

M. 75

PROGRAMA DE SALUD

ZONA SUR - ARZOBISPADO DE SANTIAGO

I. INTRODUCCION

La Zona Sur del Arzobispado de Santiago abarca las Comunas de San Miguel, Cisterna, San Bernardo y La Granja, con una población de 1.000.000 de habitantes aproximadamente. La Zona está dividida en los Decanatos y Parroquias que se indica en el Anexo N° 1..

La Zona tiene una población predominantemente obrera y de bajos recursos y algunos sectores de clase media; éstos se concentran especialmente en los Decanatos de San Miguel y Gran Avenida.

Dada la composición de la población, en esta Zona se dejan sentir en forma generalizada los problemas económico-sociales y políticos que vive el país, pero en gran parte de ella estos factores adquieren características de extrema y alarmante gravedad.

Los factores condicionantes de salud que más están pesando en la actual situación de salud de la Zona, son la cesantía (y el hambre consecuente) y la política de Salud observada en los establecimientos del S.N.S.

La cesantía alcanza porcentajes que fluctúan entre 30 y 90%. En un desesperado esfuerzo por obtener medios de subsistencia se observa un aumento del trabajo de la mujer fuera del hogar (lavado, empleada doméstica, prostitución) y de los menores (fábricas que los emplean por salarios menores sin previsión, niños que mendigan o cantan en las micros, etc.). El programa de trabajo mínimo de las Municipalidades ofrece posibilidades escasas tanto por el bajo número de contratos ofrecidos como por usar la fuerza de trabajo en ocupaciones indiferenciadas (cuidado de parques, barrido de calles, etc.) que dejan inutilizado el potencial del obrero especializado. Por otra parte estos puestos son irrisoriamente remunerados y no contemplan previsión, con lo cual se conculca el derecho de la atención médica entre otros.

La política de Salud observada en la Zona se caracteriza por una progresiva disminución de los recursos humanos y de los establecimientos del S.N.S., y por una exigencia de pago por las prestaciones, a las personas que no tienen la libreta de seguro al día (cesantes, trabajo mínimo, trabajo de mujeres y menores). Cabe hacer notar que los Aranceles que cobra el Hospital Barros Luco son más altos que los de otros Hospitales de Zonas menos empobrecidas como es el caso del Hospital del Salvador que sirve a los sectores de Providencia, Las Condes y Nuñoa.

Los consultantes sin previsión, en algunos casos "se consiguen" dinero para pagar la consulta del S.N.S. (E° 11.000 y E° 20.000 en las Postas) pero no reciben medicamentos, por lo que muchos peregrinan tratando de conseguir el despacho de una receta del S.N.S. y si no la obtienen quedan sin tratamiento. En los niños, por este mecanismo, se ve con frecuencia la agravación de cuadros respiratorios que resultan fatales en niños desnutridos.

El programa de Leche ha sufrido modificaciones deplorables para el estado nutritivo de la población infantil; si bien algunos consultorios mantienen la entrega de leche a los lactantes hijos de padres sin previsión, como los Programas escolares sólo reciben el mal tolerado Fortesan, la leche del lactante se distribuye en todo el grupo familiar que sufre hambre, con la consiguiente desnutrición del lactante menor.

La situación de hambre de la población se expresa con dramática frecuencia en las consultas externas, en las cuales 3 de cada 10 personas atendidas relatan no haber comido en los últimos dos, o tres o cuatro días, o haber ingerido sólo te o "agüitas".

En los Comedores Infantiles de las Parroquias se ha observado el rechazo de la alimentación (vómitos, náuseas) en aquellos niños que empiezan a concurrir a ellos después de días sin comer, o los días Lunes después de haber pasado en sus hogares un fin de semana sin probar alimentos.

Entre los problemas agudos de salud se observa la pediculosis que en sectores alcanza al 100% de la población y la sarna con una incidencia discretamente menor.

Especial comentario merecen los problemas de Salud mental, cuyo recrudecimiento en relación a la crisis y miseria que sufre la población, se expresa en una alteración de las conductas individuales y un deterioro de las relaciones intra familiares y comunitarias. En el curso del presente año se han registrado 15 suicidios, sólo en la población de cesantes organizados en Bolsas de Trabajo Parroquiales. El alcoholismo representa un "escape" del Jefe de Familia al problema del hambre en el hogar y a su vez acarrea serios problemas de neurosis en la mujer y los hijos. El esfuerzo por sobrevivir lleva a veces a enfoques individualistas del problema que generan abandono del hogar, quiebre del espíritu solidario y aun conductas "antisociales" (robos, cogoteos, prostitución, drogas, etc.)

Política de Salud de la Zona Sur del Arzobispado de Santiago

Frente al dramático problema de Salud enunciado, es preciso fijar una política muy definida del Programa de Salud que, como parte de la Pastoral de Solidaridad ha iniciado la Vicaría de la Zona Sur del Arzobispado de Santiago.

Las características del problema y su dramática intensidad podrían motivar la proposición de un programa de Salud integral con una cobertura suficiente de la población afectada. Ello implicaría la responsabilización de la Iglesia en las acciones de Fomento, Protección y Recuperación de Salud de por lo menos el 80% de la pobla-

ción de cesantes de la Zona Sur. Este planteamiento nos parece irrealizable y además contrapuesto con las Orientaciones Pastorales de los Obispos para Chile (1975).

Es irrealizable pues supondría recursos humanos y materiales de un volumen considerable; en efecto, ateniéndonos a la última encuesta del Instituto de Economía de la U^g de Chile (Marzo de 1975), la cesantía en el Gran Santiago alcanzaba en esa fecha un 13,3 % de la población, con un promedio de 9,5 meses de tiempo de cesantía. Ahora bien correspondiendo a población activa 1/3 de la población total, ésta en la Zona Sur alcanzaría a unos 300.000 habitantes de los cuales el 13,3 % de cesantes representaría unas 39.900 personas a las que deben agregarse un promedio de 5 cargas por persona en edad activa, o sea 199.500 personas. Esto nos daría un total de 239.400 personas beneficiarias; para otorgar a un 80% de ellas una atención de Salud integral se necesitaría, entre otros recursos, un Hospital general de 570 camas y, al menos, 25 médicos a jornada completa para atenciones externas.

Sin embargo, la cuantía de los recursos necesarios no nos parece el argumento más importante contra el criterio de un Programa de Salud Integral con cobertura adecuada a cargo de la Iglesia. Más decisiva sería su inconsecuencia con las Orientaciones Pastorales de los Obispos y, en consecuencia, con la Pastoral de Solidaridad de la Zona Sur. En efecto, las Orientaciones Pastorales señalan como objetivo específico de las acciones de Testimonio (punto

"Promover la preocupación por la justicia, para que ésta inspire la mentalidad y acción de toda la Iglesia, y no sólo se mejoren las relaciones al interior de Ella misma, sino que se constituya en signo eficaz de justicia y caridad en nuestro país" (1)

El mismo documento citado señala como sugerencia a nivel diocesano.

"Velar para que se ejercite, como parte integral de la evangelización, la promoción de los derechos humanos y la defensa de la dignidad del hombre y de los derechos de los trabajadores" (2)

Estimamos que si la Iglesia asumiera las responsabilidades que corresponden al Estado en el cuidado de la Salud, estaría consolidando la situación de injusticia en que éste incurre al marginar al sector más necesitado de las prestaciones de Salud. Se estaría también atentando contra el artículo N° 25 de la Declaración de los Derechos Humanos que dice:

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así como a su familia la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...

