

Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF



Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF



Fundación EPES y División de Atención Primaria (DIVAP)

Noviembre, 2016

Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF

Fundación EPES

General Köerner 38 • El Bosque • Santiago
Fono: (56 2) 2 548 76 17 – Fax: (56 2) 2 548 60 21
Correo electrónico: epes@epes.cl
www.epes.cl

División de Atención Primaria (DIVAP) Subsecretaría de Redes Asistenciales

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile
Mac Iver 541 • Santiago
Fono: (56 2) 2 5740 100
www.minsal.cl

Textos:

María Eugenia Calvin Pérez	María Stella Toro Céspedes
Sonia Covarrubias Kindermann	Karen Lee Anderson
Angelina Jara García	Susana Jiles Castillo
Virginia Norambuena Cheseaux	Lautaro López Stefoni
Kathleen Bubriski	

Edición general: María Eugenia Calvin Pérez
Revisión MINSAL (DIVAP): Deiza Troncoso Miranda

Edición de textos: Patricio González Ríos
Diseño: Andrea Carter
Ilustraciones: Francisco Ramos Garrido, panchoramos
Fotos: Isabel Díaz Medina y archivo Fundación EPES

Noviembre, 2016

Índice

.....

Presentación	x
---------------------------	----------

UNIDAD I

Antecedentes de la incorporación de Agentes Comunitarios en Salud (ACS) en la experiencia internacional y en Chile	1
---	----------

Introducción	1
--------------------	---

1. Breve historia del modelo de ACS en el mundo	2
---	---

2. La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, 1978) y la estrategia de instalación de ACS	3
--	---

3. La estrategia de ACS en América Latina.....	4
--	---

3.1 La salud popular y comunitaria en Chile. Algunos antecedentes	6
--	---

4. Características de la estrategia de instalación de ACS en la experiencia internacional	7
---	---

4.1 La definición de ACS de la Organización Mundial de la Salud: trayectorias.....	7
--	---

4.2 Cómo son concebidos las y los ACS en otras partes del mundo	8
---	---

Actividad:.....	9
-----------------	---

4.3 Rol de las/os ACS por funciones generales y por funciones específicas.....	9
--	---

4.3.1 Rol de las/os ACS por funciones específicas	10
---	----

5. Aportes, limitaciones y desafíos de la estrategia de ACS	13
---	----

5.1 Principales beneficios, tensiones y desafíos que ha presentado la implementación de ACS.....	13
---	----

6. Incorporación de ACS en los CECOSF	15
---	----

Actividad:.....	17
-----------------	----

RESUMEN DE LA UNIDAD	18
----------------------------	----

UNIDAD II**La atención primaria y el Modelo de****Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Chile..... 21**

Introducción	21
1. El largo camino a “Salud para todos y todas”	22
1.1 Antecedentes de la creación de la institucionalidad de salud en Chile.....	22
1.2 La defensa de la salud desde una mirada global.....	23
2. El sistema de salud en Chile: estructuración.....	25
Actividad:.....	29
3. Los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF). Antecedentes generales.....	29
Actividad:.....	32
4. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria	32
5. Familias y comunidades en el centro de la atención en salud.....	37
5.1 Las familias	37
5.2 La comunidad	39
Actividad:.....	39
6. Intersectorialidad	40
RESUMEN DE LA UNIDAD	41

UNIDAD III**Enfoques orientadores para el trabajo preventivo y promocional****de los CECOSF 43**

Introducción	43
1. Enfoque de Derechos en Salud	44
1.1 La participación en salud también es un derecho humano.....	47
1.2 Chile: derecho a la salud y a participar en salud.....	47
Actividad:.....	50
2. Enfoque de determinantes sociales de la salud.....	51
Actividad:.....	56
3. Enfoque de género.....	57
3.1 ¿Qué significa el concepto de género?	57

Actividad:	60
3.2 Género y equidad en salud	61
3.3 Aporte de las mujeres al cuidado de la salud	64
Actividad:	65
4. Interculturalidad	65
4.1 ¿Qué se entiende por interculturalidad?	66
4.2 Relación con el derecho a la salud: ¿por qué es relevante la mirada intercultural?	67
Actividad:	70
4.3 Derechos en salud de la población migrante	70
Actividad:	72
4.4 ¿Cómo incorporar la interculturalidad en el trabajo de promoción de la salud?	72
Actividad:	73
5. Participación	74
5.1 Participación y equidad en salud	77
5.2 Mecanismos de participación en el sector salud	80
RESUMEN DE LA UNIDAD	84

UNIDAD IV

Educación popular, comunicación interpersonal, trabajo en equipo y herramientas de difusión 87

Introducción	87
1. La educación popular y la educación en salud	88
Actividad:	90
2. ¿Qué es la comunicación?	91
Actividad:	92
2.1 Elementos de la comunicación	92
2.2 Otras formas de comunicación	93
Actividad:	94
2.3 Hacia un lenguaje inclusivo	95
3. Saber escuchar o escucha activa	96

3.1 La empatía como fundamento para una comunicación efectiva	97
Actividad:.....	98
3.2 ¿Qué es la asertividad?.....	98
Actividad:.....	99
4. Características del trabajo en equipo que favorecen el trabajo comunitario	100
4.1 Consecuencias del trabajo segregado en salud	101
Actividad:.....	102
5. Medios de comunicación y difusión comunitaria	102
5.1 Medios de difusión a nivel comunitario	103
RESUMEN DE LA UNIDAD	111

UNIDAD V

Herramientas metodológicas para el trabajo comunitario en salud..... 113

Introducción	113
1. Orientaciones para convocar, informar, organizar reuniones y actividades educativas participativas	114
1.1 Para realizar convocatorias	114
Actividad:.....	116
1.2 Para organizar reuniones participativas.....	117
1.3 Para planificar una sesión educativa o acción comunitaria	119
1.4 Talleres educativos en salud, herramienta metodológica para el trabajo de promoción.....	121
Actividad:.....	124
2. Diagnóstico participativo	124
2.1 Concepto de diagnóstico participativo	124
2.2 Relación con el derecho a la salud	125
Actividad:.....	127
2.3 Metodología para realizar un diagnóstico participativo	127
Actividad:.....	129
Actividad:.....	138
3. Planificación participativa	139
3.1 Concepto de planificación	139

3.2	Importancia de planificar	139
3.3	Planificación de una de las acciones seleccionadas en el proceso de diagnóstico	141
4.	Importancia de los registros en el trabajo comunitario.....	142
4.1	Registro de reuniones y catastro de organizaciones.....	142
4.2	Sistematización del diagnóstico participativo	143
5.	Evaluación participativa	144
5.1	Concepto de evaluación participativa.....	144
	Actividad:.....	147
	RESUMEN DE LA UNIDAD	148

Glosario..... 151

Anexos 157

Anexo N° 1: Carta de derechos y deberes de los pacientes	157
Anexo N° 2: Cartera de Servicios de los CECOSF	158
Referencias bibliográficas	161
AGRADECIMIENTOS.....	170

Índice de tablas, cuadros y gráficos

Tabla N° 1: Actividades de ACS en varios países	12
Tabla N° 2: Institucionalidad vigente en salud.....	25
Tabla N° 3: Organismos externos al sistema de salud	26
Tabla N° 4: Tipos de establecimientos de la Red Asistencial de salud.....	27
Tabla N° 5: Principales características de los CECOSF.....	31
Tabla N° 6: Características centrales de ambos modelos	33
Tabla N° 7: Características y principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria de los CECOSF	34
Cuadro N° 1: Antecedentes de la comunidad.....	131
Cuadro N° 2: Criterios para la selección y priorización de problemas.....	135
Cuadro N° 3: Análisis de las acciones	137
Cuadro N° 4: Matriz de planificación de una acción comunitaria.....	141
Gráfico N° 1: Población afiliada a sistema público y otros (%), 2014.....	25



Presentación

La experiencia de Agentes Comunitarios/as de Salud (ACS) en Atención Primaria ha sido larga y diversa, como lo muestra la existencia de prácticas de este tipo en diferentes regiones y países en el mundo, las que tuvieron su mayor impulso después de la realización de la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud realizada en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978.

Un rasgo común en todas estas experiencias, es que las y los agentes comunitarios en salud provienen de las propias comunidades a las que sirven, por lo tanto, comparten sentido de pertenencia y códigos culturales, contribuyendo a la aceptación y apropiación del rol por parte de la comunidad (Lehmann y Sanders, 2007).

Asimismo, se reconocen como aportes centrales en la estrategia de instalación de los Agentes Comunitarios de Salud para el fortalecimiento de la atención primaria; el vínculo con la comunidad, el apoyo en la realización de acciones comunitarias para enfrentar a nivel local los determinantes sociales de la salud y ser intermediarios para el apoyo de las acciones del centro de salud (Sanders, Labonté, Packer y Schaay, 2012)

En países latinoamericanos como Brasil y Perú, esta nueva figura ha implicado un importante apoyo a los equipos de salud en su acercamiento a la comunidad. Específicamente, la experiencia brasileña demuestra que la incorporación del ACS ha impactado en la mejora de sus indicadores de salud y en la generación de un lazo más estrecho con la comunidad, sus necesidades y la mejora de sus condiciones de vida.

En nuestro país los Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecosf) se constituyen en una estrategia que aporta al desarrollo del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria. Estos centros están insertos en la red asistencial y dependen principalmente de un Centro de Salud de Atención Primaria de mayor resolutivez (generalmente, Centros de Salud Familiar). Los Cecosf cuentan generalmente con población a cargo de entre 3.500 y 5.000 personas inscritas, y su propósito es la mantención de la salud de la población, desarrollando principalmente acciones preventivas, promocionales con enfoque familiar y comunitario, en coordinación con la red asistencial y en complementariedad con el centro de salud base, mejorando el acceso, oportunidad y la resolución de los problemas de salud de su comunidad.

La incorporación del Agente Comunitario en Salud en los nuevos Cecosf (2016 y 2017), como una estrategia de innovación dentro de sus equipos de salud, está orientada a facilitar el vínculo del centro de salud con la comunidad.

El presente Manual está dirigido a los equipos de salud y a los ACS de los centros comunitarios de salud familiar, éste incluye las orientaciones generales para la incorporación en Chile de la estrategia de ACS, constituyéndose en un material de apoyo para la formación e implementación del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en dichos establecimientos, mediante el desarrollo de las siguientes unidades temáticas:

- I. Antecedentes de la incorporación de Agentes Comunitarios en Salud (ACS) en la experiencia internacional y en Chile.
- II. La atención primaria y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Chile
- III. Enfoques orientadores para el trabajo preventivo y promocional de los CECOSF
- IV. Educación popular, comunicación interpersonal, trabajo en equipo y herramientas de difusión
- V. Herramientas metodológicas para el trabajo comunitario en salud

Agradecemos a todas las personas que con sus aportes y revisión crítica hicieron posible esta edición del Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud, en los equipos de los CECOSF. En forma especial a quienes en el día a día con su trabajo y compromiso han llevado a cabo este proceso, los equipos de salud, la comunidad, los municipios, los Servicios de Salud entre otros.



Dra. Gisela Alarcón Rojas
Subsecretaria de Redes Asistenciales





UNIDAD I

Antecedentes de la incorporación de Agentes Comunitarios en Salud (ACS) en la experiencia internacional y en Chile

Introducción

La formación de agentes comunitarios/as en Atención Primaria en Salud (APS) ha sido una estrategia empleada a través del tiempo con el objetivo de acercar los servicios básicos de salud a comunidades de bajos ingresos y/o alejadas de los centros urbanos. La experiencia ha sido larga y diversa, como lo muestra la existencia de prácticas de este tipo en diferentes regiones y países en el mundo, las que tuvieron su mayor impulso después de la realización de la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud realizada en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978.

A continuación, se revisarán algunas experiencias, especialmente las desarrolladas en América Latina, en las que se pueden apreciar y comparar las distintas características que ha asumido el trabajo de las y los Agentes Comunitarios en Salud (ACS) para mejorar la salud de sus comunidades y los distintos modelos que se han desarrollado para la implementación de programas nacionales de ACS.

En esta unidad temática también se incluyen las orientaciones generales para la incorporación en Chile de la estrategia de ACS, como experiencia piloto en cien Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), distribuidos en los servicios de salud a nivel nacional.

OBJETIVO DE LA UNIDAD

Conocer algunos hitos en el surgimiento de la estrategia de ACS a nivel internacional, identificando algunas de las contribuciones que validan las orientaciones para su incorporación en los equipos de los CECOSF.

1. Breve historia del modelo de ACS en el mundo

.....
Un rasgo común en todas estas experiencias, es que las y los agentes comunitarios en salud provienen de las propias comunidades a las que sirven, por lo tanto, manejan los mismos niveles educativos y códigos culturales, contribuyendo a la aceptación y apropiación del rol por parte de la comunidad

(Lehmann y Sanders, 2007).

.....

.....
Tres aportes que han sido reconocidos como centrales en la estrategia de instalación de ACS para el fortalecimiento de la atención primaria son:

- Vínculo con la comunidad.
- Apoyo en la realización de acciones comunitarias para enfrentar a nivel local los determinantes sociales de la salud.
- Ser intermediarios para el apoyo de las acciones del centro de salud.

(Sanders, Labonté, Packer y Schaay, 2012)

.....

Después de la Segunda Guerra Mundial se desarrollaron algunas experiencias innovadoras para proveer de atención en salud a más personas, como fue la de los médicos descalzos en China o la de trabajadores y trabajadoras rurales en Tailandia. Sin embargo, es a partir de la década de 1970 cuando se alcanza el período de mayor auge y desarrollo de la estrategia de ACS, muchas veces ligada a procesos de reformas de salud de algunos países y/o inserta en procesos más amplios de transformación social (Lehmann y Sanders, 2007), sumado al impulso que proporcionó la Conferencia de Alma-Ata (1978).

Algunas experiencias, impulsadas por los servicios de salud de diversos países, han logrado cobertura nacional. Otras han surgido de la organización de las mismas comunidades para enfrentar las graves consecuencias en salud que ocasiona la pobreza. Estas iniciativas basadas en la comunidad, preferentemente fueron apoyadas y/o desarrolladas por organismos no gubernamentales o grupos de iglesias, por lo general con importantes grados de participación de la comunidad, pero con poco alcance geográfico, constituyéndose en prácticas de carácter local y acotadas.

En la mayoría de las experiencias con ACS, el trabajo de estos(as) es voluntario, y solo en menor cantidad se registran prácticas en las que se les haya cancelado un pago de honorarios mínimo. Asimismo, el rol que se les asigna presenta una amplia variedad de funciones que abarcan desde lo asistencial, curativo y promocional, hasta intervenciones específicas y focalizadas (Lehmann y Sanders, 2007).

Otras experiencias a nivel mundial son las de Zimbabue y Tanzania, donde las y los ACS han sido concebidos como trabajadores de salud rural. En ambos países, los programas se han centrado en la autosuficiencia, el desarrollo rural, la erradicación de la pobreza y de las desigualdades sociales (Lehmann y Sanders, 2007), sustentados en una fuerte visión de justicia social. Las experiencias con programas de ACS también se han desarrollado en países y contextos culturales y sociales tan distintos entre sí como son Kenia, India y Estados Unidos.

2. La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, 1978) y la estrategia de instalación de ACS

Esta conferencia y la declaración que emanó de ella, conocida como la Declaración de Alma-Ata, marcó un hito a nivel mundial al concebir la salud como un elemento central en el desarrollo de los países y reparar en la necesidad de abordar las causas sociales, políticas y económicas de los problemas de salud, reconociendo la obligación de construir un orden mundial más justo y equitativo para mejorar la salud de la población. La meta de “Salud para todos en el año 2000” impulsó el fortalecimiento de la APS como una estrategia clave para asegurar la salud de la población y, de este modo, llegar con cuidados básicos a sectores en situación de pobreza y a personas que viven alejadas de los centros urbanos. En este contexto, la Conferencia de Alma-Ata propició, fortaleció y sirvió de fundamento para el desarrollo e implementación de numerosos programas de ACS, con el objetivo de ampliar la cobertura de los cuidados básicos de salud, reconociéndolos como piedras angulares para un cuidado integral de la salud primaria (Lehmann y Sanders, 2007), pasando a ocupar la primera línea en la atención de salud.

La APS perdió impulso en el contexto de la recesión mundial de la década de 1980, con el aumento de la deuda externa de los países y las políticas de ajuste estructural impulsadas por el Banco Mundial. Fue así como la APS integral promovida en Alma-Ata se vio debilitada ante los organismos internacionales y se desarrolló lo que se ha llamado la APS selectiva.

La APS selectiva fue entendida como un conjunto de programas y tecnologías de bajo costo, focalizada en los grupos más vulnerables de la población, destinado a mejorar los indicadores básicos de salud en un corto plazo. Entre ellos cabe mencionar los programas de inmunización, lactancia materna, rehidratación oral, planificación familiar, entre otros (Sanders et al., 2012)(Werner, 2013).

Este enfoque de la APS, con una marcada visión biomédica de la salud, se disoció de la mirada más integral impulsada en Alma-Ata – ligada a la necesaria participación de la comunidad y al abordaje de los determinantes sociales de la salud (Werner, 2013) – impactando y debilitando la implementación de los programas de ACS a nivel mundial, sumado a fragilidades propias de estos programas.

En los últimos años, la estrategia de ACS ha vuelto a relevarse en el ámbito de la salud pública, en el contexto de la crisis de recursos humanos de la salud que están enfrentando algunos países, especialmente en el África Subsahariana, identificándose a las y los ACS como estrategias claves para el fortalecimiento de los servicios de salud.

3. La estrategia de ACS en América Latina

Las experiencias desarrolladas en América Latina tuvieron un vasto alcance durante las décadas de 1970 y 1980, haciéndose visibles por medio de la implementación de programas tanto de iniciativa gubernamental como no gubernamental, en países como Guatemala, Nicaragua, México, El Salvador, Costa Rica, Venezuela, Colombia, Ecuador, Honduras (Werner, 2013), Brasil y Chile. Así también se han desarrollado iniciativas en Bolivia, Haití y Perú.

Algunas de las experiencias llevadas a cabo en México, Haití, Bolivia, Guatemala y Venezuela tuvieron como objetivo llegar con la atención y promoción de la salud a comunidades pobres de áreas rurales, urbanas y comunidades indígenas que contaban con indicadores de salud con alta mortalidad materno-infantil. En algunas comunidades de Bolivia, las y los ACS desempeñaron el rol de mediadores culturales entre la medicina tradicional y los saberes de curanderos locales, intercambiando creencias, valores y costumbres (Queirós y Capel, 2012).

Las experiencias con ACS basadas y desarrolladas por la comunidad en zonas de Brasil, México, El Salvador y Chile durante los años setenta y ochenta, y en Nicaragua durante la época de la revolución sandinista, estuvieron vinculadas con luchas sociales y procesos de recuperación de la democracia, en los que el trabajo por mejorar la salud estuvo indisolublemente ligado a procesos nacionales de organización y participación social y política.

