

# LA SALUD RURAL EN CHILE: PROGRAMA PARA ATRAER MEDICOS A LAS ZONAS RURALES

Dres. Bogoslav Juricic<sup>1</sup> y Raúl Cantuarias<sup>2</sup>

*Desde su creación, en 1952, el Servicio Nacional de Salud (SNS) se propuso mejorar los servicios de atención médica de las zonas rurales. Con este fin realizó un programa para atraer médicos y creó así la carrera de Médico General de Zona (MGZ) que aseguraba a los recién graduados no sólo mejor situación económica, sino también la oportunidad de obtener becas para estudios de especialización y de prestar progresivamente servicios en localidades más importantes y mejor dotadas de recursos humanos y materiales. El éxito del programa permite que alrededor del 50% de los profesionales que egresan cada año se incorporen a la carrera. Esto resultó en el aumento en un 35.7 del índice médico-población que se observó de 1955 a 1970 para todo el país, excluida la provincia de Santiago.*

## Introducción

Cuando se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS), por ley dictada en 1952, al integrarse los organismos más importantes del país encargados de velar por la salud de la población, se agudizó la necesidad de resolver con urgencia algunos problemas de consideración que ninguno de estos organismos había podido abordar por no considerar que fueran asuntos de su exclusiva competencia y por carecer de las facultades legales o de las posibilidades materiales necesarias.

Para lograr la integración de las siete instituciones que formaron el SNS fue necesario llevar a cabo una ardua labor, extensa y complicada; la ley constitutiva de este Servicio conservó las prerrogativas y remuneraciones del personal de cada una de dichas instituciones, prerrogativas que en muchos casos eran muy dispares. Al principio fue necesario establecer en dos de ellas—el Servicio de Sanidad Nacional y el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero—

administraciones delegadas que dejaron de funcionar sólo en mayo de 1954, fecha que debe considerarse como la de la verdadera iniciación de las actividades del SNS. Fue a partir de entonces que este asumió totalmente sus responsabilidades legales frente a la comunidad.

## Situación de los servicios de salud rural

Al poco tiempo se hizo evidente el grave problema de salud que representaba la población rural cuya atención médica era inadecuada. Grupos de población aislados que carecían de caminos transitables durante todo el año, y de servicios de salud establecidos en sus inmediaciones, sólo recibían cuidados de salud en forma esporádica, aunque toda la población contribuía al Servicio de Seguro Social y por lo tanto tenía derecho a recibir atención médica.

Según el censo de 1952, la población rural chilena alcanzaba a 2,359,873 habitantes, o sea el 39.8% de la población total del país. Conviene puntualizar que la población rural chilena ha sufrido pocas variaciones en cifras absolutas en los últimos 30 años, aunque debido al crecimiento de la población ur-

<sup>1</sup> Jefe, Oficina de Asuntos Internacionales, Ministerio de Salud Pública, y ex Subdirector General del Servicio Nacional de Salud, Chile.

<sup>2</sup> Ex Médico Inspector de la Subdirección General del Servicio Nacional de Salud, Chile.

bana, la proporción de población rural disminuye aceleradamente y se estima que en 1973 esta debe fluctuar alrededor del 22% de la población total del país.

El abandono de la población rural se debía, en parte, a la débil infraestructura del país y a la escasez de recursos humanos y materiales del sector salud.

Por otro lado, los esfuerzos realizados por el Gobierno, desde 1952 hasta la fecha, en la construcción de caminos, extensión de la educación hasta cubrir el 90% de la población en edad escolar, reforma agraria, etc., exigen de los servicios de salud requerimientos que no pueden atender debidamente.

Se carece de información fidedigna sobre la demanda de atención médica de la población rural alrededor de 1952, pero una encuesta realizada en 1968 demostró que dicha población tenía una demanda anual de 3.6 consultas per cápita, pero solo se pudo cumplir con 1.5 (41.7%). Sin embargo, la misma encuesta demostró que la población rural tenía igual acceso a la hospitalización que los habitantes de las grandes ciudades (92 egresos por 1,000 habitantes y por año comparado con 94 egresos para la población de la ciudad de Santiago) (1).

Se señaló que una de las causas importantes de atención deficiente en el medio rural era la escasez de profesionales y su distribución inadecuada que tiende a concentrarse en las grandes ciudades.

