

Importe	00930.00
Saldo	
Total	

(Programa de Salud)

Copochi

16. 11. 4

Índice:

SALUD

(AS)

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA
- 3.- BENEFICIARIOS
- 4.- LINEAS PROGRAMATICAS,
 - A.- Programa Central de Salud.
 - B.- Policlínicos Parroquiales
 - C.- Consultas a especialistas.
- 5.- Unidades AUXILIARES/
 - A.- Farmacia.
 - B.- Laboratorio y Rayos.
 - C.- Alimentación.
- 6.- Proyecto Clinica Dental.
- 7.- Coordinación.
- 8.- Anexos :

PROGRAMA DE SALUD

INTRODUCCION:

El programa de Salud del Comité, nació como respuesta a los múltiples problemas de salud que presentaban las personas que acudían al Comité a pedir atención de tipo jurídico. En un primer momento se inició el llamado programa central de salud, destinado a prestar atención médica a las personas que en el curso de un tratamiento en el Comité, presentaban problemas de salud.

Todas estas personas, no tenían derecho a atención médica, por la situación jurídica en que se encontraban, que las marginaba de los Servicios Previsionales. Esta situación de rechazo de las Instituciones ha ido en aumento, y la situación de rechazo de las instituciones de salud, ha dado como resultado el aumento cada vez mayor de posibles beneficiarios del programa de salud del Comité.

Por otra parte la doctrina y Política Nacional de Salud, va encaminada a terminar con la medicina socializada, que no es compatible con una política económica de mercado.

Si se analizan los últimos documentos tanto del Ministerio de Salud, como del Colegio Médico, vemos un caminar acelerado hacia la implantación de la medicina privada, quedando solo un estrecho margen, para la atención de extrema necesidad como indigentes. Citaremos algunos trozos de "Doctrina y estrategia para el Desarrollo de la Salud en Chile", que ilustran de manera inequívoca lo que acabamos de decir.

Es deseo y aspiración de este Gobierno, procurar una Medicina de alta calidad, y que por tal razón será de elevado costo en cualquier país del mundo y que el nuestro bajo las actuales condiciones de desarrollo económico, no puede ofrecer gratuitamente, ya que si lo hiciera solo estaría empleando conceptos demagógicos, que no se traducirían en realidad"

" Por lo tanto, si los habitantes del país desean que las prestaciones de salud sean de buena calidad y bajo condiciones de atención compatibles con la dignidad y el decoro que merecemos, es necesario que cada uno de nosotros contribuya a un financiamiento de acuerdo a los recursos de que disponga"

El creciente aumento de demanda por atención de salud, y los datos que se acaban de presentar sobre política Nacional de Salud, nos han hecho pensar que debe ser preocupación de la Iglesia, atender integralmente al hombre en sus necesidades, más aún cuando este se encuentra privado de acogerse a los más elementales derechos de satisfacción de sus necesidades básicas.

En consecuencia con esto el Comité ha decidido incluir en su línea de extensión la problemática de salud, con sus tres grandes líneas:

A.- Programa Central de Salud.

B.- Policlínicos Parroquiales

C.- Consultas Particulares a especialistas.

Estas líneas se complementan con las siguientes unidades auxiliares
Farmacia

Laboratorio y rayos

Alimentación.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SALUD:

- 1.- Prestar atención médica curativa a las familias carentes de recursos que afectados por la situación presente se encuentran marginados de los Sistemas previsionales, y por lo tanto de la atención de Salud otorgada por el Estado.
- 2.- Ofrecer posibilidades de trabajo a médicos y personal para-médico que permanecen en el país, a pesar de las dificultades objetivas y subjetivas, que enfrentan en la actualidad, para ejercer la profesión.

BENEFICIARIOS:

- 1.- Todas aquellas personas que en el curso de su tratamiento en el Comité, evidencian un problema de salud.
- 2.- Los Pobladores de escasos recursos marginados de los sistemas previsionales, que queden comprendidos en los sectores en que el Comité realice convenios con Parroquias para ofrecer atención en Salud.

LINEAS PROGRAMATICAS:

A.- PROGRAMA CENTRAL DE SALUD.

Su objetivo es prestar atención médica curativa a las personas que concurren al Comité debido a que se han visto privadas de la atención dada por el S.N.S., Sermena, u otras Instituciones y que no cuentan con los recursos suficientes como para acudir a la atención privada.

Beneficiarios:

Los atendidos por los diversos Departamentos del Comité que en el curso del tratamiento evidencian tener problema de salud.
Los trabajadores y el núcleo familiar de los Talleres de Solidaridad y desarrollo.

2.- Criterio en relación a servicios:

Dentro de los servicios de salud tendrá prioridad la atención médica.

Vale decir: " Pediatría.

Servicio maternal

Medicina general.

En los lugares en que exista equipo dental se prestará dicha atención. De acuerdo a las características de cada parroquia, podrán desarrollarse otras iniciativas programáticas, siempre que no se contrapongan con los criterios generales establecidos.

3.- Criterio en cuanto a financiamiento:

El Comité se responsabiliza prioritariamente de la atención médica.

El auto-financiamiento se ve positivo en una primera etapa.

Por otra parte se piensa que en el futuro el financiamiento podrá obtenerse mediante convenios con grupos organizados.

Será de responsabilidad de cada policlínico:

a) Estar inscrito en el S.N.S.

b) Establecer mecanismos para hospitalización y exámenes con dicho servicio.

c) Realizar convenio con cáritas para obtención de remedios y financiamiento

A este respecto COPACHI, no establece convenios particulares para la obtención de recursos, su tarea fundamental es poner a disposición del Policlínico la línea de atención médica y consultas particulares, a Especialistas para aquellas personas referidas por los consultorios.

4.- Criterio de Selección:

a) cubrir los Vicaratos, distribuir policlínicos en parroquias por zonas geográficas.

b) Utilizar infraestructura existente en Parroquias.

c) Interés del párroco y Comunidad en solucionar problema de salud.

d) Concentración de personas marginadas del S.N.S.

e) Costo estimable de instalación y funcionamiento.

C.- Línea Auxiliar:

En esta línea se ubican; Farmacia, Laboratorio y Rayos, y Alimentación.

PLAN PILOTO:

INTRODUCCION:

Dada la complejidad que significa en estos momentos abordar la problemática de salud, y debido a que no se tienen los antecedentes para elaborar un diagnóstico de la realidad que permita elaborar un proyecto general de Policlínicos Parroquiales, se ha decidido poner en marcha un plan piloto, que permitirá elaborar un plan no solo para Santiago, sino también para Provincias.

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN PILOTO:

Poner en marcha en un universo pequeño los objetivos que orientan el programa de salud, a fin de constatar en la realidad, la factibilidad de trabajar en poblaciones, comprendidas en límites territoriales de las parroquias que corresponda.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Definir la población a atender, configurando un grupo de familias beneficiarias, proporcional al número de recursos disponibles en esta etapa.

Proporcionar a este grupo de familias, acciones ambulatorias de salud, de tipo integral, que cubran las necesidades mínimas de todos sus integrantes.

Las acciones de salud comprenderían:

Consultas : 1.- Pediatría. (por médico y enfermera).
2.- Gineco-obstetras.(matrona).
3.- Medicina General. (médico).
4.- Odontología. (Dentista).

Farmacia : Entregas de recetas prescritas por médicos del policlínico.

Inyecciones y curaciones : prescritas por profesionales del poli.

Inter-consultas y exámenes: Obtención de estas prestaciones, por especialistas, y laboratorios con los cuales exista convenios.

Educación Individual: Por todos los integrantes del policlínico.

A grupos de madres, de lactantes y desnutridos etc.

TIEMPO DETERMINADO PARA CONCRECIÓN DEL PLAN:

Dos meses a partir de la puesta en marcha.

UNIVERSO:

Parroquia San Roque (Comuna la Reina)

Parroquia San Pedro y San Pablo. (Comuna la Granja).

EVALUACION:

- a- Medición de la demanda por especialidades.
- b- Número de consultas nuevas en relación a población total.
- c- Rendimiento por hora profesional.
- d- Respuesta de la Comunidad Parroquial.

RELACION DEL COPACHI- PARROQUIAS:

El programa se inscribe en la línea de extensión del Comité.

Se establece una comisión por parroquia, integrada por miembro de la Jefatura del programa, por responsable legal de la parroquia, y por Director del policlínico.

Las funciones de esta comisión, serán; la definición conjunta de los criterios de, Beneficiarios, Atención, Contratación de Personal y R^u-

Distribución de la Consultas por Sexo.
" " " por Grupo de edad.

- 28 días
de 28 días a 11 meses.
de 1- 2 años
de 2-5 años
de 5-15 años
de 15-44 años
de 45-64 años
de 65 años y más.

Actividades intermedias:

Número de recetas por especialidad.

" inyecciones y curaciones por especial.
" y tipo de interconsultas por e pecial.
" y tipo de exámenes por especialidad.
" y tipo de hospitalizaciones indicadas.

Recursos:

Personal

Número de horas profesionales por especialidad (diarias-mensual)

" " auxiliar por especialidad (diaria-mensual)

Rendimiento de la hora profesional.

Insumos:

Gasto mensual en escudos en Farmacia
Aseo
Instrumental y equipo.
Reparación edificio
Mantenimiento (agua, luz, teléf)

Control cualitativo:

La historia clínica y tarjetas de control deberán, permitir el análisis inicial y evaluación mensual de los siguientes datos, clínicos y sociales mediante la técnica de auditoría.

Población Infantil Atendida... % de desnutridos (grupos 1,2, 3) en:
de 1 año.
de 1-2 años
de 2-5 años
de 6-15 años.

Población Infantil, Adulta y Embarazadas:

Distribución de consultas por grupos de causas.
Diagnóstico más frecuente por grupo diario consolidado.
% de cesantes atendidos que sean jefes de hogar.
nivel de ingreso medio familiar de adultos atendidos.
Distribución Geográfica (poe sector poblac oCampament)

previsión, participación, Financiamiento, y Control.

CRITERIOS EN CUANTO A BENEFICIARIOS:

Personas marginadas de escasos recursos, ^{de los sist. tradicionales de provisión} (y que no estén acogidas a Previsión.) Que vivan en el sector parroquial.

Criterio en cuanto a Contratación de Personal y Remuneraciones:

El personal será contratado por el responsable legal de cada parroquia el Comité prestará asesoría legal para tal efecto.

Los aspectos que se considerarán en la contratación son:

- 1.- Calificación Técnica.
- 2.- Problema económico causado por despido o disminución de horas de Trabajo en instituciones de salud.
- 3.- Tener vigente la inscripción en el Colegio Profesional.
- 4.- No presentar problemas que pudieran entorpecer la marcha del programa.

La pauta de calificación de los concursantes será:

- 1.- Calificación técnica.....20 puntos.
- 2.- Experiencia Servicios de salud 30 puntos
- 3.- Problema de Cesantía.....30 "
- 4.- Interés por trabajar en organismos de Iglesia..... 10 puntos.
- 5.- Grado de responsabilidad frente a grupo familiar.....10 "

CRITERIO DE REMUNERACIONES:

Los sueldos del personal contratado serán fijados de acuerdo a la escala de remuneraciones del Comité.

CRITERIO RESPECTO A ASPECTOS PREVISIONALES:

Se contratará como médico funcionario, al profesional que trabaje jornada completa, y no ejerza en forma privada su profesión.

En caso de jornada parcial se contratará como funcionario, en siempre que no pertenezca a otro regimen previsional.

CONTROL TECNICO:

El Director de cada policlínico será responsable del funcionamiento de un fichero de historias clínicas, tarjetas de control, y de registro diario de todas las acciones que se realicen.

Contro cualitativo: Se hará a través de informes mensuales, (resumen de informes diarios), que debieran consignar los siguientes datos por especialidad:

Número total de consultas.

" de consultas nuevas.

" " " repetidas.

Relación consultas nuevas y repetidas (concentración).

Relación de consultas nuevas a población e timada de beneficiarios(cobertura).

FINANCIAMIENTO:

COPACHI; financiará proyecto inicial.

Financiará remuneraciones mensuales, mantención y caja chica.(fundamentalmente para compra de remedios).

El control de los egresos, lo hará COPACHI, de acuerdo a lo que determine area de apoyo.

Proyecciones de la línea de policlínicos:

Una vez evaluada esta primera etapa, será posible ver la factibilidad dentro de la línea de extensión del Comité, del funcionamiento de un policlínico Central para Santiago, lo mismo que en Provincias,

Unidad de Farmacia:

Esta línea es un complemento absolutamente necesario a los detallados anteriormente, en consideración al tipo de beneficiarios que atiende el programa y por el constante aumento de los medicamentos, en cuanto a costos.

Beneficiarios:

- 1.- Beneficiarios del programa central que no puedan financiar la compra de medicamentos recetados.
- 2.- Personas atendidas por especialistas.
- 3.- Detenidos.
- 4.- Polis Parroquiales (en caso de no poder obtenerlos por otra vía.

Operacionalidad:

Se comprarán Stock de medicamentos, que serán entregados al Centro Médico y Especialistas, para que ellos entreguen directamente a sus pacientes, previamente calificados por Asistencia Social de recepción del Comité.

Laboratorio y Rayos:

Esta línea tiene el mismo fundamento de la línea de Farmacia.

Beneficiarios: Programa Central
B Policlínicos.
Detenidos.