Algunas experiencias en Latinoamérica:

País	Breve descripción
Nicaragua	En la década de 1970 una diversidad de programas comunitarios de salud se expandió en Nicaragua bajo la dictadura de Anastasio Somoza, para hacer frente a las pobres condiciones de vida y salud de amplios sectores sociales, los que al mismo tiempo luchaban por recuperar la democracia y defender los DD.HH. Bajo el gobierno sandinista, se creó un sistema único de salud gratuito, que fortaleció estos programas comunitarios formando a brigadistas en salud, que a su vez formaron agentes multiplicadores en salud. Estos, junto a la realización de jornadas populares de salud a nivel local, que promovían la participación de la comunidad para identificar problemas de salud locales y hacerles frente, lograron que 30.000 voluntarios/as llevaran a cabo masivas campañas de salud pública para enfrentar el dengue, el sarampión y la poliomielitis a través de vacunaciones masivas, eliminando criaderos de mosquitos y ejecutando proyectos de saneamiento ambiental. Este esfuerzo logró mejorar los indicadores básicos de salud: supervivencia infantil, mortalidad materna y esperanza de vida (Werner, 2013).

País	Breve descripción
Perú	Se remonta a las primeras décadas del siglo XX, y en la actualidad responde al objetivo de reconocer y valorar el trabajo desarrollado por las y los ACS en sus comunidades, para uniformar su formación y las intervenciones en prevención y promoción en salud, así como fortalecer la coordinación con los servicios de salud a nivel local. Las y los ACS en Perú deben ser elegidos por las organizaciones sociales de base de la comunidad en un proceso público, para luego ser capacitados formalmente por el servicio de salud, en un proceso progresivo que les acredita como tales. Además de la capacitación permanente, se les proporciona un set de materiales para el trabajo de campo, se celebra el día del ACS (4 de junio) y se les proporciona un seguro integral de salud. Las y los ACS responden ante sus comunidades y el eje de su trabajo está puesto en la implementación de acciones en prevención y promoción en salud en coordinación con los servicios de salud locales (Ministerio de Salud de Perú, 2007).
Brasil	Se inicia a finales de la década de 1980 y se continúa implementando. Debido a la mejoría que produjo en los indicadores de salud la incorporación de ACS en el estado de Ceará, a partir de 1991 se impulsó como política nacional, surgiendo el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), con el objetivo de bajar las tasas de morbilidad infantil y materna, especialmente en la región nordeste del país. Se inicia a finales de la década de 1980 y se continúa implementando. Debido a la mejoría que produjo en los indicadores de salud la incorporación de ACS en el estado de Ceará, a partir de 1991 se impulsó como política nacional, surgiendo el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), con el objetivo de bajar las tasas de morbilidad infantil y materna, especialmente en la región nordeste del país. Las y los ACS han sido concebidos como un nuevo/a trabajador/a asalariado/a que pasó a integrar los equipos multiprofesionales de salud familiar de APS. Especial relevancia tuvo esta estrategia en el contexto de la reorganización de los servicios de salud de Brasil, con la implantación del Programa de Salud Familiar en 1994. A este programa de ACS se le asignó el rol de lazo entre la comunidad y el sistema de salud, cumpliendo funciones que trascendían el ámbito del cuidado tradicional de la salud, ya que podían actuar en relación a las condiciones de vida de la población (Schubert y Neves da Silva, 2011). Las y los agentes comunitarios deben vivir en su comunidad, siendo designados en un proceso público con un fuerte compromiso de la comunidad.

3.1 La salud popular y comunitaria en Chile. Algunos antecedentes

Durante la dictadura militar, en medio de la crisis económica de 1982 y de la consiguiente pobreza reflejada en las áreas urbanas del país, surgieron iniciativas de salud poblacional alternativas que buscaban enfrentar los problemas de salud tanto en el ámbito preventivo como curativo. Una parte importante de estas experiencias nacieron al alero de la Iglesia católica, tales como policlínicos de salud que atendían a las víctimas de la represión. Estas propuestas, que en un inicio contaron con un fuerte énfasis asistencial, fueron ampliando su ámbito de trabajo, tejiendo redes con otras organizaciones emergentes del movimiento poblacional con la finalidad de enfrentar la pobreza y cubrir las necesidades básicas de la población, con actividades como las ollas comunes y comprando juntos, entre otras instancias organizativas.

En este contexto se originó una orgánica propia de salud en diversas poblaciones, los “grupos de salud”, destacándose en estos una alta presencia de mujeres. Muchos líderes sociales de salud fueron formados y apoyados por el programa de salud del Arzobispado de Santiago, que surgió en los años 1975–1976 con el fin de apoyar los comedores infantiles de la Iglesia, para luego migrar a la formación de líderes en salud, iniciativa que contribuyó a rearticular el tejido social y a responder a la situación de emergencia y a las necesidades sociales de salud que demandaban los pobladores en los años ochenta (Illanes, 2010).

Además del trabajo impulsado por la Iglesia católica, surgieron experiencias de formación de grupos de salud poblacionales apoyados por organizaciones no gubernamentales, como la actual Fundación Educación Popular en Salud (EPES), institución que ya por entonces formaba y asesoraba a grupos de salud en Santiago y Concepción. El quehacer de estas organizaciones comunitarias en salud no se vinculaba necesariamente a los servicios locales de salud, sino que autónomas en su origen y en el trabajo que realizaban con la comunidad, su práctica respondía a las necesidades de la población, con un concepto de salud integral ligado a las condiciones de vida de las comunidades, en el que a la lucha por mejores condiciones de vida y de salud, se unió la lucha por la recuperación de la democracia.

En la actualidad, desde los servicios locales de APS se trabaja en coordinación con los Consejos Locales de Salud y con personas voluntarias que apoyan acciones específicas de los centros de salud. Algunas de las experiencias de formación de agentes de salud que han sido impulsadas desde los servicios, están pensadas para abordar temáticas específicas de acción como son las/os facilitadores/as interculturales. Estos se insertan en el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) desde 1996, en el que su rol es la intermediación entre personas de los pueblos originarios y los servicios de salud (Aguirre, 2006).

Así también, en el último tiempo se han desarrollado experiencias de formación de monitoras de salud para el cuidado domiciliario de adultos/as mayores, asumiendo los cambios en la esperanza de vida de la población y las necesidades de cuidado y atención en salud de la población adulta mayor. Algunas de estas iniciativas han sido llevadas a cabo por los municipios y organizaciones no gubernamentales en coordinación con el sector salud (Covarrubias, 2016).

Existen millones de agentes comunitarios en salud muchas partes del mundo



4. Características de la estrategia de instalación de ACS en la experiencia internacional

Se ha dado un amplio debate acerca de las conceptualizaciones que se han desarrollado en torno al rol de las y los ACS y sus funciones, así como también han surgido diferentes maneras de denominarlos a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) han desarrollado definiciones tratando de sintetizar las orientaciones centrales de lo que deber ser el trabajo de las y los ACS en diferentes períodos históricos. El eje central delimitado por ambas instituciones es **ser el vínculo entre la comunidad y los servicios de salud locales**.

Respecto de las definiciones que se han elaborado sobre el rol de las y los ACS, así como sobre el tipo de funciones que han desarrollado en las diversas experiencias llevadas a cabo, se han identificado un rol de funciones generales y otro rol de funciones específicas más vinculado a acciones de tipo curativo.

4.1 La definición de ACS de la Organización Mundial de la Salud: trayectorias

En las diversas iniciativas que han implementado programas de ACS, se ha conceptualizado y utilizado distintos términos para definir a las personas de una comunidad que proveen de servicios básicos de salud a esta. En la literatura existente se han podido identificar al menos 36 diferentes términos con los cuales se conoce a las y los ACS (Lehmann y Sanders, 2007): trabajador/a comunitario/a, promotor/a de salud, monitor/a de salud, agente comunitario de

salud, voluntario/a, trabajador/a rural de salud, médico rural y ayudante de sanidad, educador/a de bienestar de la familia, trabajadores/as de salud comunitario, agente de salud del pueblo, entre muchos otros.

Una de las definiciones más ampliamente aceptada es la elaborada por el Grupo de Estudio de la Organización Mundial de la Salud:

La Conferencia de Yaoundé resumió bien las características de los ASC al declarar que deben ser “miembros de la comunidad en la que trabajan y seleccionados por ella, que han de responder a la comunidad por sus actividades, estar apoyados por el sistema de salud, pero sin formar necesariamente parte de su organización, y recibir una formación más breve que la dispensada a los trabajadores profesionales. (OMS, 1989, p. 6)

Otra definición a considerar es la aportada por Lewin et al. (2006), quienes señalan que un/a ACS es:

cualquier individuo sea hombre o mujer que realiza funciones relacionadas con el cuidado de la salud, que han sido entrenados de alguna manera dentro del contexto de lo que es intervención, y que no tienen un entrenamiento formal, certificación profesional o alguna educación formal. (Lewin et al., 2006, p. 8)

En esta definición se reconoce un ámbito muy general en la prestación de servicios de salud, relevándose la necesidad de una capacitación acorde al contexto, junto con un perfil no profesional en la formación de un/a ACS.

En el año 2008 la OIT elaboró la siguiente definición de ACS:

Los agentes de salud comunitarios proporcionan educación sanitaria y referencias para una amplia gama de servicios. Proporcionan apoyo y asistencia a las comunidades, familias e individuos con medidas preventivas y de salud para mejorar el acceso a salud curativa y a los servicios sociales. Crean un puente entre los proveedores de salud, servicios sociales y comunitarios; y las comunidades que pudieran tener dificultades para acceder a estos servicios. (cit. en Frontline Health Workers Coalition, 2015, p.9)

Junto con la necesidad de avanzar en la precisión y actualización de las definiciones del trabajo que realizan las y los ACS, también se reconocen sus limitaciones, situación que se relaciona con la diversidad de tareas y funciones que son parte del quehacer de las y los ACS y con las particularidades de cada experiencia, territorio y contexto. La trayectoria de las definiciones y experiencias muestra la tensión entre el énfasis en algunas definiciones en roles que se encuentran centrados en aportar al empoderamiento comunitario, y otras en que se releva un rol más técnico en salud en función de la ampliación de la cobertura de estos servicios.

4.2 Cómo son concebidos las y los ACS en otras partes del mundo

En relación con la conceptualización, la definición del rol, las funciones y actividades que llevan a cabo las y los ACS, existe consenso al respecto en que el rol fundamental es ser un lazo entre la comunidad y los servicios de salud. Las actividades “puente” desarrolladas pueden incrementar

la eficacia de actividades tanto curativas como preventivas, pero lo que se considera más importante es la gestión y apropiación de la comunidad de los programas de ACS (Kahssay, Taylor y Berman, 1998).

Así, la evidencia muestra un rango muy amplio de actividades, las que pueden ser divididas en dos ámbitos de trabajo. Por un lado, experiencias en las que el desarrollo de las actividades responden a un rol de funciones generales en salud; y por otro, a un rol de funciones específicas en salud (Lehmann y Sanders, 2007).



Actividad:

De acuerdo a lo que se ha visto sobre las características, historia y roles que cumplen las y los agentes comunitarios en salud en distintas partes del mundo:

¿Qué experiencias le llaman la atención? ¿Por qué?

¿Qué elementos rescata de ellas?

¿Cuáles podrían ser aplicadas en Chile y, de manera particular, en el CECOSF en que trabaja?

4.3 Rol de las/os ACS por funciones generales y por funciones específicas

Acerca del ámbito general de tareas de las y los agentes comunitarios, estos han prestado servicios básicos de salud, en su mayoría curativos, dentro de los hogares y comunidades, a la vez que han asistido a otros profesionales de la salud (Lehmann y Sanders, 2007).

Desde este enfoque, se espera que las y los ACS puedan realizar una amplia gama de funciones como visitas domiciliarias, higiene ambiental, provisión de agua, primeros auxilios y tratamientos simples, así como abordar enfermedades comunes. También, actividades de educación para la salud, vigilancia nutricional, salud materna e infantil y de planificación familiar. Asimismo, se identifican funciones relacionadas con el control de enfermedades transmisibles como diarreas, actividades de desarrollo comunitario, referencias a los servicios de salud, mantenimiento de registro, recolección de datos sobre eventos vitales y vacunaciones (Ofosu-Amaah, 1983).

La experiencia brasileña responde a este modelo. Sus funciones más importantes son la realización de acciones en el ámbito de la prevención y promoción en salud a nivel individual, grupal y comunitario, para lo cual se les responsabiliza por un territorio geográfico específico. Cada ACS es responsable de 750 individuos, aproximadamente 150 hogares de su comunidad (The Earth Institute, 2011, p. 22), y por cada centro de salud se asignan entre seis u ocho ACS. Las y los ACS son supervisados/as y entrenados/as por las enfermeras de los equipos de salud respectivos. Una de sus principales tareas es la realización de visitas domiciliarias para el acompañamiento de hipertensos/as, diabéticos/as, niños/as menores de dos años y preparto de mujeres embarazadas (Schubert y Neves da Silva, 2011).

Las actividades que las y los ACS desarrollan en Brasil son:

- a. La utilización de instrumentos para el diagnóstico demográfico y sociocultural de la comunidad.
- b. La promoción de acciones de educación para la salud individual y colectiva.
- c. El registro, para fines exclusivos de control y planeamiento de las acciones de salud, de nacimientos, muertes y enfermedades y otros agravios a la salud.
- d. El estímulo a la participación de la comunidad en las políticas públicas en el área de la salud.
- e. La realización de visitas domiciliarias periódicas para monitoreo de situaciones de riesgo en la familia.
- f. La participación en acciones que fortalezcan los hilos entre el sector salud y otras políticas que promuevan la calidad de vida.

(Schubert y Neves da Silva, 2011, p. 47)

Los requisitos que deben cumplir las y los ACS en Brasil son tres: provenir de la comunidad a la cual se va a servir, haber completado la educación básica y rendido un curso introductorio para ACS (Schubert y Neves da Silva, 2011).

En Estados Unidos, las y los ACS también responden a un perfil más general de funciones. Ellas/os son entrenados/as por varias organizaciones acreditadas y pueden desempeñarse en instituciones públicas y/o privadas (Covarrubias, 2016). Algunas experiencias reportan un aporte sustantivo en los cuidados ambulatorios. Se han destacado contribuciones importantes de intervenciones de ACS en la prevención y el control de enfermedades crónicas, así como en la función de mediadores/as culturales entre la comunidad y los sistemas de salud formales, proporcionando mensajes educativos accesibles y más apropiados culturalmente a la comunidad relativos a la salud, además de brindar consejería y prestación de servicios directos. Parte de sus funciones tiene que ver con enseñar a las personas a “navegar” en el sistema de salud, para acceder a sus servicios y prestaciones (Brownstein, Hirsch, Rosenthal y Rush, 2011).

4.3.1 Rol de las/os ACS por funciones específicas

Respecto del perfil de funciones más específicas del rol de los/as ACS, se asocia a actividades con fuerte énfasis biomédico, destinadas al manejo y tratamiento de problemas de salud en el ámbito materno-infantil, planificación familiar y salud

reproductiva. También ligado al cuidado de la tuberculosis, control de la malaria, cuidados y asistencia en relación con el VIH/SIDA y el tratamiento de infecciones respiratorias agudas.

Un ejemplo de lo anterior fueron las experiencias llevadas adelante en la década de 1990, en el contexto de la epidemia del VIH, en lugares con altas tasa de prevalencia, como países de África y Haití, donde las y los ACS realizaron funciones en el ámbito de la prevención, cuidado y apoyo en el tratamiento de esta enfermedad. Aunque estas experiencias no han sido del todo documentadas y evaluadas hasta el momento (Lehmann y Sanders, 2007), se aprecia un rol más centrado en lo curativo.

Asimismo, se han documentado exitosas experiencias en la reducción de la mortalidad infantil a través de programas con ACS con este énfasis (Haines et al., 2007). Sin embargo, Sanders et al. (2012) aclaran que esta estrategia no es simple, requiere de tareas focalizadas, una adecuada remuneración, capacitación, supervisión, y la participación activa de las comunidades en las que se trabaja. También señalan que si el pago está asociado a una tarea específica, como metas de vacunación o de visitas domiciliarias, impide que las y los ACS comprometan a la comunidad en la identificación de sus determinantes sociales de la salud.

Las y los ACS desarrollan diversas actividades para mejorar la salud de sus comunidades

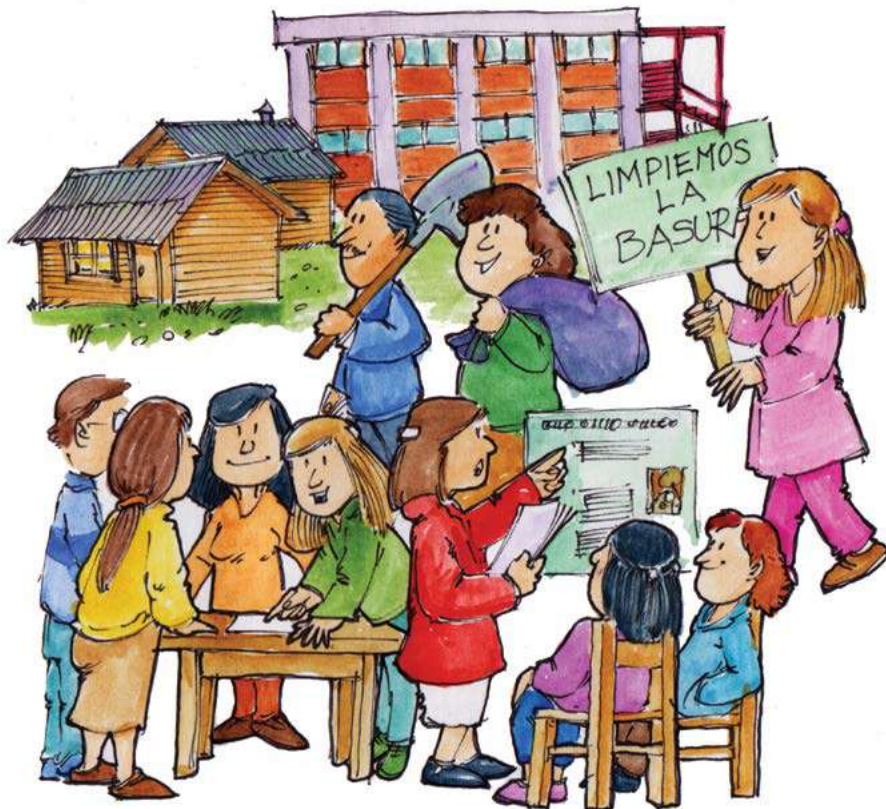


Tabla N° 1: Actividades de ACS en varios países

Actividad	País/Países
Organización de la comunidad	Costa Rica, El Salvador, Perú
Planificación familiar	Costa Rica, Indonesia
Educación para la salud	Costa Rica, Indonesia, Nicaragua, Haití, Venezuela, Perú, Brasil
Visitas a domicilio	Colombia, El Salvador, Irán, Nicaragua, Perú, Brasil
Vacunas (promoción y vigilancia)	China, Costa Rica, Nicaragua, Haití, Venezuela, Brasil
Promoción de la salud materno-infantil	Colombia, Nicaragua, Haití, Venezuela, Brasil, Perú
Derivación de pacientes	Costa Rica, Indonesia, Perú, Brasil
Tratamiento de enfermedades comunes	China, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Indonesia, Brasil, Nicaragua, Haití, Perú
Administración de medicamentos esenciales	Haití
Mediar relaciones con la comunidad y los servicios de salud	Brasil
Apoyar y fortalecer actividades preventivas entre vecinos	Perú, Brasil
Primeros auxilios	Perú, Venezuela
Renovación y mediación entre la medicina tradicional y la medicina occidental	Bolivia
Intercambio de creencias, valores y costumbres	Bolivia
Mapeo comunal y de hogares en riesgo	Perú, Brasil
Vigilancia de familias en riesgo	Perú, Brasil
Difusión en campañas de prevención y promoción de la salud	Perú, Brasil

Fuente: traducido y adaptado de University of Arizona y The Annie E. Casey Foundation (1998), con información actualizada de Johnson et al,(2013) y Ministerio de Salud de Perú (2007).