Esta situación era particularmente seria en lo que se refiere a la cantidad de médicos, ya que existían numerosos hospitales (situados en pequeñas ciudades) que servían al sector rural y que carecían de los servicios de estos profesionales. Era esencial, pues, promover una mejor distribución de médicos ya que estos son el eje del equipo de salud.

La Subdirección General del SNS, responsable de las funciones ejecutivas, empezó a preocuparse del problema a partir de 1955. El país disponía entonces de 3,645 médicos activos—5.4 por 10,000 habitantes—o uno por cada 1,855. Como se ha seña-

lado, la distribución geográfica, era totalmente inadecuada: el 65.2% de los médicos prestaba servicios en la provincia de Santiago, que contaba entonces con el 32.7% de la población del país. En otras palabras, la provincia de Santiago disponía de un médico para 916 personas (10.9 por 10,000), mientras que el resto del país disponía de uno por cada 3,528 habitantes (2.8 por 10,000).

La situación de Santiago podía considerarse aceptable. La de las provincias era aun más seria de lo que señalaban las cifras ya que los médicos preferían concentrarse en las ciudades de mayor población. Como ya se indicó, las ciudades pequeñas y el medio rural circundante contaban con servicios de profesionales solo en pocos casos.

El problema de Chile es, en verdad, un problema universal. Los médicos y, en general, todos los profesionales, prefieren ubicarse en los grandes centros urbanos y universitarios, ya sea por el deseo de tener fácil acceso al perfeccionamiento científico o por la atracción que ofrecen la carrera docente y las diferentes manifestaciones culturales y de recreación.

#### Incentivos para la redistribución de médicos (MGZ)

Al abordar el problema se partió de la idea de que cualquier medida de carácter compulsivo que se tomara a fin de radicar médicos en zonas de población dispersa estaría condenada al fracaso.

El sistema que se utilizaba en varios países, mediante el cual los estudiantes de medicina permanecían obligatoriamente en el medio rural—casi siempre por períodos de un año inmediatamente antes y como requisito para obtener el título—tiene, a juicio de los autores, serios aspectos negativos. Muy pocos, o ningún estudiante, regresan al medio rural después de graduarse tras cumplir lo que consideran una penosa obligación y por lo tanto no se interesan por los problemas de las comunidades rurales que

sirven, aparte que su escasa experiencia en un medio aislado de apoyo profesional no les permite un rendimiento satisfactorio.

Por las razones mencionadas, la Subdirección General del SNS se inclinó a dirigir médicos hacia las pequeñas poblaciones y trató de crear una carrera atractiva que les brindara buenas posibilidades de adquirir perfeccionamiento técnico y de prestar progresivamente servicios en localidades más importantes y mejor dotadas de recursos humanos y materiales.

La Subdirección General preparó un reglamento al efecto que sometió a la consideración de los Cuerpos Directivos Superiores del SNS, y que fue aprobado y puesto en vigencia en julio de 1955.

La nueva carrera recibió el nombre de "Médico General de Zona" (MGZ) en atención a que, al terminarla, los nuevos profesionales eran destinados a servir en las zonas de salud en que estaba dividido el país, en las localidades aprobadas por la Dirección General según lo propusiera el Jefe de Zona respectivo. Originalmente se escogieron 124 localidades, con un promedio de población de 15,270 habitantes, en la mayoría de los casos bastante dispersa.

El reglamento mencionado estableció los siguientes incentivos:

1. Un coeficiente máximo de 12 puntos que se incorpora a los antecedentes del MGZ y que le sirve para la postulación a cargos clínicos en el SNS<sup>3</sup>. Este coeficiente se alcanza después de cinco años de servicios y representa entre 15 y 20% del máximo de puntos con que se logra triunfar en un concurso.
2. Al cumplir tres años en el cargo, el MGZ puede optar a ocupar por concurso vacantes de medicina, pediatría, obstetricia y cirugía en hospitales tipo C.<sup>4</sup>
3. Después de prestar tres años de servicios, el MGZ puede optar también a solicitar las becas para estudios de especialización

que ofrece el SNS, y conservar durante el período de estudio, las remuneraciones y demás beneficios que tiene asignados. Al terminar la beca y poseer el título de especialista, el MGZ podrá optar a un cargo en cualquier ciudad del país.