Lista de Exámenes:

- 1.- Laboratorio
 - Uremia.
 - Glicemia.
 - Orina Completa.
 - Sedimento urinario
 - Hemograma.
 - Velocidad de sedimentación.
 - Baciloscopía.
 - Reacciones de aglutinación.
 - Paracitológico de deposiciones.
 - Cultivos y antibiogramas.
 - Hemorragias ocultas.
 - Pruebas hepáticas.
 - Propeinimias.
 - Protomvinemias.
 - Colesterolemias.
- 2.- Histológicos.
 - Papanicolou.

C.- LÍNEA CONSULTA A ESPECIALISTAS:

Objetivos: Dar atención médica a aquellos casos que habiendo recibido atención en la línea de los servicios ofrecidos por el programa Central y Policlínicos Parroquiales, es necesario Consulta a Especialistas. Ofrecer posibilidades de trabajo a aquellos Profesionales que actualmente se encuentran separados de sus cargos.

Tipo de Especialidades:

Psicología.
Psiquiatría.
Neuro-psiquiatría Infantil.
Traumatología
Bronco-pulmonar.
Cardiología.
Nefrología.
Urología.
Oftalmología
Otorrinolaringología.
Ginecología.
Dermatología.

Operacionalidad:

Programa Central, las personas que sean referidas a especialistas, deberán retirar en recepción asistencial, las respectivas órdenes para recibir esta atención.

Policlínicos parroquiales, cada policlínico parroquial, deberá establecer un convenio similar al establecido por el Comité y especialista. Las personas que requieren de esta línea serán referidas directamente por el Policlínico.

Criterio de Contratación y remuneraciones:

Los médicos especialistas dependerán, para efectos de contratación del Secretario Ejecutivo del Comité.

Serán contratados a honorarios, y ellos corresponderán el arancel Sermena para la categoría en que estén ubicados.

Se establecerán convenios entre el Comité y especialistas.

Control Estadístico y Evaluación:

Cada especialista deberá entregar mensualmente una estadística de las atenciones efectuadas. Deberá llevar una hoja de registro, diario, que permitirá al programa evaluar dicho convenio.

Electrocardiograma.
Sondá gástrica.
Gastrocopía.
Rectoscopia.
Electro-encefalograma.

Rayos

Torax.
Coliciatografía.
Esófago, estómago, duodeno.
Vómito intestinal
Enema bariteo.
Peliografía.
Senos maxilares y frontales.
Radiografía de huesos y columna.
radiografías Dentales.

Operacionalidad:

El ~~es~~ Comité, realizará convenios con Laboratorios, particulares, a quienes les pagará mensualmente el número de exámenes realizados de acuerdo a los términos convenidos para dicho efecto.

Unidad Auxiliar Alimentación:

Durante el desarrollo del programa Central de salud, hemos podido constatar que la atención pediátrica se ve limitada en sus objetivos por no contar con un programa alimenticio que asegure al niño, una cantidad mínima de leche, ya sea curativa o alimenticia, que le permita recuperar su estado normal de salud.

Por tal motivo se encuentran en estudio un programa de alimentación que será elaborado con el conjunto de datos registrados por médicos del Centro médico del programa central de Salud.

PROYECTO CLINICA DENTAL:

La atención dental es solicitada por un gran número de personas, algunos casos han sido atendidos por el policlínico del Hogar de Cristo con el cual existe un convenio, pero en la práctica la atención resulta muy limitada y de baja calidad.

Frente a esta situación y contando con un grupo de dentistas, que estarían en condiciones de presentar un proyecto de clínica dental, próximamente se entregarán más datos para una discusión más profunda.

COORDINACION:

Sus funciones son las siguientes:

-
- Formular un diagnóstico de la situación de salud, en los sectores marginados actualmente de la atención médica del estado.
- Reunir y mantener actualizada la situación sobre la información de cesantía en el sector, de la Salud.
- Definir Proyectos a corto y largo plazo, de acuerdo al diagnóstico y rol que la Iglesia debe asumir como parte de su visión de servicio a los pobres en el campo de la Salud.
- Planificar las acciones que estos proyectos involucren, cuando hayan sido aprobados por el Secretario Ejecutivo.
- Coordinar los objetivos de estos Proyectos y Programas, con las iniciativas y inquietudes que existen a nivel de las distintas Zonas, en las cuales se investigará la realidad, se confeccionará un diagnóstico, con recursos humanos y materiales, condiciones de salud, actitud de grupos parroquiales etc.
- Asesorar a la Parroquias que establezcan Policlínicos u otros Servicios de salud, en la organización de la atención médica, manejo Administrativo y aspectos jurídicos.
- Participar en representación de COPACHI, en los Comitees de selección de Personal, proponer a estos candidatos elegidos de entre los cesantes inscritos, en el Comité, según los criterios de selección establecidos.
- Proponer al Dpto de Apoyo los anteproyectos de presupuesto, que resultaren de los proyectos y programas de salud aprobados,
- Obtener de acuerdo a los presupuestos aprobados, los recursos económicos que requiera cada programa, hacer llegar los recursos a los organismos o grupos, que desarrollen los programas, y supervisar el manejo de recursos.
- Supervisar y evaluar técnicamente los diferentes programas de desarrollo, estudiando sus eventuales ampliaciones o modificaciones.
- Establecer y perfeccionar la recolección de información, que permita mejorar los programas existentes o definir nuevas areas programáticas.
- Implementar sistemas de abastecimiento, de recursos, y otros que permiten mejorar la atención y mantener costos prudentes de ella.
- Proponer a Jefatura del Area, Convenios con profesionales, laboratorios

servicios radiológicos, Centros médicos organizados etc. Supervisar y evaluar técnicamente y administrativamente el cumplimiento de estos Convenios.

- Normas; fijar normas que orientarán la marcha del programa de salud.

Estructura:

La unidad de coordinación de Salud, dependerá del Dpto Asistencial, y tendrá la siguiente estructura administrativa:

JEFE DE UNIDAD

Secretaría
Administrativa.

Secretaría
Técnica en salud.

Asesoría Jurídica

Asesoría en Finanzas.

Jefes de
Programa

Jefes de
Programa.

Jefes de
Programa

Jefes de
Programa.

Nota:

Los jefes de programa pueden ser; Párrocos, jefes médicos de policlínicos, jefes de Centro médico, coordinados de grupos de especialistas, jefes de Centro odontológico etc.

Recursos:

El jefe de la unidad será una Asistente Social a tiempo completo, La asesoría Técnica en salud estará a cargo de un médico u otro profesional de salud, especialista en salud pública, con tres horas diarias inicialmente.

La secretaría estará a cargo de una secretaría con preparación en administración de programas.

La asesoría jurídica deberá ser atendida por un abogado, con experiencia en aspectos laborales y legislación en salud, con un tiempo estimado de 4 hrs semanales.

La asesoría en finanzas será prestada por un técnico del servicio respectivo con un tiempo estimado de 8 hrs semanales.

Carta modelo Consulta a especialista:

Santiago,

de 197

Señor

X X

Estimado Señor:

Confirmando la conversación que sostuviera con Ud. este Comité, paso a detallarle las modalidades de trabajo bajo las cuales se prestarán sus servicios profesionales.

Ud. prestará como hemos convenido, atención profesional a aquellas personas, que le indiquemos de entre las cuales el Comité ha aceptado ayudar y que han solicitado apoyo al Dpto Asistencial.

El número de personas que Ud. atenderá, en el horario convenido, será de personas por semana. La atención de cada caso se inicia a partir de la fecha en que le enviamos a Ud. a la persona, con una referencia de nuestro Dpto Asistencial

Las personas que necesiten hospitalización, exámenes o inter-consultas, serán remitidas por Ud. nuevamente al Comité si Ud. no pudiera resolver al respecto.

Sus honorarios serán cancelados mensualmente de acuerdo al número de atenciones que Ud. realice, rigiéndonos para ello, por el arancel establecido por Sermena, para la categoría de su especialidad. Para los efectos de la cancelación Ud. entregará una estadística mensual de las consultas atendidas.

Finalmente en nombre del Comité de Cooperación para la Paz en Chile, agradecemos a Ud. su disposición a colaborar con nosotros, en las tareas que el conjunto de las Iglesias del país abordan a través de esta Organización.

Saluda a Ud. muy cordialmente.

Cristián Precht Bañados.

Secretario Ejecutivo.

CONVENIO

Entre el Comité para la Paz en Chile, representado por el Secretario Ejecutivo, Pbro. Cristián Presht Bañados y la Parroquia representada por su Párroco se ha acordado el siguiente convenio:

- 1.- El Comité de Cooperación para la Paz en Chile y la Parroquia tienen el interés común de dar una respuesta más organizada al problema de salud que se le plantea a gran número de familias que viven en las poblaciones comprendidas dentro de los límites territoriales de la Parroquia. Por tal motivo se ha elaborado un programa específico que permita ofrecer atención en salud a las personas de escasos recursos que no cuentan con un sistema previsional y por lo tanto están marginadas de la atención de salud de las Instituciones estatales que prestan dicho servicio.
- 2.- Para la ejecución del programa específico de salud se ha organizado una comisión integrada por los siguientes miembros: Párroco Jefe de programa de salud del Comité, asesora técnica y médico Jefe del Policlínico. Dicha Comisión tiene por función definir y discutir los criterios respecto a:
 - Beneficiarios.
 - Atención.
 - Contratación de personal y Remuneraciones.
 - Previsión.
 - Participación.
 - Control.
 - Financiamiento.
- 3.- Las acciones a las que se compromete la Parroquia son:
 - a) Crear (reabrir), el Policlínico Parroquial.
 - b) Administrar los fondos que el Comité de Cooperación para la Paz en Chile le entregará mensualmente por un período de seis meses. Estos fondos se destinan para financiamiento inicial contra proyecto y presupuesto, pago de remuneraciones, gastos de mantenimiento y Caja Chica.
 - c) A contratar el personal médico y para-médico necesario para el funcionamiento del policlínico.
 - d) A dar cuenta mensualmente de las inversiones realizadas y proporcionar al Comité oportunamente o cuando le sea requerida toda la información necesaria para la mejor evaluación de la marcha del programa.

4.- Por su parte el Comité de Cooperación para la Paz en Chile se compromete a entregar mensualmente el financiamiento y asesorar técnicamente el programa durante 6 meses.

En la eventualidad de que el Comité dejara de funcionar dentro del plazo de vigencia del presente convenio se tomarán las medidas necesarias para que los fondos destinados a este programa den cumplimiento a los compromisos contraídos por las parroquias para su realización.

5.- Los detalles respecto de la organización de la ayuda de salud determinación de los beneficiarios y el número que será atendido tipo de atención que se dará y montos, forma de ayuda y asesoría que prestará el Comité, se convendrán separadamente por las partes.

6.- El presente convenio tendrá duración de seis meses a contar de esta fecha. Pasado este plazo, las partes harán conjuntamente una evaluación final y de común acuerdo podrán renovar o terminar el Programa.

I N T R O D U C C I O N

16. 11. 4



Este informe consta de dos partes:

- A) Situación del problema de Salud en Chile.
- B) Evaluación del programa de salud financiado por SEREMO. Dicho programa tiene tres líneas:

- 1.- Programa central de salud.
- 2.- Policlínicos Parroquiales (Policlínico San Roque, Policlínico San Redro y San Pablo)
- 3.- Consultas a especialistas y unidades auxiliares de : Farmacia
Laboratorio y
rayos
Alimentación

Incluimos el primer punto para dar una nueva noción de los problemas en que se encuentra un gran sector de la población cuando es afectado por un problema médico y a través de esto poder explicar las razones por las cuales se eligió dicho programa de salud.

La política de salud del actual gobierno ha sido definida en documentos del Ministerio del ramo "Doctrina y Política Nacional de Salud" (Noviembre de 1973) y "Doctrina y Estrategia para el Desarrollo de la Salud en Chile" (Junio de 1974).- Ambos documentos aún conteniendo enunciados muy generales, introducen algunas ideas que podríamos sintetizar en lo siguiente:

1º Se reconoce el Derecho a la salud de todos los habitantes del país, pero puntualizando que ella no puede ser un don gratuito para dar una atención médica de alta calidad.

Hasta Septiembre de 1973 el sistema de Salud en Chile era uno de los más avanzados de América Latina (Mercurio de Santiago, 17- Febrero de 1975).- La salud era un derecho gratuito para los obreros con previsión, ya que ellos mismos financian en parte el sistema mediante sus imposiciones. Las personas de escasos recursos que no tenían previsión eran atendidos en calidad de indigentes, por lo que también eran atendidos gratuitamente.

Los empleados eran beneficiarios del Servicio Médico Nacional de Empleados u otras instituciones que dan atención médica, pagando un porcentaje de la prestación según fuera la institución personal, en todo caso muy inferior a la consulta privada.

Durante el año 1974, el grupo de personas (indigentes cesantes, familiar de detenidos, trabajadores por cuenta propia de bajos ingresos que ascienden a 1/3 de la población activa) quedan prácticamente al margen de la atención médica.

Los servicios de salud toman medidas para no atender gratuitamente a los indigentes, solo estos se atenderán en casos excepcionales y previa calificación del servicio.- Los criterios de selección son desconocidos y no se ajustan a los criterios que regían el año anterior. Hemos comprobado casos de personas que viven en condiciones sub-humanas y que han sido rechazados por no cancelar la atención.