...La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales..." (3)

Por otra parte, la Organización Panamericana de La Salud, dependiente de la O.M.S. señala: como requisito de la Atención Médica

"Accesibilidad para toda persona, cualquiera que sea su nivel de ingreso y el soporte financiero del beneficio, sin discriminación de su ubicación geográfica, y al margen de toda contingencia de raza, credo religioso u opinión política" (4)

Este Derecho a la Salud ha sido en nuestro país, conquistado por los trabajadores como uno de sus Derechos y significó la creación del Servicio Nacional de Salud, que la actual Política de Salud del Gobierno ha desconocido al afirmar que

"La Salud no es un bien que se otorga, sino que es adquirido por la población" (5)

Si la Iglesia asumiera esta responsabilidad del Estado frente a la Salud no estaría sino "parchando" una injusticia y con ello no promovería en absoluto los derechos humanos ni defendería los derechos de los trabajadores.

Creemos que un Programa de Salud de la Iglesia sólo tiene un sentido liberador y no paternalista o supletorio de lo que el Estado deja injustamente de hacer, si cumple con los siguientes criterios:

- Constituir un elemento de apoyo -un medio y no un fin- para una Pastoral de Solidaridad que tiende, no sólo a paliar por motivos de caridad cristiana el sufrimiento de los pobres, sino a unirlos y organizarlos para su Liberación del pecado colectivo que implica la situación de injusticia y de conculcación del Derecho a la Salud, entre otros.
- Desarrollar, además de las actividades de atención médica de tipo asistencial, actividades de educación y formación de los integrantes de los movimientos de Iglesia (monitores de grupos juveniles, cursos de preparación al matrimonio, catequistas, grupos de Ayuda Fraternal) y de los propios grupos que se organizan para resolver solidariamente sus problemas (Bolsas de Trabajo, Madres de los niños que concurren a los Comedores)
- Orientar sus actividades asistenciales, básicamente, a los grupos afectados por el problema, que se hayan unido para enfrentarlo solidariamente y dentro de la Pastoral de la Zona.

- Programar y evaluar las actividades asistenciales y educativo-formativas con la participación activa de los grupos solidarios de beneficiarios y del equipo de Salud.
- Desarrollar actividades asistenciales que sean gratuitas, eficientes y humanas.
- Compatibilizar la eficiencia técnica con una utilización de los recursos disponibles que no signifique un costoso tecnicismo discordante con la carencia de medios de subsistencia mínimos de los beneficiarios atendidos.
- Enfatizar el trato con respeto, amor y estímulo de la participación de los beneficiarios antes que la creación de estructuras burocráticas de poder.
- Dar gran énfasis al trabajo de equipo, a la participación y a la formación humana, social y profesional de los funcionarios del Programa.

Estos criterios constituyen la Política y Propósitos Generales del Programa de Salud, incluido en la Pastoral de Solidaridad de la Zona Sur.

2. O B J E T I V O S

ASISTENCIALES

- A) Entregar actividades asistenciales de consulta Externa de Medicina General, Alcoholismo, Pediatría, Atención Maternal y Odontológica a las personas referidas por los responsables de Salud de Bolsas de Trabajo, responsables de Comedores Infantiles, personal de Enfermería de terreno y personal de Enfermería (religiosas o laicos) que trabajen en relación con las diferentes Parroquias de la Zona.

Los criterios que orientarán la selección de beneficiarios por parte de los responsables de Salud, serán los siguientes:

- familiares de detenidos, muertos y desaparecidos
 - cesantes que pertenezcan a Bolsas de Trabajo y sus dependientes
 - niños asistentes a Comedores Infantiles y sus familias
 - cesantes con gran problema socio-económico y graves problemas de salud, y sus dependientes
- B) Desarrollar un programa de Higiene Mental y Alcoholismo en el Policlínico de Villa Sur para enfermos de la población La Victoria, donde existió una experiencia en este campo y que cuenta con un Club de Abstemios que aglutina a 800 pacientes. Anexo N°

C) Entregar el tratamiento medicamentoso, inyecciones y curaciones que los profesionales de salud indiquen a los consultantes de nuestros Policlínicos

D) Desarrollar prioritariamente los programas de terreno que apoyan iniciativas de solidaridad que enumeramos con sus objetivos:

D) 1º Programa de Nutrición en Comedores Infantiles Parroquiales, cuyos objetivos serán:

- Integración a la problemática de la población mediante el desarrollo de acciones de Nutrición que estimulen la participación de los propios afectados en la solución de sus problemas más apremiantes, así como el desarrollo de la solidaridad entre hermanos, a la luz de la Pastoral de Solidaridad
- Colaborar en la organización de la Comunidad, en torno a las necesidades de combatir y paliar sus problemas nutritivos, en coordinación con el responsable de Comedores del Comité de Solidaridad de la Vicaría
- Educar a la Comunidad -fundamentalmente a las madres de familia- en función de prepararlas para prevenir y/o paliar la desnutrición y para enfrentar de la mejor forma posible la crisis actual
- Combatir (no sólo prevenir) la desnutrición principalmente infantil
- Rehabilitar casos graves de desnutrición, especialmente infantil en un trabajo en Policlínico coordinado con la enfermera y demás profesionales
- Coordinar la labor de la Nutricionista con la del Médico y demás profesionales en el caso de enfermos graves que necesiten dietas especiales

Las acciones y métodos a seguir en este programa se describen en el Anexo N°

D) 2. Programa de Control Infantil de Enfermería a los niños asistentes a Comedores Infantiles, cuyos objetivos serán:

- Diagnóstico de la situación de salud de los niños que asisten a los Comedores Infantiles, dirigido a conocer:
 - p estado nutritivo según grupo de edad (y grado de desnutrición)
 - . relación del estado nutritivo de los niños con la cesantía del Jefe de hogar, el tiempo de duración de ella, el sector laboral al que pertenecía y el volumen del grupo familiar
 - . detectar patología infantil

- Referencia de niños enfermos al Pediatra o Nutricionista
- Registrar y tabular información sobre la situación de salud infantil en los comedores y sus principales condiciones, que permitan orientar el trabajo parroquial, las actividades del equipo de Salud y la labor profética de la Iglesia en la Zona

Las acciones y métodos de este Programa se incluyen en el Anexo N°

D) 3. Programa de educación y/o nivelación de responsables de Salud de las Parroquias y de religiosas-enfermeras que realizan en ellas acciones de Salud

Los objetivos de este Programa que se detalla en Anexo N° serán:

- Contribuir a la formación y capacitación de personal parroquial como monitores de Salud
- Efectuar control periódico de los niños asistentes a los Comedores
- Establecer donde las Comunidades parroquiales lo sugieran, centros de educación en salud, de primeros auxilios, clínicas para lactantes desnutridos u otras iniciativas de salud a cargo de los propios elementos locales.

E) Contribuir al Diagnóstico de Salud y de sus principales características y condicionantes (en la población atendida) en el momento actual. Para ello:

- Registrar las actividades asistenciales y educativas que se realicen, así como los datos socio-económicos y casos humanos que permitan
 - . evaluar el programa asistencial y educativo
 - . tener información sobre la situación de Salud de la población atendida y su relación con cesantía
 - . informar a las autoridades de Iglesia sobre la magnitud y características sociales, humanas y médicas de los problemas enfrentados por la población atendida que contribuyan a incrementar la inserción de la Iglesia en el mundo a través de la Pastoral de conjunto y a cumplir con su misión profética y evangelizadora

F) Fomentar el desarrollo individual y colectivo del equipo de Salud tanto en su preparación técnica como en su formación humana, mediante un sistema de trabajo basado en la participación democrática en la dirección del programa de Salud, la comunicación amplia entre los miembros del equipo, las organizaciones de Iglesia y la Comunidad, el estímulo de la solidaridad y la con-

vivencia fraternal y la autoevaluación en jornadas periódicas de reflexión.