El contrato no obliga al MGZ a prestar servicios durante ningún tiempo determinado, y este puede rescindirlo cuando lo estime conveniente.

Al mismo tiempo se estableció que ningún médico con menos de cinco años de servicios profesionales podía acceder a ocupar vacantes del SNS en las grandes ciudades (Santiago, Valparaíso, Viña del Mar y Concepción).

Como estímulo adicional se estableció una bonificación especial de hasta un 60% en las remuneraciones del MGZ.

Dado que el MGZ ejercía en la mayoría de los casos en zonas que carecían del concurso inmediato de profesionales con experiencia, se estableció que el primero debería hacer una práctica previa de hasta un año de duración en cirugía de urgencia, medicina, pediatría y obstetricia, complementándola con los principios de administración en salud.

La creación de esta nueva carrera dentro del SNS prometía beneficios positivos para los médicos que participaran en ella. Pero a pesar de que sus ventajas se divulgaron ampliamente entre los estudiantes de los últimos años de medicina, dicha carrera fue recibida al principio con frialdad, dudas y aun con cierta desconfianza de parte de las nuevas promociones de médicos. Esta situación provocó inicialmente escaso interés por la nueva modalidad de trabajo.

Sin embargo, con el transcurso de los años y a medida que los nuevos médicos fueron convenciéndose de las ventajas que significaba para su futuro profesional la nueva perspectiva que les ofrecía el SNS, el número de MGZ fue aumentando progresivamente (cuadro 1) hasta que en 1966 se incorporó a la carrera el 48.1% de la promoción de ese año (2). En 1971 y 1972

<sup>3</sup> En el SNS y en la mayor parte de los servicios públicos las vacantes de médicos se ocupan por concurso en que se valorizan los méritos de los candidatos por puntos previamente establecidos en el reglamento respectivo.

<sup>4</sup> El hospital tipo C, que sirve a ciudades de mediana población, dispone generalmente de unas 100 camas y de servicios especializados diferenciados de medicina, pediatría, cirugía y obstetricia.

CUADRO 1—Médicos graduados y médicos generales de zona (MGZ) contratados por el SNS, 1956-1972.

Año	Médicos graduados		
	No.	Contratados como MGZ	
		No.	%
1956	161	8	5.0
1957	159	9	5.6
1958	173	38	22.0
1959	165	18	10.9
1960	218	16	7.3
1961	218	38	17.4
1962	205	44	21.5
1963	247	84	34.0
1964	249	100	40.0
1965	206	77	37.3
1966	241	116	48.1
1967	241	112	46.5
1968	302	133	44.0
1969	274	139	50.7
1970	321	62 <sup>a</sup>	19.3
1971	322	188	58.4
1972	345	203	58.8

<sup>a</sup> Se redujo el número de plazas ofrecidas por razones de orden administrativo.

este porcentaje fue de 58.4 y 58.8, respectivamente.

#### Desarrollo de la infraestructura de salud en el medio rural

Paralelamente a las actividades que ya se mencionaron, el SNS inició un programa de construcción de establecimientos de salud en las zonas rurales (3) y poblaciones vecinas. En 1958 comenzó un programa de adiestramiento de auxiliares de enfermería reclutadas localmente, programa que todavía continúa y que al principio contó con la ayuda de la OPS y del UNICEF. En el cuadro 2 se señala el número de establecimientos que atendían directamente a la población rural en 1956, así como los que existían en 1971; se observa una diferencia de 534 establecimientos, o sea un incremento de 121.9%.

Los hospitales rurales, los consultorios y las postas integran un sistema regionalizado de atención médica con acceso a, y bajo la supervisión del Hospital Base de Área, que

CUADRO 2—Número de hospitales (tipo D),<sup>a</sup> consultorios<sup>b</sup> y postas<sup>c</sup> que servían las zonas rurales en 1956 y 1971.

Establecimiento	Año		Incremento (%)
	1956	1971	
Hospitales tipo D	67	88	31.3
Consultorios	28	44	57.1
Postas	343	840	144.9
Total	438	972	121.9

<sup>a</sup> Hospital con promedio de unas 35 camas sin servicios diferenciados; atiende además pacientes ambulatorios.

