CENTRO DE DOCUMENTACION
Vicaría de la Solidaridad
Documento Nº 0621.00
Ingreso
□

Digitalizado 08/2007

DEPARTAMENTO DE ZONAS
VICARIA DE LA SOLIDARIDAD

ANALISIS DEL PROGRAMA DE SALUD
Período 1974 - 1979

Fundamentos - Desarrollo - Perspectivas

Febrero 1980

CENTRO DE DOCUMENTACION
Vicaría de la Solidaridad
Documento N° .....
Ingreso .....
□ .....

I. ANTECEDENTES GENERALES :

Se hará una revisión muy puntual de los aspectos más relevantes de la situación socio-económica y de la política de salud nacional, durante el período 1974 - 1979, y se reseñará sus implicancias en el Programa de Salud.

1. Situación Socio-económica : (1 a 6 ; 10 a 14)

La abrupta interrupción de un gobierno elegido democráticamente y su sustitución por una Junta Militar, en Septiembre de 1973, ha tenido profundas repercusiones en la situación socio-económica de la inmensa mayoría de la población. El golpe de Estado ha significado un cambio sustancial en cuanto al sistema de gobierno concentrando todo el poder e n muy pocas manos, usando la doctrina de la seguridad nacional como justificación para las más violentas y masivas acciones de represión, provocando la atomización de la organización sindical, la disolución de los partidos políticos y la desintegración social, todo lo cual ha hecho posible implementar una nueva política económica que es, sin lugar a dudas, el cambio más significativo ocurrido en este período. Se ha pasado de un sistema que reconocía al Estado un papel preponderante en la incentivación del crecimiento industrial, en el manejo de la economía y en la redistribución en el uso de bienes y servicios, a un modelo económico de libre mercado, "una verdadera revolución capitalista" y cuyos principales principios serían (2 b) :

- "la subsidiariedad del Estado"
- "la apertura al exterior"
- "el sector privado como agente dinámico del desarrollo"
- "el mercado como instrumento asignador de recursos"

Este proceso de transformación económica requirió poner en práctica, en una primera etapa (1973 - 1978) una política de "shock económico", destinado a controlar la inflación, con una acentuada restricción del gasto público y su consecuente "costo social". Posteriormente, se fueron aplicando una serie de medidas que han permitido al sector privado un control absoluto de la economía.

Como consecuencias más importantes de todos estos hechos se debe señalar:

- la creciente concentración del poder económico (6)
- las elevadas tasas de cesantía y desempleo
- la pauperización de los sectores medios ya asalariados
- la desaparición de vastos sectores de la pequeña y mediana industria
- el creciente incremento del "consumismo", en todos los sectores de la población
- el aumento de los sectores de pobladores calificados como en situación de "extrema pobreza"

- la implementación de una política universitaria excesivamente académica, tecnificada y desconectada de la realidad nacional
- la pérdida del enorme "potencial humano" representado por el gran número de chilenos que han ido al exilio o que han emigrado en búsqueda de mejores perspectivas económicas.
- la perturbación en la estructura dela familia popular, derivada de los conflictos de roles, de la falta de ductilidad del hombre para adaptarse a nuevas situaciones de compartir responsabilidades con la mujer, en el sustento y manejo del hogar (3, 4, 10.)
- la destrucción o aplastamiento de la organización poblacional, por pérdida de la significación de Juntas de Vecinos y Centros de Madres, derivada de su falta de representatividad y bajo nivel de participación. Para algunos investigadores la situación ha llegado al estado de "anomia grupal" descrita por Durkheim (3, 4)
- los conflictos derivados de cambios en los valores nacionales: individualismo, libre competencia, afán de lucro, lo económico como máxima expresión de libertad, en sustitución de lo solidario, el bien común, la participación responsable, la acción comunitaria y la justicia social.

2. Política de Salud : (7 a 9; 14)

La progresiva implementación de un nuevo modelo económico ha significado profundas modificaciones en las políticas sociales del Estado y entre ellas, por supuesto en la política de salud.

Inicialmente se produjeron trastornos derivados de la aguda restricción en el Gasto Público, que significaron llevar el deterioro a la calidad de la atención hasta límites críticos (14). Posteriormente se implementaron medidas - sustentadas en los principios de subsidiariedad del Estado y del libre mercado como asignador de recursos - que han significado no sólo modificaciones estructurales, formales, sino todo un cambio en el concepto salud.

Hasta antes de 1973, la política de salud se había estado estructurando teniendo como base los conceptos de "medicina social e integral". A pesar de que en los sistemas de atención siempre hubo algún grado de participación del sector privado, progresivamente el Estado fue asumiendo mayores responsabilidades, llegando a reconocer la salud como un derecho efectivo para más de 3/4 partes de la población. A través del Servicio Nacional de Salud (SNS), estructura de manejo centralizado -tanto en lo técnico como en lo financiero y administrativo- se desarrollaron acciones de fomento y prevención de la salud, a la par con las de recuperación y rehabilitación, que han permitido exhibir al país indicadores de salud muy superiores a los esperados para su nivel de desarrollo y potencialidad económica. Las programaciones, las priorizaciones y las coberturas siempre estuvieron determinadas por las "necesidades de

Salud"; la eficiencia se midió por la mejoría de los niveles de salud de más que por el número de acciones realizadas. La participación popular en salud fue una creciente aspiración que empezó a concretarse a través de iniciativas como los Consejos Comunitarios, los Comités Paritarios y los Consejos Locales de Salud.