Volver al Índice 

5. Aportes, limitaciones y desafíos de la estrategia de ACS

La implementación de programas de ACS ha tenido aportes significativos al sistema de salud en distintos países, al proveer de servicios básicos a las comunidades y mejorar los indicadores de salud en contextos de pobreza. Sin embargo, en el desarrollo de estas iniciativas se han detectado debilidades tanto en su planificación como en su implementación. A continuación, se revisarán cuáles han sido los principales aportes de esta estrategia, así como sus limitaciones y desafíos en el contexto actual.

5.1 Principales beneficios, tensiones y desafíos que ha presentado la implementación de ACS

Existe consenso en la literatura respecto de que los programas de ACS (Lehmann y Sanders, 2007):

- Han realizado una invaluable contribución en términos de mejorar el acceso y la cobertura de la población a servicios de salud básicos.
- Para una mayor efectividad, los/as ACS deben ser cuidadosamente seleccionados/as, entrenados/as y proporcionarles un apoyo continuo.
- Los principales aprendizajes de experiencias del pasado dicen relación con que los programas de ACS deben tener una gestión fuerte, una adecuada selección y formación, así como estructuras de retención e incentivos adecuados, y buenas relaciones con otros/as trabajadores/as de salud (Campbell y Kerry, 2011).

La literatura reporta que las y los ACS, además de ser parte fundamental en el vínculo entre la comunidad y los sistemas formales de salud, proporcionan la base para las acciones comunitarias sobre los determinantes sociales de la salud, y son intermediarios/as para el apoyo de iniciativas derivadas de salud (Sanders et al., 2012). Pueden jugar un rol de “animadores/as sociales” en el abordaje de acciones dirigidas a la promoción de salud en la comunidad, escuelas y los hogares (Sanders et al., 2012).

A pesar de tener un rol complejo, las y los ACS establecen relaciones de reciprocidad y cercanía con la comunidad, lo que resulta de compartir sus códigos culturales y sociales, aspectos que por lo general ningún otro miembro del equipo de salud posee, lo que se convierte en un recurso invaluable para el desarrollo del trabajo comunitario en salud.

Una de las principales tensiones dice relación con la conceptualización del rol de las y los ACS. Existe cierta incertidumbre respecto de la conceptualización del rol de ACS como trabajador/a de extensión de los servicios de salud o como un agente de cambio que defiende a su comunidad, sus intereses, aboga por sus derechos y enfrenta las inequidades (Lehmann y Sanders, 2007).

Un estudio de la década de 1980 impulsado por tres programas nacionales de ACS implementados en Botswana, Colombia y Sri Lanka, encontró que las/os ACS se habían capacitado para ser agentes de cambio en sus comunidades; sin embargo, en la práctica funcionaban como una extensión de los servicios formales de salud, más que agentes independientes (Gilson et al., 1989).

Algunas limitaciones de los programas implementados con ACS refieren a que son vulnerables, a menos que sea una estrategia apropiada y validada por la comunidad y que las y los ACS se encuentren firmemente insertos en la comunidad a la que sirven, donde puedan defender sus intereses (Lehmann y Sanders, 2007).

Se ha señalado que los desafíos que enfrentan los programas nacionales que involucran ACS tienen que ver con:

- La necesaria planificación y evaluación de los programas nacionales, los que deben considerar un apoyo constante, seguimiento y supervisión a las labores realizadas por las y los ACS, lo que significa asignar recursos.
- Realizar una adecuada selección, entrenamiento y capacitación continua de las y los ACS.
- Incluir en la planificación una estructura de retención e incentivos adecuados, monetarios y en especies.
- Claridad en la definición del rol de la o el ACS en la prevención, promoción y en lo asistencial, con un énfasis en las dos primeras áreas de acción, ya que la presión por responder a necesidades de tipo curativo puede desperfilar el rol de las y los ACS. Esto implica definir también la relación con el equipo de salud, así como con la comunidad.
- Abordar las tensiones derivadas de las relaciones de poder en el equipo de profesionales en el que se insertará el o la ACS, ámbito en el que existe una fuerte valoración hacia la formación profesional en desmedro de otros saberes.
- Definir la participación que tendrá la comunidad en la implementación y evaluación de los programas de ACS.

Otro de los desafíos más importantes es que en la medida que las y los ACS se hacen parte de los equipos locales de salud, se corre el riesgo de profesionalizar/tecnificar su labor, perdiendo su vínculo con la comunidad. Esta tensión se ha identificado en la experiencia brasileña, en la que la necesaria formación de las/os ACS ha derivado hacia una profesionalización de su labor.

La estrategia de ACS a nivel mundial ha mostrado ser un aporte fundamental para mejorar la salud de las comunidades, contribuyendo

a la participación y empoderamiento comunitario para hacer frente a los determinantes sociales de la salud, junto con proveer de servicios básicos de salud a las poblaciones más excluidas. Sin embargo, es necesario aprender de las debilidades y obstáculos identificados, así como adecuar la estrategia de ACS a las necesidades identificadas por las poblaciones atendidas por los CECOSF, de modo que haya pertinencia al contexto chileno (Covarrubias, 2016).

6. Incorporación de ACS en los CECOSF

La incorporación de la estrategia de ACS en Chile es de carácter piloto y se implementará en los cien nuevos CECOSF que se construirán entre los años 2016 y 2017.

A través del Ordinario N° 2887, del 23 de septiembre de 2016, la Subsecretaría de Redes Asistenciales presenta las orientaciones generales que se deben resguardar en la implementación de esta nueva estrategia, indicando que cada CECOSF deberá hacer una definición más detallada de los lineamientos que se entregan. En primer término, este documento señala que:

- El objetivo principal de la incorporación del ACS es facilitar el vínculo del centro con la comunidad, preferentemente este trabajador no debe desempeñar funciones asistenciales.
- El ACS debe participar como un miembro más del equipo de salud y estar incorporado en las diferentes instancias de reunión del centro.
- En la definición particular de cada territorio se debe cautelar la transparencia en la selección del ACS.

(Subsecretaría de Redes Asistenciales y DIVAP, 2016)

En segundo término, las orientaciones para la incorporación de ACS como un nuevo trabajador/a de los equipos de salud de los CECOSF establecen dos funciones generales a desarrollar por estos, sugiriendo las actividades a realizar, las que podrían tener distintos matices a nivel local. Las funciones son las siguientes:

Participar en la definición y ejecución de tareas relativas a la Promoción y Prevención en Salud, como parte del equipo de salud, incluyendo: la articulación con el intersector y la comunidad; el fomento de la participación ciudadana; el apoyo en la generación de iniciativas para la comunidad y participación en fondos concursables; y la educación en salud.

Inclusión y desarrollo de la interculturalidad.

(Subsecretaría de Redes Asistenciales y DIVAP, 2016, p p. 1-2)

Actividades sugeridas

Actividades relativas a la prevención y promoción en salud

Establecer vínculos con las organizaciones comunitarias y con las organizaciones locales.

Cooperar en catastros de familias.

Identificar población no inscrita en los CECOSF.

Coordinar y participar en ferias comunitarias y actividades con y de la comunidad.

Apoyar el mantenimiento de un catastro actualizado de las organizaciones de la comunidad e intersector.

Coordinar con el intersector (acciones comunitarias con la comunidad, sector salud y otras instituciones).

Proponer acciones para dar respuesta a los problemas de la comunidad.

Informar en salud.

Compartir con el equipo de salud las particularidades de la comunidad.

Participar en reuniones técnicas y comunitarias.

Convocar a personas de la comunidad para recoger necesidades de salud y vincularlas con el sistema de salud.

Realizar visitas domiciliarias de acompañamiento familiar y seguimiento de casos.

Coordinar grupos de autoayuda.

Participar en mesas territoriales.

Apoyar y promover el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) llevado a la comunidad.

Apoyar la formación de redes locales.

Generar reuniones con la comunidad para recoger necesidades de salud.

Difundir fondos concursables de apoyo a la comunidad.

Informar oportunamente, con calidad, con conocimiento.

Informar sobre el funcionamiento de la red asistencial (prestaciones) a la comunidad.

Actividades relativas a la inclusión y el desarrollo de la interculturalidad

Ser un/a facilitador/a de la cultura local y familiar.

Ser un colaborador/a, articulador/a de acuerdo al contexto social y de género.

Compartir con el equipo de salud el conocimiento de creencias, espiritualidad, prejuicios y concepciones de la población.



Actividad:

En Perú, el 4 de junio se celebra el Día del Agente Comunitario en Salud, como una forma de reconocer públicamente la labor que estas personas realizan.

Rímac, 04 de junio de 2015

Dirección de Red de Salud Lima Norte V rinde

Merecido Homenaje en el Día del Agente Comunitario en Salud

La Dirección de Red de Salud Lima Norte V Rímac-SMP-LO y la Municipalidad de San Martín de Porres en ceremonia oficial, rinden merecido homenaje a las Agentes Comunitarias de Salud, al celebrarse su día el 04 de junio de cada año.

Esta vez 80 agentes comunitarias del distrito de San Martín de Porres estuvieron presentes para ser reconocidas por la invalorable labor que realizan a favor de la comunidad.

[...] Se distinguió a la agente comunitaria más antigua de la institución, con 25 años de servicio, la señora Delfina Castañeda del Centro de Salud Amakella y se hizo entrega de diploma de reconocimiento a todas las agentes de la jurisdicción.

El Director Ejecutivo, Dr. Miguel Gonzáles Saavedra señaló, “los Agentes Comunitarios de Salud se constituyen como educadores, comunicadores y gestores comunales en su comunidad desde su rol preventivo y promocional de la salud. Reciban un cordial saludo de felicitación y reconocimiento”.

(Fuente: http://www.reddesaludrimac.gob.pe/noticias/2015/noticias06_16/NI%20105%20dia%20del%20acs.pdf)

Preguntas para la reflexión:

¿Qué contribuciones han realizado las y los ACS en otras partes del mundo?

¿Qué aprendizajes y orientaciones se pueden identificar de la experiencia internacional con ACS para el trabajo en Chile?

¿Cuáles serían las principales funciones que deberían desarrollar las y los ACS en los CECOSF en Chile?

¿En su experiencia, qué tipo de acciones ha realizado que se asemejen a las actividades que debieran realizar las y los ACS en los CECOSF?

RESUMEN DE LA UNIDAD

En esta unidad se entregaron diversos antecedentes sobre la experiencia internacional de incorporación de ACS, dando cuenta de los distintos énfasis y orientaciones que ha tenido este proceso y de los aportes, tensiones y desafíos que ha presentado esta estrategia. También se exponen al final de la unidad los lineamientos definidos para el proceso actual de incorporación de ACS en los CECOSF.

Objetivos de la estrategia: un objetivo transversal que ha guiado las distintas estrategias de incorporación de ACS es acercar los servicios básicos de salud a comunidades de bajos ingresos y/o alejadas de los centros urbanos.

Orígenes distintos: se pueden identificar a lo menos dos orígenes: en algunos países la estrategia ha sido puesta en marcha por los gobiernos y los servicios de salud respectivos, y en otros han sido las propias comunidades las que se han organizado. También hay algunos casos en los que puede haber un origen mixto. Sin embargo, independientemente del origen es innegable la influencia que ha tenido en esta estrategia la declaración de Alma-Ata y el consiguiente impulso y valoración de la atención primaria.

Rasgos comunes: a pesar de las diferencias entre unas y otras experiencias, un aspecto común es que las y los ACS provienen de las comunidades en las que trabajan, lo cual ha servido para legitimar el rol que cumplen y para aportar a este desde la experiencia cercana y cotidiana que tienen con la comunidad. Otro aspecto común relevante es que actúan como un vínculo entre la comunidad y los servicios de salud.

Aportes:

- Mejoramiento en el acceso y la cobertura de la población a servicios básicos de salud.
- Establecimiento de relaciones de reciprocidad y cercanía con la comunidad.

Tensiones:

- Trabajo enfocado en el quehacer programático de los servicios de salud o como representantes de la comunidad
- Relación cercana con la comunidad que puede verse tensionada por la profesionalización del rol.

Aprendizajes emanados de la experiencia internacional:

- Apoyo constante, seguimiento y supervisión a las labores realizadas por ACS. Asignación de recursos en las experiencias institucionalizadas.
- Relación fluida con el equipo de salud; se debe poner atención en las relaciones de poder que se producen en los equipos.
- Claridad en los roles y funciones que cumplirán las y los ACS.
- Evaluación permanente.
- Procesos de selección adecuados.
- Capacitación y entrenamiento continuos.
- Incentivos permanentes y valoración de sus roles y funciones.

Incorporación de las/os ACS en los CECOSF

Características centrales:

- Facilitar el vínculo del centro con la comunidad,
- Ser un integrante más del equipo de salud
- Preferentemente no deben desempeñar funciones asistenciales, sino que centrarse en el trabajo comunitario.
- Cada territorio deberá cautelar por la transparencia en el proceso de selección de cada ACS.

Funciones centrales:

1. Participar en la definición y ejecución de tareas relativas a la promoción y prevención en salud, lo que incluye: la articulación con el intersector y la comunidad, el fomento de la participación ciudadana, el apoyo en la generación de iniciativas para la comunidad y la participación en fondos concursables, y la educación en salud.
 2. Inclusión y desarrollo de la interculturalidad.
-



UNIDAD II

La atención primaria y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Chile

Introducción

En esta unidad se revisarán algunas de las trayectorias seguidas por la conformación del sistema de salud y algunos de los cambios experimentados por la institucionalidad, como marco para situar la estrategia de implementación de los CECOSF. Se entregarán además algunos elementos conceptuales para adentrarse en la estructura actual del sistema de salud en Chile.

Otro aspecto que se abordará es el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, entregando algunos antecedentes y reflexiones para su mejor comprensión, repasando algunos de los aspectos centrales del modelo biopsicosocial y enfatizando en la importancia que tiene para el sector salud el tránsito desde el modelo biomédico hacia este nuevo paradigma. También se hará referencia a los tres principios que se han definido como irrenunciables para la APS.

OBJETIVO DE LA UNIDAD

Contar con información y reflexionar sobre las trayectorias, tensiones y características del sistema de salud en Chile, poniendo énfasis en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, y en los principios irrenunciables de un sistema de salud basado en la atención primaria.

1. El largo camino a “Salud para todos y todas”

1.1 Antecedentes de la creación de la institucionalidad de salud en Chile

La aspiración por disponer de un modelo de salud que esté efectivamente al alcance de la población y que sea pertinente para todas las personas, ha estado en el centro de las estrategias sanitarias que desde la primera mitad del siglo XX pusieron la atención en la necesidad de enfrentar las malas condiciones de salud y salubridad en que se encontraba la mayor parte de los habitantes del país.

La pobreza, los movimientos migratorios, la falta de seguridad social, la naciente industrialización, el trabajo precario, la escasez de viviendas, las altas tasas de mortalidad, la prevalencia de enfermedades infecciosas, las malas condiciones de higiene, el alcoholismo, entre otras problemáticas, constituyeron lo que se conoció en Chile como la “cuestión social” (1880-1920), apelativo que junto con visibilizar los problemas sociales de la época, hizo también hincapié en la baja capacidad que mostraron las elites para enfrentarlos.

En un contexto en que el Estado se encontraba ausente de la provisión de servicios, políticas públicas y de legislaciones sociales, la salud de las personas estaba resentida por el abandono y la falta de condiciones necesarias para subsistir y desarrollarse. Un ejemplo de esto es que en materia de salud se llegó a hablar de “enfermedades sociales”, como una forma de expresar que la tríada tuberculosis, sífilis y tifus exantemático era una manifestación de las precarias condiciones de vida.

Según la historiadora María Angélica Illanes (1993), hacia 1920 la mortalidad general en el país era de 34 por mil habitantes. Fue durante esa década que se produjo el tránsito hacia la creación de una institucionalidad de salud, pues anterior a eso la salud había estado principalmente en manos de privados y se extendía a los más pobres solo por medio de la beneficencia. En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, nueva cartera que mostraba el proceso de creciente involucramiento que iba a tener el Estado en estas materias. En paralelo, desde fines del siglo XIX se produjo el surgimiento de organizaciones obreras que buscaron, a través de la asociación y el apoyo mutuo, enfrentar los problemas sanitarios que dejaban a las y los trabajadores en situación de extrema vulnerabilidad.

Otro hito importante fue la creación en 1952 del Servicio Nacional de Salud, organismo que tuvo por objetivo central velar por la salud del conjunto de la población. En esta entidad se fusionaron instituciones que actuaban por separado, tales como: la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social (1925), el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero (1924),

Para reflexionar:

¿Qué recuerdos tiene de la situación de salud en su hogar cuando era niño/a?

Cuando alguien se enfermaba en su familia, ¿adónde acudían?

¿Quién se preocupaba del cuidado de la salud?

¿Cómo eran las condiciones sanitarias del lugar donde vivía?

el Servicio Nacional de Salubridad (1925), la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia (1942), la sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo (1929), los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades, y el Instituto Bacteriológico de Chile (1929) (Ministerio de Salud, s.d.). Unos años después, en 1959, se promulgaría la creación del Ministerio de Salud Pública.

Entre la década de 1960 y 1970, el sistema de salud enfrentó variados desafíos. Fue así como en el transcurso de los años se logró contar con mejores condiciones sanitarias para la población y se enfatizó en la atención del recién nacido, niñas y niños, incorporándose también, de manera masiva, a mediados de los años sesenta las políticas de planificación familiar.

Luego del Golpe Militar de 1973, el sistema de salud fue reorganizado en 1979, quedando compuesto por: “los Servicios de Salud (donde radicarón las funciones operativas), el Fondo Nacional de Salud (al que se le asignó la función financiera), además de la Central de Abastecimiento (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP)” (MINSAL, 2011, p. 13). Al año siguiente, en 1980, se inició la municipalización de los consultorios de atención primaria. En 1981 se crearon las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), entidades aseguradoras privadas en las que se encuentra una parte de la población (18,5%).

1.2 La defensa de la salud desde una mirada global

En el contexto de la convulsión y el asombro que significaron las serias transgresiones a la dignidad, la integridad y la vida de las personas que se produjeron durante las dos guerras mundiales (1914 a 1918 la Primera, y 1939 a 1945 la Segunda), la gran crisis económica de 1929, y en particular los actos de genocidio¹ que se cometieron durante la Segunda Guerra Mundial y la consiguiente necesidad de reaccionar de una manera global ante tal barbarie, se generaron los acuerdos necesarios para establecer organismos que pudieran velar por la paz mundial y que trabajaran en pos de la reinstalación de la noción de los derechos humanos, siendo el principal de ellos la Organización de Naciones Unidas (ONU), creada en 1945.