<sup>b</sup> Los consultorios son atendidos por uno o más médicos.

<sup>c</sup> Las postas son atendidas por enfermeras, matronas (obstétricas) o personal auxiliar; reciben visita médica periódicamente.

cuenta con servicios especializados diferenciados y facilidades de laboratorios clínicos y de radiología. Todos los establecimientos del SNS realizan actividades de fomento, protección y recuperación relacionadas con la salud.

#### Efectos de la carrera de MGZ en la distribución de médicos y en la atención rural

En el cuadro 3 se indica cómo ha influido la carrera de MGZ en la distribución de médicos en el país de 1955 a 1970.

Se observa un aumento de la proporción de médicos por número de habitantes durante los 15 años del período de 5.4 médicos por 10,000 habitantes a 6.0, es decir, de 11.1%. Esto se debió al incremento de las facultades de medicina, de tres a cinco, así como al número de estudiantes admitidos y de graduados.

El mismo cuadro muestra la mejor distribución de médicos que existía en el país en 1970, imputable en gran parte, si no exclusivamente, a la carrera de MGZ. Mientras el índice médico-población para la provincia de Santiago disminuyó en un 10.1%, este mismo índice aumentó en el resto del país en un 35.7%.

Aunque la situación del país, excluida la provincia de Santiago, está lejos de ser

CUADRO 3—Distribución de médicos en la provincia de Santiago y en el resto del país, 1955 y 1970.

Año	Lugar	Habitantes		Médicos		Médicos por 10,000 habitantes	Variación índice médico-población 1955-1970 (%)
		No.	%	No.	%		
1955	Provincia de Santiago	2,175,900	32.7	2,376	65.2	10.9	
	Resto del país	4,477,100	67.3	1,269	34.8	2.8	
	Total	6,653,000		3,645		5.4	
1970	Provincia de Santiago	3,555,600	36.5	3,489	59.7	9.8	Menos 10.1
	Resto del país	6,170,400	63.4	2,355	40.3	3.8	Más 35.7
	Total	9,726,000		5,844		6.0	

satisfactoria, indica una tendencia promisoriosa que se espera que continúe si se mantiene la alta proporción de profesionales recién graduados que se incorporan a la carrera de MGZ y si el número de matrículas en las facultades de medicina sigue aumentando.

Con respecto a Santiago, no es conveniente que disminuya más el índice médico-población. Una encuesta llevada a cabo en 1968 (1) señaló para Santiago una demanda de 5.1 consultas por persona-año, de las cuales sólo se satisficieron 3.0.<sup>5</sup>

Es interesante señalar, además, el incremento de la atención médica proporcionada por el SNS, excluidas otras fuentes, en los hospitales, consultorios y postas que sirven al medio rural (cuadro 4). El incremento del 112.2% en el número de consultas por habitante-año entre 1956 y 1971, es un buen

CUADRO 4—Consultas médicas en hospitales, consultorios y postas del SNS que sirven el medio rural, 1956 y 1971.

Consultas	Año		Incremento (%)
	1956	1971	
Número	1,169,367	2,259,460	93.2
Por habitante-año	0.49	1.04	112.2

indicio de los esfuerzos realizados durante ese período y de lo que ha influido la carrera de MGZ en el mejoramiento de la atención de la población rural.

El cuadro 5 presenta otro indicador que demuestra cómo la política de orientación de médicos hacia las provincias ha mejorado el índice de mortalidad general de estas con respecto a la provincia de Santiago.

Debe tenerse presente, sin embargo, que las tasas de las provincias han sido siempre más altas que las de Santiago, por lo que son

<sup>5</sup> Estas estadísticas se refieren a atención médica proporcionada por el SNS, Fuerzas Armadas, otras instituciones públicas y particulares, y consulta médica privada.

CUADRO 5—Mortalidad general en la provincia de Santiago y en el resto del país (promedios de 1955-1957 y 1969-1971).