La formación profesional combinaba los esfuerzos asistenciales del SNS, con los recursos académicos de las Universidades, con óptimos resultados, tanto en los niveles de calidad técnica, como en el sentido social de médicos, enfermeras, matronas, etc.

Las actuales medidas de política de salud en vigencia, significan un vuelco total, en relación a muchos de los aspectos señalados anteriormente. Al SNS suceden 27 Servicios Regionales de Salud, absolutamente autónomos e independientes, normativamente coordinados por el Ministerio de Salud, sujetos al imperativo de autofinanciarse, subsidiados para la atención de sus beneficiarios (obreros y sectores de extrema pobreza) y para la realización de los programas de prevención y fomento de la salud, de acuerdo al criterio de acciones realizadas, desconociendo que "en términos finales, lo que interesa es requerir el número mínimo de atenciones, por encontrarse la población disfrutando de un buen nivel de salud"(7). El Estado traspasa al sector privado la mayor parte de su participación en el Gasto de Salud del país, situación cuya magnitud se puede apreciar sólo si se considera que éste alcanzó, en 1978, el 7% del PNB, es decir, 1.300 millones de dólares.

En el fondo, la salud, de "bien en sí", se transforma en una "mercancía", situación que tiene no sólo implicancias económicas o materiales, sino también éticas y morales, ya que se sustituye lo solidario por lo individual, se circunscribe la satisfacción de las necesidades de salud a la capacidad de pago del usuario, y se trastoca el ideal social de servicio que, por tanto tiempo, ha sido uno de los máximos valores que ha prestigiado a las profesiones médicas chilenas, por el afán de lucro, que incentiva los los "sistemas de libre competencia". En una época caracterizada por el creciente alto costo de la medicina, la mayor parte de los países ha intentado su redacción "sobre la base de una adecuada planificación y organización de los Servicios", por lo que resulta paradojal que "en nuestro país se busque lograr el ajuste a través de sistemas de privatización y competencia, que en otras partes del mundo sólo ha aumentado los costos" (en USA, se ha quintuplicado el Gasto en Salud, en los últimos 20 años) (7 - 8).

3. Implicancias de estos aspectos en el Programa de Salud

Desde su origen, el Programa de Salud ha encontrado fundamentos en diversas circunstancias de la realidad nacional. A continuación se intentará sintetizar estas correlaciones:

En primer término, "el sistema de gobierno autoritario", con su consecuente acción represiva y la imposición del verticalismo, la desconfianza, la

incertidumbre, las conductas agresivas, la apatía, el asilamiento, la humillación, la degradación moral, etc. como estilos de conducta, han motivado el desarrollo, en una primera etapa, de acciones de asistencia psiquiátrica o psicológica y de medicina general de adultos y niños para las víctimas directas de la represión y sus grupos familiares más allegados. Estas acciones fueron más necesarias en los comienzos del Programa de Salud, pero aún mantienen su vigencia. En una segunda etapa, justifican plantear ahora, como imperativo, el desarrollar actividades en torno a un Programa de Salud Mental de nivel básico y de carácter no tradicional que permita a las personas y a las agrupaciones poblacionales, enfrentar positivamente estas situaciones y buscar los medios para que creativamente luchen por un verdadero acceso a la dignidad de ser personas.

Otro aspecto de significación está representado por los cambios de valores y patrones culturales impuestos por el modelo de "sociedad competitiva y consumista" que se está estableciendo. El egoísmo, el individualismo, la pérdida del sentido solidario, la ansiedad, la tensión, la agresividad, corroen a las personas y a los grupos. La anomia afecta en gran parte a la actividad poblacional. De ello derivan el desarrollo de acciones de capacitación "profundamente liberadoras" tendientes a revitalizar la organización poblacional, opción ampliamente justificada si se considera que el nivel de salud de una comunidad de escasos recursos depende -en importante medida- de sus niveles de vida representados por nutrición, saneamiento y vivienda y que estos dependen, de algún modo y en cierto grado, de la acción organizada, responsable y creadora de los propios pobladores.

La cesantía, el subempleo, la pobreza, el "costo social" del modelo económico, constituyen un tercer factor de relevancia, con sus repercusiones a nivel individual -hambre, desnutrición, fracaso escolar, alcoholismo, etc.- y de la estructura familiar. El apoyo técnico a los comedores infantiles, en procura del mejor uso de los alimentos disponibles, el control del estado nutricional de los niños -además de los beneficios directos que acarrea a los beneficiarios-, constituye un elemento de denuncia y generador de conciencia de responsabilidad social. Estos han sido y deberán seguir siendo preocupaciones del Programa de Salud.

El enfrentamiento de los trastornos conductuales y del desempleo escolar se plantean ahora, como una importante iniciativa a abordar. En el campo de lo familiar, existe el imperativo de desarrollar acciones y buscar instrumentos técnicos adecuados para su enfrentamiento.

Un cuarto aspecto debe ser considerado : los efectos de la política de salud. Inicialmente, la restricción del gasto público en salud justificó el abrir expectativas de trabajo para funcionarios del SNS exonerados y el desarrollar acciones asistenciales suplotorias, para sectores de población marginados o postergados de la atención de salud estatal. Ahora, considerando que la responsabilidad de otorgar salud corresponde al Estado y no a las Iglesias, se ha planteado el dar a la acción asistencial un carácter "no tradicional", es decir, realizada en función de la promoción y dignificación de las personas y de denuncia del sistema que transforma el concepto de salud de "bien en sí", en "mercancía".