En este contexto, la salud surgió tempranamente como un problema que debía ser atendido a nivel mundial y que no podía estar ajeno a la perspectiva de derechos. Fue así que en 1946, en el marco de las reuniones y tratativas para la constitución de un organismo de este tipo, se sentaron las bases para la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableciéndose en el preámbulo de su constitución la definición de salud que se utiliza hasta hoy.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. (OMS, 2006, s.p.)

¹ Según Naciones Unidas, el genocidio se define como cualquiera de los actos que se mencionan a continuación que sea perpetrado con la intención de destruir total o parcialmente a un grupo nacional, étnico, racial o religioso. Constituyen genocidio: la matanza de miembros del grupo; lesiones graves a la integridad física o mental de los miembros del grupo; sometimiento intencional del grupo a condiciones de existencia que hayan de acarrear su destrucción física, total o parcial; medidas destinadas a impedir nacimientos en el seno del grupo; traslado por fuerza de niños del grupo a otro grupo (ONU, s.d.).

De este modo, en su propia acta de constitución se estableció que la finalidad de la OMS es alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud, constituyéndose en un eje central para la obtención de este gran objetivo la Atención Primaria (AP), la cual ha sido definida por este organismo como: “La asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país” (OMS, s.d.a).

Otros hitos en materia de salud en el ámbito internacional son:

- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. En septiembre de 1978, en la ciudad de Alma-Ata en Kazajistán, se realizó esta conferencia, conocida mundialmente por el nombre de esta ciudad y por la importancia que tomó la declaración que emanó de dicha reunión, pues en ella se estableció que la meta para el año 2000 debía ser la de “Salud para todos”, premisa que no se ha cumplido a cabalidad, pero que se mantiene como un horizonte al que se debiera llegar. Otro de los aspectos centrales de esta conferencia fue que se reconoció que la estrategia que podía permitir llegar a esta meta y que por lo tanto se debía profundizar era la atención primaria.
- Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en 1986 (Carta de Ottawa). Esta define la promoción de la salud como un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir mayor control sobre sí mismas, a la vez que establece ámbitos de acción de la promoción de la salud como los siguientes:
 - Elaboración de una política pública favorable a la salud.
 - Formación de entornos propicios.
 - Fortalecimiento de la acción comunitaria.
 - Desarrollo de las aptitudes personales.
 - Reorientación de los servicios sanitarios (OMS, s.d.b).

Párrafos seleccionados de la Conferencia de Alma-Ata

“...La conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del más alto grado posible de salud es el objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además de la salud...”.

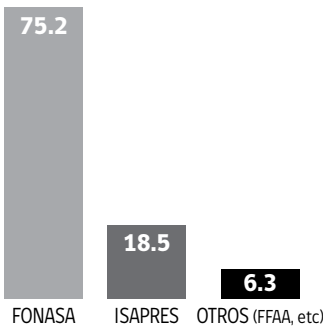
“...El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos...”.

Fuente: OMS (s.d.c)

2. El sistema de salud en Chile: estructuración

Chile posee un sistema mixto de salud, es decir, está constituido por dos sistemas que conviven en paralelo: uno de carácter público y el otro, privado. Entre las características centrales del sistema público destaca el hecho de atender a la mayor parte de la población del país, abarcando al 75,2% de la población. Dentro de este porcentaje se encuentran las personas que en forma cotidiana enfrentan diversos factores de discriminación como son la pobreza, vivir en zonas alejadas, la pertenencia a un pueblo originario, ser adulta/o mayor, por solo mencionar algunos. Cabe señalar que parte importante de la población que se encuentra afiliada al sistema privado, cuando envejece se traslada al sistema público.

Grafico N° 1: Población afiliada a sistema publico y otros (%), 2014



Fuente: elaboración propia con datos de Fonasa (s.d).

[Volver al Índice](#)

El sistema privado atiende a través de una cartera de aseguradoras privadas, llamadas Isapres, al 18,5% de la población, por lo general sectores de mayores ingresos en comparación con los sectores afiliados al sistema público. Un 6.3% corresponde a cotizantes en el sistema de Fuerzas Armadas y a personas que no están afiliadas a ningún sistema de seguro de salud, ya sea público o privado.

La forma de organización del sistema está encabezada por el Ministerio de Salud, que tiene por función la rectoría del sector salud, lo que implica: formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector, acción que también se conoce como Plan Nacional de Salud. Además, se encarga de dictar normas generales sobre materias de su competencia y de fiscalizar el cumplimiento de las normas a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) (MINSAL, 2004). Este primer nivel de la institucionalidad vigente en salud se ordena de la siguiente manera:

Tabla N° 2: Institucionalidad vigente en salud

Organismo	Breve descripción
Ministerio de Salud (MINSAL)	Le corresponde fijar las políticas de salud que serán la base de la programación, controlando además el cumplimiento de ellas.
Seremi de Salud	Autoridad regional, encargada de mantener actualizado el diagnóstico de la región y realizar vigilancia epidemiológica, además de evaluar las metas sanitarias de atención primaria.
Servicios de Salud	Son encabezados por el gestor de red (directores/as de servicios). Desde esta instancia se analiza y gestiona la oferta y la demanda, en función de los requerimientos de salud de la población y de la presentación del plan anual. También se encargan de la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. Responden y tienen que cumplir con los lineamientos del ministerio.

Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales y DIVAP (2015).

[Volver al Índice](#)

A partir de la reforma al sector salud implementada el año 2005, se produjo un cambio significativo en el sistema, que derivó en la separación de las funciones centrales que cumplía el ministerio a través de la creación de dos subsecretarías: la **Subsecretaría de Salud Pública**, que tiene por misión “asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen para contribuir a la calidad de los bienes públicos y el acceso a políticas sanitario-ambientales” (MINSAL, s.d.b); y la **Subsecretaría de Redes Asistenciales**, que tiene por misión principal “regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios” (MINSAL, s.d.c).

Otra transformación relevante que se produjo con la reforma de 2005 es que se estableció el régimen de Garantías Explícitas en Salud, conocido con el nombre de GES, por medio del cual se busca garantizar el acceso a servicios de salud en el caso de 80 patologías específicas.² Además de las dos subsecretarías mencionadas, el sistema de salud está integrado por otros cuatro organismos externos, tal como se aprecia en la Tabla N° 3.

Tabla N° 3: Organismos externos al sistema de salud

Organismo	Breve descripción
Fondo Nacional de Salud (FONASA)	Organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en Fonasa, como a aquellas que por carecer de recursos propios financia el Estado a través de un aporte directo (Fondo Nacional de Salud [Fonasa], s.d.).
Superintendencia de Salud	Tiene por misión “[r]egular y fiscalizar a los seguros y prestadores de salud del ámbito público y privado, resguardando los derechos de las personas, promoviendo la calidad y seguridad en las atenciones de salud” (Chile Atiende, s.d.).
Instituto de Salud Pública (ISP)	Servicio que posee autonomía de gestión y está dotado de personalidad jurídica y de patrimonio propio. Depende del Ministerio de Salud para la aprobación de sus políticas, normas y planes generales de actividades, así como para la supervisión de su ejecución. Su misión es la de contribuir al cuidado de la salud pública del país, siendo “la institución científico técnica del Estado que desarrolla de manera oportuna y con calidad sus funciones de Referencia, Vigilancia y Fiscalización” (Instituto de Salud Pública [ISP], s.d.).
Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST)	Servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Gestiona los procesos de compra requeridos por el MINSAL, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, FONASA, los servicios de salud, las Municipalidades y las corporaciones municipales y, en general, por las entidades que se adscriban al Sistema Nacional de Servicios de Salud [SNSS] para el ejercicio de acciones de salud. El servicio de intermediación corresponde a la consolidación de demanda de los clientes que pertenecen al SNSS, APS y extrasistema, con el objeto de obtener un volumen de compra que permita acceder a descuentos en el precio (Central de Abastecimiento [CENABAST], s.d.).

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes mencionadas anteriormente.

Volver al Índice 

² En el siguiente link se puede encontrar información sobre las Garantías Explícitas en Salud (GES): <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyvalue-3130.html>

Otro nivel en el que opera el sistema de salud, probablemente el más visible para las personas, es la llamada **Red Asistencial**, que involucra a los diversos tipos de establecimientos públicos donde se proveen atenciones y programas de salud. Estos organismos se clasifican según su complejidad y capacidad resolutoria, la que se divide en diversos tipos de atención: primaria, de especialidades, de hospitalización y de urgencia (Subsecretaría de Redes Asistenciales y DIVAP, 2014).

Es en esta Red donde operan, se coordinan, potencian y complementan todas las entidades encargadas de proveer servicios de salud a la población, sean estas:

actividades destinadas a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas y que se operativiza a través de un Modelo de Gestión, que conduce a una mayor capacidad resolutoria, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración e implica capacitación (nivelación y actualización) continua de sus equipos. (Subsecretaría de Redes Asistenciales y DIVAP, 2014, pp. 32–33)

Por Modelo de Gestión se entiende la forma en que se organizan y combinan los recursos en salud para contar con un modelo de atención que sea lo más operativo posible.

Los distintos tipos de establecimientos que forman parte de la Red Asistencial se clasifican por su complejidad, tal como se muestra en la Tabla N° 4.

Tabla N° 4: Tipos de establecimientos de la Red Asistencial de salud

Organismo	Breve descripción
Establecimientos de mayor complejidad	
1) Hospitales	Se encargan de entregar prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos. También tienen entre sus funciones colaborar en actividades de fomento y protección a través de acciones ambulatorias o en atención cerrada, y fomentar la investigación científica, el desarrollo del conocimiento en medicina y de la gestión hospitalaria.
2) Institutos	Establecimientos destinados a la atención preferente de una determinada especialidad. Ejs.: Instituto Nacional del Cáncer y del Tórax.

Establecimientos de menor complejidad

Divididos en complejidad media (3,4 y 5) y baja (6,7,8,9,10,11)

3) Exhospitales tipo 3	En ellos se realizan acciones de complejidad mediana, atienden especialidades básicas y subespecialidades. Cuentan con camas básicas e intermedias, y disponen de atención ambulatoria y cerrada.
------------------------	---

Volver al Índice 

Organismo	Breve descripción
4) Centros de Referencia de Salud (CRS)	Alude a establecimientos de atención abierta de mediana complejidad que entregan atención de tipo diagnóstico y terapéutico, preferentemente a personas referidas por los centros de salud.
5) Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT)	Establecimientos de atención abierta que abarcan procesos de alta complejidad; pueden o no formar parte de la infraestructura de un hospital. Cuentan con laboratorios y pabellones quirúrgicos.
6) Hospitales de baja complejidad en transformación a hospitales comunitarios	Hospital de Familia y la Comunidad (HFC), nombre que designa a establecimientos que forman parte de la estrategia de AP. Brindan una amplia gama de servicios de atención: ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria y hacia la comunidad, con un enfoque basado en las necesidades y preferencias de la población del territorio al que pertenecen.
7) Consultorios generales	Centros de salud primaria que tienen por objetivo central satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel primario. Pueden ser urbanos o rurales. En ellos se realizan acciones de prevención, promoción, tratamiento y recuperación. Deben estar conectados e involucrados con las comunidades en que se insertan.
8) Centros de Salud Familiar (CESFAM)	Corresponden a consultorios generales que ya cuentan con la certificación de centros de salud integral con enfoque familiar y comunitario. Su trabajo se realiza de manera sectorizada con equipos de cabecera por sector. Las intervenciones en salud se realizan desde el enfoque biopsicosocial. También deben estar involucrados con sus comunidades y propiciar la participación en salud.
9) Posta de salud rural	Como su nombre lo indica, están en una zona rural, por lo general de difícil acceso a otros centros de salud. Deben atender las necesidades de salud de las comunidades rurales. Entre las acciones que realizan están la atención, prevención y promoción de la salud.
10) Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)	Tienen un carácter comunitario, pues se entiende que deben funcionar en consonancia y coordinación con la comunidad en que se insertan. Su trabajo se sustenta en el modelo biopsicosocial. Entregan prestaciones de salud, pero además deben tener un fuerte compromiso y trabajo de promoción y prevención.
11) Estaciones médico-rurales	Refiere a las atenciones que realiza un equipo de salud de un centro establecido en zonas con población con un alto grado de dispersión. Para estos fines, por lo general se utilizan locales provistos por la comunidad a través de rondas periódicas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Subsecretaría de Redes Asistenciales y DIVAP (2014).



Actividad:

Para reflexionar, dialogar y actuar

En ocasiones es difícil poder reflexionar e internalizar sobre cómo se estructura y funciona el lugar en que uno/a trabaja, situación que es particularmente difícil en el ámbito de la salud, pues hay diversas entidades involucradas, razón por la cual puede ser interesante invitar a los equipos de salud a reflexionar, dialogar y construir algunas ideas-fuerza sobre el lugar en que se desempeñan y el trabajo que hacen. Algunas preguntas para animar la reflexión:

¿Quién elabora las políticas de salud?

¿Qué importancia tiene la atención primaria en este esquema?

¿Qué diferencia a los CECOSF del resto de los establecimientos de salud?

¿Qué otros establecimientos de salud hay en el territorio que corresponde a su CECOSF? Hacer un listado y chequear si se tienen sus antecedentes básicos de ellos: nombre, dirección, persona de contacto, teléfonos, redes sociales.

3. Los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF). Antecedentes generales

Los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), si bien cuentan con antecedentes previos, se instalaron formalmente en el sistema de salud en 2006, siendo concebidos como un componente del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, estrategia que fue implementada en Chile a mediados de la década de 1990, a partir de la búsqueda de modelos que permitieran abordar de manera más integral los problemas de salud.

OBJETIVO CENTRAL DE LOS CECOSF:

Contribuir a mantener sana a su población a cargo, ejerciendo el rol de copartícipe con la comunidad, en el cuidado de la salud de sus familias, principalmente a través de la promoción, prevención y fortalecimiento del autocuidado, en coordinación con la Red Asistencial y en complementariedad con el CES base, aumentando con calidad y calidez en el trato, el acceso, la equidad, oportunidad y resolución de los problemas de salud de las personas y comunidades.

(Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, Secretaría de Evaluación Social y Ministerio de Desarrollo Social, 2015, p.11)

Entre los antecedentes de los CECOSF se encuentran diversas experiencias comunitarias, en las que organizaciones como juntas de vecinos y otras, aunaron esfuerzos con los respectivos gobiernos locales para lograr espacios en los que se pudiese entregar algún tipo de atención en salud de acuerdo a las demandas y necesidades de sus comunidades.

De este modo, y recogiendo esas experiencias, una de las características distintivas de los CECOSF es que deben contar, incluso desde antes de su instalación, con una **base comunitaria**, pues se entiende que la comunidad donde está inserto es parte de su funcionamiento, situación por la que han sido concebidos como espacios abiertos y de uso comunitario, y no solo como dependencias de atención en salud, instalándose así el principio de la **cogestión** (CECOSF-comunidad).

Uno de los objetivos estratégicos en que se inserta la potenciación de espacios dentro del sistema de salud vinculados de manera estrecha con la atención primaria, y que tienen en el centro a las comunidades, las personas y las familias, como son los CECOSF, radica en que son estrategias que pueden ayudar a acercar al conjunto de la población a los objetivos sanitarios planteados para el período 2011-2020,³ entre los que se cuentan **mejorar la salud de la población** a lo largo de su ciclo o curso vital,⁴ además de **aportar en la reducción de las inequidades** en salud y al **aumento de la satisfacción usuaria**.

Otro objetivo prioritario de los CECOSF es **acercar la atención de salud a las personas**, es decir, desarrollar acciones concretas para establecer una relación cercana con la comunidad, además de definir en conjunto las acciones de salud que aparecen como necesarias de entregar.

((Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, Secretaría de Evaluación Social y Ministerio de Desarrollo Social, 2015, p.11)

En términos generales, los CECOSF son establecimientos de salud que se encuentran insertos en la Red Asistencial, dependen de un centro de salud de atención primaria (generalmente un CESFAM), y tienen a cargo a una población aproximada de entre 2.000 y 5.000 personas inscritas. Su propósito central es la mantención de la salud de la población, desarrollando principalmente acciones preventivas y promocionales con enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario en coordinación con la Red Asistencial (MINSAL y Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008b).

³ Sobre los objetivos sanitarios para el período 2011-2020 se puede encontrar información en el siguiente link: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

⁴ Este es un enfoque que busca aportar a la comprensión sobre cómo interactúan los distintos determinantes sociales en la salud de la población durante el transcurso de la vida de las personas y entre distintas generaciones, para contribuir a la realización de intervenciones en salud que tengan en cuenta cómo acciones efectuadas a una edad temprana, por ejemplo, pueden influir posteriormente.

El resto de los objetivos que orientan su accionar se dirigen al:

- i) mejoramiento del acceso a la red pública de salud en el nivel primario; ii) fortalecimiento de la atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario; iii) fortalecimiento de la participación comunitaria y del trabajo conjunto con los equipos de salud desde una mirada horizontal; iv) mejoramiento de la salud de las personas y familias a través de la promoción, la prevención y el autocuidado (Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, Secretaría de Evaluación Social y Ministerio de Desarrollo Social, 2015, p. 11)

Una de las particularidades de los CECOSF es el profundo conocimiento, compromiso y trabajo permanente que deben tener con la comunidad en donde están insertos, siendo desde esta lógica que se plantea la incorporación de las y los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), como actores relevantes de la comunidad que actuarán como integrantes del equipo de salud de cada CECOSF, pasando a ser un trabajador/a remunerado que emerge desde lo local y que tiene entre sus roles centrales el fortalecimiento de la articulación con la comunidad.

Dado el carácter comunitario que tienen los CECOSF, en distintos momentos se ha pensado la incorporación de ACS en su dotación y accionar habitual, situación que no se había materializado hasta la actualidad, en que se proyectó desde el nivel central la incorporación de ACS en los nuevos CECOSF que se construyan a partir de 2015.

En este sentido, la incorporación de ACS puede ser vista como una oportunidad para profundizar el rol comunitario, de prevención y promoción de los CECOSF, pues de acuerdo a diversas experiencias internacionales, varias de ellas implementadas en la región, la existencia de ACS empoderados/as y validados/as en la comunidad puede favorecer una mayor y mejor conexión con la comunidad y sus necesidades reales.

Tabla N° 5: Principales características de los CECOSF

Tienen base comunitaria, tanto en su origen como en su desarrollo.	Cuentan con una comunidad que es copartícipe de los procesos de mantención y cuidado de la salud.
Territorialidad: están enfocados en la población que habita en el entorno del CECOSF y mantienen una interacción permanente entre vecinos/as y el CECOSF.	Trabajan en red y de manera complementaria con el centro de salud de base y el resto de la red asistencial.
Tienen una población a cargo que está definida numérica y territorialmente.	Cuentan con un equipo de salud transdisciplinario, participativo, con competencias instaladas en el trabajo en salud familiar y comunitaria, y que tiene entre sus ejes rectores la horizontalidad.
Implementan el enfoque de salud familiar y comunitario.	Mantienen un fuerte involucramiento intersectorial.

