organismos estatales y la comunidad para hacer esquemas de desarrollo viables y eficaces.

Para llevar a efecto un plan acabado en este aspecto, es necesario una acción continuada a través de largo tiempo; es por ello que en nuestra corta estadía sólo podríamos pretender la iniciación de este proceso y la formación de personas capaces de continuar, que es lo más importante, en este tipo de trabajos.

a) Formación y capacitación del personal del S.N.S. y de servicios públicos para este objeto: en los lugares que ellos existían se tomó contacto con auxiliares, practicantes y carabineros. Con ello se sostuvo conversaciones que tendieron al análisis de los problemas más sentidos por las comunidades sobre todo en el campo de la salud, buscando posibles soluciones con la acción mancomunada de todos los pobladores. Además, se les repartió unos folletos que explicaban las bases del desarrollo y organización de comunidades.

Cabe destacar en este aspecto que los profesores fueron los más positivos y su importancia en un plan de este tipo, es de gran importancia por la ascendencia que poseen en la comunidad. De este modo se trató de

coordinar planes de educación y salud, lo que tuvo su máxima expresión en los siguientes lugares: Quetalmahue, se trabajó en un plan de integración del magisterio local con el S.N.S.; Achao, se concretizó una cooperación entre el profesor y el médico, gracias a que uno de los integrantes del grupo que laboró en esta zona, será dentro de pocos meses médico del Hospital de Achao; Quemchi, en este lugar existen profesores dependientes del llamado plan fundamental, uno de los cuales se dedica al fomento de la salud.

b) Contacto con líderes y organizaciones locales. En cada una de las comunidades lo primero que se hizo a nuestra llegada fué establecer contacto con el mayor número de líderes, tanto formales como naturales, a los que se expuso la labor a desarrollar. Se tuvo una gran acogida de su parte y luego se mantuvo relaciones muy amistosas a lo largo de nuestra estadía; fueron ellos también los encargados de facilitar nuestra introducción a la población. Estas buenas relaciones permitieron establecer conversaciones sobre tópicos semejantes a los expuestos en el punto anterior y ayudaron a obtener un cabal conocimiento de las comunidades. A estos líderes además, se les repartió folletines sobre desarrollo y organización de comunidades.

Las organizaciones locales más importantes que se detectaron fueron: Instituto de Educación Rural (Chacao y Achao), Comité de Pequeños Agricultores, dependientes de la INDA? (Chacao, Achao, Quellén y Quemchi), Centro de Padres y Centro de Madres, en todas las comunidades, Juntas pro adelanto local, Cuerpo de Carabineros, Cruz Roja, Clubes Deportivos, Cuerpo de Bomberos.

En todo momento se trató de fortalecer estos organismos estimulando sus acciones, dando sugerencias y trabajando a la par con ellos. Por otra parte en muchas de estas instituciones se dieron charlas sobre distintos aspectos de la salud. Finalmente en Dalcahue y Chonchi, se propició la idea de formar una Cruz Roja lo cual contó con una excelente acogida de parte de los pobladores, permitiéndose echar las bases de esta institución.

c) Sensibilización de la comunidad. Fuera de la sensibilización indirecta, realizada a través de los líderes, se siguieron otros dos medios para este efecto:

1.- Sensibilización individual: Desafortunadamente el escaso tiempo no permitió mucha dedicación al contacto individual, por lo que esto sólo se hizo cuando la marcha de otras cosas lo permitieron.

2.- Sensibilización de grupo: Se hizo a través de la proyección de películas educativas y en reuniones generales con la población.

Creemos que esta etapa del desarrollo del DOG se efectuó sólo en forma parcial.

d) Investigación de la comunidad. Nuestra investigación de la comunidad tenía por objeto tener datos sobre los siguientes rubros: situación geográfica y organización territorial, factor histórica, base económica, estructura social, cultura, recreación, educación, salud, urbanización y vivienda.

Para llevar a efecto este estudio se usaron dos medios:

- 1) Encuestaje básico sobre una muestra escogida al azar,
- 2) Registro de observaciones, conversación y datos de instituciones locales recogidas durante nuestra permanencia en la zona y de otras fuentes fuera de la zona. Datos completos que se encuentran en poder del equipo, que no pueden ser publicados por ser confidenciales y de gran volumen).

Los resultados de la investigación en cada una de las comunidades estudiadas se hallan en el archivo de la Cátedra de Parasitología de la U. de Chile. Esta etapa inicial de contactos, sensibilización y conocimiento de las comunidades será base fundamental para la continuación del programa, en los próximos cuatro años.

4.- ENCUESTAS SOBRE EQUINOCOCCOSIS

Este trabajo se efectuó en el área rural urbana de Castro bajo la responsabilidad del médico Veterinario Dr. O. Barriga.

Sensibilización. Se recurrió a los tres sistemas señalados (población, familiar e individual) con la colaboración de los estudiantes de medicina, funcionarios de INDAP y radio Chiloé.

Labor educativa. En cada concentración canina se dieron charlas a los dueños de los animales y público asistente sobre hidatidosis y Profilaxis de la

Zoonosis parasitaria. Se dió una charla sobre el mismo tema a los estudiantes del curso de auxiliares de enfermería.

Respuesta de la comunidad. A pesar de que advertimos interés público, éste no se tradujo en una colaboración activa debido al temor dejado por campañas anteriores de envenenamiento de perros.

Resultados. En las concentraciones caninas efectuadas, se trataron alrededor de 20 perros con arecolina, sin embargo, se obtuvo un número menor de muestras debido a intensas lluvias que interrumpían el trabajo, esperas prolongadas no aceptadas por los dueños, efecto violento del medicamento que obliga a neutralizarlo antes de obtener catarsis y retiro precoz de los animales por parte del dueño ante los efectos de la droga sobre la secreción salivar.

Las muestras obtenidas, 78 en total, lo fueron en los siguientes lugares:

| | | | |
|--------------|----|--------------------|----|
| Comité Puyán | 5 | Comité Nercón | 13 |
| " La Chacra | 13 | Fundo Piloto INDAP | 12 |
| " Tentén | 8 | Pob. Clara Barton | 9 |
| " Gamboa | 9 | Barrio Gamboa | 9 |

5. Campaña Antidiarreica y Enteroparasitosis

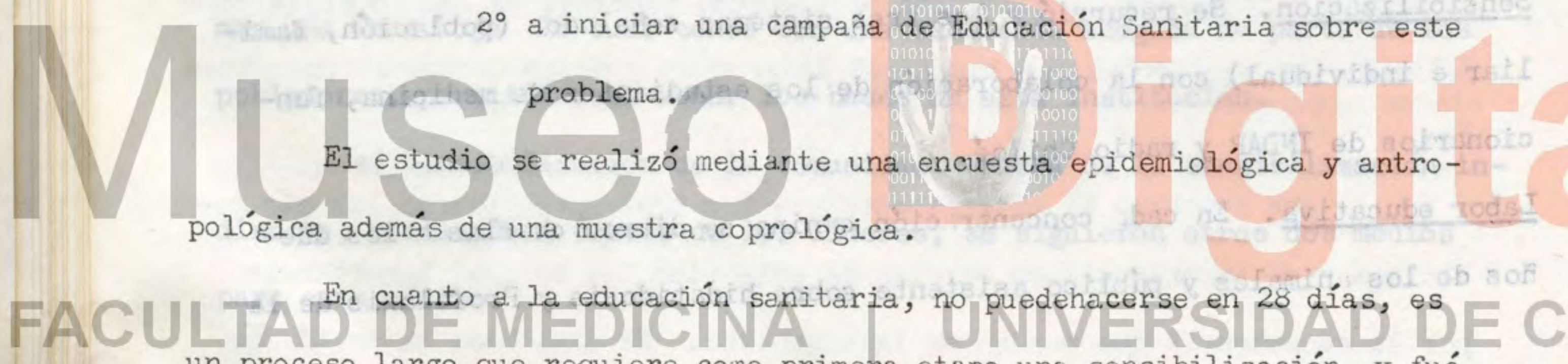
Introducción. La real magnitud de estos problemas no se conocía, eso si, se sospechaba la existencia de un alto porcentaje de infestación parasitaria dadas las condiciones socio-ambientales de Chiloé. Es así como esta campaña estaba destinada:

1° a realizar un estudio del problema y

2° a iniciar una campaña de Educación Sanitaria sobre este problema.

El estudio se realizó mediante una encuesta epidemiológica y antropológica además de una muestra coprológica.

En cuanto a la educación sanitaria, no puede hacerse en 28 días, es un proceso largo que requiere como primera etapa una sensibilización, y fué



esto lo que nosotros hicimos a través de:

1. Atención médica
2. Encuestas epidemiológicas
3. Charlas dictadas a la comunidad en general y a algunos grupos de ella.
4. Películas educativas
5. Conversaciones con líderes de la comunidad
6. Reparto de folletos educativos.

Fue a los profesores a quien mayor atención se les dedicó por ser ellos los continuadores de nuestra labor y los que pueden cambiar hábitos y costumbres en los niños o por intermedio de ellos a la población.

Se les dió charlas relacionadas principalmente con etiología, tratamiento e importancia que el niño tiene en estos cuadros.

Por otro lado a las madres también se les explicó el peligro que encierran la diarrea como la enteroparasitosis y se hizo incapié en el valor que tiene el régimen hídrico y la realimentación aplicada en forma progresiva y adecuada. Finalmente, tanto a las madres como a los profesores se les repartió folletos explicativos.

Capacitación de personal de colaboración médica. Esto se hizo en los lugares donde este personal existía. En la mayoría de los puntos se tomó contacto con los practicantes a quién se le dió información respecto a estos cuadros, sobre todo en relación a régimen hídrico. Además, se hizo un curso sobre el tema a un grupo de 25 auxiliares de enfermeras en Castro.

Tratamiento médico.

1) Diarreas: Las consultas por diarreas fueron escasas, probablemente por que la gente no les da importancia o porque realmente son muy pocas, siendo esta última nuestra impresión. Las diarreas no parecen constituir problemas y no se supo de ningún lugar en que hubieren casos graves provocados por este cuadro.

2) Enteroparasitosis: Se efectuó tratamiento sólo a aquellas personas que lo solicitaron y en aquellas que presentaban sintomatología.

Encuesta epidemiológica. En realidad no era una encuesta especial, sino uno de los puntos de la encuesta general. En cuanto a su realización, en ningún lugar la población puso dificultades; era eso sí, necesario establecer cierto grado de lazos afectivos para obtener datos precisos.

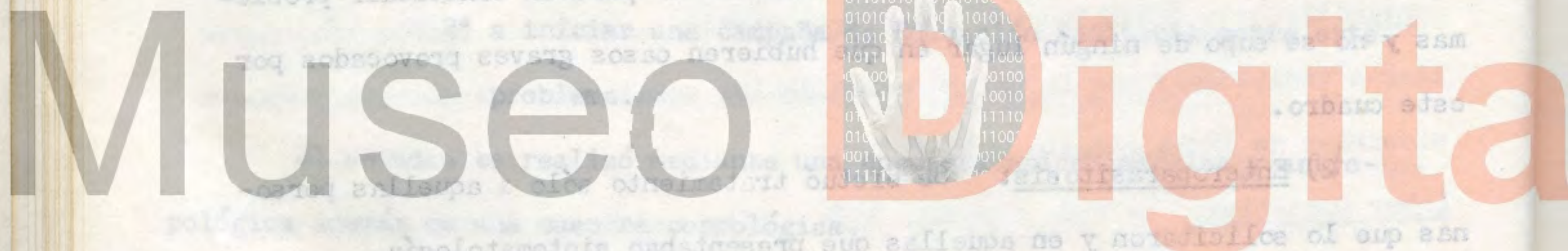
El número de encuestas a realizar en cada lugar se calculaba de acuerdo a un método que no es del caso analizar y por lo demás se explica en el apéndice encuestas.

Fué a través de esta encuesta como obtuvimos información respecto a creencias, tratamiento e importancia de las diarreas y enteroparásitos.

Finalmente en cuanto a la muestra coprológica, presentamos a continuación el número de muestras programadas, los frascos entregados y los frascos recuperados por lugar:

| Lugar | Frascos programados | Frascos entregados | Frascos llenos recuperados |
|-------------|---------------------|--------------------|----------------------------|
| Quetalmahue | 90 | 90 | 67 |
| Chacao | 64 | 64 | 30 |
| Quemchi | 65 | 51 | 30 |
| Castro | 75 | 75 | 47 |
| Dalcahue | 100 | 86 | 47 |
| Chonchi | 96 | 96 | 51 |
| Achao | 60 | 60 | 45 |
| Queilén | 73 | 73 | 43 |
| Quellón | 60 | 50 | 30 |

La programación de las fechas se hizo en base a un 5% de la población y tomando como bases las muestras elegidas para las encuestas hechas al azar.



6.- ATENCION MEDICA

Aunque no estaba especificada claramente como uno de los objetivos de nuestro trabajo, salvo atención infantil referente a diarreas y sarampión, debió hacerse atención médica, tanto de adultos como de niños en todos los lugares en que se trabajó, excepto en Castro. Una de las causas de esta atención médica sin discriminación de etiologías o edades, es que se usó esta prestación de servicios como un medio para que llevaran a vacunar los niños. Cabe destacar que se hizo esta atención coordinada con los programas del S.N.S. y por internos y médicos del programa. Pero sin duda alguna, la causa más importante es que todos los grupos palparon la necesidad imperiosa de mayores recursos médicos que la zona demanda, en especial las áreas rurales.

En casi todos los lugares de trabajo se comenzó haciendo atención médica del 2° día de llegados a la zona en las mismas escuelas en que habitaba o en los locales del S.N.S. La atención en las zonas rurales más alejadas se hacía improvisando un policlínico en una casa particular, o bien, al aire libre. Si el caso lo requería se acudía a domicilio. La mayor parte de la labor recaía en los internos, pero también colab raron alumnos de quinto y sexto año cuando por la gran afluencia de público una sola persona era insuficiente. El horario de atención es Postas o Policlínicos era generalmente de 9 A.M. a 1 P.M. y de 3 P.M. a 6 P.M. En algunas zonas se hizo la semana corrida, y en otras, tres o cuatro días a la semana. En áreas rurales el horario no era fijo y estaba determinado en parte por la demanda de atención y en parte por condiciones ajenas a la voluntad, como mal tiempo, mareas, falta de luz, etc.

Las prestaciones médicas en las distintas zonas normalmente las cumple el S.N.S. del siguiente modo:

Chacao: existe una posta que permanece cerrada toda la semana, salvo el día Viernes en que un médico del Hospital de Ancud, atiende de 9 a 15 horas, ayudado por una auxiliar. Quetalmahue: No hay Posta.

Quemchi: existe un policlínico en que diariamente trabaja una enfermera y que también es visitado una vez a la semana por un médico del Hospital de Ancud.

Dalcahue: atiende toda la semana un practicante y los días Miércoles un Pediatra que se traslada desde Castro. Ocasionalmente el Viernes en la mañana hay atención de adultos. Achao: se atiende en el Hosp. de Achao, en la Policlínica de 9 a 13 horas por un médico. El control del niño sano es hecho por la matrona, como asimismo los problemas pediátricos menos importantes. Curaco de Velez: se atiende en la Posta de Curaco 2 veces por semana y por el mismo médico de Achao. Quenac: en la Posta no se tiene horario fijo de atención y depende de los factores climáticos y ambientales.

Chonchi: hay atención diaria a cargo de un practicante en una posta del S.N.S. en que una vez a la semana atiende un médico que se traslada desde Castro. Cada 15 días hay atención dental. El horario de atención en los días en que atiende el médico y el dentista es de 10 a 12 Hrs.

Quellén: existe una Posta de Primeros Auxilios a cargo de un practicante. Los casos graves se remiten al Hospital de Quellón o Castro. El médico de Quellón visita ocasionalmente la Posta, pero sólo por medio día.

A continuación se hará un resumen de los resultados referentes a atención médica entregados por cada grupo. Debido a que, como se dijo anteriormente, la atención médica no formaba parte como tal de los objetivos del trabajo; los informes parciales de los distintos grupos no son uniformes e incluso algunos grupos no detallaron las distintas patologías encontradas, sin embargo, los resultados no dejan de tener cierto interés.