2º.- Un segundo enunciado de la actual política de salud es el siguiente:

Se desea

mantener servicios estatales de salud (servicio Nacional de Salud y Servicio Médico Nacional de Empleados) para dar atención a los más pobres de la población. Los servicios estatales deberían ir cediendo el paso a la atención médica privada.

Esta idea también está contemplada en declaraciones de Gobierno sobre reforma previsional. Se pretende crear asociaciones o corporaciones de seguridad social con un costo bastante mayor para la persona que reciba atención.-

La actual política de salud por un lado dice que atenderá sólo a los sectores más pobres de la población y excusa a los indigentes. Por otro lado dice que toda atención debe ser pagada, la persona afectada tenga o no previsión.

Tomando en cuenta estos antecedentes y otros de la situación general del país tanto en materia económica como en materia de represión es que el problema de la salud se agudiza cada vez más.

Un indicador de la situación económica es el brusco cambio de empleo de junio de 1974, aumentando el número de cesantes de 23900 a 90500 en el gran Santiago. Vale decir un aumento de un 282,8 % que es cifra reveladora de la magnitud del problema, sin considerar a las personas que buscan trabajo por primera vez. Estos son datos oficiales del gobierno otros estudios extragubernamentales hablan de un 15% de cesantía sin considerar a los trabajadores por cuenta propia de bajos ingresos (en su mayoría no les alcanza para la mantención de la familia) que ascienden a un tercio de la población activa.

El problema de las personas sin previsión se fue agudizando a medida que pasaba el año 1974, las primeras medidas de atención de indigentes (cesantes, familiares del detenidos y trabajadores por cuenta propia) se toman en los hospitales, luego estas se amplían a los policlínicos periféricos. Esta es una de las causas por las cuales no se instalaron policlínicos en todas las zonas de Santiago.

No podíamos crear el problema donde no había, por ejemplo en la zona Occidente se atendió hasta casi fines de 1974 a los indigentes, razón por la que no era conveniente utilizar un policlínico hoy la situación ha cambiado y está en estudio su creación.

Se optó por un plan piloto de 2 policlínicos parroquiales de salud los cuales iniciarán sus actividades en diciembre de 1974.

Primero ~~se hizo~~ una selección de ellos en lo cual se tomó en cuenta primordialmente la situación de salud del sector y la actividad de los parrocos para emprender esta tarea. Luego vino la etapa de inscripción del policlínico en el S.N.S. lo que demoró alrededor de 3 meses, no podíamos iniciar las actividades ni acondicionar los locales por no tener ninguna seguridad de que estas fueran aprobadas.

Hay claras disposiciones de las autoridades en relación a que ningún consultorio de salud puede funcionar sin previa autorización, indicando que si alguno de estos fuera descubierto sería requizado todo su material y serían sancionados con penas de restricción de la libertad de los responsables.

Después de haber iniciado estas experiencias ya ~~se~~ se puede tener una mayor claridad en relación a las proyecciones del programa de salud.

Hemos dividido Santiago en 4 zonas de acuerdo a la situación socio económica de los pobladores y hemos programado instalar en cada una de ellas un policlínico.

En la zona Oriente ya está en funcionamiento (policlínico Sn. Roque, ~~incluimos~~ descripción de funciones)

En la zona sur, para atención pediatra se instaló el policlínico en la parroquia Sn. Pedro y Sn. Pablo (se adjunta informe) Para atención de adultos está en

su etapa de solococión del local, PENSAMOS QUE EN Marzo completan el acondicionamiento para poder dar atención.

En la zona Oeste y norte de Santiago se están haciendo estudios de reconocimiento del sector y ubicación del local. Esta etapa ha sido un tanto lenta debido al periodo de vacaciones, lo que pensamos se agilizará a partir de Marzo.

Cabe destacar que los grupos poblacionales que están trabajando en función de las parroquias han tenido una participación activa en este programa.

Esto se puede demostrar con el hecho de que los primeros beneficiarios de este programa han sido por una parte los menores de los comedores infantiles y los grupos de cesantes organizados en torno a las parroquias.

Los comedores infantiles es una experiencia que nace a mediados del año 1974 en la iglesia católica a raíz de los graves problemas económicos, los que se han traducido en cesantía y desnutrición especialmente en los grupos más pobres. La organización de estos están a cargo de los pobladores con asesoría del sacerdote religiosas o pastores, en su financiamiento tienen un aporte del Programa Caritas y una gran parte por solidaridad de los pobladores.

Los beneficiarios de los comedores son menores preescolares (2 a 7 años); se da preferencia a los desnutridos, a los hijos de cesantes y a los hijos de detenidos.

Estos menores y sus familiares tienen acceso a atención médica del policlinico parroquial cuando este existe en la población.

En los adultos beneficiarios del programa de salud en las poblaciones son los cesantes y sus familiares que se han organizado en torno a las parroquias para lograr encontrar alguna solución al problema de subsistencia familiar.

Esta forma de trabajo ha permitido la única posibilidad de selección de beneficiarios del programa, ya que cualquier otro método encuentra sobre cesantía y del sector número de desnutridos etc., es imposible hacer, ya que absolutamente prohibidos por las autoridades.

El centro Médico * da atención pediátrica y de adultos a los familiares de detenidos, al detenido cuando queda en libertad, al cesante y a su familia, o se va a todos los beneficiarios del comité para la paz que no tienen posibilidad de atenderse en las poblaciones donde habitan.

En relación al programa de salud en algunas provincias del país estamos elaborando un informe sobre la situación para establecer programas más organizados de salud ala estilo del centro médico.

Hasta el momento en los comités de provincia se ha estado dando solución a casos individuales urgentes, cancelando la atención médica en consultas particulares. Este sistema tiene un costo bastante más elevado que los sistemas utilizados en Santiago.

En la zona Sur de Santiago, se comenzara con un plan de rehabilitación de alcohólicos. Este es un programa antiguo organizado por el parroco de la población la Victoria que hasta septiembre de 1973 funcionó con ayuda técnica y financiera del Servicio Nacional de Salud. Después de esta fecha la ayuda fue cortada y ha seguido funcionando parte del programa con personas voluntarias del sector, se vio la necesidad de colaborar con este programa con ayuda técnica y financiera de Mds adelante mandaremos más datos sobre lo expuesto.

Esta en estudio la instalación de un laboratorio clínico para el mes de Abril; quien atenderá las demandas de los policlinicos parroquiales y del centro médico.

Es necesario señalar que parte de las personas que han colaborado en el programa de salud como funcionarios de este, es el aporte voluntario que han dado un grupo de médicos y de personal para médico con conocimiento en salud pública en la elaboración del proyecto y el trabajo voluntario de algunos médicos que por no tener problemas económicos urgentes atienden a personas referidas por el comité en forma gratuita.

1
Esto ha sido declarado por el ministro de salud el 30 de Diciembre de 1974 por TV y por Gustavo Leigh, integrante de la Junta de Gobierno, esto ultimo aparecio en el Mercurio de Santiago el 16 de Enero de 1975.

Hoy día la consulta medica privada en Chile tiene un valor promedio en Medicina General de F 15000 y en especialidades de F 20000.-

El

En el mes de Enero en el S. N. S. el valor de la consulta es de 4.800 y por día de hospitalización entre 10.000 y 15.000

3º La tercera idea que aparece en los documentos mencionada es la siguientes: En los problemas de salud se da especial énfasis a la importancia del problema de la desnutrición y planificación familiar.

Los documentos y declaraciones oficiales sobre política de salud no se comparan, lamentablemente con los hechos que se evidencian en el sector y que no son favorables muy particularmente para los sectores más pobres de la población

La prioridad reconocida al problema de desnutrición, si bien se ha traducido en la entrega de una leche con mayor contenido de grasa al niño menor de 2 años de edad no guarda relación con la reducción del programa para el pre-escolar y la supresión de este para el escolar. a.- Este beneficio hay que recordar tiene acceso el hijo del trabajador con previsión.-

Aunque no hay datos globales sobre este problema, algunos estudios parciales indican que el porcentaje de desnutrición en el año 1974 aumento considerablemente y las perspectivas para el presente año son bastante más pesimistas.

Algunos datos que comprueban esta situación son los siguientes:

a) En el centro medico que atiende casos del comite se han pesquisados los siguientes casos:*

	Consultas casos nuevos	total desnutridos	% de desnutridos
Lactantes	103	36	34,9 %
Preescolares	115	27	23,4%
Escolares	147	87	59,1 %
Total	365	150	41 %

* En el informe de evaluación del programa medico quedan explicados estos datos

b) Informes sobre antecedentes de la condición socio-economica del sector en comuna de Barrancas, cuya atención corresponde a la jurisdicción del consultorio Violeta Parra del S. N.S.

Población	Numero de desnutridos	%
- J. J. Perez Manch, Dalmacia y Yugoslavia	193 menores	22,7%

**PERCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ATENCION POR MEDICO
Y EN EL CONTROL DE SALUD DEL NIÑO, POR PROVINCIAS.**

	Porcentaje Cumplimiento atención Médica	Porcentaje Cumplimiento atención de Salud
ARICA	49,5	15,8
TARAPACA ANTOFAGASTA	63,3	21,0
ATACAMA COQUIMBO	60,9	46,0
ACHUAGA	74,0	—
VALPARAISO	5,8	41,0
SANTIAGO	46,4	38,5
O'HIGGINS COLCHAGUA	61,2	12,1
CURICO TALCA		
MAULE LINARES	63,9	43,0
BUBLE	56,3	—
CONCEPCION ARAUCO		
BIO BIO	62,8	23,2
MALLECO CAUTIN	51,8	51,1
VALDIVIA OSORNO	52,0	49,4
LLANQUINE CHILOE AYSEN	57,4	13,9
MAGALLANES	39,09	34,4

Se puede observar que los porcentajes de cumplimiento en los 8 meses registrados fluctúan entre 39,0 % y 74%. Los porcentajes más bajos coinciden también con un escaso cumplimiento del control de salud por médico. Como estas cifras son calculadas en base a la población considerada como beneficiaria y sabemos que actualmente la marginación del SNS de grandes sectores proletarios es una realidad, podemos deducir que al margen de estas cifras, bajas en cuanto a rendimiento hay un importante número de niños que no está recibiendo ningún tipo de atención.

CUMPLIMIENTO DE LOS CONTROLES DE NIÑOS SANOS POR ENFERMERIA, SEGUN PROVINCIAS, CHILE ENERO- AGOSTO 1974.

	<u>% cumplimiento programa</u>
SUB ZONA ARICA	105
TARAPACA ANTOFAGASTA	53,3
ATACAMA COQUIMBO	53,4
ACHUAGA	45,2
VALPARAISO	35,3
SANTIAGO	32,1
O'HIGGINS COLCHAGUA	19,6
CURICO TALCA MAULE LINARES	28,4
BUBLE	—
CONCEPCION ARAUCO Y BIO BIO	39,0
MALLECO CAUTIN	43,9
VALDIVIA OSORNO	50,8
LLANQUINE CHILOE AYSEN	35,8
MAGALLANES	30,2

Los porcentajes de cumplimiento fluctúan entre 19% y 105% pero el 87% de las cifras son inferiores a 50% de lo programado lo que hace deducir que por mucho que se hubiere agilizado el control en los últimos cuatro meses del año, jamás se podrían haber alcanzado cifras útiles que impliquen alguna acción realmente efectiva del control y de la educación en la condición de salud del niño. Causas de esta situación:

e) falta de personal, b) pocas horas enfermería salud pública, c) falta de cumplimiento, por parte de la población, cuya principal activación en este caso es la entrega de leche la que está supeditada a la asistencia o control. Es de esperar que con la reducción y modificación que experimentó el programa de leche, las cifras tiendan a seguir disminuyendo o bien que el hambre ocasionada por la escasez en aumento impulse a las madres a acudir a un control cuya finalidad habitualmente no comprenden.

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS PROGRAMADAS EN EL SES, SEGUN TIPO DE PROFESIONAL Y PROVINCIAS. CHILE MARZO- AGOSTO 1974.

Porcentaje cumplimiento de lo programado

	<u>Enfermera</u>	<u>Matrona</u>	<u>Auxiliar</u>
TOTAL	25,6	10,1	25,9
Sub Zona Arica	20,5	-	24,4
Atacama Coquimbo	31,5	2,4	35,2
Antofagasta	43,3	30,6	27,5
Valparaíso	19,0	9,7	15,8
Santiago	26,0	11,5	24,2
O'Higgins Colchagua	37,7	-	20,5
Curicó Talca Maule y Linares	14,4	-	8,95
Biobío	21,9	-	30,3
Concepción Osorno y Río Bio	26,8	30,4	38,0
Malleco Cautín	12,0	0,4	42,7
Valdivia Osorno	25,9	2,0	18,2
Llanquihue Chilo y Aysén			
Magallanes	13,8	20,7	18,7

Los porcentajes de cumplimiento para las visitas domiciliarias de los diferentes profesionales se presenta en el cuadro anterior y demuestra porcentajes sumamente bajos, especialmente para las matronas. Hay diferencias evidentes entre los diferentes zonas de Salud.