/continua

Proveen de cuidados integrados con énfasis en la promoción de la salud y la prevención.	Muestran excelencia en el quehacer comunitario, clínico y de promoción.
Consideran la continuidad de los cuidados, acompañan a las personas y las familias en los procesos de salud y enfermedad a lo largo del curso vital.	Disponen de una infraestructura abierta al uso comunitario (con o sin funcionarios/as presentes).

Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, Secretaría de Evaluación Social y Ministerio de Desarrollo Social (2015, p.12)

Volver al Índice 



Actividad:

Cómo hablamos del CECOSF

Elabore un esquema personal a partir del cual pueda recoger algunos antecedentes y construir un relato sobre qué es y qué se hace en el CECOSF. Las siguientes preguntas pueden apoyar esta elaboración:

¿Cuáles son los antecedentes inmediatos para la constitución de un CECOSF?

¿Cuáles son los objetivos centrales de un CECOSF?

¿Qué modelo de atención se usa?

¿Qué rol tiene la comunidad?

¿Cuál es la historia de este CECOSF? ¿Cuándo y cómo surgió?

4. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

Desde la década de 1990, el MINSAL comenzó a impulsar la implementación en Chile del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, como una forma de mejorar la atención y coberturas de salud, así como para reforzar y fortalecer la atención primaria, configurándose como un proceso que no solo pretende mejorar algunos aspectos del sistema, sino que se centra en un cambio en las formas de comprender y acercarse al cuidado de la salud, razón por la cual se habla de un cambio de paradigma,⁵ que en este caso está representado por la contraposición y el tránsito desde el modelo biomédico al modelo biopsicosocial.⁶

⁵ Por cambio de paradigma se entiende la sustitución de un modelo, en este caso de un modelo de atención en salud por otro.

⁶ El modelo biopsicosocial fue desarrollado en 1977 por George Engel.

Tabla N° 6: Características centrales de ambos modelos

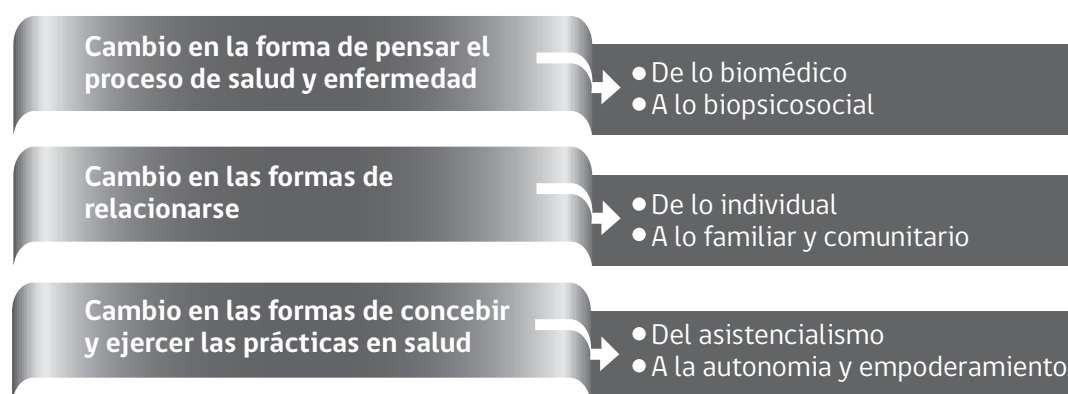
Modelo biomédico	Modelo biopsicosocial
Está centrado en la enfermedad.	La enfermedad no es vista de manera aislada respecto de lo que sucede con las personas y sus condiciones de vida (determinantes sociales de la salud).
El diagnóstico se realiza solo a partir de aspectos biológicos.	Las causas de los problemas de salud son entendidas como múltiples.
El objetivo es realizar un diagnóstico y prescribir los procedimientos (remedios, tratamientos, etc.) para curar la enfermedad.	El objetivo es comprender la naturaleza de las enfermedades (sus raíces) y entender a la persona y los significados que otorga a la enfermedad.
Los problemas de salud física se atienden de manera separada a los de salud mental.	Todos los problemas de salud tienen componentes físicos y emocionales.
La relación entre los trabajadores/as de la salud y las personas solo están dadas por un evento específico (la enfermedad).	La relación entre los trabajadores/as de la salud y las personas se consideran importantes para la buena adhesión a los tratamientos. Las y los pacientes son concebidos como sujetos activos y responsables del cuidado de su salud.

Fuente: Abril-Collado y Cuba-Fuentes (2013).

Volver al Índice 

La forma operativa en que se ha venido desarrollando este cambio de modelo se refleja en el tránsito que se ha producido desde los consultorios (centros de salud) hacia los CESFAM, el que se inició a través de experiencias piloto, generándose luego un proceso paulatino de transformación de los consultorios en CESFAM, como una manera de volver a poner la atención y los esfuerzos en la APS, y de intentar recoger las demandas de la ciudadanía en torno al sistema de salud, puesto que es un modelo que se acerca a las personas desde la tríada: individuo-familia-comunidad. Si bien es un proceso que ya lleva varias décadas desde su instalación inicial, en la actualidad aún enfrenta múltiples desafíos y resistencias, ya que el cambio implicado apela a la transformación de las raíces de cómo se ha entendido el cuidado de la salud.

A lo menos hay tres innovaciones significativas que se pueden producir con este cambio de modelo, ellas son: i) el tránsito desde el enfoque biomédico al biopsicosocial; ii) el tránsito desde lo individual a lo familiar y comunitario; y iii) el tránsito desde las formas asistencialistas de encarar el cuidado de la salud a formas que presten atención a la capacidad de acción y a la autonomía en las decisiones de las personas, como se expresa en la Ley de Derechos y Deberes en la atención de salud. Las innovaciones mencionadas se pueden graficar de la siguiente manera:



Fuente: MINSAL y Subsecretaría de Redes Asistenciales (2008a, p. 43).

Si se toman en cuenta los objetivos con que han sido instalados los CECOSF en la atención primaria, y que dentro de sus orientaciones se encuentra explícitamente la incorporación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, resulta importante comparar algunas características y principios del modelo y de los CECOSF:

Tabla N° 7: Características y principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria de los CECOSF

Características del Modelo	Características de los CECOSF
Centrado en el usuario, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud.	Centrados en las personas y sus familias. Enfocados en la población que habita en el entorno en que se ubica el CECOSF, lo que supone una interacción permanente entre vecinos/as y el CECOSF.
Integral, tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos.	Integralidad de la atención.

/continúa

Características del Modelo	Características de los CECOSF
Garante de la continuidad de la atención, desde los cuidados primarios hasta las modalidades de atención especializada.	Consideran la continuidad de los cuidados, acompañan a las personas y las familias en los procesos de salud y enfermedad a lo largo del curso vital.
Énfasis en lo promocional y preventivo; con enfoque familiar de los cuidados.	Proveen de cuidados integrados con énfasis en la promoción de la salud y la prevención.
Trabajo en red, tanto sanitaria como social, que asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud.	Trabajan en red y de manera complementaria con el centro de salud de base y el resto de la red asistencial.
Abrir espacios para la participación en salud y la intersectorialidad.	Tienen base comunitaria tanto en su origen como en su desarrollo. Cuentan con una comunidad que es copartípe de los procesos de mantención y cuidado de la salud. Tienen una infraestructura abierta al uso comunitario (con o sin funcionarios/as presentes).
En todo momento considera una adecuada política de gestión de las personas que trabajan en el sector.	Cuentan con un equipo de salud transdisciplinario, participativo, con competencias instaladas en el trabajo en salud familiar y comunitaria, y que tiene entre sus ejes rectores la horizontalidad.

Fuentes: MINSAL y Subsecretaría de Redes Asistenciales (2008a) y Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS (2015).

Volver al Índice 

Para poner énfasis en los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, se han establecido tres de ellos como *irrenunciables* para la atención primaria y por tanto para los CECOSF. El primero de ellos es estar **centrado en las personas**, lo que significa entre otras cosas:

- Desarrollar protocolos de acogida en los distintos puntos de contacto.
- Mantener la confidencialidad de datos sensibles de las personas y protección de la privacidad.
- Contar con la información clara, precisa, basada en evidencia y a disposición de las personas, y velar por la protección de la privacidad, así como explorar sistemáticamente el nivel de satisfacción de la población.

El segundo es el principio de **integralidad** de la atención, que incorpora aspectos como la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Significa responder a las necesidades de salud de la población desde una óptica biopsicosocial. Para llevar a la práctica este principio se requieren procesos como:

- Formular diagnósticos integrales de los problemas familiares.
- Establecer un plan de intervención de los problemas priorizados de las personas y familias a cargo que incluyen desde lo promocional hasta el acompañamiento en la etapa terminal del paciente.
- Explorar redes de apoyo social y comunitario de las personas que consultan en el sistema.
- Identificar determinantes sociales de la salud, lo que implica trabajar con otros sectores (abordaje intersectorial).

Finalmente está el principio de la **continuidad del cuidado**, que apela a que las personas tengan acceso a servicios y cuidados durante todo su ciclo de vida, independientemente de su edad y del lugar del país donde se encuentren. En el caso de los CECOSF y CESFAM también se espera que se produzca continuidad en la atención clínica y que los equipos puedan acompañar procesos de más largo plazo.

Los principios y valores que orientan la organización de las redes de salud, también corresponden al Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria, a los CECOSF y, por cierto, a la atención primaria:

- Salud como un derecho
- Equidad y solidaridad
- Accesibilidad
- Calidad de las acciones
- Resolutividad
- Oportunidad de la atención
- Participación
- Pertinencia cultural y respeto a la diversidad

Para la reflexión:

Tomando en cuenta tanto estos principios, como los principios irrenunciables mencionados con anterioridad:

¿Cómo considera que se están cumpliendo en su CECOSF?

Si hay algunos que no se cumplen, ¿cómo se puede mejorar eso?

5. Familias y comunidades en el centro de la atención en salud

5.1 Las familias

Como su propio nombre lo indica, la familia es un componente central de este modelo de atención, pero a la vez es un concepto que en ocasiones puede resultar complejo, pues no hay una forma única de definir a una familia.

Las definiciones de familia tienen distintas connotaciones, que a su vez varían de acuerdo a los objetivos y disciplinas desde las que se aborda. Hay definiciones que se vinculan más bien a aspectos legales, otras a aspectos sicosociales y culturales. Con todo, y sin entrar en debates más profundos, la familia ha sido por largo tiempo considerada como una estructura social básica, pues es **el soporte en que la mayoría** de las personas se desarrollan.

Sin embargo, su composición y las formas en que se entregan estos soportes socioeconómicos y afectivos, que involucran el cuidado de otros seres humanos en distintas etapas de la vida, no tienen una forma única de manifestarse y de vivirse. En este contexto, así como para algunas personas la familia es un lugar de protección y seguridad, para otras es un espacio en el que se ejercen distintas formas de violencia, por lo que es importante tomar siempre en cuenta que en las familias, los hogares y otros espacios de cuidados básicos (por ejemplo, hay personas que por diversas circunstancias viven en instituciones), las experiencias no tienen una forma única que pueda ser extrapolable de una persona a otra.



.....
Un ejemplo de que no hay una sola forma de definir el concepto de familia es la reciente entrada en vigencia en Chile de la Ley 20.830, según la cual se crea el Acuerdo de Unión Civil, el que establece en su artículo n° 1 lo siguiente:

“ El acuerdo de unión civil es un contrato celebrado entre dos personas que comparten un hogar, con el propósito de regular los efectos jurídicos derivados de la vida afectiva en común, de carácter estable y permanente. Los contrayentes se denominarán convivientes civiles y serán considerados parientes...” (Ley 20.830, 2015)

.....

En Chile como en el resto del mundo, se han producido cambios en la composición y en las formas de comprender la familia. Un sistema de atención basado en un enfoque familiar debiera considerar al individuo y su familia como un sistema que ha sido conceptualizado de distintas maneras, pero que a pesar de las distintas formas que adquiera, es parte de los sistemas posibles de apoyo, soporte y referencia de las personas. En las comunidades conviven distintos tipos de familias, lo que pone de relieve la flexibilidad que deben tener los equipos de salud. Sobre estos cambios Arteaga, Sepúlveda y Aranda señalan:

Respecto de los cambios, es posible advertir que junto a las formas tradicionales de familia han surgido nuevas configuraciones familiares como parejas sin hijos y hogares sin núcleo conyugal, a la vez que continúan aumentando los hogares monoparentales especialmente los de jefatura femenina. El tamaño medio de la familia se ha reducido por la declinación del número de hijos y el mayor espaciamiento entre ellos, pero es importante indicar que esta reducción también obedece a otros fenómenos como la disminución de las familias multigeneracionales y el aumento de hogares unipersonales. El modelo de familia extendida cada vez existe menos, al tiempo que la formación de familias nucleares ha pasado a constituirse en el grupo dominante. (2012, p. 39)

Para el trabajo en salud resulta necesario estar atentos/as a estos cambios, pues la inclusión de la familia en el modelo de atención se relaciona con que esta opera como un recurso que es significativo en los procesos de salud y enfermedad, pues la familia es en sí misma una unidad de cuidados, pero es a la vez una unidad en la que las tareas de este tipo tienden a recaer en las mujeres, generando una sobrecarga que afecta su salud. Como se verá en la Unidad III, en los puntos 3 y 4 relativos al enfoque de género y al enfoque de interculturalidad, respectivamente, es relevante prestar atención a los significados culturales que tiene la familia. Junto con ser espacios socioafectivos, las familias representan también espacios en los que el poder se distribuye de determinadas maneras.

Sobre el concepto de familia, un aspecto central a tomar en cuenta es la definición que la propia familia hace. Al respecto, el equipo de salud debe estar atento y abierto a escuchar cómo las propias personas definen y consideran a su familia:

Desde la perspectiva integral, familia es el conjunto de personas que son reconocidas como tal por quien la describe. Es decir, cada persona define su familia.

(MINSAL y Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008a, p. 29)

Ver **Enfoque de género**, página 57 ➤

Ver **Interculturalidad**, página 65 ➤

5.2 La comunidad

En términos generales, la **comunidad** puede ser definida como un grupo de personas con intereses comunes que comparten un diagnóstico más o menos similar de los problemas que les aquejan, que presenta mayores o menos grados de organización y que está compuesta por sujetos diversos, con visiones e intereses comunes en algunos puntos, pero también con intereses diferentes y a veces en conflicto.

Desde esta perspectiva, la comunidad no es una entidad estática, sino que se encuentra en permanente transformación, ya sea por parte de las personas que la integran o por las características del entorno. Junto con los individuos que la integran, es también importante considerar la historia que se ha ido tejiendo en torno a ella, como así mismo la de las organizaciones e instituciones de distinto tipo que forman parte de cada comunidad.

Un factor importante es la territorialidad, pues la comunidad con la que articule su trabajo cada CECOSF estará definida por la cercanía territorial y por una historia común, en la que un elemento central es que la comunidad ha sido parte en la demanda por un centro de salud cercano.

De manera similar a las familias, las comunidades también se pueden autodefinir, estableciendo definiciones que pueden variar, pero que en general cuentan con algunos aspectos de identidad común, situación que debiera ayudar a enfocar el trabajo del CECOSF en aquellas necesidades identificadas por la comunidad en que se inserta, otorgando una importancia central a la participación comunitaria en salud, que puede ser definida de la siguiente manera:

La participación comunitaria, eje de la Atención Primaria, se define como aquel proceso activo de expresión genuina y libre, eminentemente colectiva, que constituye un elemento crucial para la definición e implementación de iniciativas de desarrollo, donde las personas asumen un mayor control sobre los procesos de toma de decisiones y son parte desde la planificación misma. (MINSAL y Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008b, p. 40)

La participación comunitaria permite la relación directa de personas y organizaciones con el equipo de salud en espacios diferentes a la atención de salud propiamente tal. La realización de diagnósticos participativos, y su expresión en los planes de salud, tienen un impacto más allá de lo relacional; potencia de hecho procesos de involucramiento personal y colectivo respecto de la salud más ligada al bienestar que a la atención de morbilidad. A su vez, genera un aprendizaje mutuo en relación a encontrar los factores sociales como determinantes del estado de salud de una persona o comunidades y la forma de actuar sobre ellos, haciendo necesaria la construcción de alianzas estratégicas y la acción intersectorial.



Actividad:

Atendiendo a los cambios sociales producidos en las últimas décadas:

Construir un concepto de familia: relatar lo que ocurre en la realidad: fortalezas, debilidades.

Hacer una línea de vida en la que se pongan los eventos más significativos para usted y su familia. ¿Con qué situaciones de salud se relacionan?

Construir un concepto de comunidad: relatar lo que ocurre en la realidad: fortalezas, debilidades.

6. Intersectorialidad

El trabajo con otros es una de las constantes en salud. En este caso tiene más bien relación con el trabajo con otras instituciones, ya sea aquellas que forman parte de la Red Asistencial, como otras que se encuentran insertas en cada localidad y que pertenecen a los sectores con que el sector salud tiene que interactuar. Un claro ejemplo de esto es su interacción con el sector educación.

La intersectorialidad (la interacción entre sectores) ha sido entendida por lo menos de dos o tres maneras: una primera se refiere a la propia Red Asistencial de salud en la que intervienen, se coordinan y complementan entidades de distinto tipo de complejidad y funcionalidad. Una segunda manera alude a las interacciones con otras entidades que no son de salud y que por lo general operan dentro del espacio local, tales como organizaciones municipales, el sector educación, el ámbito gubernamental, organizaciones no gubernamentales (ONG), fundaciones y corporaciones, iglesias y diversas organizaciones de la comunidad, por solo nombrar a algunas. En ocasiones, cuando se habla de estos dos ámbitos, se hace referencia a intra y extrasector.

Una acción intersectorial planificada y sostenida en el tiempo puede asegurar un mayor impacto sobre los problemas que afectan a la población, en la medida en que se puedan abordar más globalmente las causas y los efectos que inciden en el origen de estos, tanto a nivel del análisis como de la acción.

Sin embargo, el concepto de intersectorialidad tiene una tercera connotación, en la cual se hace referencia a la noción de “salud en todas las políticas”, lo que quiere decir que se apuesta a una transversalización real en el sector salud y en el resto de los servicios gubernamentales responsables de generar políticas públicas.

Un ejemplo de búsqueda de integración del enfoque intersectorial se puede encontrar en la estrategia de Municipios Saludables, que apunta a la mejora continua de las condiciones de salud con foco en la calidad de vida y, por tanto, en los determinantes de la salud. Se busca de este modo posicionar la promoción de la salud como la más alta prioridad de la agenda política, involucrando a las autoridades de Gobierno y a la comunidad, fomentando el diálogo y compartiendo conocimientos y experiencias, así como estimulando la colaboración entre los municipios, las ciudades y las comunidades.

RESUMEN DE LA UNIDAD

.....

En esta unidad se abordaron contenidos que permiten contextualizar el desarrollo de la institucionalidad actual del sistema de salud público, la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, algunos de sus elementos principales (como el enfoque biopsicosocial), además del rol que se ha asignado a los CECOSF en la red asistencial.