Total de consultas: 2.881 (considerando atención de adultos y niños en los grupos de: Chacao, Quetalmahue, Quemchi, Dalcahue, Achao, Chonchi y Quellén)

Museo



Digitaria

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CHILE

DETALLE DE LOS DISTINTOS

| Chacao | GRUPOS | Adultos | | Niños | |
|--------|-----------------------------|---------|--|-------|--|
| | | | | | |
| a.- | Atención en Posta Chacao | 103 | | 57 | |
| | atención en Manao (escuela) | 13 | | 24 | |
| | Caulín Alto (escuela) | 14 | | 4 | |
| | Caulín Bajo (escuela) | 53 | | 62 | |
| | Pegueñún (casa particular) | 6 | | 11 | |
| | TOTALES | 189 | | 158 | |

Las distribuciones de las distintas patologías de consulta fué la siguiente: (ver anexo a continuación)

| Patología | Adultos | | | | Niños | |
|--------------------------------------|---------|---|---|---|-------|----|
| | | | | | | |
| Aparato respiratorio | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 | 0 |
| Aparato digestivo (incluye diarreas) | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Parasitosis sistémicas | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Sistema nervioso (epilepsias) | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Piel y tejido celular | 7 | 0 | 0 | 4 | 0 | 11 |
| Tuberculosis | 5 | 0 | 0 | 2 | 1 | 37 |
| Otros | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sanos | 5 | 4 | 2 | 1 | 0 | 37 |

| <u>Adultos</u> | Chacao | Manao | Caulín Alto | Caulín Bajo | Peguenún | TOTALES | % |
|--|--------|-------|-------------|-------------|----------|---------|-------|
| Aparato circulatorio (cardiovasculares) | 10 | 0 | 1 | 4 | 0 | 15 | 7,9% |
| Aparato Digestivo (Gastrointestinales) | 21 | 1 | 0 | 6 | 1 | 30 | 15,9% |
| Aparato respiratorio | 11 | 1 | 0 | 3 | 1 | 16 | 8,4% |
| Huesos y órganos del movimiento (lumbal - gias y mialgias) | 8 | 4 | 0 | 4 | 0 | 16 | 8,4% |
| Mentales, psiconeurosis | 4 | 0 | 1 | 6 | 2 | 12 | 6,3% |
| Piel tejido celular | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1,05% |
| Tuberculosis ? | 9 | 3 | 2 | 12 | 0 | 26 | 13,7% |
| Sanos | 3 | 0 | 6 | 2 | 0 | 11 | 5,8% |

| <u>Niños</u> | Chacao | Manao | Caulín Alto | Caulín Bajo | Peguenún | TOTALES | % |
|--------------------------------------|--------|-------|-------------|-------------|----------|---------|--------|
| Aparato respiratorio | 11 | 0 | 0 | 3 | 0 | 14 | 8,8% |
| Aparato digestivo (Incluye diarreas) | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 4 | 2,5% |
| Parasitosis Sintomática | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 3,1% |
| Sistema nervioso (epilepsias) | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1,8% |
| Piel y tejido celular | 7 | 0 | 0 | 4 | 0 | 11 | 6,9% |
| Tuberculosis ? | 5 | 10 | 0 | 21 | 1 | 37 | 17,08% |
| Otros | | | | | | | 42,74% |
| Sanos | 5 | 7 | 4 | 21 | 0 | 37 | 17,08% |

Quetalmahue

El total de atenciones, considerando niños y adultos, fue de 250.

La distribución de las consultas fue la siguiente:

| | | |
|---------------------------------|-------|--------------------------------------|
| Aparato circulatorio | 4,4% | |
| Aparato digestivo | 28,5% | (Diarreas 3,4% y vías biliares 7,1%) |
| Aparato respiratorio | 3,4% | (Tuberculosis 6,2%) |
| Huesos y órganos del movimiento | 9,7% | |
| Mentales, psiconeurósis | 4,4% | |
| SN y órganos de sentidos | 11,5% | (Epilepsia 2,6%) |
| Piel y tejido celular | 1,7% | |
| Sanor | 16,0% | |

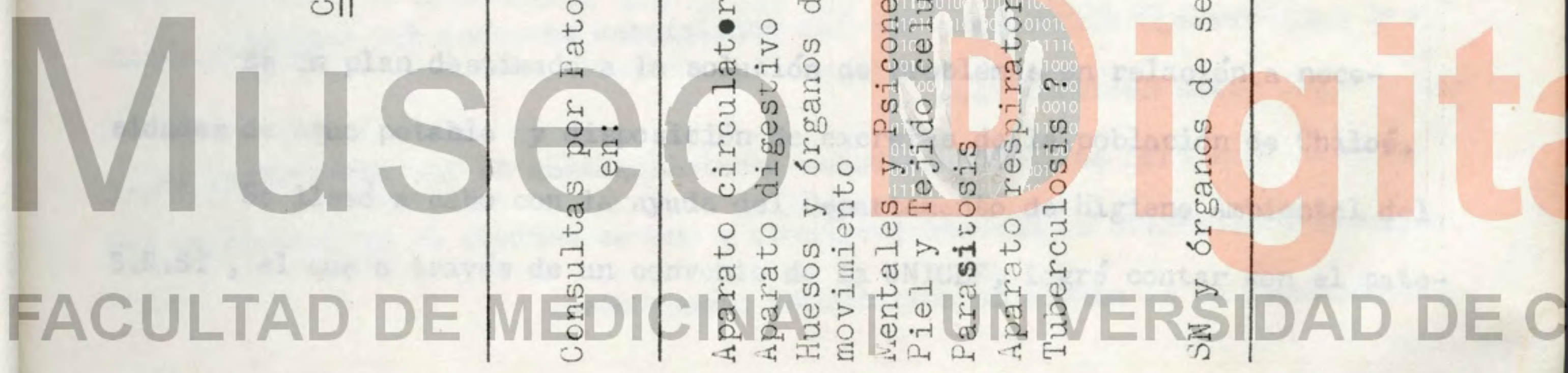
Llama la atención en estos casos la poca frecuencia de enfermedades agudas del sistema respiratorio, pese a las condiciones climáticas lluviosas y frías que predominaron durante la estadía.

| Quemchi | <u>Adultos</u> | <u>Niños</u> |
|----------------------|----------------|--------------|
| a) Pueblo de Quemchi | 132 | 86 |
| b) Huite | 13 | 11 |
| c) Morrolobos | 33 | 51 |
| d) Tubildad | 16 | 37 |
| e) Aucar | 2 | 37 |
| f) Lluico | 24 | 14 |
| g) Quinterquén | 33 | 33 |
| h) Queler | 15 | 8 |
| i) Choen | 29 | 35 |
| j) Colo-Montemar | 45 | 77 |
| TOTAL | 352 | 349 |

| | | ATENCIÓN MÉDICA GRUPO QUEMCHI | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-------------------------------|-------|-----------------|----------|-------|-------|------------------|--------|-------|--------------------|---------|--------|------|--------|
| | | Quemchi | Huite | Morro- lobos | Tubildad | Aucar | Huico | Quinter- quén | Queler | Choén | Colo-Mon- temar | TOTALES | | | |
| | | | | | | | | | | | | | % | | |
| Aparato circulatorio (Enf. reumáticas) Dispepsias Desnutrición Parasitosis (Sintoma- ticas) Aparato respiratorio Pneumoluche Tuberculosis ? Otros | N I N O S | 7 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 11 | 3,1% | | |
| | | 8 | 4 | 4 | 2 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 24 | 6,8% | | |
| | | 21 | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 5 | 0 | 1 | 11 | 18 | 5,1% | | |
| | | 25 | 4 | 3 | 2 | 0 | 6 | 3 | 0 | 2 | 1 | 35 | 10,02% | | |
| | | 9 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0 | 1 | 0 | 19 | 5,4% | | |
| | | 11 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 19 | 2,5% | | |
| | | 15 | 1 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 0 | 1 | 1 | 10 | 2,8% | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 43,8% |
| | | | | | | | | | | | | | | | 8,1% |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparato digestivo Aparato respiratorio Huesos y Órganos del movimiento Mentales, Psiconeurosis Piel y Tejido celular Tuberculosis ? Sanos Otros | N I N O S | 21 | 4 | 3 | 2 | 0 | 6 | 4 | 1 | 6 | 8 | 67 | 19,03% | | |
| | | 25 | 1 | 3 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 3 | 10 | 27 | 7,6% | | |
| | | 9 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 21 | 5,9% | | |
| | | 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 | 48 | 13,3% | | |
| | | | | | | | | | | | | | 23 | 6,5% | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 23,87% |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

CUADRO RESUMEN CONSIDERANDO CHACAO, QUETALMAHUE Y QUEMCHI.

| Consultas por Patología en: | C H A C A O | | Q U E M C H I | | Q U E T A L M A H U E | | % sobre Total de 1.298 afeccc. Parcial. | Totales |
|---------------------------------|-------------|-------|---------------|-------|-----------------------|-------|--|---------|
| | Adultos | Niños | Adultos | Niños | Adultos | Niños | | |
| Aparato circulatorio | 15 | 3 | 25 | 11 | 11 | 81 | 5 % | 65 |
| Aparato digestivo | 30 | 4 | 25 | 24 | 81 | | 12,6 % | 164 |
| Huesos y órganos del movimiento | 16 | | 67 | | 24 | | 8,2 % | 107 |
| Mentales y Psiconeurosis | 12 | | 27 | | 11 | | 3,8 % | 50 |
| Piel y Tejido celular | 5 | 11 | 21 | | 4 | | 3,1 % | 41 |
| Parasitosis | | 5 | 53 | | 28 | | 10,6 % | 139 |
| Aparato respiratorio | 16 | 14 | 34 | 35 | 9 | | 8,3 % | 108 |
| Tuberculosis? | 26 | 37 | 48 | 10 | | | sobre total de cont. 1.048 atencion. Chacao 11,4 % y Quemchi 1,9 % | 121 |
| SN y órganos de sentidos | | 3 | | | | 28 | | 31 |



Dalcahue: Se atendieron 300 consultas en total.

Castro: No se hizo atención médica.

Achao: Se atendieron 360 consultas de policlínico, 5 intervenciones de cirugía menor, 5 peritajes médico-legales, y atención de sala de Hosp. pues no hubo médico durante la estadía de este grupo.

Curaco de Velez: 160; Quinchao: 45 Quenac 87; Linlín 15.

Choanchi: Atención en Posta: 240.

Atención ambulatoria (casas particulares, escuela N° 4 y escuela Granja: 100, Puqueldón: niños 97; adultos 82.

El 65% de las consultas pediátricas y las patologías más frecuentes fueron: niños, parásitos intestinales, TBC, caries dentarias, diarreas infantiles; adultos: TBC, lumbo-ciática.

Queilén: Se atendieron 300 consultas, de las cuales se sacaron las siguientes conclusiones: a) atención obstétrica, prácticamente no se hizo. Los partos son atendidos por "meicas". Según los datos del informe al año morirían 40 mujeres por complicaciones durante el parto.

b) Atención pediátrica: 1.- Lactantes: no se observó clara desnutrición, la mortalidad se debe principalmente a coqueluche y afecciones bronquiales.

2. Pre-escolares: se observa desnutrición

3. Escolares: la TBC parece tener una inci-

dencia apreciable.

c) Adultos: solamente un 10 a 20% de las consultas fueron importantes. Destacaron las afecciones broncopulmonares y la TBC. Se observaron 2 casos de trauma y 15 casos de epilepsia.

7. SANEAMIENTO BASICO

Es un plan destinado a la solución de problemas en relación a necesidades de agua potable y disposición de excretas de la población de Chiloé.

Se llevó a cabo con la ayuda del Departamento de Higiene Ambiental del S.N.S., el que a través de un convenio de la UNICEF, logró contar con el mate-

rial necesario: bombas de agua y letrinas sanitarias.

Los estudiantes de Medicina fueron los encargados de realizar la sensibilización y promoción del programa. La sensibilización se hizo:

....a nivel individual, durante el encuestaje.
....a nivel de grupo, mediante películas y exhibición de bombas en algunos lugares.

....a nivel institucional, mediante charlas.

La instalación de estos elementos fue hecha por obreros especializados de UNICEF.

Resultado.

Quetalmahue: se instaló una bomba de agua en una escuela. Se recibieron 11 solicitudes más, 7 de particulares y 4 de establecimientos educacionales.

Quemchi: se instalaron 2 bombas de agua y una letrina.

Chacao: se instaló una bomba en una escuela.

Achao: se instaló 1 bomba y se recibieron 10 solicitudes.

Dalcahue: se instaló una bomba en la casa de un particular.

Chonchi: se instaló una bomba y se efectuaron 50 contratos para instalar bombas y 1 para letrinas.

Queilén: una bomba por instalar.

Discusión.

En realidad los resultados obtenidos no son del todo satisfactorios, lo que se podría atribuir a:

- 1.- Falta de coordinación entre el personal técnico ejecutivo y el grupo de la Escuela de Medicina.
- 2.- Escasos recursos económicos de la población.
- 3.- Dificultades de transporte.
- 4.- Trabajo dificultado por las condiciones adversas del terreno.
- 5.- Clima desfavorable.

En todo caso se logró una buena sensibilización de los pobladores, lo cual era el objetivo de nuestro programa, y que se refleja en el interés y, especialmente, en el número de solicitudes presentadas.

VI.- EVALUACION DEL TRABAJO EN CHILOE

A.- ANTECEDENTES.

Los antecedentes que teniamos de Chiloé fueron tomados del último censo efectuado en 1960; datos del departamento de Bioestadística del S.N.S., datos del anuario 1962 del S.N.S.

Estos datos en general fueron comprobados, pero también es evidente que una serie de rubros, como por ejemplo, número de habitantes, número de viviendas, etc., deben ser confirmados con mayor exactitud en el pxmo. censo.

En cuanto a problemas de salud, la información que de ello hace el organismo central, es incompleta en los Hospitales más alejados, (tipo D). Sin embargo, esto se explica en parte por la gran presión asistencial que se tiene y el déficit de personal médico.

B.- OBJETIVOS Y PROPOSITOS.

A.- Los propósitos docentes miden su éxito a través de:

La información obtenida por el contacto permanente entre docente y alumno que permitió conocer, cualitativamente la impresión de los estudiantes en este trabajo, quedando perfectamente esclarecido que los propósitos docentes se cumplen a través del trabajo realizado. Como se trata de impresiones subjetivas, no traducidas en datos objetivos, se tratará de objetivizar por medio de:

a) Encuestas sociológicas de los estudiantes, una vez terminado el trabajo, comparando con un grupo control que no efectuó el trabajo.

b) Estudio sociológico de egresados que estuvieron en Chiloé, comparados con un grupo control. b) Los objetivos asistenciales del trabajo fueron bastante ambiciosos, sin embargo, en todas las zonas estos se cumplieron, habiendo variaciones en la importancia que se les dió a unos y otros en relación a las condiciones de cada lugar. Después del trabajo se desprende que las futuras acciones en Chiloé además de estar sujetas a un plan general, debe planificarse las variaciones que debe sufrir en cada lugar y esto basado en la investigación de la comunidad que se hizo.

C.- Recursos.

Los recursos humanos habrían sido suficientes si se contara con una mayor cantidad de movilización, sin embargo, estos fueron suficientes para efectuar el trabajo, aunque demandando en oportunidades excesivos esfuerzos personales.

Los recursos materiales:

a) La movilización fue totalmente insuficiente pues en muchas zonas no se pudo usar la vía terrestre, y sólo se puede usar la vía terrestre y sólo se puede visitar los caserío y lugares por mar. Para ello contamos con los recursos del Cuerpo de Carabineros que facilitó el transporte marítimo, pero que no alcanzaba a cubrir nuestras necesidades del programa. En este punto se debe insistir en los próximos años, pues el cumplimiento parcial de algunos objetivos en determinadas zonas, sólo se debió a la falta de transporte.

b) Proyectores, películas, altavoces, material audiovisual. Esto se hizo también insuficiente y se cubrió las necesidades de sensibilización de la población con material audiovisual sólo parcialmente. Es así como la coordinación de estos elementos en las diferentes comunidades de Chiloé no podían fracasar a riesgo que alguna de ellas se quedaran sin sensibilizar, previamente a una vacunación o alguna medida de saneamiento básico. Esto ocurrió en Quellón dada su lejanía, sin embargo, en algunos lugares como Quetalmahue, esto no afectó mayormente sus programas.

c) Material de vacunas: fue insuficiente en lo que se refiere a jeringas y agujas, pues se debía esterilizar en Castro por no poder hacerlo en los lugares alejados donde se trabajaba; esto demanda viajes y pérdidas de tiempo innecesarios. Esto se podría subsanar con una mayor cantidad de materiales para esterilizar. En cuanto a las dosis de vacunas, éstas fueron suficientes.

D.- Método.

a.- Preparación en Santiago.