Lugar	Promedio de 1955-1957		Promedio de 1969-1971		Variación tasas 1955-1957 y 1969-1971 (%)
	No. de defunciones	Tasa por 1,000 habitantes	No. de defunciones	Tasa por 1,000 habitantes	
Provincia de Santiago	22,678	10.4	26,438	7.4	Menos 28.8
Resto del país	64,727	14.5	57,258	9.3	Menos 35.9
Total	87,405	12.6	83,696	8.6	Menos 31.7

más fáciles de reducir, aunque esto habría sido imposible si no se hubieran incrementado sus recursos humanos y materiales y mejorado la infraestructura en general, así como el nivel educacional.

#### Evaluación de la carrera por el MGZ

Es interesante señalar cómo los MGZ aprecian su carrera, su rendimiento de trabajo, sus relaciones con las comunidades que sirven y sus perspectivas de progreso profesional y científico. A continuación se presentan algunos datos tomados de la excelente investigación realizada por Díaz Berr (4).

Los 316 médicos encuestados señalaron que, como promedio, dedican el 70% de su tiempo a actividades clínicas y el resto lo distribuían entre actividades de promoción y protección de la salud. Existen, naturalmente, marcadas variaciones individuales.

La mayoría de médicos opinó que su experiencia había sido positiva desde el punto de vista profesional, humano y de aporte social de su labor. El 80% señaló que el aspecto más positivo de su trabajo era la posibilidad de adquirir experiencia y una mayor expedición profesional originadas de la necesidad de resolver múltiples y variados problemas. Sólo un 19% expresó insatisfacción con su trabajo.

Los MGZ opinaron que el mejor estímulo de la carrera era la posibilidad de optar por los cursos de especialización, aunque se quejaron de que no siempre les es posible hacerlo al terminar los tres años de servicios que exige el reglamento. No atribuyen mucha importancia al coeficiente de puntos que se les asigna para optar por los concursos. Este factor, que impulsó al principio a muchos médicos a incorporarse a la carrera, ha perdido importancia ahora que el número de recién graduados que se incorporan a la carrera es bastante alto, lo que los coloca en igualdad de condiciones en este aspecto.

Entre las facetas negativas de la carrera

que más destacaron los encuestados, se encuentran la escasez de equipo y suministros y de personal de colaboración médica, aparte del alejamiento de la vida cultural.

En general, es interesante mencionar que a medida que aumenta el número de años de servicio de los MGZ aumenta también la proporción de ellos que considera positiva su experiencia.

#### Perspectivas futuras

Durante los 18 años que han transcurrido desde que se creó la carrera de Médico General de Zona, el Reglamento que la rige ha sido modificado en varias oportunidades a medida que se ha adquirido experiencia respecto a los beneficios alcanzados con su aplicación. Los cambios han tenido por objeto mejorar su rendimiento y corregir vicios que se introdujeron cuando el Reglamento entró en vigor. No obstante estos cambios, el Reglamento no ha sufrido alteraciones con respecto a la doctrina que lo inspiró desde su comienzo: dirigir médicos a lugares desprovistos de atención, eliminar todo factor compulsivo y crear una carrera atractiva con claras perspectivas de progreso profesional y científico.

En 1973 el SNS creó también la carrera de Dentista General de Zona cuyo objetivo es resolver el problema que presenta la escasa atención odontológica que existe en las provincias y, especialmente, en el medio rural. Este problema es extraordinariamente más serio que el de la atención médica.

Es evidente que el balance de la política que implantó el SNS en 1955 a fin de mejorar la atención en las pequeñas poblaciones y en el medio rural, ha sido altamente satisfactorio; pero no es menos cierto que el problema está lejos de haberse resuelto y que la situación que afrontan los servicios de salud chilenos se vuelve cada vez más difícil no obstante el aumento de los recursos destinados a salud. Creemos que el país ha llegado al límite de las posibilidades de destinar al sector salud una mayor propor-

ción del Producto Nacional Bruto o del presupuesto nacional (5); pero es posible que si se revisan y reforman los sistemas de previsión social de Chile se puedan resolver en buena parte los problemas de financiamiento de este sector.

Es obvio que la situación señalada es consecuencia de un desarrollo económico insuficiente, con el agravante de que no siempre se aprovechan eficazmente los recursos disponibles.

#### Resumen

La creación en 1952 del Servicio Nacional de Salud mediante la integración de siete organismos estatales que tenían responsabilidades parciales en los cuidados de salud de la población, reveló numerosos problemas de atención médica en el país.