La historia del sistema de salud público en Chile tiene como antecedente dos vertientes:

- a. **La caridad:** expresada en diversas iniciativas encabezadas por las elites y por entidades religiosas, en las que se proveía algún tipo de atención en salud a los más pobres.
- b. **El apoyo mutuo:** desarrollado a partir de la movilización de los trabajadores y trabajadoras y de la creación de organizaciones como las Sociedades de Socorros Mutuos, que entre otras tomaron y buscaron soluciones asociativas ante el problema que significaba la falta de entidades públicas de salud.

Hitos en el desarrollo de la institucionalidad en salud

- 1924: Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social
- 1952: Servicio Nacional de Salud
- 1959: Ministerio de Salud Pública
- 1979: reestructuración (Servicios de Salud, FONASA, CENABAST, ISP)
- 1980: municipalización de la salud primaria
- 1981: creación de las Isapres
- 2005: reforma de salud, separación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública.

Hitos en el reconocimiento de la salud como derecho

- 1946: se sentaron las bases para la creación de la OMS. Salud como derecho humano.
- 1978: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata). Su lema: "Salud para todos".
- 1986: Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Carta de Ottawa).

Definición de salud (OMS)

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano fundamental.

Estructura actual del sistema de salud chileno

- **MINSAL:** entidad rectora encargada de las políticas a nivel nacional.
- **Seremi de Salud:** autoridades regionales que mantienen actualizados los diagnósticos regionales, encargándose de la vigilancia epidemiológica y de la evaluación de las metas sanitarias.
- **Servicios de Salud:** instancia desde la que se analiza y gestiona la oferta y la demanda de salud.
- **Red Asistencial:** distintos tipos de establecimientos públicos que proveen servicios de salud (ver Tabla N° 4).

Principales características de los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)

- Tienen base comunitaria.
- Son territoriales, pues enfocan su acción en la población que se ubica en el entorno del CECOSF. Tienen una población a cargo definida numérica y territorialmente.
- Implementan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Ponen énfasis en la promoción y prevención de la salud.
- Cogestión con la comunidad. Infraestructura abierta al uso comunitario.
- Trabajo en red e involucramiento intersectorial.
- Equipo de salud transdisciplinario–equipo horizontal.

Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

- Centrado en los usuarios/as, integral, continuidad en los cuidados.
 - **Enfoque biopsicosocial:** toma los determinantes sociales de la salud; las causas de los problemas de salud son entendidas como múltiples. Se busca comprender sus raíces y significados.
 - **Familias:** conjunto de personas que son reconocidas como tal por quien las describe.
 - **Comunidad:** grupo de personas con intereses comunes que comparten un diagnóstico más o menos similar de los problemas. La comunidad es dinámica y múltiple.
 - **Intersectorialidad:** interacción entre sectores y entidades, ya sea que estas se encuentren dentro o fuera de la Red Asistencial. También remite a la necesaria coordinación en la elaboración de políticas públicas.
-





UNIDAD III

Enfoques orientadores para el trabajo preventivo y promocional de los CECOSF

Introducción

En este capítulo se abordarán algunos de los enfoques que el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria ha incorporado, de manera de responder más adecuadamente a las necesidades de las personas, familias y comunidades. Considerando que un eje central en las políticas es el reconocimiento de la persona humana como sujeto de derechos, se abordará en primer lugar el enfoque de derechos.

Otro enfoque que estará presente en este capítulo es el de determinantes sociales de la salud, que es fundamental para la orientación de las políticas públicas y para la acción de los servicios de salud, en especial para aquellos que se vinculan más estrechamente con las personas.

Asimismo, dadas las desigualdades económicas, sociales y de poder entre hombres y mujeres en la sociedad, es relevante la incorporación del enfoque de género, que permite reconocer las diversas expresiones de desigualdad y poner atención en las acciones que aportan a la equidad de género. También, reconociendo la diversidad de culturas presentes en el país y el impacto negativo que tiene el desconocimiento de que existen diferentes formas de cuidar la salud, es relevante la inclusión del enfoque de interculturalidad.

Finalmente, considerando que la salud es un bien social y que la ciudadanía históricamente ha participado e impulsado acciones para el mejoramiento de la salud de sus comunidades, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria incorpora el enfoque de participación social en salud.

OBJETIVO DE LA UNIDAD

Reconocer y aplicar al examen de situaciones del contexto de acción de los equipos de salud de los CECOSF, algunos de los elementos claves de los diferentes enfoques que orientan la acción de los servicios de salud en materia asistencial, preventiva y promocional.

1. Enfoque de Derechos en Salud

Según la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), el enfoque de derechos humanos es “un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que está normativamente fundado en los estándares internacionales de derechos humanos y operativamente dirigido a promover y proteger estos derechos” (OACNUDH, 2006, p. 15).

Con la adopción de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948),⁷ que reconoce que: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (Artículo 1), los Estados firmantes se comprometieron a proteger los derechos allí establecidos, entre ellos el derecho a la salud (art. 25).

El concepto de derechos humanos tiene por centro la aspiración de proteger la dignidad humana de todas las personas, sustentándose en los principios de libertad, igualdad y no discriminación. La defensa de estos principios ha guiado procesos históricos sociales que han permitido la evolución y el reconocimiento internacional de los derechos humanos, reuniendo datos y evidencias para hacer visibles las condiciones que atentan contra los principios establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.



⁷ En el siguiente link se puede acceder al texto completo de la Declaración:
<http://www.un.org/es/documents/udhr>

Los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes, características que se han ido precisando mediante numerosos instrumentos internacionales de carácter vinculante, vale decir, que los Estados que los firman se obligan a generar leyes, reglamentos y políticas nacionales, que hagan efectiva la protección de los derechos humanos que se reconocen. Es el caso del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), que ratifica el derecho a la salud (art. 12), a la educación (art. 13 y 14), a la vivienda (art. 11), a la seguridad social (art. 9), al trabajo (art. 6), a participar en la vida cultural (art. 15), entre otros derechos contenidos en la Declaración.

En el año 2004, el relator especial de Naciones Unidas, refiriéndose al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, señaló en su informe:

.....
El derecho a la salud incluye el derecho a la atención de la salud y, aún más, abarca el agua potable, el saneamiento adecuado y el acceso a información relacionada con la salud, incluso sobre salud sexual y reproductiva. Incluye libertades también, por ejemplo, la libertad de la discriminación y de la esterilización forzada, y el acceso a un sistema de protección de la salud.

La salud infantil, la salud materna y el acceso a los medicamentos esenciales son algunos de sus elementos. Como otros derechos humanos, se aplica especialmente a las personas desfavorecidas, vulnerables y que viven en la pobreza, y requiere un sistema de salud eficaz e inclusivo de buena calidad.

(Hunt, 2004, p. 6)

.....
El derecho a la salud es un derecho inclusivo, su realización depende de otros derechos humanos.

El derecho a la salud no puede realizarse si la persona no disfruta de sus otros derechos, cuya conculcación es la causa básica de la pobreza, por ejemplo, los derechos al trabajo, a la alimentación, a la vivienda y a la educación, y el principio de no discriminación. (OACNUDH, 2008, p.8)

La comunidad internacional de países ha establecido diversos instrumentos de derechos humanos, que aportan a una comprensión común de los derechos consagrados, entre ellos, el derecho a la salud, que resguarda los principios de libertad,

igualdad y no discriminación en el goce universal del derecho a la salud. Algunos de estos acuerdos internacionales son los siguientes:

Tratados y convenios internacionales de Derechos Humanos	Instrumentos regionales de Derechos Humanos
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y sus dos Protocolos (1966 y 1989). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y su Protocolo (1999). Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984). Convención sobre los Derechos del Niño (1989). Convenio (Nº 169) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989). Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990). Convenio Nº 182 sobre la Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para su Eliminación (1999). Convenio Nº 183 sobre la Protección de la Maternidad (2000).	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948). Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969). Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales-«Protocolo de San Salvador» (1988). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer-«Convención de Belém do Pará» (1994). Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999).

Fuente: OMS (2002)

1.1 La participación en salud también es un derecho humano

Teniendo en cuenta que la salud es un derecho humano inclusivo, su pleno ejercicio depende de la realización del derecho a participar en los asuntos que afectan la vida de las personas, en tanto sujetos de derechos, tal como señala Kliksberg (2011): “La participación es una dimensión fundamental del ejercicio de la libertad, y de su fortalecimiento” (p. 11).

El derecho humano a participar ha sido reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), que establece el derecho de las y los ciudadanos a “[p]articipar en la dirección de los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes libremente elegidos” (art. 25). También la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) garantiza, en igualdad de condiciones con los hombres, el derecho de las mujeres a “[p]articipar en la formulación de las políticas gubernamentales y en la ejecución de éstas, y ocupar cargos públicos y ejercer todas las funciones públicas en todos los planos gubernamentales”; y a “[p]articipar en organizaciones y asociaciones no gubernamentales que se ocupen de la vida pública y política del país” (art. 7).

El Programa de Acción de la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo, Cairo 1994, en su capítulo VII sobre derechos reproductivos y salud reproductiva, indica que:

Se deberían preparar programas de atención de la salud reproductiva para atender a las necesidades de las mujeres y las adolescentes en las que entrañen la participación de la mujer en la dirección, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la ejecución, la organización y la evaluación de los servicios. Los gobiernos y otras organizaciones deberían adoptar medidas activas para hacer que las mujeres estén incluidas en todos los niveles del sistema de atención de la salud. (7.7)

1.2 Chile: derecho a la salud y a participar en salud

El Estado chileno ha suscrito numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos, por lo que su legislación, sus políticas y programas se han ido modificando y creando normativas destinadas a proteger los derechos garantizados.

La constitución política del país en su artículo 19, inciso 9º, asegura a todas las personas:

[e]l derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”. Por su parte, el artículo 1º, inciso 4º señala que es deber del Estado “asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional.

Con la promulgación de la Ley N°20.500 (2011), sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública, “el Estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones” (art.69), para lo cual los organismos estatales deben instalar mecanismos que aseguren:

- Acceso a información relevante (art. 71)
- Cuenta pública participativa (art. 72)
- Consultas ciudadanas (art. 73)
- Consejo de la Sociedad Civil (art. 74)

¿Cómo funcionan estos mecanismos en su centro de salud?
¿Cómo se podría mejorar?

También forman parte de las normas legales chilenas que garantizan el ejercicio de derechos humanos y cautelan el derecho universal, sin discriminación alguna a la salud, las siguientes leyes:

- Ley N° 19.966 (2004), que establece Garantías Explícitas en Salud (GES), “relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente”. “Las Garantías Explícitas en salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan” (art. 2).
- Ley N° 20.285 (2008), sobre transparencia y acceso a la información pública. El principio de transparencia de la función pública consiste en respetar y cautelar la publicidad de los actos, resoluciones, procedimientos y documentos de la administración, así como la de sus fundamentos, y en facilitar el acceso de cualquier persona a esa información. “El acceso a la información comprende el derecho de acceder a las informaciones contenidas en actos, resoluciones, actas, expedientes, contratos y acuerdos, así como a toda información elaborada con presupuesto público, cualquiera sea el formato o soporte en que se contenga, salvo las excepciones legales” (art. 10).
- Ley N° 20.422 (2010), que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad. “Para el cumplimiento del objeto señalado en el artículo anterior, se dará a conocer masivamente a la comunidad los derechos y principios de participación activa y necesaria en la sociedad de las personas con discapacidad, fomentando la valoración en la diversidad humana, dándole el reconocimiento de persona y ser social y necesario para el progreso y desarrollo del país” (art.2).
- Ley N° 20.609 (2012), que establece medidas contra la discriminación (Ley Zamudio). “Se entiende por discriminación arbitraria toda distinción, exclusión o restricción que carezca de justificación razonable, efectuada por agentes del Estado o particulares, y que cause privación, perturbación o amenaza en el ejercicio legítimo de los derechos fundamentales

establecidos en la Constitución Política de la República o en los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, en particular cuando se funden en motivos tales como la raza o etnia, la nacionalidad, la situación socioeconómica, el idioma, la ideología u opinión política, la religión o creencia, la participación en organizaciones gremiales o la falta de ellas, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el estado civil, la edad, la filiación, la apariencia personal y la enfermedad o discapacidad”.

- Ley N° 20.584 (2012), que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (Carta de derechos y deberes de usuarios). “Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes” (art. 2). Ver Anexo Carta de derechos y deberes de los pacientes, p . 157 ➤

.....
 Instructivo Presidencial para la Participación Ciudadana en la Gestión Pública (Agosto 2014), ordena la implementación completa de la Ley N°20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública a través de la actualización de las normas y mecanismos de participación ciudadana de todos los organismos públicos, buscando ampliar los niveles de participación desde lo consultivo a lo deliberativo; proponiendo nuevos mecanismos de participación como: audiencias públicas; presupuestos participativos, cabildos ciudadanos territoriales o sectoriales, diálogos participativos, plataformas digitales participativas y la constitución del Consejo Nacional de Participación Ciudadana y Fortalecimiento de la Sociedad Civil el que se relacionará con el Ministerio Secretaría General de Gobierno. Este consejo de carácter autónomo estará integrado por una mayoría de representantes de sociedad civil, tendrá como tarea la difusión y promoción del derecho a la Participación Ciudadana y la fiscalización para que los órganos públicos cumplan sus obligaciones en esta materia.

Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud, promulgada por el Ministerio de Salud en enero de 2015, establece el marco en el cual se implementarán las leyes vigentes en materia de participación y las directrices del Instructivo Presidencial, para la participación ciudadana en la gestión pública en el sector salud.

.....



Actividad:

Revise las siguientes situaciones y marque la alternativa que corresponda:

		SÍ	NO
1.	Ana tiene 16 años, es peruana, todavía no tiene carné de identidad y quiere usar anticonceptivos. ¿Tiene derecho a que se los den en el CECOSF? (*)	☐	☐
2.	Francisco llegó a la hora, tiene atención médica y viene drogado. ¿El personal de salud puede negarse a atenderlo?	☐	☐
3.	Las personas con discapacidad visual o física pueden ser elegidas para la directiva del CDL.	☐	☐
4.	Eva de 35 años, madre de cuatro hijos, no quiere tener más hijos. Su marido se opone a que se esterilice y rechaza la operación porque dice que es muy joven. Eva tiene hora con una doctora del consultorio para ver su gastritis. ¿Tiene derecho a preguntar y recibir información sobre un tema de salud distinto al de su consulta?	☐	☐
5.	Carmen es del CDL y no está de acuerdo con algo que se dijo en la cuenta pública entregada por el CECOSF. ¿Puede pedir que se corrija la información entregada?	☐	☐
6.	Luis es obeso y llega transpirado al control de presión. Un funcionario sale a la sala y dice: "Señora pase usted primero, dejemos que el gordito descanse un poco". Luis reclama que llegó antes y que tiene nombre. ¿Luis fue discriminado?	☐	☐
7.	Las dirigentes de la Villa XX proponen en la mesa territorial de salud, que antes de instalar las máquinas para ejercicios hay que mejorar la iluminación, para que se pueda usar ese espacio. ¿Esta necesidad tiene que ver con la salud?	☐	☐
8.	María es transexual, va a la farmacia a retirar sus medicinas y le piden su carné de identidad, en el que aparece con su identidad masculina. La encargada de la farmacia la llama por su apellido para entregarle las medicinas. ¿La funcionaria ha respetado la identidad de María?	☐	☐

(*) <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ATENCION%20DE%20SALUD%20A%20POBLACION%20INMIGRANTE%20NO%20REGULADA%20APS.pdf>

2. Enfoque de determinantes sociales de la salud

Este enfoque explica y entrega orientaciones para reducir la desigualdad en salud, que se refleja en datos como la esperanza de vida al nacer:

Un niño nacido en 2012 en un país de ingresos altos tiene una esperanza de vida de 75,8 años, o sea, más de 15 años más que un niño nacido en un país de ingresos bajos (60,2 años). Para las niñas la diferencia es aún mayor: 18,9 años más en los países de ingresos altos (82,0 años) que en los de ingresos bajos (63,1 años). (OMS, 2014b, s.p.).

¿Qué problemas tienen estos niños/as? ¿Cuáles son las causas?



La OMS define la desigualdad como las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. La desigualdad en salud “se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos” (Borrell y Artazcoz, 2008, p. 465).

Las desigualdades en salud, según el enfoque de determinantes sociales, tienen que ver con una estructura social que genera, configura y mantiene las jerarquías sociales a partir del ordenamiento político institucional, el mercado laboral, el sistema educacional, el Estado y un sistema de creencias. Se distinguen dos tipos de determinantes sociales: los estructurales y los intermedios.

Los determinantes estructurales: aluden al contexto socioeconómico y político: la estructura social, la distribución de poder y recursos (gobierno, políticas sociales, derechos, mercado laboral, valores sociales). En la estructura social existen ejes de desigualdad que determinan las jerarquías de poder en la sociedad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia y el lugar donde se vive (Palomino, Grande y Linares, 2014). Estas jerarquías determinan que los grupos sociales con menor prestigio, vean reducido su acceso y control de recursos y su poder político para participar y representar sus intereses en la sociedad. Esta discriminación afecta el ejercicio de sus derechos humanos.

Los determinantes intermedios: la estructura social determina desigualdades que se expresan en las condiciones en que viven y trabajan las personas, como son las características de la vivienda; las condiciones de trabajo; el acceso a información; las conductas y estilos de vida de las personas; la calidad de los servicios sociales; el entorno de las viviendas; el acceso, calidad y oportunidad de los servicios de salud; todos estos factores tienen consecuencias en la salud (Palomino, Grande y Linares, 2014).

Los países de ingresos altos tienen un promedio de casi 90 enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes, mientras que algunos países de ingresos bajos tienen menos de 2 por 10.000 habitantes. (OMS, 2014b, s.p.)