La organización general del trabajo hecha en Santiago, fue cumplida en su totalidad, aunque cabe hacer notar, que las diferentes comisiones no cumplieron exactamente con sus objetivos determinados, por lo cual las diversas funcio-

nes fueron cumplidas en forma heterogénea no perdiéndose con ello la forma general del trabajo. Si bien es cierto que esto no afectó la organización, los objetivos de la preparación pudieron haber sido más perfectos si se hubiera hecho de acuerdo con el esquema general.

Esto se explica en parte por que la organización del trabajo en Chiloé fue hecha por estudiantes de Medicina de 4°, 5° y 6° años que comenzaron desde Septiembre de 1963 a prepararlo. El periodo en el cual la preparación necesitó de mayor tiempo, fue desde fines de octubre, hasta fines de diciembre que justamente coincidía con la fecha de exámenes de dichas personas.

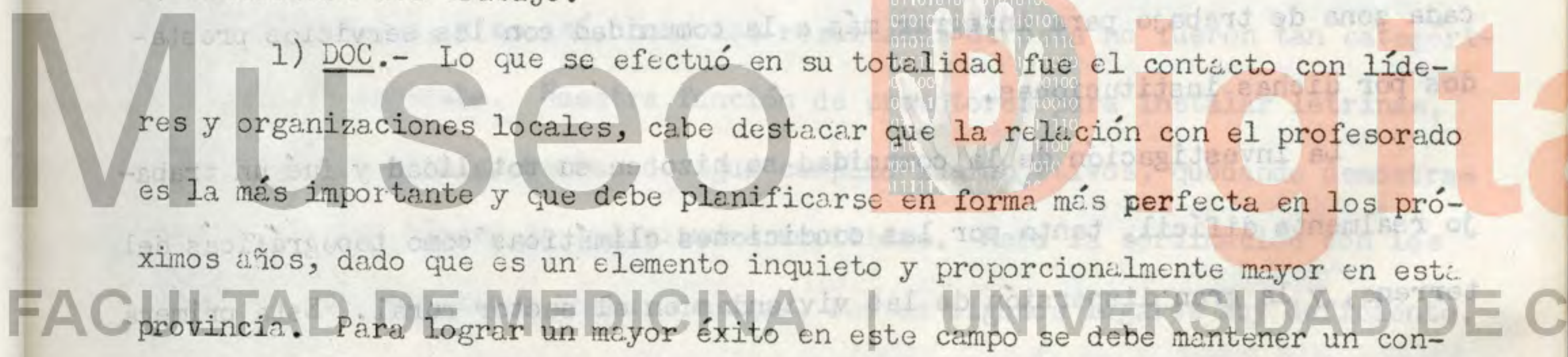
Atendiendo a este problema que se va a suscitar en los años venideros, sirva de recomendación general, plantearse una estructura de trabajo más funcional. Por otra parte los trabajos de preparación de los planes futuros para Chiloé se verán facilitados por conocimientos que se tienen de las comunidades hechas ya en la primera etapa.

En lo que se refiere a la selección de los estudiantes, se planteó un método que no fue necesario utilizar, pues el número de vacantes para ir a Chiloé quedó completo al retirarse algunos alumnos en forma voluntaria. Cabe también a, e yar que la capacitación para este tipo de trabajo debe ser planificada al máximo y estar de acuerdo con las realidades del lugar en que se va a trabajar, por ello, si bien es cierto que en una primera etapa se pudo hacer solamente una capacitación general del trabajo en Chiloé por el desconocimiento de las pequeñas comunidades en las que se trabajó, en las próximas etapas esta capacitación debe ser dirigida a dichas necesidades reales en cada zona.

Por lo tanto los planes de preparación deberán ser presididos por el monitor y el grupo que trabajó en los diferentes lugares, asesorando a la comisión de relaciones permanentes con Chiloé.

b) Desarrollo del Trabajo.

1) DOC..- Lo que se efectuó en su totalidad fue el contacto con líderes y organizaciones locales, cabe destacar que la relación con el profesorado es la más importante y que debe planificarse en forma más perfecta en los próximos años, dado que es un elemento inquieto y proporcionalmente mayor en esta provincia. Para lograr un mayor éxito en este campo se debe mantener un con-



tacto permanente con dichos elementos durante el año, e informarlos adecuadamente de nuestros planes y programas de trabajo para el tiempo venidero.

Para lograr una mayor integración con las organizaciones locales es necesario que se aprovechen los datos obtenidos ya de ellas y mantenernos conectados personalmente con los directores de las diferentes organizaciones locales de tal modo que ellas sean las promotoras y preparadoras del terreno en el tiempo previo a nuestra llegada en los futuros años de trabajo.

También se hace necesario enfocar el problema de DOC en forma más directa con las organizaciones locales. Esto se hizo en forma muy rudimentaria ya que nuestra primera etapa de trabajo estaba fundamentalmente volcada a la investigación de la comunidad. Lo que se refiere a preparación del personal del S.N.S. y servicios públicos para DOC, sólo se hizo en parte enfocado muy en general, y fundamentalmente explicando cual era nuestra misión en la Provincia de Chiloé; sin embargo, sería ilusorio pensar que esto se puede hacer en un mes. Lo relacionado con técnicas de DOC, métodos, no se enfocó y sólo se discutieron los objetivos generales del DOC, y cuales papeles podrían desempeñar en esta labor. Valga lo mismo para la sensibilización de la comunidad, ya que con esta hemos quemado la primera etapa de conocimiento mutuo y habiendo logrado que ésta nos halla identificado, podremos continuar con su organización. Es importante hacer notar que nuestra política fué de no formar ninguna institución en las comunidades disgregadas o poco organizadas, por el peligro que esta fracase y se frustre.

La relación que existe entre organización de comunidades y las instituciones como INDAP, IER, IANSA, Cuerpo de Carabineros, es tan importante, que es imposible trabajar al margen de ellas. Es por eso que ya teniendo la investigación y el conocimiento de cada zona, se podrá proponer planes concretos en cada zona de trabajo para integrar más a la comunidad con los servicios prestados por dichas instituciones.

La investigación de la comunidad se hizo en su totalidad y fué un trabajo realmente difícil, tanto por las condiciones climáticas como topográficas del terreno, y la gran dispersión de las viviendas en el sector rural. Esta primera

etapa debe ser analizada cuidadosamente, ya que nos servirá de base para el planeamiento de futuros trabajos. Esta investigación no contó solamente con datos biodemográficos sino que llegó a detalles de cada institución, escuela y organizaciones locales donde se trabajó.

En resumen, podremos afirmar que la primera etapa de investigación y conocimiento de la comunidad se ha cumplido dentro de nuestras posibilidades y medios de trabajo.

2.- PROGRAMA CONTRA DIARREAS INFANTILES Y ENTEROPARASITOSIS.

En lo que se refiere a Educación Sanitaria, ésta se efectuó a niveles individuales y colectivos, sin embargo, creemos que fué insuficiente la información dada. Es por ello que más importante que informar a la población general en una instantánea como se hizo, es dar a conocer a los líderes de la comunidad, especialmente a los profesores, los conocimientos sobre diarreas y enteroparasitosis. La información escrita que se llevó al respecto para entregar al personal del S.N.S. fué insuficiente.

En resumen, la acción de prevención de las diarreas y enteroparasitosis debe ser una labor mantenida, y esto tal vez se haya logrado con las enseñanzas de su importancia al personal del S.N.S. donde éste existía.

La encuesta epidemiológica a este respecto se hizo en su totalidad cubriendo las muestras que se había determinado previamente. Podemos afirmar que el problema de enteroparasitosis debe ser atacado en forma más intensa e ir incluida nuevamente como objetivo de los próximos trabajos.

3.- SANEAMIENTO BASICO.

Las labores que se desarrollaron en relación con UNICEF fueron relativamente coordinadas, y es así, como los resultados de ésta no fueron tan categóricos como se esperaba. Nuestra función de promotores para instalar letrinas, según nuestro plan, y bombas de agua cumplió sus objetivos, quedando demostrado por el gran número de solicitudes recibidas. Pero la coordinación con los técnicos que instalaban bombas de agua, fué en algunos lugares muy deficiente.

Atribuimos esto a la premura con que se incluyó y estudió este objetivo en nuestro programa general.

Sin embargo, no se puede desconocer que un plan de saneamiento básico es absolutamente necesario en las zonas donde trabajamos y por ello, esto debe ser continuado pero con una mejor organización y coordinación entre los técnicos de UNICEF y nuestro equipo.

4.- VACUNACION.

El plan de vacunación antisarampionosa se cumplió en los diferentes lugares en proporción directa a las condiciones climáticas, topográficas y de movilización.

En lo que se refiere a la sensibilización, esta fué insuficiente en muchos lugares, y en algunos caseríos incluso no se hizo. Fundamentalmente se debió al déficit de material, como jeringas y agujas con que se contaba para hacer la vacunación, pues, estas eran entregadas en muchas oportunidades en forma totalmente intempestiva, no respetando los periodos predeterminados. Esto se podría subsanar contando con un mayor material de vacunación facilitado por el S.N.S. en Santiago, y no local, sugerencia tomada de autoridades de la zona.

En muchas zonas la vacunación se vió afectada por las condiciones climáticas, pues debía transportarse por vía marítima, con lo cual las lanchas no podían salir. Sin embargo, es de reconocer que los esfuerzos hechos por el S. N.S. de la zona, permitieron en muchas oportunidades salvar los programa de vacunación.

Como medida general para cualquiera vacunación, la sensibilización debe ser hecha con bastante tiempo de anticipación y basado en los líderes, instituciones y organizaciones locales, con las cuales ya se ha tomado contacto.

5.- ATENCION MEDICA.

En este rubro se tuvo una total aceptación de la comunidad, sin embargo, cabe hacer notar que la atención médica que se prestó fué integrada

con el personal local de S.N.S. e informando previamente a la población que esta mayor prestación de servicios era temporal, con lo cual ahorramos problemas de organización y demanda de personal que se queda allí trabajando.

VII. ASPECTOS DOCENTES

(Aporte del grupo docente)

Creemos de imprescindible valor dedicarle un capítulo aparte a los aspectos docentes del trabajo de Chiloé, porque tenemos la certeza que esta faceta de la labor es la máxima realización del grupo, lo cual sienta precedente importante en este nuevo ángulo del aprendizaje de la medicina.

Esta docencia se fundamentó en ciertos preincipios esenciales, que lo hemos aprendido y hemos experimentado en un largo y en muy diferentes ambientes, como el terremoto del sur de Chile en 1961, en las diferentes poblaciones obreras de Santiago, en trabajos docentes asistenciales en Loncoche y Purránque y en toda la gama de inagotable experiencia acumulada por 15 años en la Cátedra de Parasitología. Esta docencia la hemos vivenciado de todos los ángulos, tanto como alumnos realizadores en el terreno y cabezas responsables del programa por todo lo que podemos y debemos plantear como elementos básicos de esta nueva visión docente.

Estos principios son:

- 1) Conocer una realidad total, no sólo en la dimensión médica con todas sus implicaciones, sino también en los aspectos económicos, educacionales y sociales; pues, sólo el comprender esta compleja red de valores y hechos, nos puede dar una visión ecológica del fenómeno salud y enfermedad para comprenderlo en todas sus dimensiones y poder así capacitarnos adecuadamente para enfrentar esta realidad, sacarle partido y modificarla en pos de la búsqueda y fortalecimiento de un hombre que posea y desee un completo bienestar en lo físico, psicológico y social, tanto para sí, como para su medio familiar y comunitario. Para que al conocer esta realidad se forme no sólo un técnico eficiente, sino también, hombres integrales.

2) Que el estudiante deba vivir su experiencia docente, dentro de un marco de libre responsabilidad sintiéndose parte importante en el planeamiento, ejecución y evaluación del trabajo. En donde el docente sólo proporciona guía y consejo, dándole plena oportunidad de trabajo, para que éste se sienta responsable de su labor, pero que tenga también el sentimiento de seguridad, que le da la cercanía del docente, que lo pueda ayudar en caso de emergencia. Para no exponerlo a la desilusionadora experiencia negativa o una amarga realidad, ante la cual el técnico poco avezado nada puede hacer.

3) Todo trabajo debe dar al estudiante el aprendizaje de una técnica o método que le permita aplicarlo posteriormente en su vida profesional. En el caso de esta experiencia se hizo hincapié en el estudio de ciertas técnicas, que le servirán en el futuro para desenvolverse en el medio social de su trabajo, a saber:

1. Conocer el valor sociológico del trabajo en grupo y su trascendencia, aplicándolo en el equipo de salud. Dándole así al estudiante, la visión integrada del trabajo médico y su proyección social.

2. Conocer en la realidad misma, la posibilidad de integración con otros técnicos no médicos. Ya que sólo de este modo comprenderá la salud, como una resultante del equilibrio ecológico, en donde el aspecto sanitario no lo es todo, sino que, hay otros factores externos de trascendental valor en la salud de la comunidad.

3. Conocer, aprender y manejar el método D.O.C. como un elemento de trabajo sociológico, de gran valor en este momento de nuestra sanidad, en donde los pobres índices médicos son un trasunto del bajo nivel de vida general. Porque, esta técnica sociológica, que tiende a la educación de las diversas partes de la comunidad tiene como resultante la mejoría de los niveles de vida, siendo de urgente aplicación en nuestro medio no sólo por el equipo de salud, sino por todos los técnicos que están en contacto con el medio social.

Si el equipo de salud, y por ende el médico, son los primeros en aplicar este método, es por que ellos en su estrecho contacto con la comunidad conocen con mayor exactitud los problemas comunitarios y deben dar el toque de alarma, ante el proceso de ignorancia, pobreza y descomposición social, en que se desenvuelve gran parte de nuestra comunidad nacional.

A) Planteamos como hecho esencial en la docencia, el ambiente psicológico que debe rodear a ésta, el cual se puede esquematizar así:

a) Equipo docente: Este debe estar formado por personas que no sólo conozcan su técnica, sino que también sepan los principios del aprendizaje y tengan una amplia experiencia en este campo. Entre éstos debe existir una atmósfera de comprensión mutua, de libre discusión de los problemas, con un líder que no ejerza su autoridad, sino que logre un liderazgo de tipo democrático, en el mayor número de oportunidades, el cual también deba saber cuando este liderazgo pueda ser "laissez faire" o "autoritario", según sea el momento que viva el equipo docente. Sólo así, si existe el espíritu de equipo entre ellos, podrán formar médicos integrales, ya que se sabe que el alumno toma como imagen de formación la de sus docentes.

B) El clima que debe existir entre los docentes y los alumnos debe llenar los siguientes requisitos:

a) Libertad absoluta para emitir sus opiniones personales.

b) Libre discusión de todas las etapas del trabajo docente.

c) Planificación cuidadosa de todas las situaciones docentes entre docentes y alumnos.

d) Mantener contacto, no sólo en la esfera del aprendizaje, sino en otros tópicos, ya sean culturales, literarios, deportivos, etc.. Creando una atmósfera de preocupación común en todas las áreas de interés del estudiante y del docente, respectivamente.

e) Que en los trabajos rurales, cuando los estudiantes están en grupos, con sus docentes, todos soporten los mismos riesgos, vicisitudes y diversiones, departiendo en un local único, toda la gama de experiencias formativas.

f) Que la evaluación del trabajo sea conjunta, en donde los docentes aporten sus experiencias y propongan esquemas de evaluación, que se discuten y elegidos de común acuerdo, permitiéndose al alumno dar su opinión sobre su propia autovalorización y cómo él evalúa a sus compañeros. Todo en un ambiente de cordialidad y franqueza universitaria.

g) Que esta situación de permanente diálogo universitario no sólo envuelva al docente y sus alumnos, sino que también participen en ella los otros miembros del equipo de salud, ya que a su modo también son docentes.