- G) Promover la participación de la Comunidad en el Programa de Salud, a través de los programas de terreno y de jornadas periódicas de evaluación con el Comité de Solidaridad, Vicaría y Sacerdotes de la Zona y responsables de Salud de las Parroquias

Las acciones y métodos a desarrollar para cumplir estos objetivos generales se incluyen en Anexos con los Programas Específicos.

Anexo N° 2 - Programa Medicina General

Anexo N° 3 - Programa Alcoholismo y Salud Mental en Villa Sur

Anexo N° 4 - Programa Pediatría

Anexo N° 5 - Programa Maternal

Anexo N° 6 - Programa Odontológico

Anexo N° 7 - Programa de Nutrición

Anexo N° 8 - Programa de Control Infantil de Enfermería

Anexo N° 9 - Programa de Educación para Monitores de Salud

3. RECURSOS NECESARIOS

La implementación de este Programa, requiere de los siguientes recursos:

1. Local

- Policlínico de Parroquia Sto. Cura de Ars, en el cual deberá disponerse además del local actual de Cooperativa de Consumos
- Policlínico de Parroquia de Villa Sur

2. Personal por Programa

Tipo Personal	Hrs. Totales	Hrs. por Programa Policlínico					Terreno		Adm.
		Med.	Alcoh.	Pediat.	Mat.	Odont.	Nutr.	Control Ed. Infant.	
Médico	3	3							
Médico	3			3					
Médico	4		4						
Médico	1 1/2								1 1/2
Dentista	3					3			
"	1 1/2					1 1/2			
Enfermera	8						6		2
Matrona	4				4				
Nutricionis.	4						4		
Auxiliar de Enfermería	8	4		4					
" "	8	1		1			6		
" "	4		4						
" "	4					4			
" "	4						4		
" "	4						4		
Aux. Enferm. (Psicot. de Grupo)	4		4						
Auxiliar de Enfermería	8			8					
Estadística	8								8
Secretaria Contable	8								8
Secretaria Villa Sur	4								4
E. Aseo	4								4

3. Recursos financieros

Estimación de gasto mensual en U.S.\$.

Farmacia	1,500.00
Movilización	100.00
Aseo y Mantenición	150.00
Reserva de Capital (reposición equipo)	250.00
	<hr/>
	U.S.\$ 2,000.00

4. EVALUACION

Se evaluará el programa a través del análisis periódico (mensual) de acciones realizadas y a través de Jornadas de Evaluación con el equipo de Salud, autoridades de la Ilgesia, Centro de Solidaridad y responsables de Salud.

1. Análisis de acciones realizadas

a) Policlínico

- Volumen total de consultas por especialidad
- Consultantes nuevos por especialidad
- Consultantes repetidos por especialidad
- Rendimiento de consultas por hora profesional y especialidad
- Incidencia de:
 - Desnutrición según grado y edad
 - Sarna
 - Pediculosis
 - Tbc
 - Venereas
 - Neurosis y psicosis
- Volumen de inyecciones y curaciones
- Número de recetas por programa
- Kgrs. de leche según programa y grupo de edad

b) Terreno

- Número de niños nuevos controlados en Comedores Infantiles
- Número de niños repetidos controlados en C. Infantiles
- Incidencia de:
 - . Desnutrición setún grado y edad
 - . Sarna
 - . Pediculosis
- Volumen de horas de clases, charlas, reuniones, terapia de grupo
- Volumen de personas asistentes a clases, charlas, reuniones y terapia de grupo

2. Jornadas de evaluación

Mensuales - del equipo de Salud

- del equipo de Salud con el Comité de Solidaridad de la Zona y el Sr. Vicario

Trimestrales - Con el Sr. Vicario y Sres. Decanos

Con responsables de Salud de las Parroquias

INDICE DE CITAS
=====

- 1.- La Iglesia Hoy. Orientaciones Pastorales para Chile
1975. Capitulo 3 "Objetivos y actividades
Pastorales para 1975. Objetivo especifico 1,d
Reproducido por Revista Mensaje Nº 240
Julio 1975, pag 328.
- 2.- La Iglesia Hoy. Sugerencias a nivel diocesano "Sugerencia
2,d.
Reproducido por Revista Mensaje Nº 240
Julio 1975, pag. 328
- 3.- Reflexión Cristiana Sobre la Declaración Universal de los
Derechos Humanos. 1975.
- 4.- Informe final del Grupo Asesor en Atención Médica reunido
en Wasnigton del 7 al 9 de Marzo de 1962. Publicaciones
Cientificas Nº 70 OPS/OMS Noviembre 1962.
- 5.- Doctrina y Política Nacional de Salud, Ministerio de Salud
Alberto Spoerer Covarrubia, Coronel de Aviación (S), Minis-
tro de Salud. Noviembre 1973.-

Septiembre 1975.-

Zona Sur
Arzobispado de Santiago

A N E X O N° 1

Población de la Zona Sur del Arzobispado de Santiago, por
Decanatos y Parroquias (1973)

<u>Decanato</u>	<u>Parroquia</u>	<u>Habitantes</u>	
San Joaquín Cris	Espíritu Santo	24.754	
	Cristo Rey	17.673	
	San Cayetano	34.430	
	Santa Cristina	25.748	
		<hr/>	102.605
Card. Caro	Sgdo. Corazón de Jesús Lo Espejo	9.921	
	San José Otrero	54.057	
	San Juan Bautista	33.581	
	Santa Madre de Dios	16.725	
	Ntra. Sra. de los Apóstoles	15.658	
	Ntra. Sra. de la Victoria	22.660	
	San Martín de Porres	27.069	
	Villa Sur		<hr/>
Gran Avenida	San Miguel Arcángel	27.200	
	Santo Cura de Ars	40.337	
	Santa Clara	41.021	
	San Juan Bosco	32.327	
	La Resurrección del Señor	8.320	
	San Antonio Ma. Claret	33.265	
		<hr/>	229.045
Ochagavía	San Juan de Dios	8.706	
	Ntra. Sra. del Monte Carmelo	16.009	
	San Mateo	9.869	
	San Lucas	8.747	
		<hr/>	43.331

Santa Rosa	Inmaculada Concepción de la Granja	...	
	Ntra. Sra. de Los Parrales	31.955	
	San Gregorio	63.181	
	Santo Domingo Savio	46.575	
	Ascensión del Señor	36.583	
	San Pedro y San Pablo	...	
		<hr/>	185.535
San Bernardo	San Bernardo	68.645	
	San Francisco de Asis	50.104	
	Ntra. Sra. de Fátima	47.124	
	Ntra. Sra. del Huerto	13.092	
	San Marcos	9.946	
	San Clemente Ma.	40.555	
	Ntra. Sra. de Lourdes	12.056	
		<hr/>	251.493

	<u>N° Parroquias</u>	<u>N° Habitantes</u>
Decanato San Joaquin	4	102.605
" Card. Caro	8	169.750
" Gran Avda.	6	229.045
" Ochagavía	4	43.331
" Sta. Rosa	6	185.535
" San Bernardo	7	251.493
	<hr/>	<hr/>
<u>Totales</u>	35	981.777

Superficie Zona Sur 280 Km².