PROGRAMA DE LECHE

kilos de Leche repartida

	<u>Programa anual</u>	<u>Kilos repartidos</u>	<u>Porcentaje kilos entregados.</u>
LACTANTES 6 meses	4.124.288	2.520.690	61,1
LACTANTES 6 a 23 ms.	8.060.136	4.425.316	54,9
PRE ESCOLARES (2 a 5 años)	15.213.952	8.064.334	52,9
ESCOLARES (6-14 años)		124.755	-
T O T A L	27.404.076	15.135.095	55,2

A sólo 4 meses del término del año el porcentaje de cumplimiento del programa de leche sobrepasaba el 50% solamente en el grupo de lactantes - 6 meses -. Estas cifras ratifican una vez más el planteamiento de que la población infantil considerada en programas como beneficiarios, es muy inferior entre realidad y un número importante de niños no puede recibir alimentación suplementaria porque sin perteneciendo a familias modestas no son asegurados ni muchas veces son catalogados como indígenas.

III. PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

Cumplimiento del Programa de Inmunizaciones Chile-
Banco - Agosto de 1974.

	<u>Programadas</u>	<u>Realizadas</u>	<u>Porcentaje Cumplimiento.</u>
Antigólico monovalente	252.336	128.817	51,4
Anti polio 2a. dosis	293.876	176.039	60,5
Anti polio 3a. dosis	253.547	128.627	50,73
Bovinasacina	226.232	93.917	40,18
Sarampión	231.075	152.534	66,03
BCG o BB	231.178	136.577	59,10
Mixta (no figura)	- ??	- ??	- ??

Los porcentajes podrían alcanzar tal vez niveles útiles en el caso de: vacunación Anti- Sarampión. Llaman la atención el bajo porcentaje de revacunación y la ausencia de datos oficiales de vacunación Triple o Mixta. Además el porcentaje relativamente bajo de vacunación BCG, considerando el alto porcentaje de partos intra-hospitalarios que hay en nuestro país.

El programa de inmunizaciones está íntimamente ligado en lo que a su cumplimiento se refiere, a la calidad y cumplimiento del control de salud. Necesario visto antes que los porcentajes en el control de salud son deficientes. El otro factor que influye es la realización de campañas masivas de vacunación.

ATENCIÓN MATERNA

Cumplimiento de las consultas maternales, según profesionales
Banco - Agosto 1974.

	<u>Programadas</u>	<u>Realizadas</u>	<u>Porcentaje Cumplimiento.</u>
<u>Médicos</u>			
Consultas por médicos	536.349	267.714	49,9
Controles por médicos	172.035	63.983	37,5
Regulación natalidad	207.878	70.237	33,9
<u>Matronas</u>			
Embarazadas	1.229.835	615.843	49,9
Parteras	277.470	101.982	36,7
Regulación natalidad	849.639	517.145	61,5

El porcentaje de cumplimiento de las atenciones por médico es bajísimo siendo algo mayor en el caso de las consultas maternas por morbilidad del embarazo, que indudablemente no pueden ser absorbidos por las matronas.

El porcentaje de cumplimiento de controles de embarazo por las matronas es inferior al 50% lo que indica que la atención de la mujer embarazada es también deficiente. El control a la partera es aún peor.

Ha influido fuera de los factores antes mencionados, en otros tipos de atención el hecho de que se ha empezado a cobrar la atención aún a la mujer embarazada indigente, contraviniendo la Ley que establece su atención gratis.

CUMPLIMIENTO CONSULTAS MATERNALES POR MEDICOS SEGUN PROVINCIAS. CHILE ENERO- AGOSTO 1974.

	<u>Consulta maternal por méd.</u>	<u>Control por médico</u>	<u>Regulación Natalidad.</u>
SUB ZONA ARICA	57,6	11,1	27,1
TARAPACA ANTOFAGASTA	54,3	41,9	26,0
ATACAMA COQUIMBO	56,7	50,0	71,3
ACONCAGUA	67,5	68,3	39,2
VALPARAISO	77,4	27,7	18,6
SANTIAGO	54,9	48,4	37,4
O'HIGGINS COLCHAGUA	41,9	45,1	53,8
CURICO TALCA MAULE LINARES	48,1	78,5	51,4
SURLE	35,6	17,8	55,0
CONCEPCION ARAUCO	53,9	28,1	18,1
BIO BIC			
MALECO CAUTIN	27,7	20,3	47,9
VALDIVIA OSORNO	14,7	21,6	19,0
LANQUINE CHILOE AISEN	30,0	21,7	14,3
MAGALLANES	11,9	31,5	61,8

Como se puede apreciar los porcentajes mayores se dan en las consultas maternas que corresponden a atenciones por morbilidad, aunque aún en este punto hay provincias totalmente desvalidas en cuanto a atención maternal. Como es el caso de Magallanes, Valdivia y Osorno. Llaman la atención Magallanes en que siendo las consultas por morbilidad y de control bajas, el programa de regulación de natalidad sea uno de los más altos del país.

ALIMENTACION SUPLEMENTARIA A LAS EMBARAZADAS

Porcentaje cumplimiento del programa Chile. Enero-Agosto 1974.

	<u>Kgs. Leche programada</u>	<u>Kilos entregados</u>	<u>% cumplimiento.</u>
TOTAL PAIS	2.618.272	1.391.332	53,1
Sub zona Arica	41.696	18.918	45,3
Tarapacá Antofagasta	106.960	61.355	57,3
Atacama Coquimbo	145.048	71.802	49,2
Aconcagua	33.984	20.724	60,9
Valparaíso	189.176	128.470	67,9
Santiago	941.536	545.935	57,9
O'Higgins Colchagua	136.664	62.116	45,4
Curicó Talca Maule			

Curicó Talca		78.843	44,1
Maulo Linares	178.456	40.337	39,9
Ñuble	100.920		
Concepción		160.807	52,6
Arauco - Bio Bio	305.224	82.594	46,0
Malleco Cautín	179.392	62.721	48,4
Valdivia Osorno	129.448		
Llanquihue Chi-		45.308	41,9
loé Aysén	108.080	11.402	54,0
Magallanes	21.082		

Los porcentajes en la entrega de leche son superiores al 50% sólo en algunas provincias (Aconcagua, Tarapacá, Santiago, Valparaíso, Bio Bio y Magallanes) pero hay provincias en que es sólo alrededor del 40% lo que implica falla en el aporte proteico extra a la embarazada y las consecuencias que ello implica para el recién nacido.

ATENCIÓN DE ADULTOS

Cumplimiento de consultas médicas y consultas de urgencia Chile. Enero-Agosto de 1974.

	<u>Programa</u>	<u>Realizado</u>	<u>% cumplimiento</u>
CONSULTAS MEDICAS ADULTOS	6.002.296	2.978.157	49,6
CONSULTAS DE URGENCIA	-	1.874.162	-
	6.002.296	4.842.319	

ATENCIÓN DENTAL

Porcentaje cumplimiento del programa, piezas extraídas, y obturadas. Enero Agosto de 1974. Chile.

	<u>Programa</u>	<u>Realizado</u>	<u>% cumplimiento.</u>
PIEZAS EXTRAIDAS	2.500.835	999.594	43,4
PIEZAS OBTURADAS	1.295.650	684.051	52,7
T O T A L	3.596.485	1.783.625	46,8

Los porcentajes de cumplimiento son relativamente bajos valiéndose las explicaciones anteriores.

INDICADORES DE SALUD

1967- 1973.

AÑO	NATALIDAD	MORTALIDAD NEONATAL	MORTALIDAD INFANTIL	MORTALIDAD GENERAL
1967	30.4	34.3	94.3	9.6
1968	29.2	31.6	83.5	9.0
1969	28.1	31.1	78.7	8.9
1970	26.9	31.3	79.3	8.6
1971	27.6	28.3	70.5	8.4
1972	27.5	29.0	71.1	8.8
1973	26.8	27.0	65.2	8.0
1974	-?	-?	-?	-?

Santiago, 26 de Febrero de 1975.

Egg.-

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA INFANTIL EN CHILE
1 AGOSTO DE 1974.

I. ATENCIÓN MÉDICA.

	<u>Consultas Programadas</u>	<u>Cumplidas</u>	<u>% cumplido</u>
Atención médica por pediatra	4.357.779	2.287.825	52,4
Control por enfermera	1.584.747	595.600	31,5
Control por médico	405.170	135.759	33,5

La única cifra que sobrepasa el 50% es la de atención médica que corresponde a atención por morbilidad, en tanto que las otras cifras son extraordinariamente bajas lo que puede deberse a :

a) falta de recursos humanos, b) disminución de la demanda por marginación, de un importante sector de población, de los beneficios del SNS. (Segunda cesantía u otras causas).

En monto a las visitas domiciliarias el panorama es aún peor, ya que el porcentaje de cumplimiento es:

VISITAS DOMICILIARIAS A NIÑOS 1. Agosto de 1974.

	<u>Programadas</u>	<u>Cumplidas</u>	<u>% cumplimiento</u>
Visitas por enfermeros	182.554	47.359	25,66
Visitas por matronas	67.210	6.830	10,16
Visitas por auxiliares	1.084.262	281.562	25,96

Las cifras son tan evidentes, sobre todo en el caso de las matronas, que huelgan los comentarios.

En cuanto a los porcentajes de cumplimiento según Provincias, éstos se muestran en el cuadro siguiente.

Población	Numero de desnutridos	%
- Violeta Parra, Villa resbalón y California	1.033 menores 1.033	35,8 %
- Villa Libertad y pob.		
Digna Rosa	351 "	28,3 %
- El Montijo	499 "	33,9 %
- Santa Victoria POb 4 de Octubre	199 "	64,2 %
	<u>total 2275</u>	

B) Este estudio lo realizo el equipo de enfermeras del consultorio. Se entiende por menores a los lactantes mayores y pre-escolares.

C) Estudio sobre desnutrición de los menores pre-escolares de los comedores infantiles del sector de la parroquia de San Roque.

Comedor "Lo Hermida"

44 controles 63% desnutridos

Comedor "Los Lajes"

61 controles 45% desnutridos

Comedor "Las Campanas"

32 controles 28 % desnutridos

Aparte de los recién enunciados hay datos relevantes que dan una imagen de la magnitud del problema en materia de salud, algunos de estos hechos que provocan especial preocupación son los siguientes:

Por razones tanto policlinicas como economicas el personal de salud se ha ido reduciendo paulatinamente. A la terminación de contratos inmediatamente posteriores al golpe militar, se agregan a fines del año 1974, la reducción del 25 % del personal de la administración pública y en Enero de 1975 una nueva ola de despidos; esta ultima responde al anuncio del gobierno de despido durante el curso de 1975 a 2000 funcionar es de la Administración pública (5.000 por trimestre), medida a la cual no queda ^{al} margen las instituciones de Salud. A parte de esto tenemos el exodo de profesionales de la salud al extranjero, algunos por razones politicas otros por razones economicas y el exodo de profesionales del sector estatal de la salud al sector privado, por mejores rentas un trabajo más alineado y con mayores recursos.

De una promoción aproximada de 350 medicos que egresan en Marzo de 1975, el Servicio Nacional de Salud solo controlará a 120 como medicos generales de zona (sistema que venia contratando a toda la promoción en años anteriores, para atender a las provincias y sectores perifericos de Santiago). Quedan de partida alrededor de 200 medicos cesantes que es difícil pensar pueden ser captados por los servicios privados

En la practica muchos de ellos se iban al extranjero. (en 1974 el 25 % de los medicos extranjeros que rinden exámenes para trabajar en USA fueron chilenos, en años anteriores esta cifra no pasó del 1 al 2 %)

Existe un decreto que nos prohíbe la contratación de más del 30 % de los medicos de las últimas 3 promociones en Santiago, Valparaíso, y Concepción en el Servicio Nacional de Salud.-

La causa de la no contratación de estos medicos sería la falta de presupuesto , a pesar de que el Director de la Salud declaró a la prensa que su servicio había logrado un superávit de un 25 % en el presupuesto de 1974.-

El presupuesto de 1975 es menor en un 30 % al presupuesto de 1974. Un ejemplo de esta situación es que el presupuesto de mantención del hospital Sotero del Río de 240 millones de escudos para 1974 se reduce a 80 millones de escudos para 1975.

Los profesionales que pueden tomar decisiones y los ejecutivos de salud son cada cada vez en menor proporción técnicos en la materia. No hay concursos profesionales y cargos como Director de regiones de hospitales importantes son ocupados por medicos de las Fuerzas Armadas sin preparación en salud pública (ej. el director del Hospital Regional de San Fernando es un medico de las Fuerzas Armadas recién egresado) o aún por miembros de las FF AA sin ninguna calificación profesional en salud (Ej. El Director de Hospitales San Borja, Barros Luco, Psiquiátrico)

La situación económica general los bajos salarios del sector estatal se une a los problemas antiguos de deficiente formación humana, médico y para médico, lo que lleva cada vez en mayor grado a la entrega de una atención poco humana y poco oportuna, lo que fue fue siendo indigentes u obreros que tienen la desgracia de enfermarse .

El sueldo promedio mensual de una auxiliar de enfermería es \$ 80.000, de una enfermera universitaria es de 200.000 y de la hora médico es de

A pesar de que no se dispone de datos oficiales globales sobre mortalidad infantil, algunos datos hemos podido conseguir sobre esta situación entre los meses de Enero y Agosto de 1974, los que detallaremos a continuación:

a) falta de personal, b) pocas horas enfermería salud pública, c) falta de cumplimiento, por parte de la población, cuya principal motivación en este caso es la entrega de leche lo que está supeditada a la asistencia o control. Es de esperar que con la reducción y modificación que experimentó el programa de leche, las cifras tiendan a seguir disminuyendo o bien que el hambre ocasionada por la cesantía en aumento impulse a las madres a acudir a un control cuya finalidad habitualmente no comprenden.