Finalmente, una responsabilidad con las nuevas promociones de profesionales de las áreas médicas y sociales, justifica el desarrollo de líneas de investigación en el campo de la salud pública , que les permita, a través de su participación o conocimiento -en seminarios o actos académicos- mantener el necesario contacto con el "medio social", del cual se encuentran ahora, en cierto modo, desvinculados.

II. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD EN EL PERIODO 1974- 1979

1. Orígenes

El programa se inicia en Mayo de 1974, con el auspicio del Comité para la Paz en Chile, con la creación del Centro Médico y la realización de convenios de atención con algunos médicos especialistas e instituciones de apoyo (Laboratorios clínicos y radiológicos), prosiguió con la extensión de la acción asistencial al territorio de las Vicarías más populares de la Diócesis de Santiago, adquiriendo las caractorísticas estructurales que aún mantiene. Al disolverse el Comité para la Paz en Chile, la Vicaría de la Solidaridad asumió la responsabilidad de mantener el Programa.

2. Objetivos y Actividades

Los objetivos y actividades del Programa de Salud, como ya se ha señalado, han requerido estrecha relación con hechos significativos de la realidad nacional y especialmente de la polpitica de salud. Con características particulares -en cuanto a priorizaciones, acentuación de líneas, desa-- rrollo de programas especiales- derivadas de situaciones - propias de las realidades poblacionales y de la Iglesia de cada Zona, siempre han mantenido una uniformidad básica, sujeta a una coordinación central. En todo caso, los objetivos siempre han mantenido un carácter tanto asistencial, como de investigación y denuncia y capacitación. A continuación se presentará, muy esquemáticamente, la evolución de los objetivos y actividades, durante el período analizado:

Años 1974 - 1975

Objetivos :

1) Prestar atención médica curativa a las familias carentes de recursos, atendidas por el Comité para la Paz en Chile (víctimas de la represión y sus familiares; exonerados de la administración pública, cesantes industriales, etc.) Posteriormente se amplía a los niños que asisten a comedores infantiles y sus familiares y a los cesantes industriales, etc.) Posteriormente se amplía à los niños que asisten a comedores infantiles y sus familiares y a los cesantes agrupados en bolsas de cesantes o - talleres, con sus respectivos grupos familiares.

2) Ofrecer posibilidades de trabajo a médicos y personal para-médico, que desean permanecer en el país, a pesar de las dificultades objetivas y subjetivas que deben enfrentar para ejercer su profesión.

3) Recopilar y procesar información sobre el daño en salud: desnutrición infantil, deterioro de la atención estatal, etc.

Actividades :

- Creación del Centro Médico : medicina interna y pediatría
- Atención de Medicina Interna, Pediatría, Gíneco-Obstetricia y dental, Exámenes de Laboratorio y entrega de medicamentos, a través de Policlínicos de la Iglesia, consultas de médicos particulares, convenio con Farmacias.
- Creación de Policlínicos Zonales : San Roque en la Zona Oriente ; San Pedro y San Pablo , Santo Cura de Ars y Villa Sur en la Zona Sur; Nuestra Señora del Carmen en la Zona Norte y Hogar de Cristo en la Zona Oeste.
- Control de los niños asistentes a comedores. Pesquisa de desnutridos.
- Asesoría nutricional a comedores
- Información sobre la situación de salud a los Agentes Pastorales.
- Ubicación y orientación de personas y grupos de la comunidad interesados en apoyar a los equipos técnicos.
- Educación en salud a las madres de los niños asistentes a comedores o pertenecientes a Bolsas o Talleres : se empieza la capacitación y se forman los primeros delegados de Salud.

Años 1976 - 1977

Objetivos :

1) Otorgar atención médica básica, a nivel de Policlínicos y especialistas, a nivel de consultas privadas, a los beneficiarios : integrantes de organizaciones solidarias, marginados de los sistemas regulares de salud y casos especiales.
2) Otorgar atenciones complementarias : medicamentos, leche, lentes, hospitalizaciones, exámenes de laboratorio y tratamientos especiales.
3) Controlar estado nutritivo de los niños asistentes a comedores.
4) Promover la designación de "responsables de salud", en las organizaciones poblacionales solidarias : asesorarlos en la detección de daño en salud, exigencias del respeto de los derechos en salud; prevención de enfermedades, selección y referencia de personas que requieren atención en los Policlínicos.

5) Realizar actividades de capacitación de los "responsables de salud".
6) Registrar información y elaborar documentos relativos a problemas de salud
7) Realizar investigación técnica y científica acerca de problemas de salud.

Actividades :

- Atenciones de Medicina Interna, Pediatría , Gineco-Obtetricia y dental, Controles de Niño Sano
- Atención de enfermos alcohólicos (Villa Sur)
- Atención especial para recuperación de niños desnutridos (Zona Sur)
- Control desarrollo pondo-estatural de niños asistentes a comedores
- Educación y asesoría en nutrición a comedores
- Trabajos con grupos de comunidades cristianas : reconocimiento y promoción de líderes de salud ya existentes,capacitación de nuevos responsables de salud, apoyo técnico.
- Exámenes de salud a manipuladores de alimentos.
- Coordinación con los equipos zonales de acción solidaria y con los agentes pastorales.
- Cursos de capacitación a delegados de salud e integrantes de grupos de ayuda fraterna.

Año 1978

Objetivos :

1) Asistenciales : atención médica con iguales características que años anteriores y a los mismos beneficiarios. Atención de especialidades : psiquiatría, psicología, dermatología , oftalmología, otorrino, ginecología y traumatología. Atención médica a condenados, relegados y otros casos especiales calificados por el Departamento Jurídico Asistencial y por la Unidad de Coordinación Nacional. Atención de enfermería y asesoría nutricional en comedores infantiles.