PROGRAMA DE MEDICINA GENERAL

Objetivos

- Entregar actividades de consulta médica externa a los beneficiarios ya definidos, que cumplan con los requisitos de ser atenciones eficientes, humanas, oportunas y gratuitas
- Entregar medicamentos y tratamiento ambulatorio a los consultantes
- Obtener exámenes de laboratorio y Rx. para casos calificados en los cuales estos recursos sean indispensables para cumplir un eficiente tratamiento ambulatorio
- Obtener interconsultas de especialistas para consultantes calificados, en las cuales la opinión del especialista sea decisiva para el adecuado manejo ambulatorio del enfermo
- Registrar y tabular los datos que permitan conocer la situación de salud de la población atendida en relación con las condicionantes socio-económicas preexistentes en la actual situación de crisis
- Participar en los programas de terreno, en especial en el programa de formación de monitores de Salud

Metas

Sólo es posible fijar metas de acuerdo a los recursos disponibles.

Contamos con 3 hrs. de Medicina General por día hábil, con las cuales se espera entregar las siguientes actividades:

Hrs méd. diarias	Consult. hora	Consultas día hábil	Consultas mensuales (aprox.)
3	4	12	300

Evaluación

- Evaluación cuantitativa: Total Personas atendidas
Total Personas nuevas atendidas
Volumen total de consultas
Rendimiento de consultas por hora

Evaluación cualitativa:

Denuncia de casos nuevos (en el mes y acumulados) de enfermedades que podrían indicar el deterioro de Salud por factores condicionantes

Tbc

Venereas

Sarna

Pediculosis

Enfermedades Mentales (Psicosis, Neurosis)

PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA EN ALCOHOLISMO

POBLACION LA VICTORIA

I. Introducción

La población La Victoria se ubica en el área Sur de Santiago, y consta más o menos de 35000 habitantes. Por sus condiciones socio-económicas, un gran sector de ella puede catalogarse como "Extrema Pobreza".

En estos medios sociales los problemas de alcohol y alcoholismo son extraordinariamente elevados:

- a) Ingestión excesiva, enfermedad alcoholismo
- b) Complicaciones individuales: cirrosis hepática, gastritis, úlceras hemorragias digestivas, poli-neuritis, sicosis, epilepsia alcohólica, deterioro intelectual y demencia alcohólica
- c) Complicaciones familiares y sociales. Disgregación familiar, neurosis de la mujer e hijos, desnutrición, mal rendimiento escolar, problemas sexuales, accidentes del trabajo y tránsito, ausentismo laboral, etcp

En el pasado, el S.N.S. (Consultorio La Victoria) dio atención en alcoholismo, captando más o menos 400 pacientes. Actualmente no da esta atención. Existe en la Población La Victoria un Club de Abstemios que aglutina alrededor de 800 pacientes.

II. Magnitud del problema

Población La Victoria	35.000 habitantes		
Mayores de 15 años	21.000	"	
Enfermos alcohólicos	2.100	"	10 %
Bebedores excesivos	6.300	"	30 %

III. Propósitos del Programa

- a) Tratar al enfermo alcohólico; desintoxicación, tratamiento de manención y de algunas complicaciones, epilepsias, traumatismos, polineuritis, neurosis
- b) Moderar la ingesta de los bebedores excesivos

IV. Objetivos

1. Evaluar el estado actual de los pacientes del Club y asignar a cada uno el tratamiento adecuado. Se dará prioridad a los que hayan recaído o que presenten mayores riesgos de hacerlo
2. Mantener bajo control a estos pacientes, a fin de asegurar la abstinencia y su recuperación integral
3. Fomentar la consulta de los enfermos que no pertenecen al Club para iniciar su rehabilitación

V. Metodología

- a) Se iniciará el trabajo contactando a los dirigentes del Club para ubicar a sus socios. Mientras no se cuente con un local seguro para la atención, ésta se hará en forma domiciliaria. Se llevará una ficha personal para cada paciente para su mejor control.

Se atenderá Lunes, Miércoles y Viernes a los pacientes nuevos, y Martes y Jueves los casos antiguos para su control.

VI. Evaluación

Mensualmente se presentará un informe, sobre la marcha del Programa, sus logros y rectificaciones posibles.

VII. Recursos Materiales

- a) Material de escritorio:

Fichas (500 de cartulina)
Recetarios (500)
Cuadernos (2 de 6) hojas)
Lápices (6)
Chinchas (1 caja)
Hojas para fichas (500)

- b) Medicamentos:

- 1) Tranquilizantes

1.1 Tranquilizantes mayores	
Clorpromazina (tab. de 25 mgrs)	2.000
Clorpromazina (amp. de 25 mgrs)	100
1.2 Tranquilizantes Menores	
Clordiazepóxido (tab. de 10 mgrs)	5.000
Valium (tab. de 10 mgrs)	1.000
Valium (amp. de 10 mgrs)	100
Mogadón (tab. de 100 mgr)	2.000

- 2) Anti-depresivos

Imipramina (tab. de 10 mgrs.)	2.000
-------------------------------	-------

3) Antiepilépticos		
Fenitofina sódica (tab. de 100 mgrs)	5.000	
4) Vitaminas		
4.1 Polivitamínicas (tab.)	4.000	
4.2 Vitaminas inyectables (B.1 B.6 B.12 y Vit. K)	100	de cada una

c) Material Médico y de Enfermería:

- 1 Esfingomanómetro
- 1 Termómetro
- 5 Jeringas
- 5 agujas hipodérmicas

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y OTROS

Consideramos:

- a) Indispensable contratar una auxiliar idónea mínimo por 4 hrs. diarias, cuyas tareas serían confeccionar y llevar el fichero y estadística
 - Asegurar el cumplimiento de los tratamientos
 - Citar a los pacientes (aún visitas domiciliarias)
 - Controlar la farmacia
 - Realizar tratamiento inyectable
- b) Urgente asegurar un local apto para la atención (autorizada por el S.N.S.)
- c) Clarificar la procedencia, financiamiento, almacenamiento y distribución de los medicamentos
- d) Informarnos sobre cómo y donde referir a los pacientes con patologías agregadas o complicaciones importantes
- e) Conocer el sistema de contrato del personal, dependencia administrativa y asuntos legales que garanticen un trabajo seguro
- f) El financiamiento de los recursos materiales

PROGRAMA DE ATENCION INFANTIL
CONSULTORIO SANTO CURA DE ARS

Como no hay datos precisos acerca de la población a servir, deberemos hacer sólo cálculos aproximados usando antecedentes indirectos.

ANTECEDENTES BASICOS (Información previa)

El área sur de Santiago tiene aproximadamente 1.000.000 de habitantes, con una constitución esencialmente obrera en extensos territorios del área.

Para una población de esa magnitud se puede hacer la siguiente distribución etaria

Lactantes -1 año	20.000
Lactantes +1 año	30.000
Preescolares	100.000
Escolares	200.000
Adultos	650.000

Para calcular la población beneficiaria podríamos tomar la población cesante a partir de la tasa de cesantía 14% (oficial) "Este es un promedio que indudablemente castiga con más intensidad a los sectores obreros?"

Partiendo de 650.000 adultos y calculando una fuerza laboral de 1 de cada 4 (tomando en cuenta las consideraciones antropológicas pertinentes) nos daría esto una población laboral de aproximadamente 160.000 habitantes que trabajan, aplicando la tasa de cesantía daría un total de 22.400 cesantes. De este número hay que distinguir empleados y obreros (un empleado por cada tres obreros) o sea 5.600 empleados y 16.800 obreros (ambos grupos, considerando 5 personas por grupo familiar hace 100.000 personas teóricamente beneficiarias) si pensamos que en general los empleados no solicitarán nuestra ayuda, quedaríamos en 16.800 obreros beneficiarios, y si consideramos que el 50% de éstos seguirán gozando de algún tipo de atención. (especialmente S.N.S.)