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS PROGRAMADAS EN EL SNS, SEGUN TIPO DE PROFESIONAL Y PROVINCIAS. CHILE ENERO- AGOSTO 1974.

Porcentaje cumplimiento de lo programado

	<u>Enfermera</u>	<u>Matrona</u>	<u>Auxiliar</u>
TOTAL	25,6	10,1	25,9
Sub Zona Arica	20,5	-	24,4
Atacama Coquimbo	31,5	2,4	35,2
Antofagasta	43,3	30,6	27,5
Valparaíso	19,0	9,7	15,8
Santiago	26,0	11,5	24,2
O'Higgins Colchagua	37,7	-	20,5
Curicó Talca Maule y			
Linares	14,4	-	8,95
Buñol	21,9	-	30,3
Concepción Osorno y			
Bío Bío	26,8	30,4	38,0
Malleco Cautín	12,0	0,4	42,7
Valdivia Osorno	25,9	2,0	18,2
Elqui Chilo y			
Aysén			
Magallanes	13,8	20,7	18,7

Los porcentajes de cumplimiento para las visitas domiciliarias de los diferentes profesionales se presenta en el cuadro anterior y demuestra porcentajes sumamente bajos, especialmente para las matronas. Hay diferencias evidentes entre los diferentes zonas de Salud.

PROGRAMA DE LECHE

k í l o s d e L e c h o r e p a r t i d a

	<u>Programa anual</u>	<u>Kilos repartidos</u>	<u>Porcentaje kilos entregados.</u>
LACTANTES 6 meses	4.124.988	2.520.690	61,1
LACTANTES 6 a 23 ms.	8.050.136	4.425.316	54,9
PRE ESCOLARES (2 a 5 años)	15.218.952	8.064.334	52,9
ESCOLARES (6-14 años)		124.755	-
T O T A L	27.404.076	15.135.095	55,2

Stgo: jueves 20 febrero 1975

EN 1974 CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR

En un 50% aumentaron enfermedades venéreas

Un aumento de un 50% de las enfermedades venéreas detectó el Servicio Nacional de Salud durante 1974 con respecto al año 1973 en el área metropolitana de Santiago, incluyendo Buin y San Antonio.

Los números indican que en el año pasado se trataron 2.769 casos de Gonorrea o Blenorragia Aguda y 1.187 casos de Sífilis en los centros y policlínicas del S.N.S. sin contar con las cifras de instituciones como Sermena, Ferrocarriles del Estado, y otras que junto a los afectados que consultan médicos particulares conforman un elevado número.

LIBERTAD SEXUAL UN DURO PRECIO

Las enfermedades venéreas constituyen un problema mundial; tanto en los países subdesarrollados como en los de nivel superior. Cada día hay más personas que tienen estos males.

Un alto porcentaje de la población entre 19 y 25 años sufre de una enfermedad venérea en sus diversos grados. Luego viene un grupo que oscila entre los 15 y los 19 años.

El médico Juan Martini Herrera, especialista chileno, señala que el aumento de estas enfermedades se debe a la mayor libertad sexual. Hoy —dice— se acepta como algo perfectamente natural las relaciones sexuales antes del matrimonio.

“Ha pasado a ser libertinaje, lo que aumenta las posibilidades de contagio”, y un hecho decisivo es que “la mujer perdió miedo al embarazo por el uso de pastillas anticonceptivas”.

CONTROL VENEREO

“La persona que tenga una enfermedad venérea debe acudir al médico obligatoriamente. Los males venéreos tienen rápida curación si son tratados oportunamente”, dice el Dr. Juan Martini, jefe del Centro de Tratamiento y Control Venéreo de calle Artesanos 961, que es un servicio gratuito.

Agrega el Dr. Martini que “el problema adquiere gravedad cuando el enfermo acude tarde o deja pasar el tiempo convirtiéndose, mientras tanto, en un foco de contagio”.

Toda persona que llega a

la calle Artesanos 961 recibe una rápida atención. Se anotan sus datos personales para registro interno y se le hace examen de sangre en laboratorio.

Si el resultado es positivo, esto es si aparecen signos de enfermedad venérea, se aplica una inyección de penicilina al paciente y queda liberado de la sífilis o gonorrea. A veces necesita cuatro inyecciones para una sífilis avanzada.

LA SIFILIS ENFERMEDAD ENGAÑOSA

Es una enfermedad venérea causada por un pequeño organismo del género de las espiroquetas llamado treponema pálido.

Se transmite por contacto sexual de una persona contaminada a una sana. Es un mal venéreo peligroso por el aspecto inofensivo que presenta en sus comienzos.

Sus signos exteriores son la aparición de lesiones en la piel, generalmente en los órganos sexuales. Pequeñas “peladuras” superficiales, no dolorosas, de contornos redondeados que se llaman Chancros Sifilíticos.

Aparecen entre 21 y 45 días después del contagio y desaparecen sin dejar huellas, por lo que la persona afectada cree que ha mejorado de la enfermedad. Lo que sucede es que la espiroqueta pasó a la sangre.

La sífilis tiene una segunda fase y reaparece nuevamente. El enfermo se cubre de manchas rosadas en la piel. Siente dolor de garganta, dolor de cabeza y se le cae el pelo. Todos son signos parecidos a otras enfermedades, por lo que la persona puede equivocarse.

Una vez más, los signos exteriores desaparecen y la persona puede estar 8 o más años aparentemente curada. Pero ya comenzó una lenta destrucción de los centros vitales de su organismo.

El enfermo de sífilis en esta fase avanzada tiene lesiones destructivas graves. Aparecen enfermedades mentales y locura; ceguera; invalidez; afecciones cardíacas y la muerte.

LAGONORREA DOLOROSA ENFERMEDAD

Esta enfermedad venérea se produce por contacto sexual de una persona sana con una contaminada.

La gonorrea es causada por un microbio llamado “Gonococo”, muy activo. Su acción aparece a los 3 ó 5 días después del contagio.

Sus signos exteriores son inconfundibles en el hombre. Se siente dolor al orinar y hay secreción de pus.

La mujer enferma de gonorrea no se da cuenta de lo que sucede, porque, a diferencia del hombre, no siente dolor y sus molestias son internas. Ella tiene secreción de pus que muchas veces confunde con otra de distinto origen o simplemente no observa.

La gonorrea sin tratamiento adecuado en un plazo breve produce esterilidad.

También se producen dolores a las articulaciones, y ceguera, aparte de las infinitas molestias que conlleva la enfermedad.

FINAL LA ENFERMEDAD

El temor y la vergüenza de la gente que tiene enfermedades venéreas de que su mal sea conocido, hace que muchas personas no quieran visitar médico y busquen “amigos que pueden dar consejos”, afirman los médicos.

El Dr. Juan Martini dice que una medida inteligente y racional es encarar el problema y acudir a un sitio especializado.

Hay muchos sitios gratuitos dependientes del S.N.S. adonde dirigirse con toda confianza; Policlínica del Hospital San Luis; Hospital San Borja; Hospital San Juan de Dios; Hospital J.J. Aguirre.

Hay que despertar la conciencia venereológica —señala— es decir despertar conciencia tanto en el hombre como en la mujer que si presumen estar enfermos deben abstenerse de las relaciones sexuales. Así se acaban las enfermedades venéreas, así no se contagia a nadie.”

El local del Centro de Tratamiento y Control Venéreo queda cerca de la Estación Mapocho, al otro lado del Mapocho. Tiene salas de laboratorio donde se hacen análisis de sangre, sala de kardeks donde se tienen las fichas médicas de los consultantes; una sala especial para control de las prostitutas y una sala aparte de atención común para todos los enfermos venéreos.

población entre 19 y 25 años sufre de una enfermedad venérea en sus diversos grados. Luego viene un grupo que oscila entre los 15 y los 19 años.

El médico Juan Martín Herrera, especialista chileno, señala que el aumento de estas enfermedades se debe a la mayor libertad sexual. Hoy —dice— se acepta como algo perfectamente natural las relaciones sexuales antes del matrimonio.

"Ha pasado a ser libertinaje, lo que aumenta las posibilidades de contagio", y un hecho decisivo es que "la mujer perdió miedo al embarazo por el uso de pastillas anticonceptivas".

CONTROL VENEREO

"La persona que tenga una enfermedad venérea debe acudir al médico obligatoriamente. Los males venéreos tienen rápida curación si son tratados oportunamente", dice el Dr. Juan Martini, jefe del Centro de Tratamiento y Control Venéreo de calle Artesanos 861, que es un servicio gratuito.

Agrega el Dr. Martini que "el problema adquiere gravedad cuando el enfermo acude tarde o deja pasar el tiempo convirtiéndose, mientras tanto, en un foco de contagio".

Toda persona que llega a

organos sexuales y lesiones peladuras superficiales no dolorosas, de contornos redondeados que se llaman Chancros Sifilíticos.

Aparecen entre 21 y 45 días después del contagio y desaparecen sin dejar huellas, por lo que la persona afectada cree que ha mejorado de la enfermedad. Lo que sucede es que la espiroqueta pasó a la sangre.

La sífilis tiene una segunda fase y reaparece nuevamente. El enfermo se cubre de manchas rosadas en la piel. Siente dolor de garganta, dolor de cabeza y se le cae el pelo. Todos son signos parecidos a otras enfermedades, por lo que la persona puede equivocarse.

Una vez más, los signos exteriores desaparecen y la persona puede estar 8 o más años aparentemente curada. Pero ya comenzó una lenta destrucción de los centros vitales de su organismo.

El enfermo de sífilis en esta fase avanzada tiene lesiones destructivas graves. Aparecen enfermedades mentales y locura; ceguera; invalidez; afecciones cardíacas y la muerte.

LAGONORREA DOLOROSA ENFERMEDAD

Esta enfermedad venérea se produce por contacto sexual de una persona sana con una contaminada.

mal sea conocido, hace que muchas personas no quieran visitar médico y busquen amigos que pueden dar consejos, afirman los médicos.

El Dr. Juan Martín dice que una medida inteligente y racional es encarar el problema y acudir a un sitio especializado.

Hay muchos sitios gratuitos dependientes del S.N.S. adonde dirigirse con toda confianza: Policlínica del Hospital San Luis; Hospital San Borja; Hospital San Juan de Dios; Hospital J.J. Aguirre.

"Hay que despertar la conciencia venereológica —señala— es decir despertar conciencia tanto en el hombre como en la mujer que si presumen estar enfermos deben abstenerse de las relaciones sexuales. Así se acaban las enfermedades venéreas, así no se contagia a nadie".

El local del Centro de Tratamiento y Control Venéreo queda cerca de la Estación Mapocho, al otro lado del Mapocho. Tiene salas de laboratorio donde se hacen análisis de sangre, sala de kárdeks donde se tienen las fichas médicas de los consultantes; una sala especial para control de las prostitutas y una sala aparte de atención común para todos los enfermos venéreos.

"LA MUJER y el hombre que tienen una enfermedad venérea no deben tener relaciones sexuales", dice Juan Martini Herrera, médico jefe del Centro de Tratamiento y Control Venéreo de Artesanos 861.



PROGRAMA DE SALUD

1.- Fundamentos y objetivos

El diagnóstico elaborado por la zona en relación a salud nos indica que el deterioro en las acciones de salud que corresponde al Estado ha ido en aumento. La política de salud actual y su expresión concreta en las Unidades Regionales de salud, tienden a institucionalizar este deterioro, fundamentándose en el principio que al Estado sólo le corresponde un rol subsidiario en relación a Salud, lo cual induce a la privatización de ésta. Principio, que contradice abiertamente las normas internacionales en esta materia.

A la vez se constató, evaluando nuestro trabajo de los años anteriores, que el hecho de haber sido subsidiarios (aún cuando haya sido a niveles bajos) de las acciones de tratamiento del Estado en cuanto a salud, no generó mayor participación ni organización de parte de los beneficiarios, tampoco un cuestionamiento de estas políticas gubernamentales.

Por lo tanto, se piensa que nuestro trabajo debe centrarse específicamente en la promoción y capacitación, apoyando la respuesta que la misma comunidad busque para sus problemas, como única forma más permanente y útil de trabajo solidario.

- Se plantea la necesidad de centrar nuestro trabajo en develar las causas del problema, asumiendo lo que significa la violación al Derecho a la Salud.
- El trabajo en salud debe estar inserto en el trabajo solidario de la zona, siendo un aporte a la liberación del hombre y a que éste sea sujeto activo de cambio.
- El trabajo de salud debe partir de las necesidades explícitas e implícitas de los grupos, siendo un apoyo a las formas de respuesta que ellos den a sus necesidades.
- Nuestro trabajo, al centrarse en las causas y ser un aporte a la liberación del hombre, es esencialmente un trabajo de promoción y capacitación, de organización en torno a problemas concretos e inmediatos, que les permita crecer como colectivo.

Las atenciones clínicas adquieren carácter no programado y sólo en casos de emergencia en las especialidades de Medicina interna y Pediatría.