2) Capacitación : a grupos o a líderes, de acuerdo a los requerimientos de las organizaciones solidarias y en los siguientes niveles :

a) Informalmente a las organizaciones solidarias, de acuerdo a necesidades sentidas en salud, con el fin de motivar la designación de Delegados de Salud

b) Capacitar a los Delegados de Salud designados por organizaciones solidarias, a través de cursos sistemáticos.

c) Capacitar a Monitores, de entre estos Delegados de Salud, a través de una práctica planificada, con el objeto de asumir funciones asignadas y supervisadas por el equipo técnico.

d) Informar a Agentes Pastorales sobre limitaciones y alcances del Programa de Salud.

3) Investigación y Denuncia : mantener un sistema de información y denuncia relativo a los resultados del Programa de Salud y el daño en salud detectado en la población, con el objeto de informar a las iglesias locales, además de constituir un elemento de apoyo para elaborar documentos propios de salud.

Actividades :

- Creación del Policlínico Jesús Carpintero en la Zona Norte
- Control de niños asistentes a comedores
- Control de salud a adultos de comedores y bolsas de cesantes
- Capacitación en nutrición a manipuladores de alimentos y madres de niños asistentes a comedores.
- ,Asesoría y supervisión a bodegas zonales y encargados de abastecimiento ,para compra racional de alimentos
- Supervisión y capacitación en la utilización de leche del Programa suizo.
- Coordinación de los equipos de terreno con los encargados territoriales de acción solidaria y encargados de Programas de Bolsas de Cesantes y Comedores.
- Cursillos de Capacitación a responsables de comedores,pobladores y delegados de salud.
- Formación de equipos de salud a nivel de organizaciones solidarias

- Capacitación a integrantes de equipos decanales y miembros de comunidades cristianas.
- Elaboración de documentos de inflormación al clero local
- Delegación de funciones de salud básica a Delegados de Salud: control de peso y talla, examen de piel y cuero cabelludo y de la boca.
- cursillo de capacitación específica a Equipo de Salud poblacional (Proyecto Tierra de Hombres , Zona Oeste)
- Proyecto de Recuperación integral de Desnutridos con participación activa de la comunidad (Proyecto Tierra de Hombres, Zona Oriente)
- Encuesta sobre vigencia de los Derechos en Salud (Zona Sur)

Año 1979

Objetivos :

1) Promocionales o de Capacitación :
   a) Capacitar en forma liberadora,buscando los sectores más activos y dinámicos de la población
   b) Capacitar entregando contenidos amplios o cubriendo áreas que sean atrayentes y atingentes
   c) Relacionar la capacitación con la experiencia práctica, teniendo siempre en consideración las necesidades sentidas del grupo.
   d) Todos los contenidos de capacitación, evaluables

2) De denuncio-anuncio
   a) Denunciar para hacer conciencia crítica de la pérdida de los - Derechos en Salud y las consecuencias de esta pérdida, motivando o sugiriendo la palabra de la Iglesia al respecto.
   b) Crear un sistema de salud participativo,intracomunitario, modelo que sea un gesto, un anuncio de liberación
   c) Denunciar la pérdida de los derechos en salud por la vía legal
   d) Denunciar esta situación a través de la reflexión,con el objeto de crear una conciencia social al respecto.
   e) Denunciar la política de Salud y el Modelo de Salud y sus consecuencias.

3) De investigación :

a) Investigación permanente de la política de salud y económica-social y su relación con el daño en salud de la población a nivel de macro y micro social.
b) Investigar hechos concretos que denuncian la pérdida del derecho a la Salud y que motivan a la acción, a partir de la capacitación y la práctica.
c) Investigar algunos problemas de salud que tengan relevancia o sean atingentes a un determinado momento.

4) Objetivos asistenciales : deben estar en función de los anteriores e integrados a ellos.

a) Otorgar asistencia humna,eficiente,oportuna y consecuente con la situación socio-económica del grupo al que sirve.
b) Otorgar asistencia priorizada a grupos significativos de mayor riesgo, en que se apliquen más integradamente los objetivos anteriores, en su conjunto.

Actividades :

- Atención asistencial :Medicina Interna,Pediatría y Ginecología en Policlínicos Zonales.
- Atención psiquiátrica y psicológica de Medicina Interna y Pediatría a personas víctimas de la represión o a sus familiares.
- Asistencia de enfermería a niños que concurren a Campamentos de Verano
- Asistencia nutricional a comedores. Asesoría en el funcionamiento de bodegas y adquisiciones de alimentos y en el apoyo nutricional necesario para el funcionamiento de los Campamentos de Verano.
- Asistencia a alcohólicos, en la Zona Sur
- Capacitación a Delegados o líderes de salud ya formados
- Apoyo a equipos comunitarios de Salud (Zona Oeste)
- Capacitación a nivel básico para todos los integrantes de organizaciones solidarias
- Formación de Monitores en algunas acciones específicas: Nutrición,Primeros Auxilios, Alcoholismo.

-. Autocapacitación metodológica en la acción, en busca de homogeneizar las actividades de capacitación y otorgarles un definido carácter liberador (Convenio con CIDE)
- Actividades de investigación aplicada sobre situación nutricional, socioeconómica y cultural en las distintas zonas.
- Actividades de investigación sobre caracteres de la atención en salud : instituciones, coberturas, tipo de atención, etc.