Reatarían 8,400 beneficiarios con un grupo familiar de 5 personas hace un total de 42.000 personas.

La distribución por edad es la siguiente (las atenciones necesarias para satisfacer plenamente sus necesidades 5 consultas per capita de promedio al año)

-1 año	840 niños	4.200	consultas anuales
+1 año	1.260 niños	6.300	" "
Preescolar	4.200 niños	21.000	" "
Escolar	8.400 niños	42.000	" "

Total consultas anuales 73.500 necesarias para satisfacer plenamente la demanda sentida como necesaria. Si solamente tomamos el promedio en que se satisface en Chile (2 de cada 5), sería necesario:

-1 año	840 niños	1.680 consultas
†1 año	1.260 "	2.680 "
Preescolar	4.200 "	8.400 "
Escolar	8.400 "	16.800 "

Total consultas anuales 29.400. Nuestros recursos solamente lograrían dar de 4.500 a 5.250 consultas anuales.

Es decir si tomamos, la demanda total no satisfacemos más allá del 10% y si tomamos un nivel como el Servicio Nacional de Salud no más de 20%.

Estas cifras indican una alta desproporción entre los recursos reales y la demanda teórica.

Esto nos debe llevar a plantear prioridades, dentro de los marcos de justicia basándonos esencialmente en la Pastoral de Solidaridad (hijos de presos, desaparecidos o muertos) criterio etario, dando preferencia a los lactantes y criterio de gravedad.

PROGRAMA DE ATENCION GINECO-OBSTETRICO

PROPOSITO: Tratar de disminuir al mínimo, los riesgos de deterioro a que se encuentran sometidos la madre y el niño dentro de las condiciones socioeconómicas vigentes en la actualidad

OBJETIVOS:

1. Preparar a una parte de la juventud para que puedan elegir en forma libre y consciente a su pareja y puedan establecer una unión sólida y duradera que sirva de cimientos al hogar que levantarán en conjunto.
2. Lograr que la pareja obtenga los conocimientos necesarios que le permitan entender y asumir conscientemente su rol de padres y la responsabilidad que esto significa.
3. Proporcionar a la pareja los medios para que puedan planificar libremente el número de hijos que pueden o deseen tener.
4. Brindar a la pareja la atención necesaria ante la llegada de un hijo.
5. Orientar a la pareja sobre las medidas y necesidades requeridos por su hijo para su normal desarrollo y crecimiento.
6. Tratar de evitar que la mujer sufra deterioros que la puedan invalidar en sus funciones como mujer y como madre.
7. Tratar de disminuir al mínimo los trastornos a que está expuesta la mujer al llegar al final de su función reproductora para que pueda seguir cumpliendo con sus funciones propias de mujer en forma normal física y psíquicamente.

ESQUEMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DENTRO DEL CAMPO GINECO-OBSTETRICO

Dentro de las actividades a desarrollar, se complementan:

- A. ACCIONES TECNICAS:** 1. en clínica
2. en domicilio

- En clínica:** 1. Atención Clínica de Embarazadas:
- Ingreso y Control precoz de embarazo
 - Un control mensual de la embarazada hasta el 7mo mes y un control cada 15 días después del 7mo. mes
2. Atención Clínica de Puerperas
- Un control en Clínica de la puerpera recién egresada de Maternidad.
 - Un control en la Clínica de la puerpera a los 40 días después del parto.
 - Atención Clínica de Patología Obstétrica
 - Atención Clínica de Control en casos de patología detectada.

2000-8000-200000

3. Atención clínica de Problemas Ginecológicos
 - Atención clínica de patología ginecológica menor
 - Atención de mujeres con problemas de climaterio
 - Controles periódicos de casos detectados
4. Atención Clínica en Planificación Familiar
 - Entrega y control de sistema oral de anticonceptivos
 - Control periódico de DIU injertados con anterioridad en otros servicios
 - Toma de muestras de secreción cérvico uterino (PAP)
 - Control periódico de la patología detectada en Planificación Familiar

En domicilio

- Atención domiciliaria a los casos de patología del embarazo
- Atención domiciliaria en los casos de patología del puerperio o del recién nacido
- Atención domiciliaria en los casos de detección de neoplasia uterina

Atención de referencias

- Entrega de atención a casos referidos por otras especialidades
- Envío de casos con problemas a otros servicios especializados

- B. ACCIONES EDUCATIVAS:
1. individuales
 2. Pareja
 3. De Grupo

Educación individual y de la pareja

- Higiene PN en Clínica y en domicilio
- Higiene del PP y del RN en Clínica y en domicilio
- Profilaxis de patología ginecológica
- Orientación y detección de problemas sexuales

Educación en Grupos

- El amor y la pareja humana
 - Mecanismo de la Reproducción
 - Paternidad consciente
 - Anticonceptivos
- Entrega de contenidos a grupos ya organizados y que lo soliciten

- C. ACCIONES DOCENTES:
1. ~~Exy~~ Recepción de cursos de capacitación profesional por parte del equipo responsable de la atención gineco-obstétrica
 2. Entrega de cursos de capacitación a diferentes miembros del equipo de salud, intra y extra consultorio

D. ACCIONES ADMINISTRATIVAS:

- Acciones técnicas de organización
- Acciones técnicas de coordinación
- Acciones de evaluaciones periódicas
- Registros Tabulaciones y entrega de datos estadísticos
- Acciones de supervisión intra y extra consultorio.

PROGRAMA ODONTOLÓGICO POLICLINICO SANTO CURA DE ARS

SEGUNDO SEMESTRE 1975

Este Programa se inicia con los siguientes recursos:

Recursos Humanos

2 odontólogos con 4 1/2 horas diarias
1 auxiliar dental, a tiempo completo
personal administrativo y de colaboración
comunidad

Recursos Físicos

1 equipo dental en regulares condiciones
instrumental en regulares condiciones
1 pequeño esterilizador que sirve a todo el consultorio
1 gabinete amplio, adecuado, con buena iluminación y venti-
lación

Con estos recursos y de acuerdo al rendimiento hora/odontólogo
propuesto, se pueden ejecutar las siguientes acciones/hora/día/mes

Piezas obturadas: 1 pieza hora
Piezas extraídas: 6 piezas hora

De acuerdo a lo observado, la mayor demanda es de obturación;
además, será éste el criterio que nos guie, tratar de salvar el
mayor número de piezas dentarias; por lo tanto se dedicará el ma-
yor tiempo a obturaciones

Piezas obturadas:	4 piezas día	84 piezas mes
Piezas extraídas:	3 piezas día	63 piezas mes

Las demás acciones, como exámenes, urgencias, pueden ser ab-
sorbidas en los tiempos fijados.

No se incluyen tartrectomias, ni otras acciones de parodoncia,
pues no se cuenta con el instrumental adecuado, pero podrán incluir
se posteriormente.

Aunque la unidad de trabajo es la pieza dentaria, básicamente,
nuestra meta es dar de alta al paciente; un alta parcial, pues no
lo rehabilitaremos, sólo se pretende dejarlo en buenas condiciones
higiénicas. Se podría, teóricamente, programar el número de altas

esperadas, pero es una meta difícil de alcanzar, pues depende principalmente de la constancia de los pacientes para completar sus tratamientos, y de factores ajenos a la buena disposición de estos, tales como económicos, de tiempo, etc. Sin embargo, tentativamente serían:

12 pacientes de alta por mes

Para esta meta hemos partido de asignar un promedio de 7 caries y 2 extracciones por persona, aunque lo observado nos hace pensar que el promedio en esta población es un poco más alto que el promedio propuesto

Este programa técnico podría complementarse con un programa educativo que incluyera nociones de higiene bucal, cepillado, alimentación, cuidados elementales de los dientes, etc.