OBJETIVOS GENERALES

- 1) Aportar desde el ámbito de la salud a la liberación del hombre; que lo haga ser sujeto activo, participando en organizaciones que sean anuncio de una sociedad mejor, aportando a que asuma un rol de sujeto que conoce, se organiza y se moviliza en torno a sus problemas.

- 2) Que los grupos conozcan los derechos en salud, tanto individuales como sociales, con el fin de que organizadamente exijan que sean respetados.
- 3) Capacitar a los grupos en relación a las causas de algunas patologías (desnutrición, enfermedades estacionales, salud mental) para que sean concientes de la multicausalidad de ellas, de la influencia del medio y a través de esto, se realicen acciones de prevención primaria y capacitación a otros grupos o personas.
- 4) Fomentar la capacitación y participación de la comunidad en acciones de tratamiento, asumiendo tareas sobre las cuales el equipo de salud realice acciones de asesoría.
- 5) Apoyar soluciones comunitarias ya existentes como respuesta a los problemas de salud (por ejemplo policlínicos parroquiales, colaboradores en salud, etc.).

2. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El programa en la zona sur se divide en dos áreas:

1. Derechos en Salud: asumido por nueve funcionarios distribuidos en 5 áreas territoriales correspondientes a la división decanal de la Iglesia local.

Esta área asume la capacitación en los siguientes temas:

- . Aspectos legales de la atención en salud.
- . Saneamiento ambiental.
- . Desnutrición y control de peso y talla de los niños de comedor (delegación de la acción)
- . Enfermedades estacionales
- . Enfermedades de la piel y fanéreos
- . Otros problemas sentidos.

2. Salud Mental: manteniendo la división territorial, se asume la motivación y capacitación en tres temas:

- . Neurosis
- . Alcoholismo
- . Problemática adolescente.

Como respuesta a la necesidad expresada y con el criterio de una capacitación que apunte a la prevención primaria y a reforzar las respuestas propias.

Dentro de esta área, funciona el policlínico de Alcoholismo con dos líneas de trabajo:

- . Asistencia integral al alcohólico
- . Formación de monitores para tratamiento del alcoholismo según pirámide de delegación.

En el Policlínico de Alcoholismo trabajan las 4 personas restantes que conforman el equipo.

Las dos áreas antes señaladas se trabajan con las siguientes organizaciones:

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| -Comedores infantiles | - Comisión de viviendas |
| -Talleres poblacionales | - Grupos de ayuda Fraternal |
| -Bolsa de cesantes | - Consejos Parroquiales |
| -Equipos de salud | - Consejo Decanal |
| -Grupos juveniles | - Policlínicos Parroquiales |

3. PRINCIPALES ACTIVIDADES

A) Capacitación campamentos de verano

Los objetivos de la capacitación fueron los siguientes:

- 1) Formar grupos de 3-4 personas por comedor o grupo de comedores por parroquias para que asumieran la parte de primeros auxilios en el campamento mismo.
- 2) Aportar en algunos campamentos a la reflexión y capacitación sobre el deterioro en salud, mediante la entrega de algunos conceptos y estadísticas.

En el mes de Enero se realizaron:

- . 32 sesiones para cumplir el primer objetivo.
- . 4 sesiones para cumplir el segundo objetivo
- . promedio personas asistentes: 15 personas por sesión.

b) Actividades de capacitación

Enero 1979	<u>Número</u>	<u>Prom. personas.</u>	<u>Nº sesiones</u>
Organizaciones solidarias, poblacionales y otras.			
Nuevas	3	3	3
Antiguas	8	14	36
Total	11	17	39

<u>Mes</u>	<u>Número</u>	<u>Prom. personas</u>	<u>Nº sesiones</u>
<u>ENERO 1979</u>			
Agentes y organizaciones pastorales			
Nuevas	---	---	---
Antiguas	3	3	3
Total	3	3	3

MARZO 1979

Organizaciones solidarias poblacionales y otras			
Nuevas	1	42	1
Antiguas	4	18	19
Total	5	60	20

Mes	Número	Prom. personas	Nº sesiones
<u>ABRIL 1979</u>			
Organizaciones solidarias poblacionales y otras			
	Nuevas	10	10
	Antiguas	3	15
	Total	13	25
<hr/>			
Agentes y organizaciones pastorales			
	Nuevas	8	8
	Antiguas	2	2
	Total	10	10
<hr/>			
<u>MAYO 1979</u>			
Organizaciones solidarias poblacionales y otras			
	Nuevas	39	39
	Antiguas	42	81
	Total	81	120
<hr/>			
Agentes y organizaciones pastorales			
	Nuevas	14	14
	Antiguas	6	6
	Total	20	20
<hr/>			
<u>JUNIO 1979</u>			
Organizaciones solidarias poblacionales y otras			
	Nuevas	14	14
	Antiguas	46	90
	Total	60	104
<hr/>			
Agentes y organizaciones pastorales			
	Nuevas	4	4
	Antiguas	12	16
	Total	16	20

Mes		Número	Prom. personas	Nº sesiones
<u>JULIO 1979</u>				
Organizaciones solidarias poblacionales y otras				
	Nuevas	7	30	7
	Antiguas	32	17	88
	Total	39	47	95
<hr/>				
Agentes y organizaciones pastorales				
	Nuevas	2	21	2
	Antiguas	10	3	23
	Total	12	8	25
<hr/>				
<u>AGOSTO 1979</u>				
Organizaciones solidarias poblacionales y otras				
	Nuevas	7	33	7
	Antiguas	35	17	72
	Total	42	50	79
<hr/>				
Agentes y organizaciones pastorales				
	Nuevas	1	3	1
	Antiguas	9	3	17
	Total	10	6	18
<hr/>				
<u>SEPTIEMBRE 1979</u>				
Organizaciones solidarias poblacionales y otras				
	Nuevas	4	26	5
	Antiguas	24	22	40
	Total	28	48	45
<hr/>				
Agentes y organizaciones pastorales				
	Nuevas	-	-	-
	Antiguas	3	1	3
	Total	3	1	3
<hr/>				

Mes		Número	Prom. Personas	Nº sesiones
<u>OCTUBRE 1979</u>				
Organizaciones Solidarias Poblacionales y otras.				
	Nuevas	13	82	3
	Antiguas	28	16	42
	Total	41	49	45

Agentes y organizaciones pastorales.				
	Nuevas	2	150	2
	Antiguas	10	51	12
	Total	12	201	14

NOVIEMBRE 1979

Organizaciones solidarias poblacionales y otras				
	Nuevas	3	18	3
	Antiguas	27	21	47
	Total	30	39	50

Agentes y organizaciones pastorales.				
	Nuevas	1	5	1
	Antiguas	7	11	8
	Total	8	16	9

TOTALES ANUALES 1979

Organizaciones Solidarias poblacionales y otras				
	Nuevas	101	27	92
	Antiguas	249	18	530
	Total	350	45	622

Agentes y organizaciones pastorales				
	Nuevas	32	29	32
	Antiguas	62	10	90
	Total	94	39	122

C) RECETAS Y ACTIVIDADES INTERMEDIASPOLICLINICO SANTO CURA DE ARS

MES	RECETAS	CURACIONES	INYECTABLES
Enero	3	---	---
Febrero	---	---	---
Marzo	16	100	60
Abril	13	90	54
Mayo	17	105	63
Junio	22	105	63
Julio	38	103	69
Agosto	42	110	72
Septiembre	47	114	75
octubre	41	109	71
Noviembre	46	101	68
TOTAL	285	937	595

D) ATENCION MEDICINA INTERNA Y PEDIATRIA

MES	MEDICINA INTERNA	PEDIATRIA
Enero	5	6
Febrero	-	-
Marzo	2	2
Abril	4	1
Mayo	3	3
Junio	4	3
Julio	1	-
Agosto	2	-
Septiembre	-	-
Octubre	1	1
Noviembre	1	-
TOTAL	23	16

E) ATENCION POLICLINICO DE ALCOHOLISMO/ATECION SEGUN ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD	E	F	M	A	M	J	JLO	A	S	O	N	TOTAL
MEDICO	=	=	187	148	122	124	124	66	64	86	67	988
AUX. TECNICA	=	=	=	=	=	=	=	114	60	97	80	351
RELAJACION Y TERAPIA INDIVI DUAL .	=	=	=	=	=	=	=	11	9	10	14	44
SICOTERAPIA GRUPAL	=	=	=	=	=	=	=	3- 20 pers.	3-20 pers.	4-15 pers.	3-20 pers.	13 sesiones 225 personas
CURACIONES INYECTABLES	=	=	42	20	38	57	57	46	105	114	100	549
Nº RECETAS	=	=	188	167	255	152	152	66	64	86	67	1.197
LECHE	=	=	406	400	256	205	205	=	=	=	=	872

f) CAPACITACION POLICLINICO DE ALCOHOLISMO

- 1) Curso de monitores en alcoholismo (nivel D4 Marconi)
 - . 10 sesiones en 2.1/2 sesiones meses (Abril junio)
 - Asistencia promedio = 25 personas
- 2) Charlas de informacion básica (Abril- junio)
 - . Con jóvenes - dos sesiones
 - . Asistencia promedio : 170 personas
 - . Con padres de familia- 3 sesiones
 - Asistencia promedio = 60 personas
 - . Con trabajadores = 1sesión
 - Asistencia = 25 personas
- 3) Apoyo a monitores antiguos
 - . Supervicón individual y de grupo
 - . Apoyo en actividades de motivación
- 4) Sicoterapia grupal con familiares de pacientes en tratamiento
 - . tres sesiones
 - Asistencia promedio : 10 personas
- 5) Charlas a estudiantes (diapositivas y for s)
A charlas asistencia promedio = 50 personas promedio por charlas
- 6) Charlas foro a padres de familia
5 charlas asistencia 25 parejas promedio
2 charlas especiales 75 parejas promedio
- 7) Terapia en neurosis , alcoholismo a familiares de pacientes en tratamiento
39 sesiones 150 personas, 4 a 5 personas promedio
- 8) Curso a monitores en alcoholismo, 5 estudiantes, 1 profesor duracion 2meses, con 1 sesion semanal
- 9) A Agentes pastorales y alcohólicos recuperados, actualmente en su tercera sesión .

4. LOGROS DIFICULTADES

LOGROS

- 4.1 Ha sido un logro el trabajar el problema de salud como una parte del trabajo solidario de la zona, lo que se ha enfocado así por considerarse que tanto la, salud como la vivienda la educación y otros aspectos son partes de los derechos sociales de un pueblo tiene una estrecha relacion entresi y de parte del gobierno, vemos una coherencia, entre los objetivos de cada politica especifica. Este enfoque hace necesario dimencionar cada problema de una área en relacion a las otras y no promover actividades o capacitación que las aislen.
- 4.2 Tanto el criterio anterior de trbajo como el priorizar la promoción y capacitación, buscando a la vez formas nuevas de asistencia

enfrentadas de manera mas directa por los grupos, han sido compartidas y trabajadas en común y con la Iglesia local, tanto con el vicario como por los decanos.

4.3. La asistencia ha pasado a ser un apoyo mas real de la capacitación, no siendo un fin en sí, hay una búsqueda de formas de asistencia no tradicionales que signifique que los grupos asuman la responsabilidad de solucionar o buscar soluciones a sus propios problemas.

4.4. Se ha comenzado a desarrollar la línea de salud mental enfatizando allí la necesidad de un aporte a la expresión y participación a las personas, fortaleciendo a través de esta acción la organización de los grupos.

DIFICULTADES

- a. La capacitación mas especifica en salud (como contenidos), se dificultada en los grupos por no ser sentido este problema como prioritario. Existe una concepción muy tradicional de la salud a nivel de los grupos, que nos exige reflexionar con ellos las relaciones que este problema tiene con otros problemas mas sentidos.
- b. No se ha avanzado lo suficiente en la coordinación con los policlicos Parroquiales ya que solamente nos hemos limitado a converzar criterios sobre asistencia tradicional, sin reflexionar en relación a capacitación u otras formas de asistencia.
- c. Es necesario profundizar mas sobre que proyecciones debemos dar al trabajo de capacitación en derechos en salud, a pesar de tener claros los contenidos a trabajar en este tema, debemos reflexionar sobre cuales deben ser las acciones concretas mas utiles y a la vez que exijan a las organizaciones mayor compromiso y relación con otras organizaciones.

SINTESIS DE EVALUACION GENERAL

SALUD DE 1979 (25 4 1980)

I.- Pasos seguidos en la evaluación.

- Descripción de actividades específicas de salud por, Decanato, poli, area, jefatura de programa.
- Énfasis en cada una de estas instancias, con relación en las líneas programáticas (derechos, salud mental, crecimiento y desarrollo) y organizaciones tipo con las que se trabajo.
- Preguntas a evaluación y perspectivas (incorporar por líneas programáticas.

II.- Evaluación del equipo .

- 1- Validez del programa salud en un trabajo político poblacional
- 2- Para centrar la discusión se analizó la línea salud mental concludyéndose que :
 - Es un problema sentido por las organizaciones.
 - Tiene validez dentro del trabajo solidario
- 3- Dificultades generales .
 - Heterogeneidad del equipo para enfocar los temas correspondientes.
 - Problemas con los contenidos y metodología.
 - Incapacidad de sistematización en los decanatos para intercambio de experiencias.
 - Problemas en las diferentes instancias para reflexionar sobre práctica, contenidos y capacidad personal .
 - problemas de dirección.
- 4- Dificultades en relación a cada instancia definida

Equipo:

- Falta de agilidad.
- Falta de capacidad de síntesis y concreción.
- Falta fijar prioridades con mayor precisión.
- Falta desarrollar una dinámica adecuada de trabajo .