Mejorar la atención de las pequeñas poblaciones y de las zonas rurales circunvecinas, fue la tarea que se destacó desde el principio como una de las más urgentes que debía llevar a cabo el nuevo Servicio.

De acuerdo con la prioridad que se le asignó a dicha tarea, el Servicio Nacional de Salud empezó un programa que comprendía la construcción y el equipamiento de establecimientos en las zonas rurales y la capacitación de personal médico afín, especialmente de auxiliares de enfermería reclutadas localmente.

Dado que el médico es el eje de todo

equipo de salud, también se inició un programa para atraerlo a las pequeñas poblaciones de las zonas rurales.

Este proyecto, denominado *Médicos Generales de Zona* (MGZ), consistía en un sistema no compulsivo que estimulaba a los médicos recién graduados y les aseguraba además de importantes ventajas económicas, la oportunidad de obtener becas de especialización y de seguir una carrera funcionaria que les permitía progresivamente tener acceso a los servicios asistenciales y docentes de las grandes ciudades.

En este trabajo se relata la experiencia obtenida durante los 18 años de existencia del sistema. Los resultados han sido satisfactorios y en la actualidad alrededor del 50% de los médicos recién graduados se incorporan a la carrera de MGZ, lo que ha influido bastante en la mejor distribución de médicos en el país.

No obstante los esfuerzos realizados hasta la fecha para resolver el problema de salud rural, este se encuentra lejos de haberse resuelto, situación que en gran parte afecta también a los grandes centros urbanos. Se señala asimismo que dado el creciente costo de la formación de personal de salud y de la atención médica en general, sólo el aumento del ingreso nacional y un aporte sustancialmente mayor de los servicios de seguridad social, reformados, permitiría destinar recursos suficientes al sector salud. □

#### REFERENCIAS

- (1) Ministerio de Salud Pública. *Recursos humanos de salud en Chile*. Consejo Nacional Consultivo de Salud, 1970.
- (2) Illanes A., G. y J. Mermoud Ch. *Carrera de Médico General de Zona en el Servicio Nacional de Salud*. Comunicación al II Seminario de Formación Profesional, Chile, 1968.
- (3) Servicio Nacional de Salud. *Anuario de servicios y atenciones*. Chile, 1955-1971.
- (4) Díaz Berr, X. El Médico General de Zona: Imágenes de su trabajo, valores ocupacionales y estudio de satisfacción profesional. *Cuadernos Médico-Sociales* 13(1):5-12. Chile, 1972.
- (5) Juricic, B. Algunas consideraciones sobre gastos en salud en Chile y su financiamiento. *Cuadernos Médico-Sociales*. 13(3):17-22, Chile, 1972.

#### Rural health in Chile: A program for attracting medical practitioners to rural areas (Summary)

The creation of the National Health Service in 1952 by the fusion of seven State organs with partial responsibility for the health care of

the population brought to light a large number of medical care problems throughout the country.

What stood out from the very beginning as one of the most urgent tasks incumbent on the new Service was the improvement of care in small towns and the surrounding rural areas.

In accordance with the priority assigned to this task, the National Health Service embarked on a program involving the construction and equipment of establishments in rural areas and the training of appropriate medical personnel, especially nursing auxiliaries recruited locally.

Since the physician is the cornerstone of any health team, a program was also introduced to attract doctors to small towns in rural areas. This "Country G. P. Scheme" consisted of a voluntary system under which incentives were offered to newly-graduated physicians, involving not only substantial economic rewards but the chance of obtaining fellowships for specialist studies and following a government career service with access in due course to medical care and teaching services in the cities.

The article gives an account of the experience gained during the 18 years since the system was set up. The results have been satisfactory, and at the present time approximately 50 per cent of recently-graduated physicians are attached to the Scheme, a fact which has had a considerable influence on improving the distribution of physicians throughout the country.

Despite the efforts made up to the present to solve the problem of rural health, the solution is still a long way off, and the situation in many respects affects the large urban centers as well. The article also points out that in view of the rising cost of training health personnel, and of medical care generally, the only way of ensuring adequate funds for the health sector is by an increase in the national revenue and a substantially greater contribution by the social security services.