Proponemos en una primera etapa un breve adiestramiento del personal del consultorio en estos temas, a fin de que puedan a su vez entregarlos a la comunidad, o responder a sus consultas. Posteriormente podrán entregarse a los monitores de salud, de los comedores, grupos fraternos y otras organizaciones, para que estos actúen en sus grupos.

Este programa está sujeto a la aprobación de los otros miembros del equipo de Salud.

PROGRAMA DE TRABAJO EN NUTRICION

La formulación de un Programa de trabajo en nutrición -así como en cualquier otro campo- supone, necesariamente, un período de acumulación de antecedentes y experiencias que lo hagan medianamente realista en sus metas y eficiente en su desarrollo en cuanto responda a las verdaderas necesidades de la Comunidad a la cual pretende servir. Este período, a simple vista, aún no se ha cumplido, ni mucho menos.

Sin embargo, nuestra llegada a la Policlínica se produce cuando en la respectiva Comunidad ya estaban en marcha un conjunto de Programas sociales, del desarrollo de los cuales es posible extraer muchas lecciones y experiencias positivas, así como la formulación de objetivos a corto y mediano plazo que permitan enriquecerlos desde un punto de vista principalmente técnico, que es desde el cual es posible descubrir sus principales carencias.

Es así como nos hemos encontrado, desde nuestra llegada, con una enorme cantidad de Comedores Infantiles funcionando, comenzando a funcionar o en proyecto de hacerlo a corto plazo, de los cuales hemos extraído las principales primeras conclusiones y experiencias y en torno a los que hemos centrado -en lo que a Nutrición se refiere- la mayor parte de esta nuestra acción inicial.

Es a partir de esta realidad, enriquecida con la breve experiencia que se ha desarrollado en estas primeras semanas de trabajo que es posible proyectar el siguiente Programa:

PROYECTO DE PROGRAMA DE TRABAJO DE NUTRICION PARA SER SOMETIDO A LA DECISION COLECTIVA DEL EQUIPO DE SALUD (Para su enriquecimiento y/o reformulación)

En la breve experiencia de estas semanas ha sido posible captar, con mucha fuerza, como el problema de la Nutrición se constituye, sobre todo en este período, en uno de los más graves, dramáticos y que mayor incidencia tienen en la población, sobre todo infantil. De más está reiterar todas las secuelas que la desnutrición trae consigo.

El dramatismo que posee la espectacular tasa de desnutrición que hoy día se puede constatar, obliga a nuestra Policlínica a introducirse con urgencia y gran dedicación a la dinámica de los Comedores Infantiles, como quehacer central de su acción en terreno, en lo que a Nutrición se refiere.

ESQUEMA DEL PROGRAMA:

- I. OBJETIVOS
- II. PROGRAMA DE ACCION
- III. HORARIO DE TRABAJO DE LA NUTRICIONISTA
- IV. SUGERENCIAS GENERALES SOBRE TRABAJO EN EQUIPO

I. OBJETIVOS

1. Integrarnos a la problemática de la población mediante el desarrollo de acciones en nutrición que estimulen la participación de los propios afectados en la solución de sus problemas más apremiantes, así como el desarrollo de la solidaridad entre hermanos, a la luz de la Pastoral respectiva.
2. Colaborar en la organización de la Comunidad, en torno a la necesidad de combatir y paliar sus problemas nutritivos, en coordinación con la responsable respectiva a nivel de la Vicaría.
3. Educar a la Comunidad -fundamentalmente a las madres de familia-, en función de prepararlas para prevenir y/o paliar la desnutrición, y para enfrentar de la mejor forma posible la crisis actual (dietas "equilibradas" al menor costo posible y con los recursos disponibles)
4. Combatir (no sólo prevenir) la desnutrición, principalmente infantil
5. Rehabilitar casos graves de desnutrición, especialmente infantil, en un trabajo en Policlínica coordinado con la Enfermera y demás profesionales.
6. Coordinar la labor de la Nutricionista con la del médico y demás profesionales en el caso de enfermos graves que necesiten dieta especial (Policlínico)

II. PROGRAMA DE ACCION

1. Diagnóstico: La sistematización y terminación de un diagnóstico básico de lo ya realizado y de la realidad de la zona, a fin de configurarnos un cuadro panorámico de ella, es lógica y cronológicamente el primer paso indispensable a dar. Esto supone:
 - a) Una ordenación de los datos aislados que se manejaban desde antes de nuestra llegada a la Policlínica, en coordinación con la encargada de comedores de la Vicaría; y compenetración del trabajo realizado hasta ahora.
 - b) Estudio de la realidad geográfica (plano de los sectores que corresponde atender)
 - c) Evaluación de los recursos materiales, humanos y económicos de que se dispone (encuesta a Comedores)
 - d) Toma de contacto con todos los comedores Infantiles detectados a través de sus responsables y de los Párrocos respectivos
 - e) Ubicación de los Comedores aún no detectados

- f) Catastro de Organismos Comunitarios, gremiales y religiosos con los cuales se debe coordinar la solidaridad y de los cuales es posible obtener recursos.
- g) Coordinación con el Médico para planificar el trabajo en Policlínico (dietas a enfermos graves)
- h) Coordinación con Enfermera Jefe para programa de rehabilitación de desnutridos.
- i) Coordinación con el resto del equipo.

2. Integración a la problemática de la Comunidad y colaboración en su organización:

- Para ello:
- a) Contacto con todos los Comedores de acuerdo al diagnóstico
 - b) Contacto con la Iglesia y las Comunidades Cristianas a todo nivel
 - c) Conocimiento de la estructura de la Vicaría

3. Educación preventiva a la Comunidad: Para ello:

- a) Cursos a las madres
- b) Cursos a responsables de Comedores
- c) Cursos a organizaciones comunitarias
- d) Elaboración de folletos impresos
- e) Elaboración de material didáctica
- f) formación de monitores de Nutrición surgidos de la misma Comunidad

3.1) El objetivo de este punto es lograr que las madres y toda la Comunidad tomen conciencia acerca de la importancia que para ellos tiene la alimentación adecuada y equilibrada, sobre todo en los niños, y de que -a pesar de los escasos recursos actuales- es posible ACERCARSE a esa meta si para eso se ORGANIZAN

3.2) Contenidos educativos:

- a) Estimular la lactancia natural
- b) Educar en torno al buen uso (el mejor dentro de lo posible) de sus escasos recursos, tanto a madres como a responsables de Comedores (por ej. WSB)
- c) Contribuir a mejorar la conducta en hábitos alimentarios deficientes
- d) Contribuir a obtener un aprovechamiento óptimo del escaso o casi inexistente presupuesto familiar
- e) Hacer conciencia acerca de las secuelas de la desnutrición

- f) Instarlos para que se organicen en torno a la solución de sus propios problemas

3.C) Temas educativos:

- a) Alimentación Normal
- b) Alimentación y Salud
- c) La desnutrición y sus consecuencias
- d) Es posible combatir y prevenir la desnutrición
- e) Sustancias nutritivas
- f) Higiene y protección de los alimentos
- g) Selección y reconocimiento de alimentos
- h) Tiempo de cocción y conservación

3.D) Materiales de apoyo:

- a) Folletos
- b) Carteles
- c) Franelógrafo
- d) Materiales escritos
(textos de las charlas)

3.E) Método educativo:

- a) Dinámica de grupos
- b) Charlas
- c) Discusión y reunión

3.F) Evaluación:

- a) Mediante preguntas durante y al final de la sesión, y
- b) Análisis de sus experiencias.