Area :

- Debilidades para el registro de lo realizado , e insentivar acciones coherentes.
- Debilidades para promover la discusión de líneas a nivel decanal.
- falta de continuidad y concreción .
- falta fijar prioridades.
- Ecepticismo ambiental.

Equipos Decanales:

- Estilos de discusión deficientes, no se realizan análisis profundos.
- Falta de sistematización .
- débil relación entre equipos decanales, Yáreas.

(falta de transmisión, no se ha logrado una relación coherente entre el área y el trabajo en terreno).

Dirección:

- No se precisaron los límites a nivel de dirección .
En relación a personal de salud, no hubo claridad de quién y como debía asumirlo.

Administración Definida y no cumplida en forma eficiente.

- Conducción no apoyada por el resto de las demás instancias, visualizan dos fases durante el año.
 - Colegiada en relación a líneas
 - Colegiada sólo en cosas puntuales.

INTER OGANTES PARA LAS COMISIONES.

- 1.- Definición de prioridades dentro de salud.
- 2.- Discusión en relación a la capacidad nuestra para asumir las líneas salud mental de una manera adecuada o coherente con el momento histórico y con un trabajo político poblacional.
- 3.- Discutir formas de sistematización de las experiencias nuevas en relación a derechos en salud y salud mental.

RESUMEN ENFASIS DE ACTIVIDADES

- 1.- Gran Avenida - Derechos Salud (Bolsas)
Salud Mental (Alcoholismo, neurosis)
- 2.- José M. Caro - Derechos en Salud
Salud Mental (Talleres)
- 3.- San Joaquín - Derechos en Salud
Salud Mental (Grupos Juveniles)
- 4.- San Bernardo - Control Comedores - Derechos en Salud
Salud Mental (Grupos Juveniles)
- 5.- Ochagavía - Derechos en Salud
Salud Mental
- 6.- Policlínico - Atención Médica
Capacitación Monitores
- 7.- Area de Salud - Salud Mental
Capacitación interna
- 8.- Jefatura Programa - Coordinación
Area Salud Mental.

&&&&&&&&

DECANATO	ACTIVIDAD	CONTENIDO
Gran Avda.	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico recursos estatales y privados en salud. -Capacitación en comedor "Los Troncos". -Capacitación en Bolsas (2) -Capacitación Grupo Juvenil Brasilia. -Apoyo Poli Santa Rosa de Lima. 	<p>Nivel de Salud Uso posterior en capac. Prep. Control niños. neurosis (Salud Mental) Derechos en Salud. Alcoholismo (D04)</p> <p>Coord. y apoyo medic. Formación grupo colaborador en Salud Mental.</p>
José M. Caro.	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico recursos estatales y privados en salud. -Capacitación a nivel decanal (equipos salud y pobladores organizados) -Control niños y apoyo capac. Bar Lácteo. -Capac. en Talleres poblacionales. -Apoyo Campamentos. -Apoyo Equipos de Salud. -Capac. otras instituciones (Aux. Párvulos "La Victoria") 	<p>Nivel de Salud Uso posterior en capac. Derechos Salud Mental Crecimiento y Desarrollo Primeros Auxilios</p> <p>Preparar y evaluar control Cap. a encarg. Bar Lácteo</p> <p>Salud Mental Derechos</p> <p>Cap. equipos de Salud Participación</p> <p>Supervisión Apoyo a sus act. de capac.</p> <p>Crecimiento y desarrollo Salud Mental</p>
San Bernardo	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico recursos privados y estatales en salud. -Capacitación en comedores -Trabajo c/grupo juvenil -Cap. comisión viviendas -Coord. con colaboradores San Francisco (Médico Kines) Fátima (personal Poli) 	<p>Nivel de Salud Uso posterior en capac. Listado problemas Higiene ambiental Tuberculosis y otras Prep. control-evaluación Salud Mental (conocimiento grupo y medios) Diag. problemas de salud. Coord. criterios y líneas Prog. actividad campamento en Taller Camp.</p>

DECANATO	ACTIVIDAD	CONTENIDO
Sn. Joaquín	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico recursos privados y estatales en salud -Apoyo huelga de hambre -Control niños comedor. -Cap. Taller salud cont. -Cap. Taller recreación cont. -Cap. comedores -Apoyo campamento -Cap. grupo juvenil Esp. Santo 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de salud Uso post. capacitación Org. interna act, méd. y enf Organización y evaluación Derechos en salud Salud Mental Recreación Derechos en salud Cap. monitores salud. Participación Detección problemas Salud Mental.
Ochagavía	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico recursos salud -Cap. talleres poblacionales -Apoyo Campamentos 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de salud Uso posterior en capac. Derechos en salud Salud Mental Uso alimentos Cáritas Capacitación monitores Participación.

POLICLINICO	ACTIVIDAD	CONTENIDO
	-Atención Médica	Atención médica alcohólico Terapia grupos Relajación (esposas) entrega medicamentos
	-Cap. Monitores D-4	Unidades D-4 Marconi sup. acciones
	-Cap. Asistemática	Charlas motivación
	-Cap. Interna.	Estudio y readecuación de unidades
	-Act. recr. apoyo terap.	Convivencia Sept.- Dic.
Area de Salud	-Diagnóstico	Recopilación y discusión Diagnóstico Zonal
	-Derechos salud	Definición Cont. y criterios metodológicos
	-Crecimiento y desarrollo	Prep. control camp.
	-Salud Mental	Revisión unidades neurosis Marconi. Defini. de cont. metodológicos-neurosis R.A.
	-Capacitación interna	Análisis Transac.
	-Act. evaluación	Pauta registro activid. Sesiones evaluación
Equipo de salud	-Apoyo huelga de hambre	
	-Atención médica emerg.	
	-Distr. medicamentos.	
Jefatura del Programa	1. Coordinación	Intercambio experiencia Líneas-criterios evaluación programas proyectos
	- Enc. Programa	
	-Jefatura Depto.	Apoyo huelga de hambre Disc. líneas Evaluación y proyectos
	-Juz	Criterios personal
	-Otras instituciones	Salud Mental (Fasic.) P, Obrera
	-Encargado Sector	Criterios, líneas, tareas
	-Vicaría	Enfermos y criterios
	2. Dirección del área	Coord. reuniones prep. material Salud Ment. Evaluación (At. program.)
	3. Supervisión Poli	Discusión-Criterios Personal administrativo.

4. Apoyo otras unidades

- Rural Costa

- Jurídico

Criterios sobre prog.
Apoyo enc. prog.
Apoyo prog. cap. juvenil

Apoyo atención casos
especiales

5. Apoyo act. Decanal

- San Joaquín

- Gran Avenida

- José M. Caro.

Partic. foro Taller

Discusión criterios S. Ment.

Prog. cap. Bar Lácteo.

6. Administración

Medicamentos
Implementación y equipa-
miento.
Colaboradores

PERSONAL

- Médicos 2
- Dentista 1
- Asist. Social 1
- Enfermeras 2
- Aux. enferm. 3
- No calificados 3
- Administrativo 1
Total 13

Colaboradores
Y
Aux. Farmacia.

DISTRIBUCION

Gran Avenida 1 Dentista = 1
José M. Caro 1 Enfermera
1 Aux. enferm. = 2
San Joaquín 1 enfermera
1 no calif. = 2
San Bernardo 1 Médico
1 Aux. enferm. = 2
Ochagavía 1 Médico
Poli 1 Aux. enferm.
2 no calif. = 4
Administrativo 1 = 1

EVALUACION SALUD 1979 DECANATO SAN JOAQUIN

1.- SALUD MENTAL.

1.1. Se desarrollo un trabajo en Salud Mental con un grupo de 20 jóvenes del 2º año de Confirmación, de la parroquia San Cayetano.

Esta actividad es parte de un plan piloto, inserto en el programa general de Confirmación de la Parroquia.

Se formaron Talleres en torno a diferentes temas, a los cuales los alumnos del 2º año de Confirmación podían optar libremente.

A cargo del equipo de Vicaría estuvo el Taller de Salud y Recreación.

- Este Taller estaba dirigido por dos monitores de Confirmación con el apoyo del equipo del Decanato.

- Objetivos:

- Conocer inquietudes juveniles frente a la problemática de salud y recreación.

- Apoyar a los jóvenes en el descubrimiento de problemas de salud y otros más comunes del sector poblacional para reforzar su preparación como militante cristiano.

- Buscar mejores formas de participación y relaciones humanas de los jóvenes en un grupo.

- Metodología:

- Se desarrolló esta actividad en 14 sesiones.

- La metodología empleada consistió en:

- preparación previa de sesiones de los monitores en conjunto con equipo.

- Trabajo de Taller del grupo conducido por los monitores y con la presencia de miembros del equipo.

- Discusión de contenido en torno a causas, efectos y posibles soluciones a través de preguntas orientadoras.

- Temas propuestos por el Taller.

- Técnicas empleadas fueron: dibujo, elaboración de documentos, investigación en base a entrevistas, grabaciones, visitas al Club de Abstemios, al Policlínico de La Legua, discusión en pequeños grupos.

Uso de técnicas de recreación en todas las sesiones, al inicio y al término.

Registro en paleógrafo de las discusiones y conclusiones frente al tema.

Evaluación en cada sesión.

Evaluación final del Taller con el grupo.

Evaluación con los monitores.

- Contenidos:

- Formación del Taller y objetivos de éste.
- Qué se entiende por: Salud (Mental), y Recreación, inquietudes e intereses del joven frente a esta problemática.
- Problemas de salud más comunes en el sector, reflexión acerca de causas, consecuencias y posibles soluciones.
- La Recreación, realidad actual, necesidades, función que cumple, soluciones.
- Trabajos de investigación acerca del alcoholismo: causa-consecuencia, recursos existentes en la comunidad para enfrentar esta enfermedad, reflexión en conjunto.
- La Desnutrición: causas-consecuencias, formas de prevención, realidad de vcomedores.
- Capacitación para el control de peso y talla de menores, actividad práctica.

- Logros:

- Participación promedio de 16 jóvenes.
- Crecimiento personal de manejo de grupo de los dos monitores a cargo de la realidad en salud social en general del sector.
- Conocimiento de realidad juvenil: estudiantil, familia, trabajo, población.
- Valoración de la recreación como instrumento de trabajo.
- Mejores relaciones y mayor conocimiento entre los jóvenes del taller que lo logrado en un año de formación para la confirmación.
- Necesidad de integrantes del grupo a formar una organización juvenil a futuro, que tenga como centro la discusión de problemas juveniles.

- Dificultades:

- Grupo heterogéneos en intereses, aspiraciones y formación.
- Falta de experiencia de trabajo como grupo.
- Desconocimiento entre sí.
- Problemas de expresión y participación.
- Deterioros psíquicos por problemas de alcoholismo en la familia, relación padre-hijos, traumas.
- Período corto de tiempo para lograr objetivos propuestos y dar mayor proyección al trabajo.
- No se conocía el programa general de Confirmación, por lo que esta actividad aparecía como desvinculada de él.
- Falta de presencia del Párroco durante las actividades desarrolladas.

1.2. La actividad de este taller tenía relación con algunos aspectos de la 1^a Unidad propuesta por el Area de Salud.

- Frente a la problemática de salud se llega a una motivación y conocimiento de algunos elementos de la realidad juvenil y poblacional.
- La elaboración de contenidos con el taller se hicieron paralelamente a la elaboración de proposiciones del área.
- No se confronta esta experiencia con lo propuesto.
- Faltó la elaboración detallada de unidades en salud mental, que sirvieran de apoyo.
- El trabajo con este taller duró de Mayo a Agosto de 1979.

2.- DERECHOS EN SALUD

2.1. Actividades desarrolladas:

- Elaboración de un diagnóstico en salud del Decanato, respecto de recursos humanos y materiales del Estado y la comunidad.
- Información y discusión de los resultados del diagnóstico de sacerdotes del Decanato.
- A nivel de coordinadoras del Canal de Comedores y de comedores en particular, trabajos en relación a derechos en salud, recursos existentes, problemas de salud más comunes, acciones posibles (uso del derecho).
- Elaboración de instructivo de derechos y recursos existentes.
- A nivel del Taller Laboral:
 - Trabajos en relación a: Historia del S.N.S., Derechos en Salud, Investigación de situación de Policlínicos y Hospitales, Análisis de la actual política de salud inserta en el modelo económico; información y denuncia a través del boletín del Taller de situación actual de la salud: Derechos, recursos y política en implementación.
 - Foro convocado por el Taller Laboral con Participación de integrantes de organizaciones poblacionales para: conocer, analizar y visualizar posibles acciones frente a este problema.
 - Logros:
 - Conocimiento de los recursos existentes en salud en diferentes sectores del Decanato.
 - Conocimiento de los derechos y uso de ellos.
 - Se detecta la necesidad de parte de algunas organizaciones, de desarrollar acciones de prevención.
 - Conocimiento y análisis en algunas organizaciones parroquiales y comunitarias de la política de salud en el marco del modelo económico.
 - Movilización y preocupación de algunos sectores poblacionales por la defensa de recursos y el derecho a la denuncia de la actual política de salud.