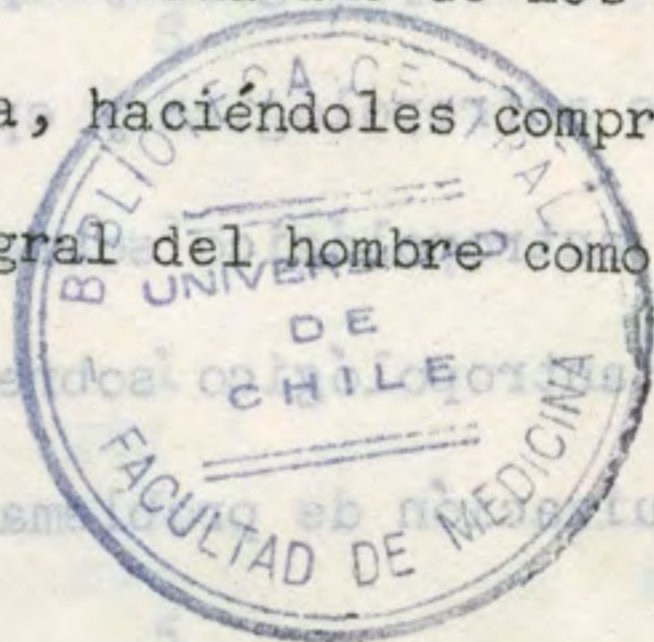
C) La actitud del alumno para con la comunidad que sirve, deberá ceñirse por los mismos preceptos, que se pusieran en juego dentro del equipo docente-alumno, agregándose a lo anterior, estas recomendaciones:

1. Respeto por cualquier creencia o hábito de la comunidad, por disparatadas que parezcan.
2. Cooperar en toda acción promovida por la comunidad.
3. Participar activamente en todos los actos de la comunidad sean culturales, recreativos o deportivos, pero siempre en un marco de respeto y moderación, que cuadre al status que se tiene en ella ganado.
4. Interesarse por cualquier gestión comunitaria, aunque se aparte del propósito sanitario, ya que sólo así, ganaremos la confianza y respeto que permitirá una mejor comunicación con la comunidad.

Otro precepto docente seguido en este trabajo fué el permitir al estudiante conocer esta experiencia desde todos los ángulos. Tanto de planeamiento general como de trabajo en grupos, a través de reuniones conjuntas, que hagan posible al

estudiante tener una visión total del trabajo y conocer su trascendencia en la comunidad y dentro de sus compañeros.

Todos estos principios antes analizados, fueron elementos fundamentales en el trabajo de Chiloé, lo que creó en cada grupo un estado de plena conciencia de su responsabilidad en el trabajo, respeto por la comunidad, por sus compañeros y por sus docentes, fortaleciendo los lazos de cordialidad y amistad dentro de cada grupo de trabajo. Todo lo cual permitió hacer de ésta, una experiencia formadora de incalculable valor, para cada uno de los estudiantes, mostrándoles otra faceta de la enseñanza médica, haciéndoles comprender la importancia de la autoformación y el valor integral del hombre como ser social.



VIII. ANEXOS.

Los anexos corresponden a los resultados que se han obtenido de las diferentes encuestas.

Estos resultados, que siguen a continuación, son:

- 1) Análisis de las encuestas
- 2) Resultado de la encuesta coprológica
- 3) Resultado de la encuesta sobre equinococosis

Cabe hacer notar que la información de comunidades no se incluirá en este informe por tener datos estrictamente confidenciales.

1) ANALISIS DE LAS ENCUESTAS DE CHILOE.

Las encuestas realizadas en la Isla Grande de Chiloé, por el grupo de estudiantes de Medicina, durante el año 1964, constó de las siguientes partes:

I. Datos generales.

- a) Grupo familiar.
- b) Distribución de la población por sexo, edad y ocupación.
- c) Grupos organizados de la comunidad.
- d) Viviendas.

e) Saneamiento Básico

1. Agua de Bebida
 2. Disposición de excretas
 3. Basuras
 4. Alumbrado
 5. Vectores
- II. Enfoque antropológico sobre diarreas infantiles.
- III. Enfoque antropológico y epidemiológico sobre parasitosis intestinales.
- IV. Enfoque antropológico y epidemiológico sobre equinococcosis.
- V. Enfoque antropológico sobre alimentación láctea.
- VI. Enfoque antropológico sobre atención médica.
- VII. Jerarquización de problemas por parte de la comunidad.

Para efectuar estas encuestas se usó un método de toma de muestras al azar, previamente estudiado en Santiago.

El número de familias encuestado fue de 515, alcanzando a un total de 3.021 personas que se observa en las tablas de distribución por edad y sexo de las familias.

En el cuadro que sigue se observan los diferentes lugares y caseríos donde se efectuaron las encuestas, el N° de habitantes de cada uno según censo de 1960 y en una tercera columna el número de encuestas por lugar. Por último se apreciará el número medio de habitantes por encuestas.

Al final del cuadro se halla el % a que alcanzaron a encuestar del total de población abarcada según censo de 1960.

Museo



Digitaria

FACULTAD DE MEDICINA | UNIVERSIDAD DE CHILE

CUADRO N° 1

| LOCALIDAD | NUMERO DE HABITANTES | NUMERO DE ENCUESTAS | HABITANTES POR ENCUESTAS |
|----------------|----------------------|---------------------|--------------------------|
| CHACAO: | | | |
| Caulín Alto | 234 | 5 | |
| Remolino | 180 | 2 | |
| Estero | 209 | 4 | |
| Chacao | | 8 | |
| Chacao Viejo | 457 | 5 | |
| Santa Elvira | 20 | 3 | |
| Senda Gayán | 90 | 1 | |
| Senda Chacao | 131 | 4 | |
| Manao | 210 | 5 | |
| Hueihue | 129 | 2 | |
| Punta Chilen | 264 | 5 | |
| Cofimo | 148 | 4 | |
| TOTAL: | 2.072 | 48 | 43 |
| QUEMCHI | | | |
| Quemchi | 696 | 20 | |
| Morro Lobos | 214 | 8 | |
| Quende | 69 | 3 | |
| Quinterquén | 69 | 3 | |
| Ancar | 540 | 6 | |
| Huite | 588 | 3 | |
| Choen | 47 | 6 | |
| Lliuco | 1.359 | 9 | |
| Tubildad | 130 | 2 | |
| TOTAL: | 3.172 | 60 | 61,8 |

Museo Digital

| LOCALIDAD | NUMERO DE HABITANTES | NUMERO DE ENCUESTAS | HABITANTES POR ENCUESTAS |
|-----------------|----------------------|---------------------|--------------------------|
| <u>CHONCHI:</u> | | | |
| Chonchi | 2.008 | 44 | |
| Huilliuco | 675 | 7 | |
| Lemuy | 1.200 | 14 | |
| Dilupulli | 277 | 9 | |
| Tara | 309 | 18 | |
| Notuco | 818 | 17 | |
| Tarahuín | 194 | 12 | |
| TOTAL: | 5.481 | 121 | 45,2 |

QUETALMAHUE:

| | | | |
|-----------------|--------------|-----------|-------------|
| Pilluco | 183 | 8 | |
| Quetalmahue | 244 | 9 | |
| Gualbún | 214 | 10 | |
| Calle | 219 | 11 | |
| Quilo | 92 | 8 | |
| Traiguén | 135 | 6 | |
| TOTAL: | 1.087 | 52 | 20,7 |

QUEILEN:

| | | | |
|---------------|--------------|-----------|-------------|
| Queilén | 1.491 | 16 | |
| Tranque | 570 | 8 | |
| San José | 142 | 9 | |
| Antuy | 800 | 10 | |
| | 270 | 3 | |
| Nepué | 420 | 6 | |
| Millahue | 82 | 1 | |
| TOTAL: | 3.775 | 53 | 71,2 |

| LOCALIDAD | NUMERO DE HABITANTES | NUMERO DE ENCUESTAS | HABITANTES POR ENCUESTAS |
|------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|
| <u>DALCAHUE:</u> | | | |
| Dalcahue | 187 | 11 | |
| Astilleros | 171 | 3 | |
| Gueño Coihue | 86 | 2 | |
| Quiquel | 347 | 4 | |
| Teguel | 272 | 6 | |
| Quetalco | 89 | 6 | |
| Tehuaco | 121 | 2 | |
| San Juan | 280 | 2 | |
| Dallico | 119 | 1 | |
| Puchaman | 290 | 6 | |
| Callen | 347 | 4 | |
| Colehual | 228 | 1 | |
| Tocoihue | 179 | 4 | |
| TOTAL: | 2.716 | 49 | 55,4 |
| <u>ACHAO:</u> | | | |
| Curaco de Velez | 485 | 16 | |
| Camino Público | 208 | 5 | |
| La Planchada | 64 | 3 | |
| San Javier | 199 | 7 | |
| . | 210 | 7 | |
| Balseo | 69 | 1 | |
| Tolquién | 314 | 2 | |
| Pto. Nuevo | 68 | 2 | |
| | 177 | 11 | |
| TOTAL: | 1.790 | 44 | 40,6 |

Museo Digital

FACULTAD DE MEDICINA | UNIVERSIDAD DE CHILE

| LOCALIDAD | NUMERO DE HABITANTES | NUMERO DE ENCUESTAS | HABITANTES X ENCUESTAS |
|----------------|----------------------|---------------------|------------------------|
| <u>QUELLON</u> | | | |
| Quellón | 800 | 19 | |
| San Antonio | 294 | 6 | |
| | 249 | 6 | |
| Cahinua | 149 | 4 | |
| <u>TOTAL:</u> | <u>234</u> | <u>4</u> | |
| Trincao | 84 | 2 | |
| Quellón Viejo | 106 | 3 | |
| Coldita | 300 | 5 | |
| Agua Fresca | 130 | 4 | |
| Curamé | 380 | 8 | |
| Auchal | 282 | 7 | |
| Colinco | 282 | 6 | |
| Santa Rosa | 342 | 6 | |
| <u>TOTAL:</u> | <u>275</u> | <u>7</u> | |
| <u>TOTAL:</u> | <u>3.117</u> | <u>88</u> | <u>35,4</u> |

TOTALES 23.750 515 46,1

Nº de personas encuestadas 3.021 - 12,7 %

Como se puede ver el número total de habitantes abarcado según censo de 1960 es de 23.750. Es así como resulta que se hizo una encuesta por cada 45,1 personas, alcanzando de este modo a captar 12,7 % de la población abarcada.

Si bien es cierto que los datos así tomados, no muestran una realidad estadística de toda la Isla Grande de Chiloé, estos no sirven como punto de referencia de mucha importancia y con un valor real, ya que las diferentes muestras son de lugares extendidos a lo largo de toda la Isla.

Por otra parte, esta encuesta nos ha demostrado que los datos estadísticos del último censo distan de la realidad.

Así es como los lugares determinados con nombres propios son territorios sin límites precisos y en desacuerdo con el N° de casas y habitantes.

Por otra parte la gran dificultad para hacer las encuestas fué la gran dispersión de las viviendas y sus ubicaciones verdaderamente estratégicas en algunos casos.

Es necesario hacer notar que nuestro objetivo era alcanzar las mil encuestas con el objeto de tener una muestra representativa de Chiloé, pero éstas no se hicieron en parte porque los "lugares" elegidos para el encuesta no necesitaba un mayor número de encuestas para ser verdaderamente representativas, además, cabe agregar que un total de 68 encuestas de Castro se eliminaron de la tabulación por no contar con unanimidad de criterio en los diferentes datos que se encuestaban y en lo incompleto de un buen número de ellos.

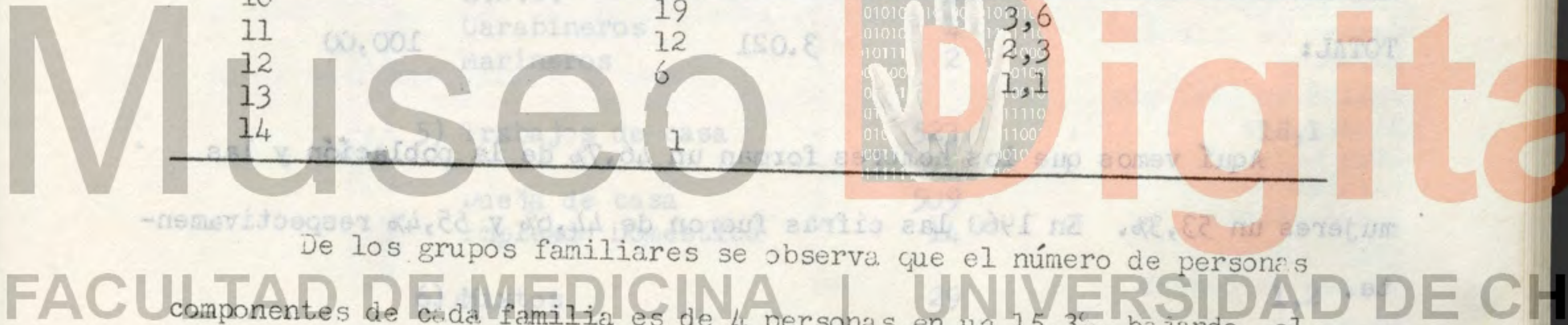
I. DATOS GENERALES:

A) Grupo familiar:

T A B L A N° 2

| N° de personas | N° de familias | % |
|----------------|----------------|------|
| 1 | 7 | 1,3 |
| 2 | 20 | 3,9 |
| 3 | 39 | 7,5 |
| 4 | 79 | 15,3 |
| 5 | 69 | 13,3 |
| 6 | 67 | 13, |
| 7 | 52 | 10,4 |
| 8 | 40 | 7,7 |
| 9 | 16 | 3,1 |
| 10 | 19 | 3,6 |
| 11 | 12 | 2,3 |
| 12 | 6 | 1,1 |
| 13 | | |
| 14 | 1 | |

De los grupos familiares se observa que el número de personas componentes de cada familia es de 4 personas en un 15,3%, bajando el



el porcentaje en los grupos de 5, 6 y 7 personas a 13,3%, 13% y 10 4% respectivamente.

La distribución no se hizo en Quellón, donde sólo se contabilizó el total de personas de familias encuestadas.

B) Distribución por edades:

T A B L A N° 3

| Edades | N° de personas | % |
|----------|----------------|------|
| - 1 | 115 | 3,8 |
| 1 a 4 | 322 | 10,6 |
| 5 a 14 | 846 | 28,0 |
| 15 a 44 | 1.130 | 37,4 |
| 45 a 64 | 449 | 14,8 |
| 65 y más | 159 | 5,2 |
| TOTAL | 3.021 | |

En la distribución por edades se observa el mayor porcentaje en el grupo 15-44 años con un 37,4%, haciendo notar que es el grupo con mayor rango (29 años). Sin embargo, el grupo de 5-14 años acusa el 28%, con un rango de sólo 9 años.

Se úede apreciar en esta tabla que dicha distribución por edades corresponde a una población joven.

Distribución por sexo

T A B L A N° 4

| Sexo | N° de personas | % |
|---------|----------------|--------|
| Hombres | 1.411 | 46,7 |
| Mujeres | 1,610 | 53,3 |
| TOTAL: | 3.021 | 100,00 |

Aquí vemos que los hombres forman un 46,7% de la población y las mujeres un 53,3%. En 1960 las cifras fueron de 44,6% y 55,4% respectivamente.

T A B L A N° 5

| PREVISION | | |
|---------------|----------------|---------------|
| Previsión | N° de personas | % |
| SI | 265 | 31,5 |
| NO | 568 | 68,5 |
| TOTAL: | 833 | 100,00 |

En lo que se refiere a la previsión constatamos que el 31,5% eran asegurados considerando a 833 personas como total de encuestados que debía tener previsión.

T A B L A N° 6

| OCUPACION | | |
|-------------------------------|----------------|------|
| | N° de personas | % |
| 1) Agricultores: | 573 | |
| Agricultor | 571 | 24 |
| Inquilinos y obreros | 2 | |
| 2) Educación: | 681 | |
| Profesores | 27 | 1,1 |
| Estudiantes | 654 | 27,4 |
| 3) Profesionales y artesanos: | 98 | 4,9 |
| Modistas | 15 | |
| Zapateros | 4 | |
| Carpinteros | 16 | |
| Herreros | 6 | |
| Pescadores | 19 | |
| Esquilador | 8 | |
| Mineros | 1 | |
| Tractorista | 6 | |
| Tejedor | 1 | |
| Lavandera | 5 | |
| Haderero | 17 | |
| 4) Empleados | 31 | 1,3 |
| Particulares | 3 | |
| Fiscales | 19 | |
| S.N.S. | 3 | |
| Carabineros | 4 | |
| Marineros | 2 | |
| 5) Trabajos de casa | 523 | 18,1 |
| Dueña de casa | 509 | |
| Empleada Doméstica | 14 | |
| 6) Mixtos | 29 | 1,2 |

Museo

FACULTAD DE MEDICINA



Digitita

UNIVERSIDAD DE CHILE

| | | |
|-------------------------------|--------------|------|
| 7) Trabajos Particulares: | 52 | 2,6% |
| Comercio | 42 | |
| Transporte | 10 | |
| 8) Obreros no especializados: | 5 | 0,2 |
| 9) Sin ocupación: | 388 | 16,2 |
| 10) Inválidos | 4 | 0,1 |
| TOTAL: | 2.384 | |

En cuanto a la ocupación, constatamos una cesantía del 16,2%.