La OMS define los **determinantes sociales de la salud** como las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, señalando que estas condiciones reflejan las diferencias en su posición social, de poder, de prestigio y recursos, evidenciando la estratificación y jerarquía social existente.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

DETERMINANTES ESTRUCTURALES Contexto socio económico y político



Posición de los sujetos en la estructura social EJES DE DESIGUALDAD



DETERMINANTES INTERMEDIOS Condiciones en que viven y trabajan las personas



DESIGUALDADES EN SALUD

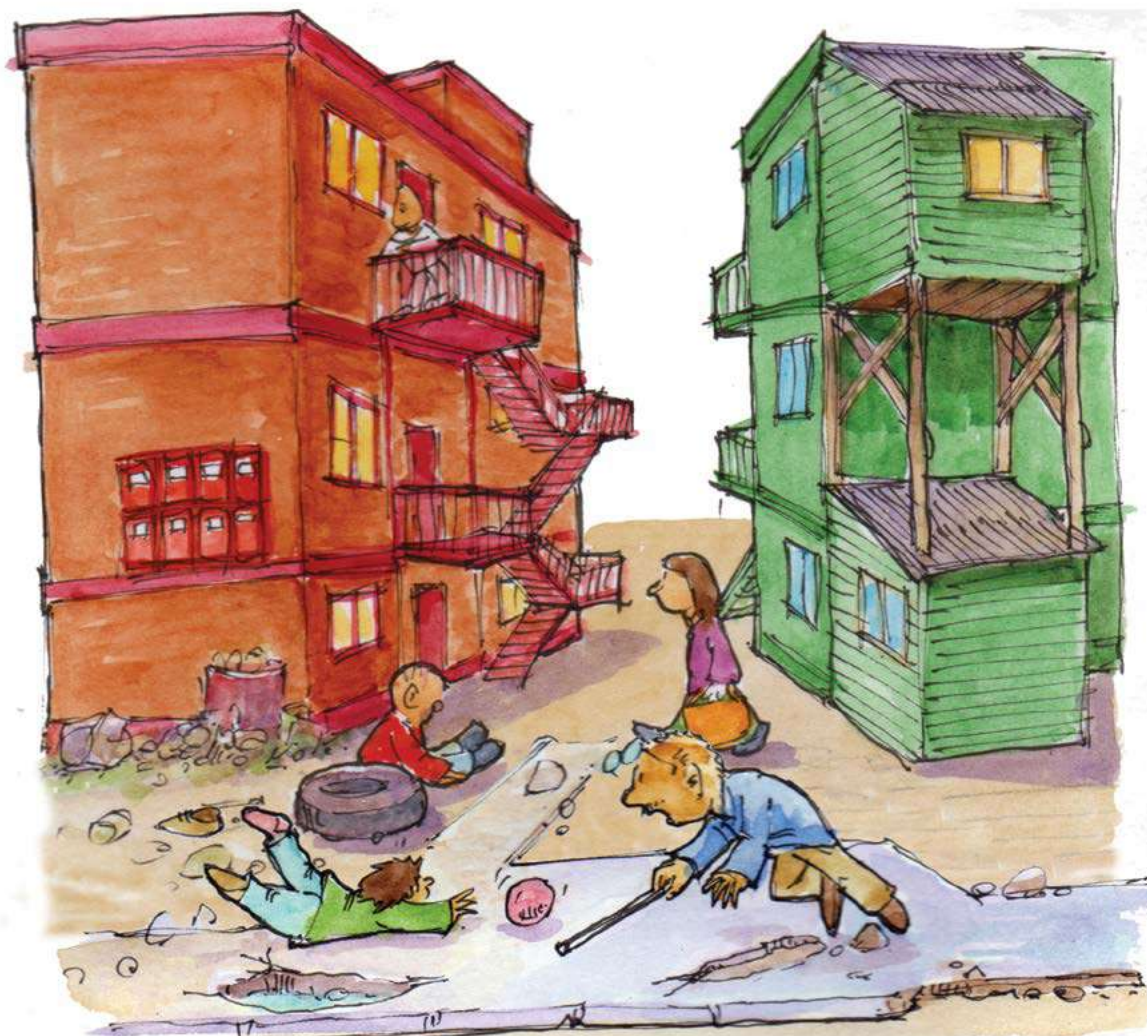
El hecho de que la salud no dependa solo de factores biológicos o de la genética de los individuos, sino que haya causas sociales en los procesos de salud y enfermedad, ha exigido que los sistemas de salud cambien su enfoque centrado en la atención de la enfermedad, para actualmente considerar la realidad social de las personas y buscar nuevas formas en las que los equipos de salud se relacionen con la población que atienden. De allí que el modelo de atención que guía la acción de los CECOSF se defina como:

Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer -incluido el intersector- y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS, 2015, pp. 12-13)

Dado que la salud de las personas está asociada a determinantes sociales, los CECOSF que atienden a la población de un sector del territorio comunal, necesitan trabajar participativamente con las vecinas/os y organizaciones del sector, poniendo atención a las necesidades y problemas que señalan los habitantes del barrio, porque justamente las personas que viven en el sector, son quienes mejor pueden dar cuenta de las condiciones que afectan su calidad de vida. Cabe consignar que estas necesidades no solo se refieren a la atención en salud, por eso es que deben ser abordadas intersectorialmente; vale decir, a través de acciones planificadas, coordinadas y realizadas de manera conjunta por los distintos sectores sociales, institucionales y organizaciones presentes en la comuna y en el barrio. Algunos ejemplos de necesidades y problemas que pueden ser abordados mediante iniciativas intersectoriales:

Ejemplo 1: Vecinas/os de una villa de departamentos manifiestan preocupación y temores compartidos por la inseguridad barrial; accidentes por caídas de niños/as y adultas/os mayores, peleas y deterioro en la convivencia entre vecinos/as: estas necesidades requieren del trabajo intersectorial, pues no basta con atender los síntomas de estrés que presenta la población o las lesiones producto de caídas por peleas o pavimentos y escaleras en mal estado.

Se necesitan acciones que permitan reducir las causas del estrés y la frecuencia de las caídas, para lo cual sería necesario identificar y priorizar las causas con los afectados/as y definir en conjunto con las organizaciones del sector e instituciones presentes en el barrio/comuna, un plan de acción que considere los distintos recursos que cada cual puede aportar o gestionar.



Ejemplo 2: Problemas como la escasa participación de jóvenes en iniciativas comunitarias podrían abordarse intersectorialmente, incluyendo a las organizaciones de jóvenes del barrio, por ejemplo, a través de jornadas culturales, en las que las agrupaciones de jóvenes presenten sus actividades y motivaciones; el sector educación y el municipio difundan sus programas o proyectos de interés cultural u otros destinados a las y los jóvenes; las organizaciones de mujeres presenten videos y entreguen información sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, prevención de la violencia en el pololeo; el equipo de salud pueda responder a las necesidades que identifican los jóvenes que participan en la organización de la actividad (sobrepeso, baja estatura, anticoncepción, salud mental, etc.). El equipo social del municipio entregue información y atienda consultas sobre becas, ayudas escolares y bonos destinados a favorecer los estudios de la población joven.



Actividad:

Lea el siguiente caso y suponga que esta situación afecta a las familias del barrio donde usted vive/trabaja. Una vez que haya leído esta historia, reflexione y responda las preguntas que están al final del relato.

Juan, María y sus hijos Bernardo, de 7 años, y María José, de 15 años, están con problemas de sobrepeso. Ellos viven en un departamento de 38 metros cuadrados en el segundo piso de un edificio, donde el poco espacio que había para área verde fue ocupado por algunos vecinos para estacionamiento.

Juan trabaja como cajero en un estacionamiento público y semana por medio tiene que hacer turno el fin de semana. María trabaja de lunes a viernes haciendo aseo en dos casas del barrio más acomodado de la ciudad.

Ambos salen muy temprano cada mañana y regresan al hogar alrededor de las ocho de la noche, si es que no les piden trabajar por más tiempo en sus respectivos empleos.

Muchas veces estos padres discuten con sus hijos por el desorden que hay en la casa. Aunque María deja todo limpio y bien ordenado, durante la tarde la hija prepara completos, fríe huevos o papas fritas para comer con su hermano y no lavan la loza, mientras que los cuadernos, los útiles escolares que ocupan y parte del uniforme escolar, quedan repartidos por todo el departamento. Juan se enoja y le reclama a María que no ha sabido enseñar a los niños, que María José es una floja, que no hace nada en la casa. Luego de retarlos a todos, se encierra en el dormitorio a ver televisión.

María no dice nada porque no quiere agravar la discusión y se dedica a ordenar, limpiar lo que está sucio y a preparar la comida. Habitualmente cocina algo rápido y contundente como arroz o tallarines con hamburguesas, vienesas o alguna conserva. Algunos días cuando no está muy cansada y ha podido ir a la feria el fin de semana, prepara algún guiso de verduras, que sabe son mejores para cuidar la salud de la familia.

Ella está preocupada por el sobrepeso de sus hijos, también porque pasan toda la tarde solos; le da pena que su hija tenga que cuidar a su hermano y que ellos no tengan otras actividades.

Preguntas para la reflexión:

¿Qué factores de la estructura social favorecen los problemas que se presentan en esta familia?

Considerando que este es el barrio donde usted vive/trabaja, haga una lista con los servicios públicos, las organizaciones sociales, los programas sociales y de otras instituciones que podrían apoyar a familias como la de Juan y María.

¿Qué podría suceder si estas organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas trabajaran en conjunto? ¿Qué cambios se podrían hacer en el barrio para reducir los problemas que están afectando a familias como la de Juan y María?

3. Enfoque de género

El artículo 1º de la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”; sin embargo, la historia de la humanidad da cuenta de distintos movimientos sociales antidiscriminación que luchan por la igualdad de derechos y respeto por las diferencias que existen en la especie humana. Es el caso de las personas afrodescendientes, los hombres y mujeres que no son heterosexuales, las personas que viven con alguna enfermedad como VIH/Sida o con alguna discapacidad, las personas desplazadas por la guerra, y la histórica lucha por la igualdad de derechos de las mujeres.

Hombres y mujeres presentan diferentes órganos sexuales y el cuerpo de las mujeres tiene el potencial de embarazarse, pero esta diferencia biológica no explica el menor poder de las mujeres en la sociedad. La diferencia biológica convertida en justificación de las distintas formas de desigualdad que afectan a las mujeres en todo el mundo, ha encontrado explicación en teorías como la de género.

En el ámbito de la salud, el concepto de género ha contribuido a entender mejor las diferencias en morbilidad, las diferencias en la exposición a determinados riesgos para la salud en los hombres y en las mujeres, así como las diferencias en la esperanza de vida según sexo, las que no se explican solo por la diferencia biológica entre los sexos.

DIFERENCIA, DESIGUALDAD Y DISCRIMINACIÓN

En la especie humana hay diferencias biológicas entre los sexos.

La desigualdad y discriminación sistemática de grupos humanos constituye un atropello a los derechos humanos.

3.1 ¿Qué significa el concepto de género?

El género se refiere al significado social que adquiere la diferencia sexual biológica. Este significado varía a través del tiempo y en los distintos grupos sociales. El concepto alude a las características atribuidas a lo masculino y femenino, y a las diferencias sociales, económicas, políticas, laborales, etc., establecidas socialmente para lo masculino y femenino, y que ubican en una posición de mayor prestigio y poder a lo masculino (Gómez, 2011).

El género refiere a los roles, las relaciones, las responsabilidades, las actitudes y las formas de poder contruidos socialmente y asignados a las mujeres y a los hombres, a las niñas y a los niños. El género se aprende, depende del contexto (varía de una cultura a otra), es dinámico y, como es algo aprendido, se puede cambiar (OPS, 2010).

El concepto de género no se aplica a la mujer en sí misma – ni tampoco al hombre –, sino a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos masculinos y femeninos) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder. (Gómez, 2002, p. 455)

SEXO Biológico: refiere a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres.

GÉNERO: significado que la sociedad atribuye a las diferencias biológicas y que establece poder desigual entre mujeres y hombres.

El género es un concepto socialmente construido y relacional. Las niñas y niños aprenden lo que se espera de ellas y ellos según lo que se considera adecuado o propio de lo femenino o masculino en su cultura (normas de género). A través del proceso de socialización, de lo que se observa en el entorno, del lenguaje, los juegos, los símbolos, las canciones, y de lo que está permitido o prohibido según sean niñas o niños, se aprende la forma en que se organizan las relaciones sociales y económicas entre los sexos, en particular, la forma en que se divide el trabajo y el poder, lo que es mantenido y reforzado por el control social que ejercen la tradición y las instituciones (la familia, la escuela, la religión, la política, las leyes, etc.).

Los estereotipos de género son ideas simplificadas que las personas repiten sin pensar, generalizando los rasgos socialmente atribuidos a las mujeres y a los hombres, estableciendo de manera rígida cómo deben ser, sentir y comportarse las personas del sexo masculino y femenino, considerando las diferencias como algo natural, por lo que algunas tareas se consideran exclusivas de mujeres o de hombres. La transgresión o no cumplimiento de estas normas puede llegar a amenazar la identidad de género asignada a las personas. Por ejemplo, si una mujer con hijos pequeños sale a trabajar fuera del hogar, es probable que piense que no está cumpliendo con su casa y su familia y se sienta culpable, por lo que puede llegar a enfermarse debido a la presión que esto le causa. Lo mismo sucede con hombres que no son agresivos o arriesgados como supone el estereotipo masculino.

La forma en que socialmente se divide el trabajo, da cuenta de la existencia de tres tipos de roles en los que se expresan las diferencias de género:

Rol productivo	Rol reproductivo	Rol de gestión comunitaria
Refiere a la producción de bienes y servicios realizada por hombres y mujeres a cambio de un sueldo o un salario o especies.	El rol reproductivo de hombres y mujeres, o rol doméstico, incluye las actividades que se realizan para la continuación de la sociedad, ya sea la reproducción biológica, o la transmisión del sistema de valores que caracteriza esa sociedad. Este rol asegura que las personas puedan participar en labores productivas (remuneradas). Considera la crianza, la educación de las y los hijos, el aseguramiento de la alimentación de la familia, la organización y el mantenimiento del hogar, la atención y el cuidado de sus miembros.	Refiere a las actividades realizadas por hombres y mujeres en las que participan de manera voluntaria para aportar al desarrollo o a la organización política de la comunidad.

Fuente: OPS/OMS (1997).

Aunque las actividades que corresponden a estos roles son realizadas por hombres y mujeres, las actividades reproductivas y de gestión comunitaria, que no son remuneradas, tradicionalmente son efectuadas en su mayoría por mujeres.

El rol reproductivo es imprescindible para que se pueda cumplir el rol productivo; sin embargo, su contribución a la economía del país no se contabiliza, por lo que el trabajo que hacen mayoritariamente las mujeres en los hogares y el vecindario queda invisible al no ser considerado como “trabajo”, en un sentido económico, y es visto como parte de la función natural de la mujer como reproductora de la especie humana.

Esta división de roles se ha ido modificando a través del tiempo y según la cultura; sin embargo, las actividades reproductivas y el trabajo remunerado en servicios, como el que desempeñan enfermeras, auxiliares de enfermería, profesoras, educadoras de párvulos, secretarias, cuidadoras, etc., por ser considerados “trabajo de mujeres”, continúan teniendo menor valor social y económico.

La forma en cómo se divide el trabajo y el poder según el género, se materializa en el desigual acceso a recursos económicos, sociales, políticos materiales, información, educación, tiempo y recursos internos (autoestima, autoconfianza, capacidad para expresar los intereses propios), y en un desigual control o poder para definir, influir y tomar decisiones sobre el uso de recursos. Algunos ejemplos:

Ejemplo 1: El impacto de las responsabilidades reproductivas en la calidad de vida de las mujeres trabajadoras no solo se expresa en cansancio, sino también en inseguridad económica en el largo plazo. Al pasar la mayor parte de sus años productivos entrando y saliendo del mercado laboral por la necesidad de dedicarse al cuidado de sus niños/as enfermos, de familiares ancianos o discapacitados/as, al momento de jubilar sus pensiones serán muy inferiores a las que podrían tener si su permanencia en el empleo no fuese afectado por las responsabilidades reproductivas.

Ejemplo 2: Una mujer dueña de casa se encarga de preparar la comida y hacer el aseo, riega y mantiene el jardín, compra las verduras en la feria, va al supermercado a comprar la mercadería de la semana, lava, plancha y arregla la ropa de la familia, y teje alguna prenda para sus hijos/as. De la escuela la llaman para informarle de problemas con uno de sus hijos/as, la citan a reuniones; lleva a los niños/as a control médico. Trata de ir cada semana a la escuela para nivelar sus estudios y a practicar zumba para relajarse y mantener su peso, pero a menudo tiene dificultades para asistir, debido a las necesidades que le presentan sus hijos o por la necesidad de cuidar o acompañar en trámites a sus padres ya mayores. A menudo no logra explicarse por qué no le alcanza el tiempo.

Ejemplo 3: Las mujeres y los hombres pueden tener acceso al uso de condones, ya que se los entregan gratuitamente en el CECOSF. Sin embargo, no tienen la misma capacidad para decidir o controlar el uso de preservativos en el momento de las relaciones sexuales. En una relación heterosexual, quien tiene el poder para decidir si usa o no condón es el hombre. En una relación homosexual, puede ser que solo uno de ellos pueda decidir si usar o no preservativos.

Roles de Género



Fuente: adaptado de EPES (2009a).



Actividad:

¿A qué se refieren estas afirmaciones?
Marque con un "X", según corresponda.

		Sexo biológico	Género
1.	Las mujeres pasan más tiempo con sus bebés porque naturalmente saben cómo cuidarlos.	☐	☐
2.	Las niñas son más cariñosas que los hombrecitos.	☐	☐
3.	¡No sabe lo que es ser una verdadera mujer!, todavía no tiene hijos.	☐	☐
4.	¡Pedrito!, si te sigues portando mal, te irás a jugar con las niñas.	☐	☐
5.	Juana no podrá aceptar el cargo, porque Daniela, su pareja, no quiere que trabaje con hombres.	☐	☐
6.	Los hombres son más arriesgados que las mujeres.	☐	☐
7.	Las mujeres pueden embarazarse y los hombres no.	☐	☐
8.	Los hombres son naturalmente más violentos que las mujeres.	☐	☐
9.	Los órganos sexuales de hombres y mujeres son diferentes.	☐	☐
10.	Las mujeres y los hombres reaccionan distinto frente a sus problemas de salud.	☐	☐
11.	Las mujeres generalmente tienen más tiempo libre que los hombres.	☐	☐

Volver a página 38

3.2 Género y equidad en salud

El género es uno de los determinantes estructurales de la salud, porque establece jerarquías de prestigio y poder. La posición inferior que ocupan en la sociedad las mujeres respecto de los hombres, y también quienes tienen una orientación o identidades sexuales⁸ diferentes a la heterosexual, se manifiesta en desigualdades que impactan la salud.

Las cifras a continuación muestran el impacto diferencial del género en la salud de las mujeres y de los hombres:

- La socialización y los roles de género que asocian la masculinidad a comportamientos de riesgo y a la ausencia de miedos, pueden llevar a los varones a actuar de manera peligrosa y dañina para su salud (OPS, 2010). En Chile, la mortalidad por accidentes de tránsito es 4,4 veces mayor en hombres que en mujeres; la causada por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado es 2,6 veces mayor en hombres (OPS/OMS Chile, 2011).
- Una de cada tres muertes de varones adolescentes registradas en países de ingresos bajos y medianos en la Región de las Américas, se debe a la violencia (OMS, 2014a). En el 2012, los homicidios fueron la tercera causa de muerte a escala mundial, de varones de entre 15 y 44 años (OMS, 2014c).
- Más hombres que mujeres mueren de cáncer de pulmón. Según datos mundiales, en el 2012 se produjeron aproximadamente 10 defunciones de mujeres y 30 defunciones de hombres por 100.000 habitantes.⁹ Esto se relaciona a que el hábito tabáquico se instala tempranamente en los jóvenes, debido a que la propaganda de cigarrillos se dirige principalmente a los hombres.

.....
Las normas de género masculinas son las expectativas sociales y funciones asignadas a los hombres y los niños con relación o en contraposición a las de las mujeres y las niñas. (OPS, 2010, p. 24)
.....

⁸ El concepto de orientación sexual e identidad sexual se relaciona con los conceptos de sexo y género, pero no significan lo mismo: no obstante, quienes se apartan de las normas establecidas para lo femenino y masculino, ven afectados el goce de sus derechos en condiciones de igualdad. "La orientación sexual se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un sexo diferente al suyo, de su mismo sexo, o de más de un sexo, así como de mantener relaciones íntimas y sexuales con tales personas". La identidad de género hace mención a "la vivencia interna e individual del género tal como cada persona lo siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales." (Gómez, 2011, pp. 2-3).