4. Combate de la desnutrición Infantil: Para ello:

- a) Fortalecimiento y desarrollo de los Comedores existentes
- b) Multiplicación de los Comedores
- c) Educación de las madres y formación especial de los responsables de Comedores
- d) Obtención de recursos

5. Rehabilitación de casos graves: Para ello:

- a) Coordinación con enfermera y demás profesionales
- b) Trabajo en Policlínico
- c) Estudiar posibilidad de otorgar alimentación suplementaria en Policlínico y Comedores
- d) Seguimiento de casos

6. Diets a enfermos graves: Sólo en casos esporádicos y muy bien calificados, elaboración -y seguimiento de su puesta en práctica- de algunos regímenes especiales en caso de enfermos graves que los necesiten, en coordinación con el Médico y demás profesionales

III. HORARIO DE TRABAJO

El trabajo de la Nutricionista debe centrarse en la acción de terreno, fundamentalmente en Comedores Infantiles y Educación de la Comunidad

Proposición de Horario:

- a) 4 días a la semana para trabajo en terreno, divididos, cada uno de la siguiente forma:
- Mañanas: Visita y supervisión de Comedores durante su funcionamiento
 - Tardes : Educación de la Comunidad
- b) Un día a la semana para trabajo en Policlínico dedicado a:
- 1º Evaluación del trabajo realizado
 2. Planificación del trabajo futuro
 3. Elaboración de materiales didácticos
 4. Atención de consultas de miembros de la Comunidad (comedores) que lo requieran
 - 5º Coordinarse con el Médico, la Enfermera y demás profesionales para rehabilitación de desnutridos y dietas a enfermos graves (esto último sólo si es indispensable)

IV. SUGERENCIAS GENERALES SOBRE TRABAJO EN EQUIPO

- a) Mejor distribución de los recursos humanos y materiales:
- Número de personas en Policlínica y terreno a la vez
 - Planificación de un calendario de uso de vehículo, avisando con anticipación los requerimientos de cada cual y asegurando una planificación equitativa de éste
- b) Coordinación de los horarios de los miembros del equipo
- c) Elaboración de un PROGRAMA COLECTIVO DE SALUD DELLA POLI-CLINICA, sobre la base de las orientaciones del Comité y los Programas Individuales que sugiera cada miembro del equipo
- d) INTRODUCCION DE HABITOS DE TRABAJO EN EQUIPO:
- d) - Democracia interna
- Reuniones periódicas de Información, auto-crítica y evaluación y planificación
 - Hábito de consultar a todos los miembros (o al menos los que demuestren interés), las decisiones importantes, así como informarlas

- Hábito de informar y avisar sistemáticamente, cada vez que sea necesario, y a todos y/o cada uno de los miembros, cuando haya reuniones de equipo, reuniones con autoridades, contactos, asambleas, etc., sin marginar a nadie.

NOTA: En lo posible entregar las sugerencias, críticas, aportes, modificaciones, etc. por escrito

E N F E R M E R I A

Con fecha 2 de Junio de 1975, el equipo de salud del Policlínico de la Zona Sur del Arzobispado de Santiago, se hace cargo del local destinado a su funcionamiento. Inmediatamente se da comienzo a los trabajos de acondicionamiento y habilitación del local entregado participando en ello parte del equipo.

Simultáneamente se inicia un reconocimiento de la Zona y se lanzan las primeras líneas de trabajo encaminadas en dos sentidos:

- a) Investigación de la Comunidad y recolección de datos para la formulación de un programa de Salud
- b) Prestaciones Asistenciales en Policlínico, es decir atención de enfermos desde el 23 de Junio. Los beneficiarios serían integrantes de Bolsas de Trabajos, Comedores infantiles, Centros de Apoyo Escolar de Parroquias de la Zona.

La organización de actividades de enfermería durante este período, respondió a propósitos y objetivos acordes con esta línea de trabajo.

PROPOSITOS Y OBJETIVOS DE LA PRIMERA ETAPA

Propósitos: Contribuir a esclarecer el diagnóstico de salud de la población beneficiaria, para de esta manera, enunciar un programa de Salud del Policlínico

Objetivos:

1. Conocer en un plazo determinado la realidad de los sectores beneficiarios
2. Contribuir con el resto del equipo a la organización del Policlínico
3. Propender a la formación de un sólido equipo de trabajo dentro del policlínico con criterio y objetivos claros de acción
4. Propender a integrarnos en forma sólida también con equipos de sectores parroquiales, tratando de individualizar aquellas parroquias cuyos párrocos y equipos de ayuda fraterna nos garanticen trabajo de acuerdo al espíritu de la Pastoral de Solidaridad.
5. Contribuir a coordinar una acción común, con equipo de la Vicaría
6. Iniciar una atención de tipo asistencial destinada a los sectores beneficiarios de Pastoral de Solidaridad en el Policlínico.

RECURSOS Y DISTRIBUCION DE PERSONAL DE ENFERMERIA

Personal

Actividades

1. Enfermera Universitaria

- Administración
- Supervisión y Adiestramiento
- Investigación
- Control de Salud 70% terreno
- Reunión y entrevista en Poli
- Reunión y entrevista en la Comunidad
- Ordenación de datos
- Jerarquización de Problemas

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. Auxiliar Enfermería | - Clínica: |
| | . Curación |
| | . Inyecciones |
| | B Esterilización |
| | . Mantención de consulta médica |
| 1. Auxiliar enfermería | - Terreno: |
| | . Control salud comedores |
| | . Clínica |
| 1. Auxiliar Enfermería
media jornada (Religiosa) | Dental - Clínica |
| 1. Religiosa-Alumna | Terreno - Clínica |

El 70% del tiempo de la Enfermera se destinó en esta etapa a un trabajo de investigación de la Comunidad, recolección de datos y jerarquización de problemas, que ayudará a la formulación de un programa de salud de base científica y proyección realista, hasta donde fuera posible, dadas las especiales características de la Población beneficiada con la que nos corresponde actuar. El 30% restante se distribuyó en actividades de Administración de los recursos y adiestramiento del personal Auxiliar.

Se contó con tres Auxiliares de Enfermería a Jornada Completa, una Auxiliar de Enfermería media jornada (Religiosa), y una religiosa del sector que comenzó a adiestrarse como Auxiliar de Enfermería ~~religiosa~~. Se añadió al equipo una Auxiliar de Enfermería que vive en un sector de la Zona a quien se entregó, visitas domiciliarias, previo adiestramiento, en casos calificados.

A La primera Auxiliar, Enfermera Diplomada en Bélgica se le entregó la responsabilidad de organizar Farmacia y despacho de recetas. La segunda Auxiliar, fue destinada a trabajo en Clínica, y la tercera con experiencia en SALUD PUBLICA, se destinó al trabajo de terreno.

INVESTIGACION DE LA COMUNIDAD

1. Recolección de datos en forma directa e indirecta
 - a) Control de salud en comedores infantiles
 - b) Recolección de datos con: equipo de la Vicaría
equipo de Sacerdotes de Decanatos
 - c) Reconocimiento de Sectores

La recolección de datos se dirigió a precisar características geográficas y socio-económicas de la Zona Sur. Los datos se obtuvieron principalmente a nivel de Vicaría Zona Sur y a través de reuniones y entrevistas personales a Decanos y Párrocos de la Zona además de reconocimientos en mapas y planos del Sector.