3. Comentarios

En esta parte del análisis se hará observaciones de tipo cualitativo de las acciones realizadas.

a) Asistencialidad : se considerará tres aspectos : médico, de enfermería y nutricional.

La asistencialidad médica ha sido fundamentalmente ambulatoria y se ha efectuado a nivel de Policlínicos Zonales o de consultas médicas privadas, mediante convenios o por cooperación voluntaria. Esta última situación se ha producido en especial en el caso de especialistas. Ocasionalmente fué necesario proporcionar atención médica hospitalaria, para lo cual se recurrió a convenios con clínicas privadas o a la ayuda de algunos médicos colaboradores voluntarios. La atención médica ambulatoria entregada ha tenido siempre las características propias de la medicina social e integral:oportuna, eficiente, de buena calidad y con especial respeto de la relación médico-paciente. En el período de cinco años se ha llegado a proporcionar 237.413 atenciones de este tipo, como se podrá apreciar si se revisa las estadísticas anuales (16 a 18). El volumen de atenciones ha disminuido en el último año, lo que se explica fundamentalmente por cambio de orientación en la priorización de los recursos del Programa y por la agrupación de beneficiarios en grupos definidos de las Areas de Crecimiento y Desarrollo y Salud Mental.

La asistencialidad de enfermería se ha efectuado directamente a nivel de organizaciones solidarias y se ha estado a cargo de enfermeras universitarias y de Auxiliares de Enfermería, la mayor parte con experiencia previa en actividades de salud poblacional. Una característica muy positiva de esta actividad ha sido la oportunidad de contacto muy estrecho de los integrantes de los equipos de salud y los grupos familiares pertenecientes a las organizaciones solidarias lo que ha sido un factor de importancia en el desarrollo de ac

ciones posteriores en el campo de la capacitación. La asistencialidad de enfermería ha completado el control del estado nutritivo y del desarrollo de los niños asistentes a comedores o pertenecientes a jardines infantiles parroquiales, o a bolsas de cesantes y/o talleres, comprobación del daño médico social (pediculosis, sarna, piodermitis, etc.) en estos mismos niños, investigación de algunos factores socio-culturales importantes (deserción escolar, fracaso escolar, alcoholismo, cesantía o desempleo, etc.) comprobación del cumplimiento de los programas estatales de control de niño sano, control maternal, inmunizaciones, entrega y uso de alimentos; orientación ante la sospecha de patología simple no pesquisada en los controles habituales de los servicios estatales; búsueda de soluciones a problemas de salud postergados en su atención o que recibieron atención incompleta, en esos mismos servicios. Como se puede apreciar, bajo este rubro asistencial se ha estado desarrollando no sólo actividades asistenciales, sino también otras de capacitación a nivel individual o grupal y de investigación. La necesidad de una actividad de capacitación más sistemática surgió como fruto de la experiencia adquirida en el desarrollo de esta parte de la asistencialidad. Entre 1976 y el primer semestre de 1979 se han realizado 73.148 controles, con un promedio de 30.000 controles anuales en los dos primeros años y una franca reducción después, derivada de la priorización de las actividades de capacitación.

La asistencialidad nutricional ha sido responsabilidad de nutricionistas -profesionales de nivel universitario- quienes visitan periódicamente los comedores, determinando la composición calórico-proteica de las minutas de alimentación, instruyendo sobre confección racional de minutas, de acuerdo a los recursos disponibles, técnica nutricional, alcenamiento y manipulación de alimentos. Un aspecto importante de esta asistencialidad está dado por la asesoría proporcionada en el funcionamiento de las bodegas zonales y en la adquisición de alimentos.

b) Capacitación : Las actividades de capacitación se iniciaron en el momento mismo en que los equipos de enfermería asumieron el control de los niños asistentes a los comedores infantiles o pertenecientes e integrantes de bolsas de cesantes o talleres. Inicialmente fué exclusivamente individual, luego, aprovechando la experiencia adquirida a través de años de educación sanitaria en el SNS, se empezó a realizar "cursos de capacitación" destinados a formar líderes de salud, o delegados de salud, o monitores de salud, según distintas denominaciones adoptadas en las Zonas. Fundamentalmente tenían por objeto el formar grupos de colaboradores de los equipos de salud, sea en sus actividades de terreno como en las asistenciales intrapoliclínico. Los líderes de salud fueron así "referidores" de enfermos a los Policlínicos, "visitadores de enfermos", tramitadores de recetas no despachadas en los Policlínicos del SNS, supervisores del cumplimiento de los controles de niño sano y de los programas de inmunizaciones. En algún momento asumieron también tareas simples "delegadas" por los equipos técnicos de salud, tales como controles de peso y talla, revisión de piel y cuero cabelludo, pesquisando presencia de sarna y pediculosis. La mayor parte de los líderes así formados, cumplieron con los objetivos perseguidos. Pero las tasas de deserción fueron muy altas --- (fluctúan entre un 30 y un 70%, según los sectores y las Zonas), hecho atribuible a la obtención de trabajos remunerados, aunque sólo transitoriamente, a la intensa migra -- ción de las familias en búsqueda de trabajo o mejores condiciones de vida (de un sector a otro de la ciudad, de la ciudad al campo, etc.), o a la política de erradicación de poblaciones emprendida por el Gobierno, o en muy señalados casos, a las frustraciones de las propias expectativas. La formación de líderes o delegados o monitores de salud, con estas características, o la constitución de equipos comunitarios de salud, correspondieron exactamente a una etapa en el desarrollo del Programa de Salud, en que la acción a