- Metodología:

- Utilización de los conocimientos de las organizaciones con el apoyo del equipo.
- Investigación de las organización de la realidad del sector, para reflexionar a partir de ella y compartirla con otros.
- Entrega de contenidos y denuncia a través de las siguientes técnicas: foros, sketch, dibujos, informativos.

- Perspectivas:

- Masificar uso de instructivo y Boletín del Taller Laboral.
- Ampliar información y análisis de la nueva política de salud en otros sectores, con apoyo de material más elaborado.
- Mantener al día disposiciones legales al respecto.
- Apoyar a grupos que puedan desarrollar actividades de orientación, asistencia de emergencia y prevención en el Decanato.

2.2. Las motivaciones centrales expresadas por los grupos son:

- Defender derechos y recursos existentes en salud, ampliar la información.
- Capacitarse y solucionar aspectos de atención de salud de emergencia.
- Buscar formas de coordinación con trabajadores de la salud.

2.3. En relación a materiales elaborados por el área de salud del equipo, se utilizaron:

- Informativos de recursos y derecho en salud.
- Historia del S.N.S.
- Documentos elaborados por el Dr. Requena (que fue el más motivador para este debate).
- Charlas y cursos sobre problemas candentes que afectan a trabajadores y pobladores.
- Mantener contactos y coordinarse con organismos afines y otros de la clase.
- Solidarizar con organizaciones y personas afectadas por organismos represivos o patronales.

Enero, 1980.-

EVALUACION DECANATO GRAN AVENIDA

1 9 7 9

EVALUACION DECANATO GRAN AVENIDA

PROGRAMA SALUD

A: ALCOHOLISMO

ORGANIZACION	OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOLOGIA	LOGROS	DIFICULTADES
Grupo Juvenil Parroquial Brasilia	Preparar monitores para responder a necesidades expresadas en la comunidad	-Dará a conocer conocimiento de la enfermedad. -Tratamiento primario. -Difusi3n de la enfermedad. -Conocimiento Técnico. Derechos en salud.	-Unidades de alcoholismo del Barros Luco. (Aportados y modificados por Poli Villa Sur.	a)Formaci3n de 8 monitores activos. b)Difusi3n del conocimiento en sus fuentes de trabajo c)Tratamiento a alcoh3licos de la comunidad. d)Trabajo coordinado con el Poli S.N.S. local. e)Apertura del trabajo salud mental en el Decanato permiti3 creabilidad de este trabajo.	a)Discontinuidad en la asesoría por problemas internos. b)No profundizar en causas sociales de la enfermedad en problemas internos anteriormente señalados.
Monitores alcoholismo comunitaria cristiana Sta. Rosa de Lima.	Asesoría a Monitores de alcoholismo de la comunidad.	Conocimiento sobre la enfermedad. Método de difusi3n y discusi3n primaria en la comunidad. Derechos en salud Recursos en la zona.	Discusi3n de grupo. Participaci3n en curso del Poli Villa Sur.	Consolidaci3n del grupo ya existente. Gestaci3n de un taller poblacional.	Lentitud en el trabajo por una autocensura política, por la realidad eclesial del Decanato.

B. NEUROSIS

ORGANIZACION	OBJETIVOS	CONTENIDO	METODOLOGIA	LOGROS	DIFICULTADES
Comedor Los Troncos	Lograr que el grupo enfrentara algunos de los problemas de salud mental que les afecta individualmente y como organización.	Enfermedades de los nervios. Caracterización de personalidades de un grupo.	Unidades de neurosis del Barros Luco. Modificados por Area de Salud.	No se aprecian logros existen varias razones. Discontinuidad en el trabajo por dificultades del grupo..	Bajo nivel cultural del grupo. Discontinuidad en el trabajo por cierre del comedor. El área pidió suspensión del curso de unidades del Barros Luco.
Bolsa de Cesantes. Santo Cura	Lograr que el grupo conozca problemas principales en salud. Apoyar en el trabajo de proyección hacia la comunidad poblacional del grupo.	Concepto de salud y enfermedad derechos en salud Breve historia del S.N.S. Enfermedad y medio ambiente. Ley de reestructuración de la Ley S.N.S.	Discusión de grupo con exposición dirigida. Uso de pizarrón. Papelógrafo.	Excelente percepción del grupo frente a contenidos y orientaciones. Retención clara de los puntos importantes tratados. Difusión de conocimiento al medio familiar y poblacional. Sirvió al grupo: Discusión, agilidad motivación.	A pesar de un buen manejo de conocimiento no hay espacio para hacerlo valer, esto resta validez al tema. Desconocimiento de la actividad por parte nuestra que pueden surgir por los conocimientos adquiridos.

COMENTARIO GENERAL

En todas las actividades se inició un conocimiento básico mínimo sobre derechos en salud.

SALUD MENTAL

Los logros tienen relación con lo aportado por el área, ya que ésta propuso neurosis y alcoholismo como objetivo de estos dos temas: prevención primaria y capacitación a monitores. (alcoholismo)

CONTENIDOS Y METODOLOGIA

El área no llega a proponer, se usó material del Poli de alcoholismo por creerlo útil y no tener alternativa.

PERSPECTIVAS DEL DECANATO

A NIVEL DE LA IGLESIA

Existe una fuerte, manifiesta y expresada preocupación por los problemas de Salud Mental: neurosis, alcoholismo, drogadicción.

A NIVEL DE ORGANIZACIÓN

En general, si se propone el tema de salud, surge una motivación e interés espontáneo pero no aparece uno prioritario por sí solo.

Santiago, Enero 1980.-

SALUD MENTAL

I.-

1.- ACTIVIDADES REALIZADAS

Nuestras actividades en salud, en general estuvieron dirigidas en un comienzo hacia nuestra integración en las comunidades Parroquiales del Decanato, dado a que este equipo de salud se integro como tan sólo a mediados de año; en resumen conocer y darse a conocer en todo el ambito decanal. Para ello se realizaron las siguientes actividades .

- 1.1. Diagnóstico de la realidad en las organizaciones solidarias, a raíz del cual se centro nuestro que hacer en los talleres femeninos poblacionales.
- 1.2. participar en las actividades propias de las organizaciones (jornadas de salud)
- 1.3. Motivacion con temas de salud solicitado por los interezados.
- 1.4. Curso de salud a delegadas decanales.
- 1.5. Apoyo a la organizacion interna de cada taller (necesidad y forma de accion de un directiva, comercializacion de productos etc.)

2.- OBJETIVOS :

- 2.1. Crear conciencia de la condicion de personas ya que su desajuste lleva a multiples problemas especialmente de salud mental. No se trató esta area como algo aislado, sino , como parte de un todo que constituyen lo deberes y derechos en general.
- 2.2. Dar a conocer el papel de la Iglesia en los problemas de la salud popular .
- 2.3. Reflexion ante problematicas socio-economicas-culturales, que vive nuestro pais y como influye en la salud mental de la poblacion.
- 2.4. Que la maduracion de los grupos lleve a levantar sus propias plataformas de lucha ante problemas comunes.

3.- CONTENIDOS

La eleccion de contenidos se baso en la definicion de salud de la C.M.S.

- 3.1. Problemas que afectan a la salud social:
 - cesantia
 - Alcoholismo
 - Drogas
 - Desnutricion
 - Hacinamiento
 - Educacion deficiente
 - Prostitucion y enfermedades venereas.
- 3.2. Problemas que afectan la salud mental;

Este tema se inicio con la entrega de los conceptos ideales que deben existir en el ser humano a traves de toda su vida en lo que a salud mental se refiere y es asi como se abordaron los siguientes temas;

- Psicologia del recién nacido
- psicologia del pre escolar
- Psicologia del escolar

Psicología del adolescente

Psicología del adulto

Recreación y su importancia en toda la vida del ser humano

Relaciones humanas : - familiares

- comunitarias

- laborales

- necesidades básicas del hombre

- definición y diferencias entre patologías psiquiátrica y psicología : ej: Neurosis -epilepsia, etc.

- educación sexual.

3.3. Problemas que afectan a la salud física

Estos temas a pedido de las interesadas y el factor tiempo fueron programadas para iniciar un segundo nivel en el año 1980. solo se entregó la técnica de inyección intramuscular, curaciones planas, vendajes elementales, es decir primeros auxilios básicos, quedando en carpeta algunas patologías más comunes y formas de reconocerlas, además de algunas técnicas de primeros auxilios más avanzadas. También en este rubro se entregó la diferencia de ataques epilépticos, histéricos, las pérdidas de consciencias y formas de reconocerlas.

Como se explicó anteriormente para 1980 se completará el curso con un 2º nivel y se recomenzará un primer nivel para nuevas integrantes.

II.- Solo una vez entregado el 1º nivel consideramos preparada los grupos como para hablar de DERECHOS EN SALUD, hecho que se produjo a fines de 1979, se estableció un paralelo entre la Organización SNS y política actual de salud, su estructura, funcionamiento, sus beneficiarios entregándose simultáneamente un cartel explicativo.

El resultado de esta entrega fue óptimo, lo que se evaluó en base a las acciones concretas programadas en salud para el año 1980 como es por ejp. un comité de pobladores en defensa del SNS, un comité femenino poblacional en dos sectores del decanato, siendo una de sus plataformas de lucha un frente poblacional en defensa del SNS. manifestado a través de un pliego de peticiones el que tiene por objeto motivar a la mujer pobladora a la defensa de sus derechos como integrante de grupos familiares y comunitarios.

- En el mes de Junio de 1979 a solicitud de los agentes pastorales (sacerdotes y religiosas) del Decanato se entregó el mismo paralelo entre SNS. y política actual de salud, (entregado posteriormente a las comunidades), mas la programación del Equipo de salud de la vicaría actual y el porque de su cambio.

- En Agosto de 1979, religiosas de un sector del Decanato solicitaron el mismo tema, con mas detalles, lo que fue entregado en su misma comunidad.

- Como perspectivas para 1980 contamos también con la integración de grupos juveniles a la lucha de los derechos en salud. Estos grupos solicitaron dicho apoyo concretamente a partir de un campamento juvenil Decanal que se llevara a cabo entre el 28 de enero al 4 de Febro de 1980 donde esperamos consolidar nuestro quehacer en conjunto y a través del año.

COMENTARIO:

Como equipo de salud decanal , por lo anteriormente expuesto pensamos que en 1980 era un año que nos dara l a posibilidad de acciones concretas y organizadas a nivel poblacional, en torno al grave problema de salud que aqueja a aqueja a toda la población trabajadora.

SANTIAGO, ENERO 1980

Ve/mc

EVALUACION DECANATO OCHAGAVIA = SALUD

a.- Derechos en salud

1.- Actividades realizadas

Obtener información sobre existencia de equipos de salud.

Reorganización de los equipos de salud.

3 grupos: San Francisco
San Lucas
Paulo VI

Se trabajó con los equipos en obtener los datos de condiciones ambientales y realidad de la situación en salud, SNS, privada (Cruz Roja y Parroquias).

Capacitación sobre Derechos en Salud:

Metodología

Trabajos de comisiones con preguntas, contestadas y enriquecidas por los propios grupos.

2.- Con qué organizaciones: Talleres de mujeres

Equipos de Salud

Club de Ancianos.- (Derechos previsionales,
Programa senesentes SNS)

Objetivo: Conocer la realidad de salud del Decanato.

Coordinad Club de Leones y Cáritas por los propios grupos.

Obtener lentes.

Logros: La gente reconoció y exigió sus derechos, ya no se recurría al Equipo de Salud de Vicaría, sino que se dirigían a sus equipos de salud y a través de éstos se solicitaba la atención.

Relación de los equipos de salud con Polis Parroquiales, esto se mantiene.

SALUD MENTAL

1.- Actividades realizadas

Convivencia entre talleres.

Capacitación en alcoholismo y neurosis

Taller extra-escolar.

2.- Con qué organizaciones: Talleres de mujeres

Club de Abstemios

Jóvenes - niños

Logros: Resultado del campamento del trabajo jóvenes-niños.

Los equipos de salud realizaron control de salud de niños campamento.

Reconocimiento de las enfermedades de alcoholismo en los hombres por parte de las mujeres.

Acudir al Poli a solicitar sus servicios.

Se prepararon monitores en alcoholismo.

En neurosis las mujeres aprendieron a relajarse y a reconocer una neurosis de otra enfermedad.

Esto ha ayudado mucho a las buenas relaciones, se reflejan en las convivencias, reuniones entre talleres y en los campamentos.

Han aprendido a enfrentar su realidad, a darse cuenta que su problema no es el más grave. Se descubrió a través de la participación.

CONTENIDOS Y METODOLOGIAS

Tomando algunos conceptos de la unidad de neurosis del SNS, y el conjunto de las unidades de alcoholismo (Marconi).

Dificultades:

Encargada de salud sola en el sector.

Comunidades cristianas muy cerradas, cuesta mucho un trabajo más amplio.

Los objetivos y contenidos entregados tuvieron relación con lo propuesto por las áreas, ya que se ayudó a mejorar y dar crecimiento a las organizaciones, a abrirse a otras organizaciones de la comunidad, intercambio de experiencia lo más que se logró fueron las buenas relaciones de los grupos.

Enero, 1980.-