Del resto, el mayor porcentaje es ocupado por el rubro estudiantes, con un 26,4% y agricultura con 24%.

Estas dos cifras llaman la atención pues el grupo de 27,4% consulta solamente un 1,1% del profesorado.

Por otra parte es un grupo numeroso y de fácil acceso, donde medidas sanitarias pueden llegar fácilmente. Estas cifras están de acuerdo con las de distribución por edad, que nos muestran una población joven.

La agricultura sobresale a pesar de ser una isla la encuestada, donde se podría esperar que la pesca ocupara uno de los primeros lugares, sin embargo da muy poco porcentaje.

Los trabajos de casa, donde se incluye dueña de casa y empleada doméstica nos muestran su importancia y lo que significa tener a este grupo organizado en centros de madres, de costuras, etc.

T A B L A N° 7

Organizaciones

| Organización | N° de personas | % |
|---------------------------|----------------|------|
| Club Deportivos | 82 | 25,4 |
| Comité Pequeño Agricultor | 110 | 34,1 |
| Club Juvenil | 20 | 6,2 |
| Centro de Madres | 39 | 12,1 |
| Bomberos | 7 | 2,1 |
| Comité de Adelanto | 4 | 1,2 |
| Sindicatos | 4 | 1,2 |
| Cruz Roja | 1 | 0,3 |
| Caritas | 1 | 0,3 |
| Cooperativas | 3 | 0,9 |
| IER. | 5 | 1,5 |
| Centro de Padres | 23 | 7,1 |
| Otras | 14 | 4,2 |
| No especifican | 9 | |
| TOTAL: | 322 | |

En lo que se refiere a las organizaciones estan compueban las cifras anteriores.

Es así como un 34% de los que pertenecen a organizaciones están en Comité de Agricultores. Un 25,4% pertenecen a clubes deportivos como se podría esperar en una población joven y un 12,1% pertenecen a centros de madres respondiendo a la importancia de la ocupación trabajos de casa.

Sin embargo, a los centros de Padres pertenece sólo un 7,1% lo que no está de acuerdo con el gran número de estudiantes que se encontró. (27,4%)

Por otra parte convendría analizar el porqué sólo un 6,2% pertenece a clubes juveniles, cuando lo que predomina es la población joven.

Dentro de la investigación no se encontró a algien que perteneciera a comité de pescadores aun cuando éstos existen, estos es explicable dado el escaso número de ellos, lo que en una muestra al azar dificilmente capata lo alejado que se halla el rubo pesca del rubro agricultura.

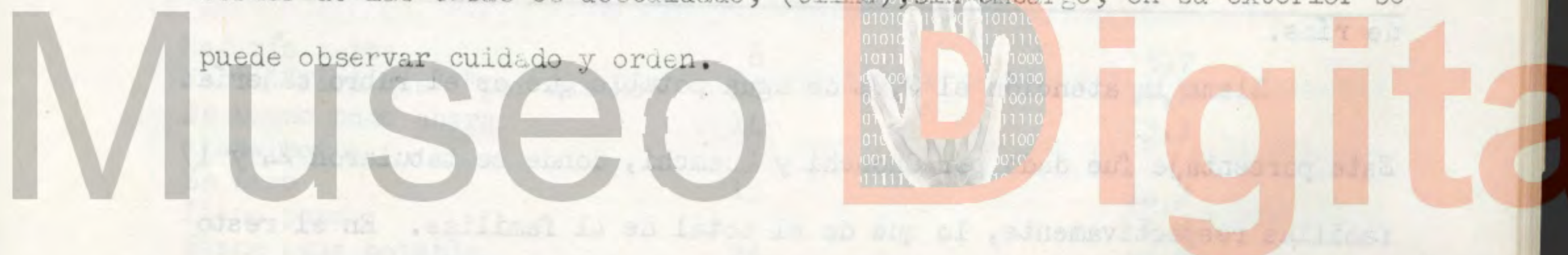
D) Viviendas

T A B L A N° 8

| Tipo | N° de Viviendas | % |
|--------|-----------------|------|
| Casa | 396 | 67,1 |
| Rancho | 90 | 17,4 |
| Mejora | 14 | 2,7 |
| Fuca | 13 | 2,5 |
| Otras | 2 | 0,3 |
| TOTAL: | 515 | |

En el problema viviendas, vemos que un 67,1% de la población habita en casa propiamente tal y un 17,4%, en ranchos.

Las casas son hechas fundamentalmente de mader, incluyendo sistema de tejas de madera. Por otra parte llama la atención que el aspecto exterior de las casas es descuidado, (clima) sin embargo, en su exterior se puede observar cuidado y orden.



T A B L A N° 9

| | Por pieza | Por cama |
|---------------|-----------|----------|
| Chacao | 2 | 1,7 |
| Quetalmahue | 25 | 1,7 |
| Quemchi | 2 | 2 |
| Dalcahue | 1,4 | 1,3 |
| Achao | 0,9 | 1,1 |
| Queilén | 4 | 1,3 |
| Chonchi | 1,3 | 1,9 |
| Quellón | 1,5 | 1,5 |
| Término medio | 2,7 | 2,5 |

El índice de hacinamiento por pieza fluctúa entre 0,9 de Achao y 2,5 de Quetalmahue, dando un término medio de 2,7. En lo que se refiere a índices de hacinamiento por cama fluctúa entre 1,1 y 2 dando un término medio de 2,5. Es de notar que las variaciones máxima y mínima, corresponden a Achao y Quetalmahue.

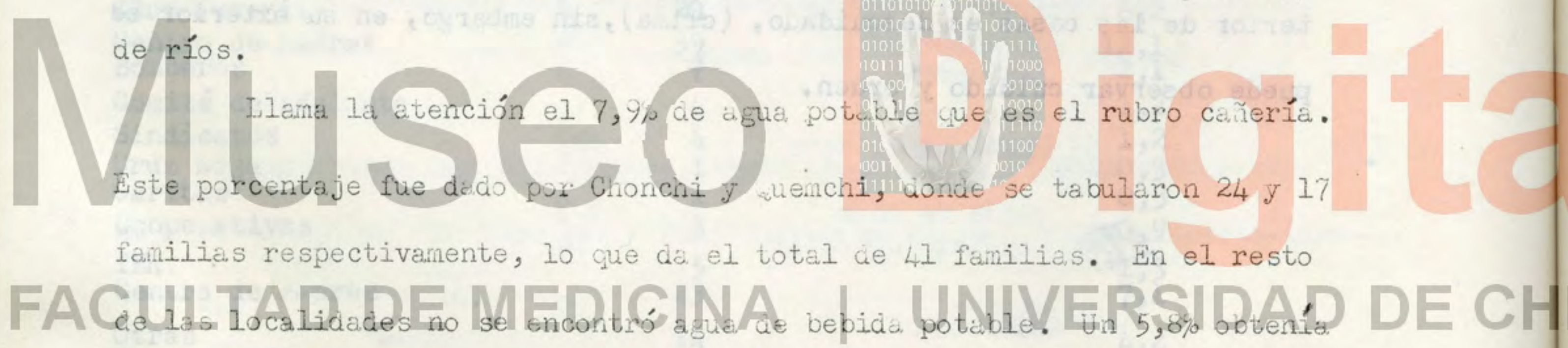
E) Saneamiento básico:

T A B L A N° 10

| Procedencia | N° de familias | % |
|----------------|----------------|------|
| Vertiente | 155 | 30,1 |
| Pozo | 198 | 38,4 |
| Río | 72 | 13 |
| Bomba de agua | 1 | 0,1 |
| Arroyo | 30 | 5,8 |
| Mixto | 9 | 1,7 |
| Cañería | 41 | 7,9 |
| Lago | 7 | 1,3 |
| Agua de lluvia | 2 | 0,3 |
| TOTAL: | 515 | |

En lo que se refiere al agua de bebida se observa que un 38,4% de los habitantes encuestados la obtiene de pozo y en su mayoría se hallan contruídos en forma deficiente. Un 30,1% la obtiene de vertientes y un 13% de ríos.

Llama la atención el 7,9% de agua potable que es el rubro cañería. Este porcentaje fue dado por Chonchi y Quemchi, donde se tabularon 24 y 17 familias respectivamente, lo que da el total de 41 familias. En el resto de las localidades no se encontró agua de bebida potable. Un 5,8% obtenía



agua de arroyo. Las conclusiones que se pueden sacar en relación con los problemas de salud en la zona, se desprenden por sí solas.

T A B L A N° 11

| Acarreo | N° de familias | % |
|---------|----------------|------|
| SI | 432 | 83,8 |
| NO | 83 | 16,1 |
| TOTAL: | 515 | |

Llama la atención que un 16,1% (83 familias) no acarrean el agua, lo que contrasta con la presencia de sólo 41 familias que gozan de agua potable de cañerías.

Esto se explica porque muchas de las personas que tienen pozo cerca de la casa no consideran acarreo el corto trayecto desde el pozo a la casa.

T A B L A N° 12

| Instalaría bomba de agua? | N° de personas | % |
|---------------------------|----------------|------|
| Si | 307 | 71,8 |
| No | 105 | 24,5 |
| No sabe | 15 | 3,7 |
| TOTAL: | 427 | |

| Por que si? | N° de personas | % |
|-------------------------|----------------|------|
| Más cómodo y fácil | 153 | 49,8 |
| Más limpio e higiénico | 139 | 45,2 |
| Se progresa-se necesita | 5 | 1,6 |
| No sabe | 7 | 2,2 |
| El pozo se seca | 1 | |
| Fácil de pagar | 1 | |
| Para poder bañarse | 1 | |
| TOTAL: | 307 | |

| Por que no? | N° de personas | % |
|-------------------------------|----------------|------|
| Hay río cerca | 6 | 5,7 |
| No se "Para que" "por que no" | 18 | 17,1 |
| Es bueno como ahora | 14 | 13,3 |
| Tiene bomba | 1 | |
| Es caro | 15 | 14,2 |
| Tiene pozo | 2 | 1,9 |
| Tiene agua potable | 25 | 23,8 |

(Sigue a la vuelta)

| Por que no? | N° de personas | % |
|----------------------|----------------|------|
| De la vuelta | 81 | |
| Tendrán agua potable | 1 | |
| No contestan | 23 | 21,9 |
| TOTAL: | 105 | |

En lo que se refiere a bombas de agua llama la atención que un 24,5% no la instalarían, se considera un porcentaje alto dadas las facilidades para su adquisición y los graves problemas a que está expuesta la población por la falta de este vital elemento. Sin inferir una conclusión nos parece observar en este hecho la falta de una verdadera conciencia en relación a la importancia del agua.

La tabla nos muestra algunos hechos interesantes como que el mayor porcentaje (49,8%) de los que querían bomba se basan en la comodidad y un 45,2%, en la higiene. Esto nos revela una vez más cuánta falta de información hay en la importancia del agua.

Dentro del grupo que no quería bomba de agua un 23,8% daba como razón el tener agua potable. Sin embargo, dado que las preguntas se hacían en forma textual, muchas personas consideraban el agua de noria como potable.

Un 17,1% daba razones que revelaban falta de información e indiferencia ante el problema falta de agua, como al decir: "No se", "Para que", "Por que no".

Un 13,3% dan su impresión de conformidad al sistema de abastecimiento con que cuentan. Por último un 21,9% no dan razones para no instalar una bomba de agua.

Estas cuatro últimas cifras y hechos nos están dando como conclusión que hay una falta de conciencia y una falta de información respecto a este acápite de saneamiento ambiental.

Por otra parte no es despreciable el porcentaje de un 14,2% que se declaran económicamente incapaces para poder adquirir una bomba, lo que se explica fácilmente por el bajo poder económico de la población en que se hizo la encuesta.

Museo Digital

TABLA N° 14

Disposición de excretas

| DESTINO | N° | % |
|---------------|-----|------|
| Pozo negro | 319 | 61,9 |
| Campo abierto | 166 | 32,2 |
| Pozo séptico | 17 | 3,3 |
| Acequia | 7 | 1,3 |
| Alcantarilla | 3 | |
| Al mar | 3 | |
| TOTAL: | 515 | |

En cuanto al destino de las excretas se observa que el 61,9% es el pozo negro y un 32,2% es el campo abierto, lo que nos revela la gran proporción de infectación parasitaria. Pozo séptico se encuentra sólo en un 3,3% y alcantarillado en menos de 1%.

TABLA N° 15

Basuras

| ALMACENAMIENTO | N° | % |
|----------------|-----|------|
| Adecuado | 154 | 29,9 |
| Inadecuado | 346 | 67,1 |
| No almacenan | 15 | 2,9 |
| Total | 515 | |

En relación al problemas basura tenemos que un 67,1% lo hace en forma inadecuada y sólo un 29,9% lo hace en buena forma.

TABLA N° 16

Destino Basuras

| DESTINO FINAL | N° | % |
|-----------------------|-----|------|
| Abono | 46 | 8,9 |
| Las quemar | 112 | 21,7 |
| Alimento animales | 10 | 1,9 |
| Dejadas al aire libre | 235 | 45,6 |
| Al río y al mar | 64 | 12,4 |
| Las entierran | 34 | 6,6 |
| Pozo negro | 14 | 2,7 |
| TOTAL: | 515 | |

Necesariamente debemos relacionar ambas tablas y se ve que tomando

el conjunto de "Abono" y "Alimento animales", "Dejados al aire libre" y "Pozo negro" nos da un 59,1% que se relaciona con el almacenamiento inadecuado; en tanto que tomando en cuenta los porcentajes de aquellos que queman ó entieran la basura obtenemos un 28,3% que se relaciona con el almacenamiento adecuado.

Las cifras hablan por sí solas del grave problema de saneamiento básico.

T A B L A N° 17

Alumbrado

| | N° | % |
|---------------------|-----|------|
| Velas | 158 | 30,6 |
| Lámparas a parafina | 186 | 36,1 |
| Electricidad | 83 | 16,1 |
| Mixtos | 88 | 17,2 |
| TOTAL | 515 | |

Nos muestra un 16,1% de familias que tienen electricidad, considerando esto como una alta proporción dado que hay un 32,2 que tienen su destino de excretas a campo abierto y que un 43,1% sacan agua de vertiente o río y que un 14,2% de familias no deseaban colocar bombas de agua porque es "cara".

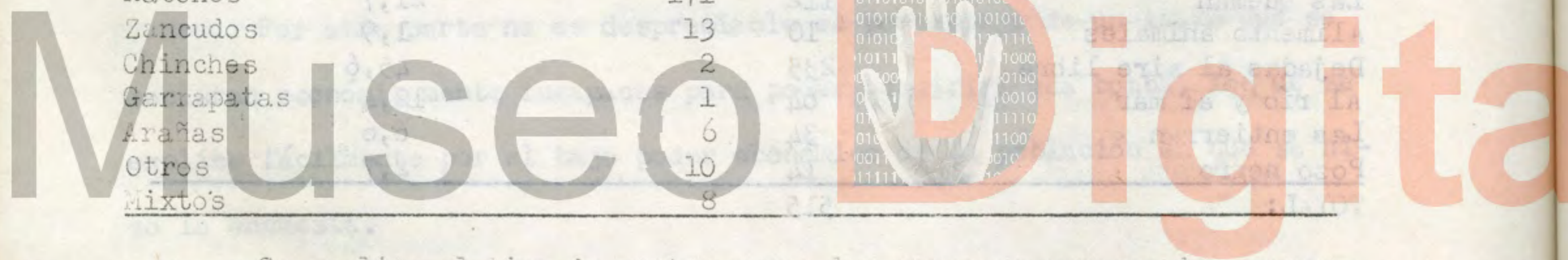
Podemos inferir que la jerarquización de los problemas nos muestra una vez más la grave falta de adecuada información a los pobladores respecto a los problemas de salud y su relación con el saneamiento básico.

T A B L A N° 18

• Vectores

| | N° de personas |
|------------|----------------|
| Moscas | 257 |
| Pulgas | 170 |
| Ratones | 171 |
| Zancudos | 13 |
| Chinches | 2 |
| Garrapatas | 1 |
| Arañas | 6 |
| Otros | 10 |
| Mixtos | 8 |

Se analiza el tipo de vectores que las personas encuestadas encuentran con mayor frecuencia; sobresalen: la mosca, pulga y el ratón.