sistencial era prioritaria y fundamental en el que la capacitación adoptaba una modalidad esencialmente paternalista. Fueron formados para colaborar con los equipos de salud y recibieron capacitación conforme a las necesidades o requerimientos técnicos de esos equipos. Fueron nexos entre los equipos de salud y la comunidad y muchas veces desvirtuaron su función al asumir "situaciones de Poder" dentro de la comunidad. No obstante, en todas las Zonas en las que aún existen estos líderes de salud, se les continúa brindando apoyo y se les estimula en su integración natural a la comunidad a la que pertenecen. En la Zona Oeste, ha habido un programa especial destinado a integrarlos en equipos comunitarios de salud, constituyéndose de este modo, en una experiencia de capacitación válida y útil como control de las nuevas orientaciones, de la capacitación que se reseña a continuación.

Con la formulación del Programa, a fines de 1976, enfatizando las actividades de capacitación, con un carácter esencialmente liberador, se inició la revisión crítica de lo ya realizado. Todos los equipos han vivido desde entonces, un permanente y dinámico proceso de reflexión sobre la acción, con el valioso aporte entregado por CIDE. Con un mejor conocimiento de las características culturales de los grupos integrantes de las organizaciones solidarias, con el convencimiento de que el proceso educativo liberador debe partir de las necesidades sentidas de los pobladores, que ellos deben ser auténticos protagonistas de su liberación y de su dignificación como personas, que los educadores deben ser animadores, más que conductores o guías, que en esta relación hay igualdad en el aprendizaje tanto como en los fines, que el que más sabe no trata de hacer valer esta condición, que su intervención es sólo el estímulo necesario para desencadenar el proceso liberador, se ha ampliado el campo de la actividad. Todos los integrantes de la organización y no sólo los que se destacan como líderes naturales participan en es

te proceso de percepción de la realidad poblacional, de objetivación de las necesidades verdaderamente sentidas, de proposición de iniciativas en busca de satisfacer esas necesidades, de generación de una organización, porque resulta necesaria para el cumplimiento de los objetivos planteados.

La capacitación enfocada de este modo, scon características de un proceso de mucho dinamismo, de gran amplitud de criterio, de permanente reflexión-acción, de sistematización, de aplicación de elementos técnicos más ágiles, ha requerido de una nueva estructuración del trabajo de los equipos en terreno. Es así como se ha tendido, en muchas Zonas, a integrar los equipos territoriales de solidaridad, con los equipos de salud, fijando su campo de acción dentro de un decanato y eliminando o limitando al mínimo la especificidad de funciones,

Una apreciación de la magnitud de lo realizado se puede obtener al considerar que desde la iniciación de la capacitación hasta ahora, se han formado aproximadamente 800 monitores o líderes de salud y se ha trabajado, a nivel básico, con más de 250 organizaciones solidarias y poblacionales con un promedio aproximado de 20 integrantes cada una.

c) Investigación y Denuncia : Inicialmente, las actividades de investigación estuvieron orientadas a denunciar las violaciones de los derechos de las personas : lesiones físicas de los sometidos a torturas o apremios ilegítimos; daños psíquicos en las personas perseguidas o en los integrantes de sus grupos familiares; daño nutricional en los niños pertenecientes a grupos materialmente imposibilitados para procurarles el mínimo sustento; daño médico social y social-cultural, en los mismos grupos, atropello del derecho a la salud, vigencia aún, en las primeras etapas del desarrollo del programa, etc... Los aportes de esta actividad sirvieron, muchas veces, de fundamento a algunos de los aspectos contem-

plados en las Declaraciones del Episcopado, en Cartas Pastorales, etc... y en cierto modo, han sido uno de los factores que contribuyen a ampliar el marco de acción de la Vicaría de la Solidaridad, hacia todos los Derechos Humanos.

Posteriormente, y en forma paralela con los cambios experimentados en la actividad de capacitación, la investigación ha sido orientada a mejorar el diagnóstico de los grupos poblacionales con que se trabaja y a sistematizar las experiencias adquiridas, en un marco de la mayor rigurosidad y confiabilidad.

4. Conclusiones

El análisis de los aspectos más significativos de la realidad nacional, de la política de salud y de las características de objetivos y acciones del Programa de Salud, a lo largo de cinco años, permite formular algunas conclusiones :

1) Ha sido un Programa dinámico y realista, que en sus acciones ha respondido a situaciones determinadas y significativas de la realidad nacional.

2) Ha sido un Programa creativo, por cuanto ha buscado caminos nuevos para su quehacer : asistencialidad "no tradicional"; capacitación liberadora, comprometida con el desarrollo poblacional; investigación; orientada a proporcionar aportes al conocimiento de la realidad poblacional.

3) Ha sido un Programa, que, con sus métodos y acciones, ha contribuido, en alguna medida, a la mejor comprensión del trabajo solidario.

III. PERSPECTIVAS : LAS NUEVAS ORIENTACIONES DEL PROGRAMA :

Se revisará separadamente las actividades de asistencia, capa-

citación e investigación.