#### A saúde rural no Chile: Programa para atrair médicos às zonas rurais (Resumo)

A criação, em 1952, do Serviço Nacional de Saúde mediante a integração de sete organismos estatais que dividiam a responsabilidade pelos serviços de saúde prestados à população, revelou numerosos problemas de atendimento médico no país.

A melhoria do atendimento nas pequenas localidades e nas zonas rurais circunvizinhas foi a tarefa que, desde o início, se destacou como uma das mais urgentes a serem levadas a cabo pelo Serviço.

De acordo com a prioridade que se atribuiu a essa tarefa, o Serviço Nacional de Saúde iniciou um programa que abrangia a construção e a instalação de estabelecimentos nas zonas rurais e a capacitação do pessoal médico afim, em especial de auxiliares de enfermagem recrutadas localmente.

Dado que o médico é o eixo de toda a equipe de saúde, iniciou-se também um programa para atraí-lo para as pequenas localidades das zonas rurais.

O projeto, denominado *Médicos Gerais de Zona (MGZ)*, consistia num sistema não compulsório que estimulava os médicos recém-

formados e lhes assegurava importantes vantagens econômicas, a oportunidade de obter bolsas de especialização e de seguir uma carreira funcional que lhes possibilitava o progressivo acesso aos serviços assistenciais e docentes das grandes cidades.

No presente trabalho relata-se a experiência obtida durante os 18 anos de existência do sistema. Os resultados têm sido satisfatórios e, atualmente, cerca de 50% dos médicos recém-formados incorporaram-se à carreira de MGZ, o que tem influído bastante na melhor distribuição dos médicos pelo país.

Apesar dos esforços até agora envidados, o problema da saúde rural longe está de ser resolvido, situação que também afeta em grande parte os centros urbanos. Assinala-se além disso que, dado o crescente custo da formação de pessoal de saúde e dos serviços médicos em geral, só será possível a destinação de recursos suficientes para o setor da saúde com o aumento da renda nacional e com uma contribuição substancialmente maior dos serviços de previdência social.

#### La santé rurale au Chili: Programme destiné à attirer les médecins vers les régions rurales (Résumé)

La création en 1952 du Service national de la Santé par le jeu de l'intégration de sept organismes d'Etat chargés chacun partiellement de la santé des habitants a révélé l'existence de

nombreux problèmes en matière de soins médicaux dans le pays.

Améliorer les soins à fournir aux petites collectivités et aux zones rurales avoisinantes,



telle a été dès le début une des tâches les plus urgentes qui fut confiée au nouveau Service.

Conformément à la priorité donnée à cette tâche, le Service national de la Santé a entrepris un programme qui comprenait la construction et l'équipement d'établissements hospitaliers dans les régions rurales ainsi que la formation d'un personnel médical compétent, en particulier d'aides-infirmières embauchées localement.

Etant donné que le médecin est l'élément moteur de l'équipe de santé, le Service entama également un programme destiné à l'attirer vers les petites collectivités des régions rurales.

Ce projet, appelé *Médecins généraux de Zone* (MGZ), consistait en un système libre qui stimulait les médecins récemment diplômés et leur garantissait en outre d'importants avantages économiques, la possibilité d'obtenir des bourses de perfectionnement et celle de suivre une carrière de fonctionnaire leur permettant d'avoir progressivement accès aux services d'aide et d'enseignement des grandes villes.

L'auteur du présent travail relate l'expérience acquise depuis qu'a été lancé le programme il y a 18 ans. Les résultats obtenus ont été satisfaisants et de nos jours près de 50 pour 100 des médecins récemment diplômés embrassent la carrière de MGZ, ce qui a sensiblement influé sur une meilleure distribution de médecins dans le pays.

Nonobstant les efforts réalisés jusqu'à ce jour pour résoudre le problème de la santé rurale, ce dernier est loin d'avoir été résolu, ce qui affecte en grande partie aussi les agglomérations urbaines. L'auteur signale par ailleurs qu'en raison du coût de plus en plus élevé de la formation de personnel de santé et des soins médicaux en général, seuls l'accroissement du revenu national et un apport considérablement plus important des services de sécurité nationale réformés permettraient d'allouer suffisamment de ressources au secteur de la santé.