II. Enfoque antropológico sobre diarreas infantiles

T A B L A N° 19

| Nombre con que la conoce | N° de personas | % |
|-------------------------------|----------------|------|
| Diarreas | 312 | 60,5 |
| Disentería | 55 | 10,6 |
| Terciana | 3 | |
| Desean formalidad de estómago | 3 | |
| Resfrío o infección | 4 | |
| Colitis | 93 | 18 |
| Indigestión | 5 | |
| Cocimiento | 1 | |
| Empacho | 18 | 3,4 |
| No la conoce | 21 | 4 |
| TOTALES: | 515 | |

T A B L A N° 20

Causa de diarreas.

| | | |
|--|-----|-------|
| a) En relación con alimentos | | 49% |
| Alimentos | 30 | 10,5 |
| Pan caliente | 1 | |
| Leche | 4 | 1,4 |
| Leche cruda | 16 | 5,7 |
| Leche en polvo | 1 | |
| Leche mal preparada | 1 | |
| Leche con fruta | 6 | 2 |
| Fruta verde | 65 | 22,7 |
| Fruta con dientes malos | 1 | |
| Mucha fruta | 2 | |
| Comida en exceso | 10 | 3,4 |
| Comida mala | 96 | 33,4 |
| Comida pesada | 15 | 5,2 |
| Comida cruda | 9 | 3,1 |
| Comida fría | 1 | |
| Cambio de alimento | 3 | |
| Mucho milkao | 1 | |
| Agua cruda | 2 | |
| Agua mala | 19 | 6,2 |
| Mucha chicha | 1 | |
| Cáscara de fruta | 1 | |
| Mamadera mala | 1 | |
| Chupones | 1 | |
| Totales | 287 | |
| b) En relación con estados de enfermedades | | 14,8% |
| Resfrío | 34 | 39 |
| Hígado | 4 | 4,5 |
| Lombrices | 3 | 3,4 |
| Microbios | 2 | 2,2 |
| Peste | 4 | 4,5 |
| Difteria | 1 | |
| Almorrana | 1 | |

En relación a estado de enfermedades (Continuación)

| | | |
|----------------------|----|-------|
| Revoltura | 2 | |
| Guatita fría | 1 | |
| Debilidad | 1 | |
| Mala digestión | 6 | 6,8 |
| Al salir dientes | 12 | 13,6 |
| Complicación interna | 4 | |
| Otras | 14 | 16,00 |
| TOTALES: | 87 | |

c) En relación a condiciones ambientales y otras 34,3%

| | N° | % |
|-------------------|-----|------|
| Frío | 151 | 75,1 |
| Humedad de tierra | 5 | 2,4 |
| Golpe de calor | 3 | |
| Nació así | 1 | |
| Suciedad | 28 | 13,9 |
| Aguas malas | 2 | |
| Basuras | 1 | |
| Mucho sol | 1 | |
| Susto | 6 | 2,8 |
| Mal de ojo | 1 | |
| Mucho trabajo | 1 | |
| Mal rato | 1 | |
| TOTALES: | 201 | |

d) No saben 1,9%

| | |
|----------|-----|
| TOTALES: | 585 |
|----------|-----|

De la observación de la tabla N° 19 un 00,5% conoce la enfermedad con el nombre de diarrea, un 18% como colitis y un 10,6% como disentería y sólo un 3,4%, como empacho.

En la tabla siguiente al interrogar sobre las causas de diarreas estas las agrupan en 4 rubros.

- a) En relación con alimentación, que dió un 49%.
- b) En relación con estados de enfermedad, un 14,8%.
- c) En relación a condiciones ambientales, un 34,2%.
- d) No saben, 1,9%.

Se observa la gran importancia que le dan a la alimentación y en esta a la fruta verde y a la "comida mala".

En relación con la enfermedad se le da importancia a la diarrea de la dentación. Llama la atención que un 3,4% da a las lombrices como causa de la diarrea. En cuanto a las causas ambientales hay una gran creencia en

el frío como ca sante y la suciedad en segundo lugar.

T A B L A N° 21

| Trata la diarrea | N° de personas | % |
|---------------------------------------|----------------|-------|
| Si | 487 | 94,6 |
| No | 28 | 5,4 |
| Por qué trata la diarrea ? | | |
| Porque tiene diarrea | 41 | 8,4 |
| Para que pase | 263 | 54,00 |
| Porque está poco alentado | 3 | |
| Porque puede morir | 53 | 10,7 |
| Porque le hace bién | 5 | 1,00 |
| Porque le puede dar fiebre intestinal | 1 | |
| Si no, no sana | 8 | 1,6 |
| Porque dijo el doctor | 25 | 5,00 |
| Para cuidarlo | 1 | |
| Se complica él | 1 | |
| Se enferman de otra enfermedad | 1 | |
| Porque le dan almorranas | 1 | |
| No hay Dr. | 2 | |
| Se hace mal | 19 | 3,9 |
| Es la peor enfermedad | 3 | |
| Por el dolor | 11 | 2,2 |
| No saben | 23 | 4,5 |
| TOTALES: | 485 | |

Del análisis de estos datos se pueden observar que el mayor porcentaje tratan las diarreas, pero en su mayor proporción (54%) no saben en forma precisa, aunque reconocen la gravedad de ésta, según las respuestas que representan el 10,7% y 5,3%.

T A B L A N° 22

| Que molestias debe tener el niño para tratarlo? | N° de personas | % |
|---|----------------|------------|
| Caca como agua | 12 | 2,7 |
| A los 2 ó 3 días | 163 | 36,9 |
| Diarrea persistente | 2 | |
| Diarrea con dolor de estómago | 14 | 3,1 |
| Dolor de quata y decaimiento | 115 | 26,00 |
| Dolor y fiebre | 68 | 15,4 |
| Dolor de cabeza | 20 | 4,5 |
| Diarrea con vómito | 4 | |
| Vómito y fiebre | 4 | |
| Quando veo que está mal | 3 | |
| Debilida, sin apetito ni ganas de jugar | 3 | |
| Adelgazamiento | 19 | 4,3 |
| No se | 2 | |
| TOTALES: | 441 | 2,7 |

Se ve que en 36,9% el solo síntoma diarrea es causa de tratamiento y que en 26% los síntomas enterocólicos son de gran importancia. Esto también se confirma con el 15,4% de dolor de guata y deacimientto. Es notorio que los síntomas que se relatan como complicación de una diarrea sirven de pauta para empezar el tratamiento en muy poca proporción.

T A B L A N° 23

Con qué trata las diarreas de su niño?

| | N° de personas | % |
|--|----------------|-------|
| a) Sólo con agüitas (arroz, te, café, menta, manzanilla, orégano, limpiaplata, paico, murra, hinojo, poleo, laurel, pichi, hierba buena, corteza de maqui, perejil, ajenjo, borrajas) | 343 | 54,7 |
| b) Con agüitas y otros elementos | 176 | 28,00 |
| c) Remedios de botica | 87 | 13,8 |
| d) Otras medidas (dar de mamar, compresas frías, azufre en polvo, eledón y pastillas de carbón, suprimir alimentación habitual). | 21 | 3,3 |

En relación a los métodos de tratamiento, el análisis demuestra que en 54% las infusiones son el método predilecto. En un 28% a estas infusiones se agregan otros elementos cuya lista sería largo de enumerar. Es así que considerando estos dos elementos resulta que un 82,7% se usan las infusiones como método de elección.

Los grupos c y d son de menor porcentaje y de medidas tan importantes como la suspensión de alimentos ocupa un porcentaje mínimo, lo que demuestra el desconocimiento de las medidas básicas de tratamiento.

T A B L A N° 24

Quien indica el tratamiento de las diarreas?

| | N° | % |
|--------------------------------|-----|------|
| -La madre | 159 | 36,5 |
| -La experiencia | 64 | 14,5 |
| -OTRO familiar | 10 | 2,3 |
| -Cualquier persona de más edad | 7 | 1,6 |
| -Un vecino | 17 | 3,8 |

| | N° | % |
|-----------------|------------|-------|
| -El boticario | 15 | 3,4 |
| -El practicante | 102 | 23,1 |
| -El médico | 61 | 14,00 |
| -La Machi | 4 | |
| -El almacenero | 2 | |
| | <u>441</u> | |

Considerando a la madre y la experiencia como un solo rubro, se observa que un 51% de estos hechos que son los que predominan en quien indica el tratamiento de las diarreas, lo que demuestra una vez más, la importancia de la formación de los centros de madres y padres en íntima relación con la escuela.

El practicante demuéstrase como una persona muy importante en los problemas de la salud considerado no sólo desde este punto de vista.

El resto de los rubros se reparte en forma más o menos equitativa como se puede observar en los siguientes porcentajes:

T A B L A N° 25

| Qué es el empacho? | N° de personas | % |
|---|----------------|------|
| a) Relacionado con vermes | 348 | 76,8 |
| Tener lombrices o tirar gusanos | 342 | 98,2 |
| Lombrices, ojos vidriosos y no comen | 6 | 1,7 |
| b) Relacionado con diarreas | 8 | 1,7 |
| Lo que tiene antes de la diarrea | 1 | |
| Tener diarrea | 4 | |
| Diarrea por fruta | 1 | |
| "Diarrea y dolor de guata" | 1 | |
| Diarrea por alimentos pegados al estómago | 1 | |
| c) Relacionado con alimentos | 17 | 3,7 |
| Caen mal las comidas | 3 | |
| Alimento mal digeridos | 3 | |
| Comer cosas calientes | 1 | |
| Comer mucho | 8 | |
| Comer algo sucio | 1 | |
| Darles papas mal cocidas | 1 | |
| d) Relacionado con malestar el estómago. | 17 | 3,7 |
| Infección al estómago o guata | 2 | |
| Dolor de estómago que no cede con hierbas | 4 | |

| | | |
|------------------------------|-----|------|
| Dolor de guata | 4 | |
| Algo en el estómago | 7 | |
| e) Otros | 2 | |
| Tienen ojeras y secarse | 1 | |
| Descoloridos, no comen y sed | 1 | |
| f) No saben | 61 | 13,4 |
| TOTAL: | 453 | |

En el análisis del concepto empacho se observa que un 76,8% lo relaciona con vermes y de éstos un 98,2% como tirar gusanos.

Se relaciona con molestias por los alimentos y malestares orgánicos en ambos en un 31,7%. En un 13,5% no habían usado nunca el término empacho ni conocían dicho concepto.

T A B L A N° 26

| Cómo se trata el empacho? | N° de personas | % |
|---|----------------|---------|
| a) Purgantes y lavados | 59 | 14,2 |
| Purgantes | 38 | |
| Purgantes de pasto | 11 | |
| Lavados | 2 | |
| Aceite ricino | 4 | |
| Pepas de zapallo | 1 | |
| Aceite con limón | 1 | |
| Agua de té | 1 | |
| Limón-manzana, cosas agrias | 1 | |
| b) Remedios de botica | 189 | 75,2 |
| Antihelmínticos | 108 | |
| Santonina | 80 | |
| Remedios ácidos | 11 | |
| c) Recurren a personas | 30 | 7,2 |
| Machi o Meica | 2 | |
| Boticario | 2 | |
| Médico | 26 | |
| d) Otros | 18 | 4,3 |
| Harian tostada con agua | 1 | |
| Tirar la pies de la espalda hacia abajo | 1 | |
| Merengue | 1 | |
| Agua Milkao en ayunas | 1 | |
| Remedios caseros | 14 | |
| e) No saben | 56 | 13,5 |
| TOTAL: | 414 | |
| f) No lo tratan | 14 | 3,2 |
| TOTAL: | 428 | 100,00% |

Museo



Digitita

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CHI

En esta tabla que analiza el tratamiento del empacho, se observa que un 97,1% lo tratan. De ellos 75,2% lo hacen con remedios de botica usando antihelmínticos en su mayor proporción: "remedios contra gusanos".

Un 14,2% lo hace con purgantes y lavados.

Por otra parte hay un 13,5% que no saben que hacer con el empacho y por lo tanto no lo tratan.

III. Enfoque antropológico y epidemiológico sobre parasitosis intestinales,

T A B L A N° 27

| ¿Se limitado gusanos ? | N° de personas | % |
|------------------------|----------------|------|
| Si | 442 | 85,8 |
| No | 73 | 14,1 |
| | <u>515</u> | |

Cómo los ha adquirido ?

| | | |
|-------------------|------------|------|
| Comida cruda | 94 | 17,9 |
| Lechuga | 4 | |
| Fruta verde | 98 | 18,7 |
| Azúcar o dulce | 84 | 16,0 |
| Comer tierra | 10 | 1,9 |
| Agua de pozo | 8 | 1,5 |
| Comer pan | 37 | 7,0 |
| Suciedad | 6 | 1,1 |
| Frío | 7 | 1,3 |
| Comidas pesadas | 1 | |
| Comidas | 55 | 10,5 |
| Leche | 5 | |
| Comer lombrices | 2 | |
| Comer huevos | 2 | |
| Mala alimentación | 9 | 1,5 |
| Contagio | 3 | |
| Tener perros | 1 | |
| No saben | 107 | 20,4 |
| TOTAL: | <u>523</u> | |

T A B L A N° 28

| Cómo los ha adquirido | N° de personas | % |
|---------------------------------|----------------|------|
| Comidas diversos tipos | 390 | 76,7 |
| Agentes externos | 17 | 2,2 |
| Frío, suciedad, contagio perros | | |
| Terreno | 9 | 1,7 |
| No sabe | 107 | 20,4 |
| TOTAL: | <u>523</u> | |

T A B L A N° 29

| Producen daño? | N° de personas | % |
|----------------|----------------|------|
| Si | 427 | 82,9 |
| No | 63 | 12,2 |
| No saben | 25 | 4,8 |
| | <u>515</u> | |

T A B L A N° 30

| Por qué producen daño? | N° de personas | % |
|------------------------|----------------|------|
| Quitan el apetito | 31 | 6,2 |
| Comen la comida | 80 | 15,5 |
| Debilitan | 30 | 5,8 |
| Dejan paralizado | 12 | 2,3 |
| Se muere | 24 | 4,6 |
| No dejan criar sangre | 1 | |
| Dan sueño | 11 | 2,1 |
| Perforan intestino | 6 | 1,1 |
| Comen sangre | 26 | 5,0 |
| Duele el estómago | 15 | 2,9 |
| Comen el corazón | 23 | 4,4 |
| Todos lo tienen | 34 | 6,6 |
| No son importantes | 5 | |
| Producen decaimiento | 9 | 1,7 |
| Se alimentan de uno | 20 | 3,8 |
| No saben | 61 | 11,8 |

De los datos observados podemos sacar las siguientes conclusiones:

- a) El notable número de personas que han declarado eliminar gusanos lo cual nos indica que hay un altísimo porcentaje de infectados, con este tipo de vermes lo que se explica por el pésimo saneamiento básico y malos hábitos higiénicos y malas condiciones de la zona.
- b) Al estudiar el cuadro de creencias sobre el mecanismo de infección se puede concluir:
 1. que la gran mayoría (76,7%) de las personas creen que se adquiere por vía oral.
 2. Muy pocos le dan importancia al terreno como desnutrición (1,7%)
 3. Se le atribuye gran importancia a la ingestión de fruta verde y comidas crudas (36,8%) como también a ciertos tipos de alimentos como azúcar, pan (23%).

Sin embargo, no se le da importancia a las condiciones de saneamiento y mala conducta higiénica.

c) El cuadro estadístico en relación a daño que producen los vermes denota la creencia casi unánime (82,9%) que estos así, lo hacen.

El mecanismo de este daño no se atribuye a una acción de sustracción de alimentos o sangre y en menor porcentaje la acción por mecanismo activo.

Dañan o destruyen órganos.

IV. Enfoque antropológico y epidemiológico sobre equinococcosis.

T A B L A N° 31

| a) Conocen la enfermedad | N° | % |
|--|-----|------|
| La conocen | 360 | 69,9 |
| No la conocen | 155 | 30,1 |
| b) Produce enfermedad en el | | |
| Hombre | | |
| Si produce | 132 | 44,0 |
| No produce | 57 | 17,0 |
| No sabe | 114 | 38,0 |
| c) Produce enfermedad en el | | |
| animal | | |
| Si produce | 149 | 59,0 |
| No produce | 19 | 7,5 |
| No sabe | 84 | 33,5 |
| d) Relación con el perro | | |
| (causa efecto) | | |
| Si tiene relación | 24 | 8,9 |
| No tiene relación | 91 | 33,3 |
| No sabe | 153 | 57,4 |
| e) Mecanismo de acción patógena de la equinococcosis | | |
| Comen corazón | 11 | 3,4 |
| Tumors | 9 | 2,8 |
| Lesionan Hígado | 14 | 4,4 |
| No saben | 228 | 71,7 |
| f) Mecanismo de contagio | | |
| No saben | 196 | 91,0 |
| Contagia el hombre | 1 | |
| Contagia el animal | 5 | 2,1 |
| Por comer carne cruda | 8 | 3,2 |
| Por la mujer | 5 | 2,1 |
| Sabe perfectamente | 1 | |

Museo



Digitita

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CHILE

| | |
|--------------------------|-------|
| Por comer bolsas de agua | 1 |
| Por comer excremento | 1 |
| Por comida | 1 |
| Por mucho licor | 1 |
| | <hr/> |
| | 221 |

De la presente encuesta se desprende lo siguiente:

- a) Que esta enfermedad es bastante conocida (70%)
- b) Pero que la mitad de los encuestados saben aun que produce daño (44%) y un 17% lo subestima sin darle poder patógeno.
- c) En el animal, se cree en un 60%, que produce enfermedad, el resto no sabe o cree que es inofensiva.
- d) Un altísimo porcentaje no le atribuye ningun relación con el perro (91,1%) como parte del mecanismo de infección
- e) También un 72% no sabe cual podría ser el mecanismo de acción patógena y sólo el 2,8% sabe que su acción es a través de un tumor y un 4,4% muy lejanamente cree que se lesiona el hígado.
- f) En cuanto al mecanismo de contagio todos los encuestados no saben un pqueñísimo 2,1% lo relaciona en algo con el perro. El resto no sabe o tiene teorías muy alejadas de la realidad.