1. Asistencia : La asistencia médica debe mantener las especialidades básicas, adecuándolas a las necesidades generadas - por las actividades de capacitación e investigación. La atención de Medicina General de adultos debe contribuir a solucionar problemas de salud mental que perturben el funcionamiento de las organizaciones poblacionales o que afecten seriamente la integridad del grupo familiar. Pediatría debe abordar los problemas nutricionales de los grupos más desfavorecidos por las políticas de salud estatales, es decir, los escolares en situación de desnutrición aguda, que ofrece algunas perspectivas de éxito, en cuanto a la recuperación o a la prevención de la acentuación del daño. Además, debe preocuparse de los problemas de comportamiento y desempeño escolar, que han empezado a ser percibidos en toda su magnitud y significación por los integrantes de las organizaciones poblacionales y cuya solución abre mejores expectativas de éxito en la lucha por romper el círculo vicioso de la extrema - pobreza.

   En cuanto a la atención médica psiquiátrica y psicológica debe en su acción de apoyo al Departamento Jurídico, prestando atención a las víctimas de la represión y sus grupos familiares. En estos aspectos, es importante buscar que este tipo de atención tenga un carácter más integral -incorporando a su enfrentamiento a equipos de áreas médicas, jurídicas y sociales también, un enfoque preventivo, en el sentido de englobar en su acción al grupo familiar, desde el momento mismo - en que se hace evidente la persecusión. Por otra parte, cabe también una responsabilidad al equipo de psiquiatras y psicólogos, en la atención especializada de aquellos casos referidos por los médicos de los equipos zonales y que escapan de su competencia.

   En relación a la atención jurídica, la persistencia de las acciones represivas justifica aún el mantener las atenciones -

de medicina general, de adultos y niños.

Un aspecto nuevo, en la atención en salud, guarda relación con los requerimientos de atención de grupos postergados o mal atendidos por los servicios estatales, a pesar de ser beneficiarios de ellos. Uno de los problemas más serios, en este sentido, es la falta de entrega de medicamentos. Debe buscarse una coordinación con los policlínicos parroquiales ya existentes, atendidos por médicos voluntarios y apoyar su funcionamiento, distribuyendo entre ellos algunos recursos de medicamentos, en especial los recibidos en donación por diversas organizaciones internacionales de socorro. A veces, la provisión de medicamentos puede incluso ser abordada a nivel de los Policlínicos del Programa de Salud.

La asistencia de enfermería y nutricional, deben mantenerse mientras subsistan los comedores infantiles y sus actividades complementarias como los Campamentos y Colonias de Verano. Es posible aún que, en determinadas circunstancias, sea necesario hacer extensiva esta actividad a otras organizaciones solidarias o poblacionales, pero siempre dentro de las limitaciones y priorizaciones.

2. Capacitación :Debe seguir constituyendo la actividad prioritaria, con un carácter especialmente dinámico, crítico, participativo, sistematizado y liberador. Debe partir del nivel más básico, ser de carácter masivo y ser permanentemente evaluado, a través de un acucioso proceso reflexivo. No obstante, en aquellas Zonas en que aún existen Monitores y equipos comunitarios de salud, debe mantenerse su apoyo.

3. Investigación : La investigación, como denuncia, en los términos ya señalados, continúa teniendo vigencia. Sólo cabría adoptar las medidas para que mantenga una irreprochable confiabilidad. La importancia asignada a la capacitación abre nuevos campos de responsabilidad para la investigación en lo so-

cio cultural, en lo metodológico, en la apreciación de cambios conductuales, etc. Esta línea de investigación debe ser planifica a a nivel zonal, pero conforme a directivas - comunes y sujeta a controles de nivel centralizado y debe - ser de la mayor irgurosidad, debe disponer de todas las asesorías técnicas que sean necesarias y debe ser adecuada y oportunamente difundida, en la medida que puede ser aporte de utilidad para los que trabajan en el área de desarrollo social, en nuestro país o en otros países del tercer mundo,con problemas similares a los nuestros.

Finalmente, es necesario señalar la conveniencia de considerar en el futuro, instancias de intercambio de experiencias, entre las distintas Zonas y/o con otras instituciones, que, actualmente, trabajan en el mismo campo o con parecidas orientaciones.

En suma y como consecuencia de este an-alisis queda el convencimiento de que este ha sido un Programa necesario, que ha respondido a reales necesidades poblacionales, derivadas de los cambios políticos, sociales y económicos ocurridos en el país a partir de 1973, que es un Programa que mantiene toda su vigencia, con las condiciones actuales; que enfrenta - perspectivas originales y muy amplias en su quehacer, ante las cuales resalta la limitación de sus recursos humanos y materiales, y que, por consiguiente, todo aporte que permita mantenerlo o vigorizarlo aparece no sólo conveniente, simo como imprescindible y necesario.

CUADRO # 1

Total de Atenciones Otorgadas en Policlínicos Período 1974-1979

AÑOS	MEDICINA	PEDIATRIA	GINEC/OBSTET.	DENTAL	TOTAL
1974 (1)	.382	.486	----	---	868
1975	14.098	14.460	3.401	3.401	38.590
1976	25.419	22.683	7.447	8.314	63.863
1977	21.490	16.263	6.577	10.070	54.400
1978	15.205	10.024	5.993	7.213	38.435
1979(2)	9.705	6.991	1.431	-	18.127
TOTAL	86.299	70.907	24.849	32.228	214.283

Comentario : En 1975 se inicia expansión de la atención al abrirse Policlínicos zonales. Los máximos de atención se alcanzan en -- los años 1976 y 1977. El descenso iniciado en 1978 y acen-- tuado en 1979, corresponde a cambios de orientación en el - Programa, redistribución de recursos dentro de el. En esta situación se encuentra el caso del Policlínico Santo Cura - de Ars.

(1) En 1974, se considera sólo atención otorgadas desde Junio en el Centro Mpedico.

(2) Desde 1979, se suprime la atención dental.