Rápidamente se observó que la enorme extensión de la Zona, desde FFCC de Circunvalación a San Bernardo inclusive, desde Vp Mackena a Cerrillos incluyendo Buzeta, y la evidente diferencia de problemas, de un sector a otro hacía necesaria centrar la primera parte de la investigación y diagnóstico en un solo sector

La Zona Sur está dividida en 6 Decanatos que llamaremos sectores:

Está constituida por 36 parroquias. Tiene una Población aproximada de 900.000 habitantes, (censo 1970) Distribución por edades: 570.000 son adultos y 420.000 menores de 14 años.

Tiene un alto porcentaje de población obrera, que varía de un sector a otros Sectores como José María Caro y Santa Rosa tienen un 90% de población obrera, en cambio sectores como Gran Avenida presentan un mayor porcentaje de clase media, comerciantes, empleados, etc.

La selección se planteó entre los dos sectores que presentan una más alta población obrera, y que estaría sufriendo con mayor dureza los efectos de las reformas económicas sociales establecidas actualmente, vale decir, cesantía bajo poder adquisitivo, marginación de la atención de salud, etcp, que se traducen finalmente en factores como desnutrición infantil y otros.

La elección recayó en José M. Caro, Decanato que comprende 9 parroquias, con una población aproximada de habitantes, censo del 1970, y de población infantil.

En una primera reunión con el decanato J.M. Caro se entregó a los sacerdotes una encuesta a llenar (se adjunta hoja) y se discutió con ellos problemas de salud del sector. De acuerdo a los datos obtenidos en esta forma y otros a nivel de Vicaría, se acordó iniciar un control de salud de la población infantil, asistente a los comedores de las Parroquias del Decanato. Se adjunta tarjeta individual diseñada para ser utilizada en comedores.

Desde el 30 de Junio de 1975 al 31 de Julio de 1975 el equipo constituido, por Enfermera - Auxiliar de terreno - religiosa alumna, controló al 80% de los niños de 10 comedores existentes en el Decanato. El control se efectuó en su totalidad en los locales acomodados en cada sector. Este sistema permitió conocer en forma más directa la realidad de cada sector, además los recursos humanos con que se cuenta para organizar el sistema de salud en terreno, el dato más importante que se desprende del trabajo, es que, de 607 niños controlados en comedores, 491 niños son desnutridos de I, II, III grado. Se adjuntan tablas y diagnósticos, podemos recién pensar en enunciar líneas programáticas de trabajo en enfermería. Es importante dejar constancia que carecemos de datos estadísticos precisos ya que la población de beneficiarios crece día a día y es difícil de delimitar lo que hace poco válido la elaboración de un programa propiamente tal.

Sin embargo, luego de la ordenación de los datos recogidos, de la jerarquización de los problemas observados, proponemos las siguientes acciones de trabajo en enfermería que ordenaremos en forma programática.

PROPOSITO: Propender a disminuir los riesgos de deterioro de salud en la población afecta a Pastoral de Solidaridad, especialmente población infantil

OBJETIVO: 1. Propender a prevención del aumento de la desnutrición infantil de los comedores parroquiales de la Zona
2. Continuar con el control de salud de los restantes comedores de la Zona ya que se ha demostrado como un método útil de conocimientos de la realidad del comedor. Hay solicitud apremiante de 3 de los Decanatos restantes para efectuarlo, como un medio de organizar mejor su trabajo en torno a la Pastoral de Solidaridad.

- 1. Auxiliar Enfermería - Clínica:
 - . Curación
 - . Inyecciones
 - . Esterilización
 - . Mantención de consulta médica
- 1. Auxiliar Enfermería - Terreno:
 - . Control salud comedores
 - . Clínica
- 1. Auxiliar Enfermería media jornada (Religiosa) - Dental - Clínica
- 1. Religiosa-Alumna - Terreno - Clínica

El 70% del tiempo de la Enfermera se destinó en esta etapa a un trabajo de investigación de la Comunidad, recolección de datos y jerarquización de problemas, que ayudará a la formulación de un programa de salud de base científica y proyección realista, hasta donde fuera posible, dadas las especiales características de la Población Beneficiaria con la que nos corresponde actuar. El 30% restante se distribuyó en actividades de Administración de los recursos y adiestramiento del personal Auxiliar.

Se contó con tres Auxiliares de Enfermería a Jornada Completa, una Auxiliar de Enfermería media jornada (Religiosa), y una religiosa del sector que comenzó a adiestrarse como Auxiliar de Enfermería. Se añadió al equipo una Auxiliar de Enfermería que vive en un sector de la Zona a quien se entregó, visitas domiciliarias, previo adiestramiento, en casos calificados.

A la primera Auxiliar, Enfermera Diplomada en Bélgica se le entregó la responsabilidad de organizar Farmacia y despacho de recetas. La segunda Auxiliar, fue destinada a trabajo en Clínica, y la tercera con experiencia en SALUD PUBLICA, se destinó al trabajo de terreno.

INVESTIGACION DE LA COMUNIDAD

1. Recolección de datos en forma directa e indirecta

- a) Control de salud en comedores infantiles
- b) Recolección de datos con: equipo de la Vicaría
equipo de Sacerdotes de Decanatos
- c) Reconocimiento de Sectores:

La recolección de datos se dirigió a precisar características geográficas y socio-económicas de la Zona Sur. Los datos se obtuvieron principalmente a nivel de Vicaría Zona Sur y a través de reuniones y entrevistas personales a Decanos y Párrocos de la Zona además de reconocimientos en mapas y planos del Sector.

Rápidamente se observó que la enorme extensión de la Zona, desde FFCC de Circunvalación a San Bernardo inclusive, desde V^o Mackena a Cerrillos incluyendo Buzeta, y la evidente diferencia de problemas, de un sector a otro hacía necesaria centrar la primera parte de la investigación y diagnóstico en un solo sector.

La Zona Sur está dividida en 6 Decanatos que llamaremos sectores:

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| Sector 1 - San Joaquín | Sector 4 - Gran Avenida |
| Sector 2 - Ochagavía | Sector 5 - José María Caro |
| Sector 3 - Santa Rosa | Sector 6 - San Bernardo |

3. Organización en cada sector parroquial de un sistema que permita recoger datos de Salud de niños controlados y su familia, registrarlos y manejarlos (tarjeteros de comedores y a en marcha), este sistema se ha revisado directamente con los párrocos hasta ahora.
4. Adiestrar en conjunto con otros profesionales del Policlínico monitores de Salud, Voluntarios, en cada sector, elegidos con criterios precisos. Se encargarían de las siguientes actividades:
 - Supervisar tratamientos en domicilios
 - Ejecutar algún tipo de visita domiciliaria calificada
 - Verificar cumplimientos de referencias e interconsultas emanadas del policlínico y control comedores
 - Manejar tarjeteros de Comedores
 - Impartir alguna instrucción de salud en el Secotr
5. Elaborar en conjunto con otros profesionales del Policlínico un programa de clases para monitores (Cursos de Educación en Salud)
6. Propiciar la organización en corto plazo de dos salas-cuna- para desnutridos en sectores ya estudiados que cuentan para ello con locales apropiados y suficientes apoyo de la Comunidad. Esto, como una manera real de encarar el problema de deterioro inminente de un porcentaje de lactantes menores de 1 año.
7. Continuar con programa asistencial en Policlínico.
8. Afianzar nuestra integración como equipo de trabajo dentro del policlínico, hacia la Vicaría y sectores Parroquiales como una manera efectiva de realizar nuestra labor dentro de la Pastoral de Solidaridad.