V. Enfoque antropológico sobre alimentación láctea.

En nuestro trabajo consideramos de importancia incluir una encuesta que nos diera una idea dela importancia que desempeña la leche en la alimentación infantil y al mismo tiempo nos permitiera conocer el rol que le otorgan los habitantes de la Isla a tan vital elemento.

Debemos reconocer de antemano que esta encuesta adoleció de algunos defectos: El primero, y quizás el más importante haya sido su tardía incorporación a la planificación general. En segundo lugar no existió una tabla maestra adecuada a las circunstancias; por último la subjetividad de muchas preguntas originaron una enorme cantidad de respuestas de muy difícil tabulación.

Todo no fué defectos. Creemo que , si bien es cierto, no nos aportó datos de carácter estadístico, no es menos cierto que constituyó un exce-

lente estudio antropológico de la población en lo que se refiere a la materia en cuestión. Mostraremos aquellas que sean, a nuestro juicio, significativas y por lo tanto de valor para un estudio científicamente realizado.

La evaluación de las encuestas fue realizada en la siguiente forma:

- 1) Debido a que las variaciones que existen en las diversas comunidades son mínimas, daremos los resultados sacando un promedio aritmético de las diversas comunidades cuyo margen de variación no modificará en ningún caso el panorama general del problema.
- 2) Para efectuar el cálculo porcentual que aparece en esta presentación hubo que adecuar una tabla maestra agrupando varias respuestas en una cuando el concepto era el mismo, ejemplo: "La leche se hierve porque es más higiénico". Aquí están englobadas las siguientes respuestas: Porque es más limpio, porque es más puro, etc.
- 3) Fueron descartadas todas aquellas respuestas que significaran menos del 1%, las cuales figuran dentro de "otras respuestas".
- 4) Para la tabulación se siguió el esquema utilizado por la mayoría de los encuestadores adaptando la tabla maestra a los que la hicieron de forma distinta, en palabras diferentes, la tabla maestra se construyó basados en el esquema utilizado por la mayoría de los encuestadores.
- 5) Como se hizo hincapié al principio de esta presentación los datos carecen de valor estadístico estricto, por las razones mencionadas.

T A B L A N° 32

1. Es conveniente dar de mamar a sus hijos?

| | |
|---------------|-----|
| Si | 68% |
| No | 3% |
| No sabe | 19% |
| Sin respuesta | 10% |

Por qué?

| | |
|---------------------|-----|
| Es mejor | 16% |
| Es más sano | 7% |
| Es lo natural | 11% |
| Igual temperatura | 2% |
| No tiene agua | 1% |
| No necesita cocción | 9% |
| No sabe | 26% |
| Le dijeron | 7% |
| Sin respuesta | 12% |



Museo Digital FACULTAD DE MEDICINA | UNIVERSIDAD DE CH

2. En que circunstancias le quita el pecho?

| | |
|----------------------------|-----|
| Enfermedad de la madre | 63% |
| Nuevo embarazo | 3% |
| Cuando se acaba | 6% |
| Enfermedades del niño | 3% |
| Cuando lo indica el médico | 1% |
| Rechazo del niño | 1% |
| Cuando tiene diarrea | 4% |
| No sabe | 5% |
| Otras respuestas | 6% |
| Sin respuesta | 8% |

Por qué?

| | |
|----------------------------|-----|
| Daña al niño | 30% |
| Se acabó la leche | 22% |
| Daña a la madre | 11% |
| Lo dijo el médico | 3% |
| Para separarlo de la madre | 2% |
| Rechazo del niño | 11% |
| No sabe | 15% |
| Otras respuestas | 3% |
| Sin respuesta | 3% |

3. Hasta que edad le da de mamar?

| | |
|---------------|-----|
| 3 meses | 17% |
| 6 meses | 27% |
| 1 año | 49% |
| 2 años | 2% |
| 3 ó más | 1% |
| Sin respuesta | 4% |

(De este 4% el 1% no tenía hijos)

Por qué?

| | |
|--------------------------------|-----|
| Se acabó la leche | 28% |
| Ya se alimentan solos | 11% |
| Se descompone la leche | 5% |
| Le duele la espalda a la madre | 2% |
| Rechazo del niño | 3% |
| Porque a esta edad es mejor | |
| la de vaca | 7% |
| Por costumbre | 2% |
| Le dijeron | 8% |
| Nuevo embarazo | 7% |
| No saben | 9% |
| Otras respuestas | 5% |
| Sin respuesta | 13% |

4. En caso de no dar leche materna, ¿por qué la reemplaza?

| | |
|-------------------------|-----|
| Leche en polvo | 39% |
| Leche de vaca | 26% |
| Comida casera | 17% |
| Leches especiales | |
| (Pelargón, Eledón, etc) | 2% |
| Leche condensada | 3% |
| Leche de cabra | 1% |

| | |
|-------------------|----|
| papas, caldo y té | 5% |
| Otras respuestas | 4% |
| Sin respuestas | 3% |

5. Considera que la leche de vaca es mejor que la materna?

| | |
|---------------|-----|
| si | 8% |
| no | 58% |
| son iguales | 21% |
| sin respuesta | 23% |

Por que?

| | |
|-------------------------------------|-----|
| Es mejor | 26% |
| Es lo natural | 4% |
| Tiene vitaminas | 14% |
| No se enferman | 7% |
| No necesitan cocerla ni prepararla | 2% |
| No saben | 10% |
| Tiene igual temperatura que el niño | 3% |
| Sin respuesta | 19% |

(Estas respuestas se refieren a la materna)

Por que es mejor la de vaca?

| | |
|--|-----|
| Por que es más nutritiva | 31% |
| Por que es más espesa | 1% |
| Porque así no se debilita tanto la madre | 11% |
| Porque su leche es muy delgada | 5% |
| Sin respuesta | 53% |

6. Al dar la leche de vaca ¿la hierve?

| | |
|------------------|-----|
| Si | 56% |
| No | 14% |
| A veces | 11% |
| Sólo la calienta | 5% |
| No la han usado | 4% |
| Sin respuesta | 10% |

Por que?

| | |
|---|-----|
| Cruda | 7% |
| Se evitan infecciones | 31% |
| Se lo enseñaron | 4% |
| Le sirve para calentarla | 2% |
| Es más higiénico | 11% |
| Mejora el gusto | 1% |
| Lo dijo el médico | 3% |
| Porque las vacas pueden estar enfermas y enferman al niño | 4% |
| No saben | 13% |
| Mata los microbios | 4% |
| Impide el empacho | 6% |
| Sin respuesta | 2% |
| Otras respuestas | 3% |

Museo

FACULTAD DE MEDICINA



Digitaria

UNIVERSIDAD DE CHILE

7. Deben tenerse algunos cuidados al preparar la mamadera?

| | |
|---------------|-----|
| Si | 67% |
| No | 11% |
| No sabe | 4% |
| Sin respuesta | 12% |

Cómo lo efectúan?

(Lavarse las manos y los utensilios, hervir la leche, usar agua hervida al preparar la leche, etc., los catalogamos como adecuados; al no hacerlo los catalogamos como inadecuado).

| | |
|---------------|-----|
| Adecuado | 20% |
| Inadecuado | 26% |
| Sin contestar | 52% |

8. Reciben leche de alguna institución?

| | |
|---------------|-----|
| Si | 34% |
| No | 51% |
| Sin respuesta | 15% |

Cuales?

| | |
|---------------|-----|
| S.N.S. | 23% |
| Caritas Chile | 11% |

VI. Enfoque antropológico sobre atención médica

T A B L A N° 33

ATENCIÓN MEDICA.-

| A quien recurre? | Total | % |
|------------------|-------|----|
| Médico | 246 | 59 |
| Practicante | 85 | 20 |
| A nadie | 27 | 6 |
| A meicas | 21 | 4 |
| Familiar | 18 | 2 |
| Posta | 7 | 2 |
| Boticario | 7 | 2 |
| Vecinos | 6 | 2 |

II

a) Por que al médico?

| | | |
|------------------------|----|------|
| Reconocen enfermedades | 51 | 20 |
| Mejoran | 32 | 12,6 |
| "Está enfermo" | 7 | 3 |
| Único recurso | 39 | 15 |
| Es su obligación | 5 | 2 |

b) Por que a boticario o Practicante?

| | N° | % | |
|------------------------------------|----|-----|-------|
| No hay médico | 69 | 27 | |
| Saben más que nadie | 1 | 0,4 | |
| Evitan enfermedades y dan remedios | 15 | 6 | 33,4% |

c) Por que a nadie?

| | | | |
|-----------------------------|----|---|-------|
| Falta de recursos | 11 | 4 | |
| Ignorancia | 11 | 4 | |
| No hay médicos no hay otros | 12 | 6 | 14,0% |

III

Cómo encuentran atención MEDICOS?

| | Total | % |
|---------|-------|----|
| Buena | 206 | 70 |
| Regular | 68 | 23 |
| Mala | 10 | 7 |

IV

Por que?...

a) ...La encuentran buena

| | | |
|-----------------------------|----|----|
| Buena atención y buen trato | 98 | 40 |
| Dan remedios | 43 | 17 |
| Mejoran | 71 | 29 |
| Instruyen | 14 | 6 |
| Se les paga | 12 | 5 |
| Son capaces | 7 | 3 |

b) ...La encuentran regular

| | | |
|--------------------------|----|----|
| Se demora en atender | 19 | 28 |
| Atención insuficiente | 23 | 34 |
| No dicen la enfermedad | 11 | 16 |
| No hay especialistas | 8 | 12 |
| Atienden sólo asegurados | 7 | 10 |

c) ...La encuentran mala

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Mal trato y mala atención | 11 | 56 |
| No dan remedios | 3 | 12 |
| Hacen esperar mucho | 5 | 20 |
| Faltan médicos | 1 | 4 |
| Por ser indigentes | 2 | 8 |

Museo



Digitita

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CHILE

ATENCIÓN MEDICA

Se observa que:

- a) El 59% de la población recurre al médico, cifra que parece dudosamente alta si se piensa que el número de médicos por población es extraordinariamente bajo.
- b) El 20% acude a practicantes, y el 2% a las postas, se puede considerar en conjunto un 22% ya que hay practicantes donde hay Postas.
- c) El 6%, a nadie, el 5%, a meicas, y el resto, a familiares o vecinos.

En resumen, alrededor del 60% acude a personas competentes, cifra que parece demasiado alta para la zona, y sólo el 5% acude a meicas y machis, cifra que parece, a su vez, un poco baja.

II

- a) Recurre al médico el 20% de la población porque es capaz de reconocerlo, el 15%, porque es el único recurso y el 12% porque cree que los mejora.
- b) Recurre al practicante el 27%, porque no hay médicos y el 6%, porque dan remedios.
- c) No recurren a nadie el 6%, porque no hay nadie, el 4% por falta de recursos y el 4% por ignorancia.

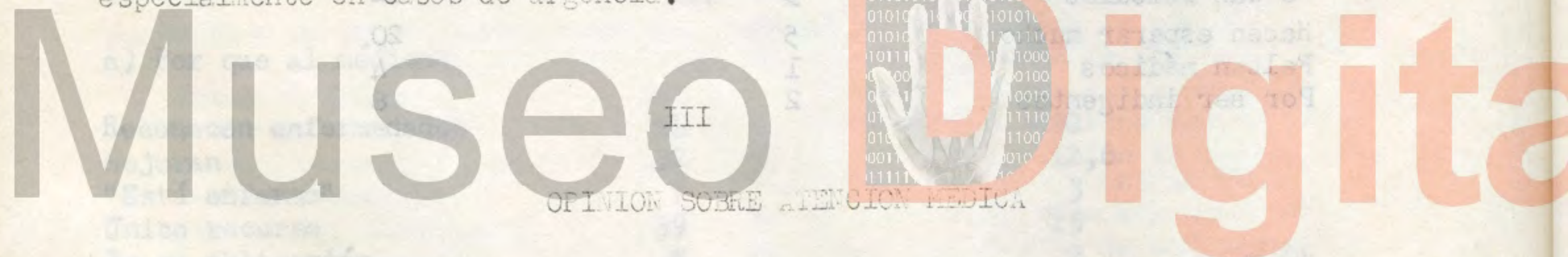
En resumen,

-Factor determinante y fundamental es que no se recurre al médico es por la falta de ellos.

-Contribuye en forma importante también, la falta de recursos, por lo que llama la atención que este rubro sólo alcance el 4% ya que es esta causa la que no permite el acceso a centros médicos, como Ancud, Castro o Pto. Montt., especialmente en casos de urgencia.

III

OPINION SOBRE ATENCION MEDICA



a) La encuesta buena el 70% de la población. De ellos el 40% de las respuestas a porque la encuentran buena, es porque dan buena atención y buen tra-

to. El 29%, porque mejoran, el 17%, porque dan remedios; 6 y 3%, porque instruyen y son capaces y un 5%, porque se les paga.

b) La encuentran regular el 23%. 34% de las respuestas corresponden a atención **insuficiente**; 28% a demora; 10% porque sólo atienden asegurados; y el resto, porque duda de su capacidad.

c) El 7% de la población la encuentra mala. 56% porque dan mala atención y mal trato; el 20% porque demoran; 12% porque no dan remedios; 8%, porque son indigentes.

- Se insiste en la falta de médicos por la atención insuficiente y la demora en atender.

- Los que opinan que la atención y trato son buenos, superan grandemente a los que la encuentran mala.

- Se quejan de que el S.N.S., sólo atiende asegurados, lo que se justifica si se piensa que médicos particulares no existen en la zona.

VII. Jerarquización de los problemas de la comunidad.

T A B L A N° 34

Problemas de la Comunidad.

| FALTA: | N° | % |
|------------------------------|------------|----|
| Atención médica | 190 | 32 |
| Caminos | 130 | 22 |
| Transportes | 54 | 9 |
| Agua Potable | 51 | 9 |
| Recursos económicos | 27 | 5 |
| Electricidad | 23 | 4 |
| Abonos y maquinaria | 18 | 3 |
| Saneariamiento | 13 | 2 |
| Organización de la comunidad | 11 | 2 |
| Negocios en general | 12 | 2 |
| Retenes | 10 | 2 |
| Dentista | 5 | 1 |
| Escuelas | 7 | 1 |
| Alimento | 7 | 1 |
| Habitación | 5 | 1 |
| Teléfono | 7 | 1 |
| Padecen: | | |
| Aislamiento | 8 | 1 |
| Problemas agrícolas | 7 | 1 |
| No hay problemas | 6 | 1 |
| | <u>512</u> | |

| | N° | % |
|------------------------------------|-----|------|
| Se ha hecho algo por solucionarlos | 96 | 26,5 |
| No se ha hecho nada | 234 | 64,5 |
| Ignoran si se ha hecho | 33 | 9,0 |

Se observa:

- Que el mayor problema, 32%, es la falta de atención médica y dental.
- Rubro importante, 23% lo constituye la falta de caminos. Interesante es recalcar que las comunicaciones terrestres, a más de ser escasas son de mala calidad, lo que es grave si se recuerda que las condiciones climáticas contribuyen a ello.
- Junto a esto la falta de transporte representa un 9%, si se considera su íntima relación con el punto anterior, tenemos un total de problemas de comunicaciones de 32%.

Esto contribuye grandemente a agravar o a determinar la existencia de otros problemas económicos, de abastecimiento, de recursos en caso de enfermedad; y a modelar una psiquis del individuo, profundamente influenciado por el aislamiento de la región (apatía).