CUADRO # 2

Total de Atenciones Complementarias ,Prescripciones y Leche (en Kgs.) entregados Período 1974 -,1979

Años	Atenc.Complementarias (Inyect. curaciones)	Prescripciones o recetas	Leche Kgs
1974 (1)	---	---	---
1975	7.242	31.731	6.607
1976	17.796	93.370	18.188
1977	12.400	64.204	15.246
1978	8.578	36.494	5.814
1979 (2)	10.456	7.398	---
TOTAL	56.472	233.197	45.835

Comentario : La característica de estas prestaciones se similar a la de las atenciones médicas (Cuadro #1) . El aumento de las atenciones intermedias en 1979 se explica el mayor uso de este sistema en la Zona Norte,como medio de ampliar su cobertura.

(1) No hay registro de este tipo de atención, en este año

(2) En 1979 se suspende entrega de leche en Policlínicos. La información de prescripciones o recetas, corresponde aólo al primer semestre.

CUADRO # 3

Total de Controles de Niños en Comedores Realizados entre 1974 - 1975

Años	#
1974 (1)	-
1975	14.852
1976	28.600
1977	32.149
1978	9.782
1979 (2)	2.617
TOTAL	88.000

COMENTARIO : El auge de los Controles estuvo en los años 1976-1977. Posteriormente se fué derivando esta atención a Delegados de Salud, destinando los recursos de Enfermería a labores preferencialmente de capacitación.

(1) En 1974 no se hizo Controles de Comedor. Los Policlínicos iniciaron actividades en 1975.

(2) Estos resultados corresponden a controles realizados en el primer semestre en las Zonas Oriente y Oeste.

CUADRO # 4

Total de Monitores, Delegados o Responsables de Salud Formados en el Período 1974 - 1975

Años	Monitores o Delegados o Responsables
1971 (1)	-
1975 (2)	-
1976	533
1977	790
1978	473
1979 (3)	740
TOTAL	2.536

COMENTARIO : Por encima de las cifras presentadas hay que valorar el efecto de irradiación hacia su comunidad que tiene cada Monitor o Responsable de Salud.

(1) y (2) No hubo actividades de capacitación con la intención de formar Delegados de Salud, en estos años.

(3) Aparte de los Delegados de Salud o Monitores, en este año se inician trabajos de capacitación a nivel básico que alcanza aproximadamente a 260 grupos con 20 personas cada uno (5.200).

REFERENCIAS

1. Mons. Cristián Precht : "Los Derechos Humanos en Chile : Una Experiencia Solidaria". (Ponencia presentada en el Primer Simposium Internacional sobre los Derechos Humanos, organizado por la Iglesia de Santiago, Noviembre 1978). Estudios # 4, "La Iglesia y la Dignidad del Hombre. Sus Derechos y Deberes en el Mundo de Hoy", Diciembre 1978.

2. Revista Mensaje N° w282, Septiembre 1979. Artículo Editorial : "Chile: Seis Años Después"

   a) S.T.Mill ; "El Modelo Económico: Balance y Perspectivas"

   b) S. Wilson: "La Realidad Poblacional".

3. "El Costo Social del Actual Modelo de Desarrollo, en un Sector Urbano de Extrema Pobreza". Nidia Aylwin Barros, Escuela de Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Chile.Enero 1979.

4. "Algunos Factores de Daño a la Salud Mental". Mimeo Documento Interno - Departamento Zonas, Vicaría de la Solidaridad 1979.

5. "Educación, Niñez y Pobreza". Dr. Luis Bravo V. y Dr. Hernán Montealegre A., Ediciones Nueva Universidad, Nov. 1977.

6. "Mapa de la Extrema Pobreza", Fernando Dahse. Edit. Aconcagua 1979.

7. "Consideraciones Acerca de la Medicina Actual". Dr. Ernesto Medina, Vida Médica, Vol VIII, Julio - Agosto 1979.

8. "Informe Preliminar sobre Política de Salud en Chile", Mimeo, Documento de Trabajo - Departamento Zonas, Vicaría de la Solidaridad.

9. Rev. Mensaje 273, Oct. 1978: "Visión Crítica del Servicio Nacional de 1978"

10. Rev. Mensaje 279, Junio 1979 :"Falta de Trabajo y Crisis Matrimonial", Juan C. Skewes

11. Rev. Mensaje 263, Octubre 1977: "Pobreza, Distribución del Ingreso y Rol del Estado". S. Páñeso y F. Meller.

12. Rev. Mensaje 261, Agosto 1977: "El Estado y las Desigualdades Sociales". A. Foxley

13. Rev. Mensaje 281, Agosto 1979 : "La Función Subsidiaria del Estado". Pierre Bigó

14. Declaración de Prensa del Colegio Médico de Chile, El Mercurio, 2 de Abril 1978.

15. Aporte de la Vicaría de la Solidaridad de la Iglesia de Santiago para la Preparación de "Puebla". Abril 1978, Documento Interno

16. Programas y Memorias de Actividades de las Distintas Zonas de Santiago.

17. Memorias de Actividades Mensuales del Programa de Salud.

18. Memorias de Actividades de la Vicaría de la Solidaridad.

ARZOBISPADO DE SANTIAGO
VICARIA DE LA SOLIDARIDAD
Centro de Documentación

EL PRESTAMO DE ESTE MATERIAL Y SU OPORTUNA DEVOLUCION PERMITE AL CENTRO DE DOCUMENTACION OFRECER UN MEJOR SERVICIO A TODOS SUS USUARIOS