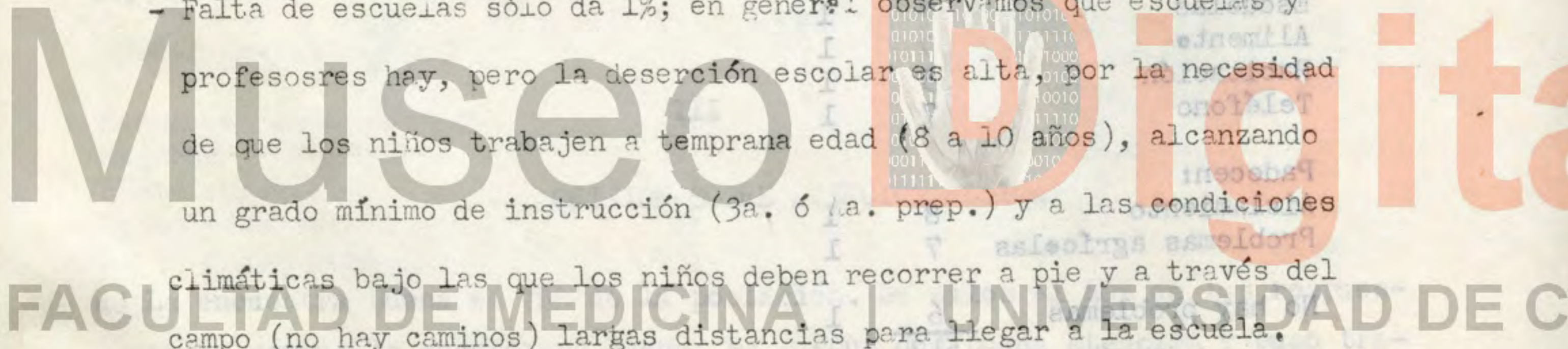
- Agua potable 9% y saneamiento en general dan un total de 11%, cifra muy baja si recordamos las pésimas condiciones de saneamiento básico.

Prácticamente no existe conciencia de este problema, y si la hay, de lo considera aisladamente, sin valorar su relación con los problemas de salud (endemia de enteroparasitosis, por ejemplo).

- Problemas económicos, 5% lo que hace pensar en la carencia de valores, ya que nosotros observamos un muy bajo standard socio-económico en la mayor parte de la población, y sin embargo, no hay una conciencia de ello, y si la hay, la actitud frente a esta es pasiva, no habiendo iniciativa para aprovechar en mejor forma los recursos, salvo excepcionalmente.

- Falta de escuelas sólo da 1%; en general observamos que escuelas y profesores hay, pero la deserción escolar es alta, por la necesidad de que los niños trabajen a temprana edad (8 a 10 años), alcanzando un grado mínimo de instrucción (3a. ó 4a. prep.) y a las condiciones

climáticas bajo las que los niños deben recorrer a pie y a través del campo (no hay caminos) largas distancias para llegar a la escuela.



- Falta de abonos y maquinarias y otros problemas agrícolas dan 4%.

Parecen muy bajos, pues en realidad faltan muchos más recursos para aprovechar lo que la agricultura podría dar, especialmente en esta zona en que el abastecimiento es difícil y donde el autoabastecimiento agrícola constituiría un gran progreso.

- La ausencia de electricidad es sentida por un 4% de la población.

- La desorganización de la comunidad comprende 2% sentido por la población dato que nos confirma la falta de conciencia sobre este punto.

- Alimento y habitación constituyen 1% cada uno. En general la zona provee la monodieta de los habitantes: papas-mariscos. La habitación

- construida con madera está más o menos al alcance.

Problema importante que ellos no mencionan es la falta de medios de recreación, ya que esto determina que se beba alcohol en forma exagerada, pues los negocios destinados a este fin, son numerosísimos.

El nivel cultural de la población es muy bajo, ya que no existen instituciones que impulsen la cultura, salvo uno que otro aporte de la escuela.

No se leen libros, y escasamente diarios y revistas, que llegan muy atrasados, lo que contribuye al aislamiento de la zona.

- Sólo un 2% de la población ha hecho algo por solucionar el problema que encontraba importante y generalmente era algo que lo afectaba personalmente o a su familia y solo en un muy pequeño porcentaje habría actuado en problemas que afectan a la comunidad.

T A B L A N° 35

Resultado de la encuesta coprológica sobre 383 personas

Especies parasitarias y comensales

N°

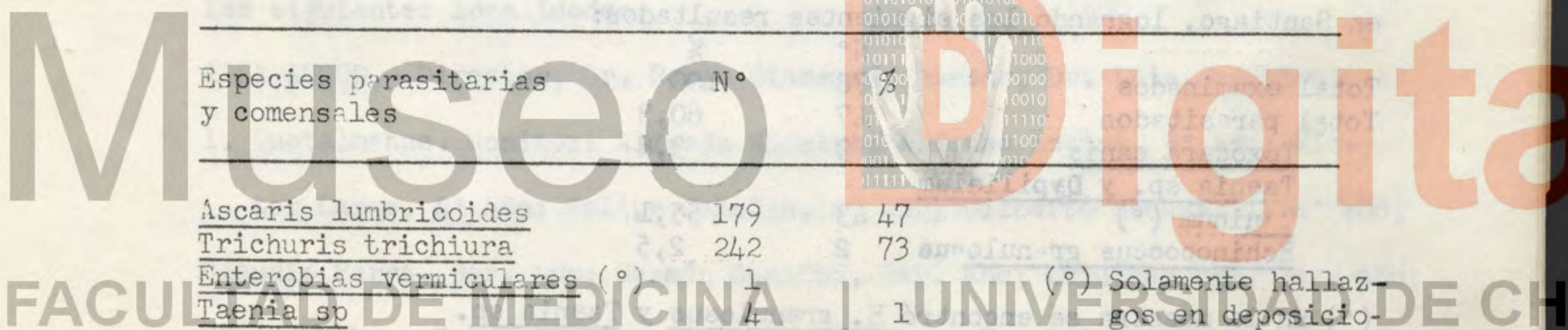
Ascaris lumbricoides
Trichuris trichiura
Enterobias vermiculares (°)
Taenia sp
Himenolepis nana

179
242
1
4
5

47
73

1
1,3

(°) Solamente hallazgos en deposiciones.



| | N° | % |
|------------------------------|-----|----|
| <u>Entamoeba histolytica</u> | 49 | 13 |
| <u>Giardia lamblia</u> | 36 | 9 |
| <u>Balantidium coli</u> | 1 | |
| <u>Entamoeba coli</u> | 189 | 49 |
| <u>Endolimax nana</u> | 133 | 34 |
| <u>Chilomastix mesnili</u> | 15 | 4 |

Los resultados de esta encuesta, realizados en muestra de población general de diferentes localidades de la isla de Chiloé, demuestra un grado moderado de infección de enteroparásitos y comensales. En efecto, de acuerdo a las condiciones parasitarias y ecológicas de esa región, debió esperarse una mayor infección por helmintos, que se transmiten a través del suelo y un alto índice de contaminación de alimentos y bebidas, expresadas por las tasas de infección por protozoos, tanto parásitos como comensales.

Sin embargo, la infección por Trichuris trichiura (73%) es la que concuerda mejor con las condiciones sanitarias de la zona, habiéndose notado una disminución en la frecuencia de infectados por Ascaris (47%), en circunstancias anteriores estas cifras eran superiores al 55%.

Los índices de contaminación de alimentos y bebidas, son relativamente bajos, ya que Entamoeba coli (49%) y Endolimax nana (34%) se observa más frecuentemente en la zona central y sur del país.

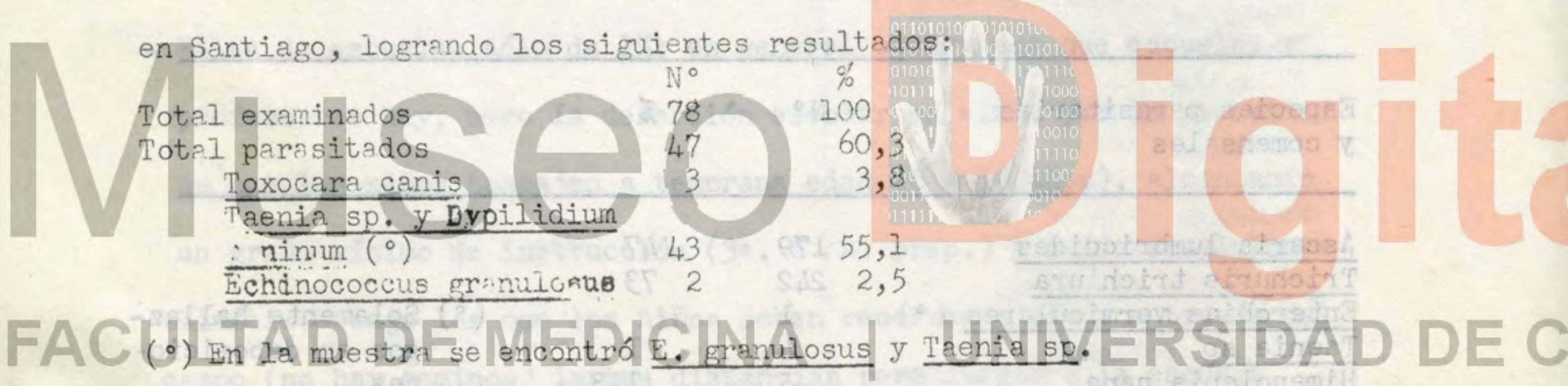
Estos hechos nos inducen a esperar un nuevo control en los próximos años, a objeto de precisar la causa de estas modificaciones.

RESULTADO DE LA ENCUESTA SOBRE EQUINOCOCCOSIS

Las muestras obtenidas en Castro fueron examinadas macroscopicamente en Santiago, logrando los siguientes resultados:

| | N° | % |
|--------------------------------|----|------|
| Total examinados | 78 | 100 |
| Total parasitados | 47 | 60,3 |
| <u>Toxocara canis</u> | 3 | 3,8 |
| <u>Taenia sp. y Dypilidium</u> | | |
| : <u>ninum</u> (°) | 43 | 55,1 |
| <u>Echinococcus granulosus</u> | 2 | 2,5 |

(°) En la muestra se encontró E. granulosus y Taenia sp.



El escaso número de T. canis hallado, no representa la infección real de la población canina debido a que el medicamento empleado -bromhidrato de arecolina- actúa sobre los nematodos sólo gracias a su acción catártica.

Los porcentajes encontrados de Taenia sp. (actualmente clasificándose) y D. caninum, reflejan las condiciones higiénicas que advertimos en la zona: pésimas condiciones de eliminación de decomisos en el matadero, frecuente sacrificio domiciliario de avinos y consumo de las vísceras parasitadas por los perros y abundancia de ectoparásitos caninos.

Las tasas de infección equinococcósica encontradas, en relación con el número de denuncias de hidatidosis humanas efectuadas en Chiloé (4 casos entre 1956 y 1961). La encuesta efectuada entre la población humana demostró que un 69,9% conocía o había visto en alguna oportunidad estructuras similares a quistes hidatídicos en ovinos o porcinos. Las bajas tasas de hidatidosis humana y equinococcosis canina nos hacen suponer una probable confusión con Cysticercus tenuicollis, de Taenia hidatígena del perro, que se localiza en el peritoneo perihepático y, a veces, en la superficie del hígado. Para comprobar esta tesis el Dr. S. Jaramillo, inició el registro de los hallazgos de hidatidosis animal en el matadero de Castro, cuyos resultados se darán a conocer posteriormente.

ooooooo

INTEGRANTES DE LA DELEGACION

A cargo del grupo, y en calidad de coordinador general, viajó el Dr. Roberto Belmar y los estudiantes y personal docente se distribuyeron en las siguientes localidades:

AREA ANGUD.- Director, Dr. Pablo Giacaman; asesor, Dr. Luis Ferreiro.

1. Quetalmahue. Monitor: Alfredo Hidalgo; Alfonso Encina, 5° año; Víctor Lamas, 4° año; Felipe Cabello, 4° año; Gilberto Aboukalil, 4° año;

Claudio Parra, 3er. año; Germán Camacho, 3er. año; Luis Mayorga, 3er. año; Jorge Hasbun, 3er. año; Sergio Vaismann, 3er. año; Luis Villavicencio, 3er.

año; Alex Papic, 3er. año.

2. Chacao. Monitor: Juan Margozzini: Héctor Lacassie, 6° año; Ives Lacassie, 5° año; Gerardo Heiss, 3er. año; Anibal Llanos, 4° año; Gail

Gossman, 3er. año; María Maira, 3er. año; Patricia Marín, 3er. año; María Valenzuela, 3er. año; Carlos Weber, 3er. año; Ernesto Güiraldes, 3er. año.

3. Quemchi-Linao. Monitor: Julio Harboe: José Castro, 4° año; Bernardo Kalik, 4° año; Mónica Alonso, 3er. año; María I. Romero, 3er. año; Juan C. Millán, 3er. año; Alberto Minoletti, 3er. año; Nelson Vargas, 3er. año; Liana Schelssinger, 3er. año; Sergio Larach, 3er. año;

AREA CASTRO.- Director, Dr. Barrientos; asesor, Dr. Enrique Fanta.

4. Achao. Monitor: Ramiro Molina: Héctor Aliaga 7° año; Flora de la Barra 5° año; María E. Formas, 3er. año; Morelia Ossandon, 3er. año; Pilar Fernández, 3er. año; Jorge Silva, 3er. año; Luis Moreno, 3er. año.

5. Dalcahue. Monitor: Hernán Ciudad: Julio Espinoza, 5° año; Atilia Zendes, 5° año; Biagio Azzarelli, 3er. año; Carlos Borzutzky, 3er. año; Washington Alvarado, 3er. año; Oscar Espinoza, 3er. año;

6. Chonchi. Monitor: Pedro Anunziata; Fernando González, 6° año; Roberto Rona, 5° año; Silvia Ureta, 3er. año; Luis Rodríguez, 3er. año; Félix Schmidt, 3er. año; Gumaro Martínez, 4° año;

7. Castro y Archipiélago de Alaos. Monitor: Dr. Alfredo Avendaño; Julio Botello, 3er. año; Alfonso Cabezas, 3er. año; Carlos Carmona, 3er. año; Carlos Campos, 3er. año; Jorge Vergara, 3er. año; Berta Vildósola, 3er. año; Ronald Reid, 3er. año; Asesor, Dr. Gorgo Solimano.

8. Queilén. Monitor: Jorge Baltra: Patricio Silva, 7° año; Oscar Jiménez, 3er. año; Volker Kropp, 3er. año; Héctor López, 3er. año; Juan López, 3er. año; Carlos Ubilla, 3er. año; Gastón Rivero, 3er. año;

9. Quellón. Monitor: Francisco Acevedo; Edmundo Oyarzún, 7° año; Rodolfo Iglesias, 5° año; Mario Andreucci, 5° año; René Gordillo, 3er. año; Patricia Diaz, 3er. año; Rebeca San Martín, 3er. año; Antonio Cavalla, 3er.

año; José Gabarró, 3er. año; Hernán Baeza, 3er. año; Médico Veterinario, Dr. Omar Barriga.

BIBLIOGRAFIA

Seminario de Formación Profesional Médica. Santiago de Chile, Septiembre, 1960.-

Tercera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina. Santiago de Chile, Noviembre de 1962.-

Anuario de Atenciones Hospitalarias del S.N.S. (Vol. II., Abril de 1963.-)

Entidades de Población de Chiloé 1960,- Dirección de Estadística y Censo.

Chile, Desarrollo Socio-económico y Planificación en Salud. S.N.S. 1963.-

Revista del S.N.S. Santiago de Chile, Vol. III. Junio, 1958.-

Doctrina y Política del S.N.S. Planificación en Salud y el S.N.S. Santiago de Chile, 1962.-

NOTA: Recientemente fué incorporado a la Provincia de Chiloé, el Territorio de Palena.

Es por esto, que en la pág. N° 6, sólo figuran 3 Departamentos.

Museo



Digitaria

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CHILE

35969

R

H1
D419t
c.1

DEPARTAMENTO DE PARASITOLOGIA. ESC.

AUTOR
MEDICINA. U. CHILE

TITULO Trabajo Docente Asistencial
de Chiloé 1964.

Fecha de
devolución

NOMBRE DEL LECTOR

35969

R

H1
D419t
c.1

BIBLIOTECA CENTRAL

ESCUELA DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA | SANTIAGO

UNIVERSIDAD DE CHILE

Museo Digital