⁹ International Agency for Research on Cancer. Datos disponibles en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

- En América Latina las mujeres padecen anemia por deficiencia de hierro provocada por prácticas culturales que privilegian al hombre en la distribución de alimentos ricos en proteínas (Castañeda, 2007).
- En la Región, la depresión grave afecta al doble de las mujeres, al ser las menos favorecidas dentro de la sociedad, por sufrir con más fuerza que los hombres de escasa autoestima, pocas aspiraciones y marcada sobrecarga laboral (Castañeda, 2007, p. 14).
- En Chile, en la población de 60 y más años de edad, la disminución de la agudeza visual es de 34,5% en hombres y 44,2% en mujeres; el desdentamiento de un maxilar alcanza al 41,8% en los hombres y al 61,8% en las mujeres. En sectores rurales, estos porcentajes de deterioro en las mujeres son mayores (OPS/OMS Chile, 2011).
- A nivel mundial, el 30% de las mujeres de 15 a 19 años sufren violencia por parte de su pareja (OMS, 2014a). Una de cada tres mujeres (35%) han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida (OMS, 2016).

Para abordar las desigualdades en salud, se ha adoptado a nivel internacional y en la política nacional el concepto de **equidad en salud**, que “implica que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello pueda evitarse” (Whitehead, 1991, p. 7).

La equidad es un concepto ético basado en principios de justicia social y derechos humanos. “La equidad de género busca nivelar el terreno de oportunidades para hombres y mujeres; es, entonces, **un medio para alcanzar la igualdad de género** y un instrumento esencial en el desarrollo de políticas con una perspectiva de justicia distributiva y derechos” (Gómez, 2011, p. 6).

.....
La noción de inequidad adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS se reserva para las desigualdades que son innecesarias, evitables e injustas
(Gómez, 2002, p. 454).
.....

La equidad de género significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres. El concepto reconoce que entre hombres y mujeres hay diferencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y al control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse con el fin de corregir desequilibrios entre hombres y mujeres. (OPS, 2005, p. 11)

La salud no puede ser tratada de la misma manera en hombres y mujeres, no solo por las características biológicas, sino porque las diferencias en los roles y normas culturales de género expresan desigualdad. Los hombres y las mujeres “viven de manera diferente, lo que conlleva a que las enfermedades y la exposición a riesgos tales como hábitos de alimentación, ambiente de trabajo, estrés cotidiano, entre otros, los coloquen en situaciones de salud diferentes” (Castañeda, 2007, pp. 12-13).

Las políticas de equidad buscan eliminar las disparidades en la salud y en los factores determinantes básicos de la salud, que están sistemáticamente asociados a una situación subyacente de desventaja en la sociedad.

La salud de las niñas y las mujeres se ve influida de manera definitiva por factores sociales y económicos, como el acceso a la educación, el nivel de riqueza familiar y el lugar de residencia. En casi todos los países, las niñas y mujeres de las familias más pudientes presentan menor mortalidad y usan más los servicios de asistencia sanitaria, por comparación con las que pertenecen a familias pobres. Estas diferencias no se limitan a los países en desarrollo sino que también ocurren en los países desarrollados. (OMS, 2009, p. 2)

Las políticas de equidad de género en salud requieren actuar sobre las desigualdades injustas y sistemáticas entre las mujeres y los hombres – o entre ciertas categorías de mujeres y de hombres – que tienen que ver con capacidades, oportunidades y libertades para proteger la salud, participar en las decisiones y acciones asociadas con el desarrollo sanitario, y beneficiarse de dicho desarrollo.

.....

La equidad de género en salud se refleja en:

- La eliminación de diferencias injustas y remediabiles en términos de enfermedades, lesiones y discapacidades; instalando mecanismos que garanticen el goce del derecho a la salud.
 - La asignación y acceso a recursos y atención de salud de acuerdo a las necesidades particulares de cada sexo y contexto socioeconómico, de manera independiente de la capacidad de pago de las personas.
 - La contribución económica directa o indirecta de las personas al financiamiento del sistema de atención en salud, corresponda a su capacidad económica y no a su necesidad o riesgo relativo (según sexo, edad, situación de salud, etc.). Esto implica, particularmente, que el costo de la atención a la reproducción, se distribuya solidariamente en la sociedad y no recaiga exclusivamente sobre las mujeres.
 - La gestión de la salud requiere “una distribución justa de las responsabilidades y compensaciones relacionadas con la provisión de servicios de atención de la salud dentro del hogar, la comunidad, el sistema de salud, y el desarrollo de políticas”.
- (Gómez, 2011, p. 7)
-

3.3 Aporte de las mujeres al cuidado de la salud

El cuidado de la salud requiere de tres sistemas: (i) el sistema institucional de atención en salud (CESFAM, CECOSF, hospitales públicos y todos los centros de atención en salud y clínicas privadas); (ii) el sistema doméstico de cuidado de la salud, que implica la preparación de alimentos, la enseñanza de hábitos de higiene, cumplimiento de indicaciones de dieta, la administración de medicamentos, el cuidado de enfermos crónicos, personas de la tercera edad y con discapacidad en el hogar, y los (iii) cuidados proporcionados por la comunidad, fundamentalmente a través de su participación en actividades de prevención y promoción de la salud.

La contribución del cuidado doméstico de la salud de las familias, así como las iniciativas de cuidado que realizan agrupaciones de la comunidad, no ha sido medido ni valorizado monetariamente en Chile; sin embargo, es evidente su aporte al desarrollo de políticas que han impactado en la salud; por ejemplo, la instalación del control sano de niños y niñas, así como la aplicación del plan de vacunas, vigente desde hace más de cuatro décadas, no hubiera sido posible sin la colaboración del sistema familiar de cuidado de la salud, específicamente, sin el apoyo de las mujeres.

La prevención y control de las enfermedades infectocontagiosas (diarrea, tifoidea, infecciones respiratorias agudas), especialmente en sectores populares, ha requerido del apoyo permanente de los sistemas no remunerados de cuidado de la salud, en los cuales las mujeres debido a las normas de género, que han naturalizado el trabajo de cuidado de la salud como una responsabilidad casi exclusiva de mujeres, han tenido y continúan teniendo un rol principal.

También en el sistema institucional de cuidado de la salud trabajan mayoritariamente mujeres. En Chile, en el año 2012, en los 29 servicios de salud del país trabajaban 90.138 personas: un 68% corresponde a mujeres y un 32% a hombres (Rojas, 2014).

El reconocimiento del aporte no remunerado de las mujeres en el cuidado doméstico y comunitario de la salud es un elemento fundamental en el marco de políticas de equidad de género, ya que este constituye una carga de responsabilidades y trabajo no reconocida, ni valorada socialmente, lo que afecta la salud de las mujeres, contribuyendo además a mantener la situación de menor poder y prestigio de las actividades que realizan las mujeres, al mismo tiempo que limitan la generación de ingresos y autonomía económica de estas.



Actividad:

Considerando los contenidos abordados, analice las siguientes propuestas de acción para incluir el enfoque de género en el trabajo de promoción de la salud. Señale cómo aportaría cada una de ellas a reducir inequidades de género en las mujeres y en los hombres.

Propuestas	¿Qué Aporta a las Mujeres?	¿Qué Aporta a los Hombres?
Manejo separado de cifras sobre la situación social y de salud de hombres y mujeres.		
Preguntarse: ¿Cómo afecta a los hombres y cómo está afectando a las mujeres este problema?, ¿a quién perjudica más? ¿Por qué perjudica más a unos/as que a otros/as? ¿Las causas de esas diferencias son evitables?		
¿Las estrategias de promoción utilizadas reconocen el aporte de las mujeres al cuidado de la salud familiar, al trabajo remunerado y al desarrollo social de la comunidad?		
Las estrategias promueven la participación pública de las mujeres y la mejora de su situación social a nivel de su comunidad.		
El equipo de trabajo incorpora en su planificación el hacer visibles las tareas de cuidado y apoyo doméstico en las acciones que realiza, motivando a los hombres a hacerse cargo de ellas.		

Fuente: adaptado de López, L., y Covarrubias, S. (EPES) (2010)

4. Interculturalidad

El enfoque de interculturalidad se ha integrado progresivamente en las políticas públicas y en la política de salud. La Red Asistencial inició en el año 1996 la incorporación de este enfoque en la Araucanía, y a partir del año 2005 la Ley de Autoridad Sanitaria y los reglamentos internos, tanto del Ministerio de Salud como de los servicios de salud, contemplan la responsabilidad sectorial de incluir dentro de su quehacer una mirada diferente de hacer salud, basada en el respeto a la cultura existente en los territorios y en la participación activa de las comunidades y organizaciones de pueblos originarios sobre las acciones que el sector salud desarrolla y que les involucran (Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS, 2015).

4.1 ¿Qué se entiende por interculturalidad?

La interculturalidad refiere a la inclusión de perspectivas, prácticas y creencias de las múltiples culturas que existen en el país. Tanto las comunidades rurales como urbanas manifiestan una diversidad cultural, conformada por pueblos indígenas y también por población migrante de distintos países. Esta diversidad cultural aporta una riqueza de costumbres, tradiciones, creencias, idiomas y las historias propias de cada comunidad.

Se puede decir que la sociedad chilena es multicultural, porque presenta muchas culturas que tienen sus orígenes dentro y fuera del país. La interculturalidad es una forma de reconocer estas diversidades e incluirlas en distintas áreas de la sociedad, tales como la educación, la salud, la política, la alimentación y el medioambiente.

En el año 2006, la política de salud y pueblos indígenas del Ministerio de Salud afirmaba que:

En el entendido que el enfoque intercultural no solo aplica a los pueblos originarios, desde el Ministerio de salud se define como; “un cambio de actitud y un cambio cultural en el sistema de salud, que permite abordar la Salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS, 2015, p.19)

El enfoque de interculturalidad requiere distinguir dos conceptos: inclusión e integración. La inclusión es la incorporación de distintas perspectivas y culturas de manera de resguardar la convivencia entre ellas mientras se reconoce y respeta las diferencias que existen.

La integración alude a un proceso mediante el cual las diferencias entre las culturas van desapareciendo, producto de acciones directas o indirectas que buscan asimilar o bien negar las diferencias que hay entre los pensamientos y creencias entre personas de distintas culturas.

Para lograr interculturalidad, es importante poner en práctica la inclusión, entender que cada territorio tiene distintas expresiones culturales y que no existe una cultura principal o verdadera, y propiciar la aceptación, el respeto y la valoración de la diversidad de creencias y prácticas de las personas de grupos culturales diferentes.

Para favorecer la actuación intercultural, es importante comprender las condiciones que afectan las relaciones que se producen entre sujetos de orígenes diversos en un mismo territorio. Estas condiciones son:

1. Las relaciones de igualdad/desigualdad que pueden existir entre los afectados.
2. La posición que cada uno de ellos ocupa en la estructura social.
3. Las nociones, preconociones (prejuicios), ideas y construcciones previas que los actores tengan sobre sí y el otro/a y que condicionan la relación.
4. La situación y características personales de cada cual.

(Vázquez, Fernández, Fernández, Vaz y León, 2008, p. 202)

Estas condiciones necesitan ser observadas y abordadas intersectorialmente, de modo que las actuaciones puedan dar respuesta a necesidades que no solo conciernen al sector salud, sino también a otros servicios públicos y a la forma en que las diversas organizaciones de la comunidad se vinculan entre sí.

4.2 Relación con el derecho a la salud: ¿por qué es relevante la mirada intercultural?

Las creencias, costumbres e historias sociogeográficas establecen las formas de entender y cuidar la salud. Es importante reconocer la variedad de formas de pensar en la salud a nivel individual, familiar y comunitario.

Cuando las personas no entienden las pautas de cuidado de salud entregadas por los servicios de salud o no saben cómo acceder a ellos, ven limitado el ejercicio de sus derechos en salud.

El derecho a la salud no solamente significa el acceso a la atención de salud, sino que el derecho a una atención inclusiva basada en una visión integral y holística de la salud, es decir, que comprende que el estado de salud de las personas está vinculado a sus relaciones sociales, sus emociones y espiritualidad.

Es importante considerar que la salud es un concepto histórico, social y construido culturalmente, que se corresponde con ideas diferentes que se vinculan con el valor de la vida; el modo en que las diferentes culturas conciben a las personas y su lugar en el mundo y entre los demás seres vivos; la relación que los seres humanos y las sociedades mantienen con el ambiente, los valores morales, las creencias, las costumbres y las formas de producción y consumo. (Ministerio de Salud Argentina y Programa Médicos Comunitarios, s.d.)

Como se señala en el documento, *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria* (Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS, 2015), el enfoque intercultural requiere de la aplicación del principio de igualdad de derechos, porque:

en el campo de la salud, la interculturalidad significa que todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimiento, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción. (Cunningham, 2002, p.26, cit. en Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS 2015, p.19)

Desde el enfoque de determinantes sociales de la salud, la pertenencia a una etnia, la condición de migrante y otras

.....
El enfoque intercultural reconoce la existencia de saberes. No es solo reconocer expresiones culturales distintas, sino entender que estas obedecen a formas de comprender el mundo de manera diferente, que dan identidad a las personas y colectivos humanos.
.....

condiciones, pueden generar desigualdades sociales evitables, entre ellas, inequidades en el acceso a la salud.

Por esto es importante que los equipos de salud de los CECOSF puedan entender el concepto de salud y enfermedad propio de las distintas culturas presentes en cada territorio, como también, que desarrollen la disposición para hacer visibles en la comunidad esas diversas maneras de comprender la salud, la enfermedad y las prácticas de cuidado de los distintos grupos sociales; por ejemplo, a través de ferias de promoción de la salud. De esta forma, no solo se contribuye a favorecer la salud de las personas de culturas distintas, sino que su inclusión social, eliminando o reduciendo los prejuicios que se basan en el desconocimiento y temor a lo diferente, aportando con ello a reducir las prácticas discriminatorias que atentan contra el ejercicio de los derechos de las personas indígenas o que provienen de otros países.



Las actividades que realizan los equipos de salud, son muy importantes para generar o fortalecer los lazos sociales en el territorio y reducir el impacto negativo de los determinantes sociales de la salud.

La constitución de mesas de promoción de la salud y las actividades de diagnóstico participativo brindan la oportunidad para contactar a los grupos de familias y organizaciones de pueblos originarios o migrantes que viven en el territorio, invitándolos a participar activa y propositivamente en torno a los objetivos que estos espacios de participación y acción se propongan.

La mirada intercultural, que reconoce la presencia de diversas expresiones sociales y culturales, aporta a reducir la probabilidad de que grupos y personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad debido a su etnia, el hecho de ser migrantes, su orientación sexual, su religión, pobreza u otras condiciones, por las que pueden ser discriminadas, terminen aisladas y excluidas por el debilitamiento progresivo de sus lazos sociales con el entorno, lo que aumentaría su vulnerabilidad y desprotección social.

Las personas y grupos sociales que sufren discriminación, tienen menos oportunidades para acceder a recursos de todo tipo, porque sus lazos sociales son débiles, no pueden disponer de cierta información y porque se enfrentan a barreras sistemáticas para acceder a los servicios disponibles (idioma, costos de transporte, burocracia, etc.), o bien, los servicios existentes no se adecúan a sus necesidades. Algunos ejemplos:

Ejemplo 1: José es colombiano, llegó como turista con una promesa de empleo en una fábrica, pero esta no se concretó. Como no había espacio en la casa de su pariente y no contaba con recursos para pagar hospedaje, aceptó un trabajo de cuidador, sin contrato de trabajo y un pago inferior al sueldo mínimo. Aunque José tiene un lugar donde dormir, sin contrato no podrá regularizar su situación en el país.

Ejemplo 2: Stephanie es haitiana y vive en Antofagasta. Lleva seis meses en Chile. Su primer idioma es el créole y aún está aprendiendo castellano. Cuando va a su centro de salud, además de preocupada por la salud de su hijo, se siente muy angustiada, porque le cuesta darse a entender y no comprende las orientaciones del tratamiento que debe seguir su hijo enfermo, queda con dudas y no sabe si está haciendo lo correcto.

En función del principio de equidad y participación que guía el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, es fundamental para los equipos de salud reconocer la presencia de diversidad cultural en sus territorios, entregando una atención de salud integral que responda a las particularidades de las culturas de las personas que les corresponde atender, sin

INEQUIDADES EN SALUD

- Altas tasas de mortalidad infantil, superiores en 40 puntos a la media nacional, para el caso del pueblo atacameño.
- Condiciones de salud de los pueblos indígenas que viven en centros urbanos más deteriorada que la de quienes viven en el campo.
- La incidencia de muerte por bronconeumonía en niños mapuche menores de 5 años es mayor que en niños no mapuche.
- La TBC es más alta en zonas de alta concentración indígena, siendo especialmente vulnerable la población indígena aymará.
- La región de la Araucanía presenta mayor mortalidad por cáncer de vesícula y un pobre acceso a colecistectomía.

(Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS, 2015, p. 21)

deslegitimar sus visiones de salud y enfermedad e incluyendo sus prácticas de sanación, pues estas constituyen recursos que facilitarán la recuperación de la enfermedad, la autonomía y el sentido de control personal sobre las situaciones que les afectan, elementos centrales en la percepción de calidad de vida de las personas.

Volver a página 38 



Actividad:

Responda las siguientes preguntas:

- ¿Existen familias de pueblos indígenas o migrantes en la comunidad donde vive/trabaja?
- ¿Cuáles son sus principales creencias y costumbres?
- ¿Cuáles son sus prácticas de salud?, ¿qué hacen para mantenerse sanos?

4.3 Derechos en salud de la población migrante

La Circular A 15 N°06 de junio de 2015 (MINSAL, 2015) determina que la atención de salud a personas inmigrantes, se desliga de la tramitación de permisos de residencia, situación que ha operado como barrera de acceso para que los derechos que se han asegurado se puedan ejercer.

Este mismo documento señala que los establecimientos integrantes del Sistema Público de Salud brindarán las atenciones y prestaciones de salud que sean necesarias a los extranjeros que estén en el país en calidad de inmigrantes y no cuenten con otro derecho a atención de salud, aunque carezcan de documentos o permisos de permanencia, en los siguientes casos:

1. Las mujeres extranjeras tienen derecho a la atención durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento de su hijo/a, entregándoseles todos los cuidados comprendidos en el control del embarazo y puerperio. Este derecho se ratifica en el Decreto exento N°45, de enero de 2016, en el cual se establece la norma técnica general para la inscripción de beneficiarios en establecimientos de atención primaria.
2. Las personas extranjeras menores de 18 años, cualquiera sea su situación migratoria en Chile y la de sus padres, tutores o representantes legales. También se ratifica este derecho en el Decreto exento N°45.
3. Casos de urgencia médica. Atención a todas las personas, solo se podrán cobrar en los casos en que el afectado declare que le es posible pagar la prestación recibida.
4. Prestaciones de salud pública: métodos de regulación de la fertilidad, incluida la anticoncepción de emergencia, vacunas, atención de enfermedades transmisibles: TBC, VIH/ SIDA, ITS, educación sanitaria.

Actualmente, las personas inmigrantes que realicen el trámite de obtención de VISA, pueden ser inmediatamente beneficiarios de FONASA, ya que al obtener ese documento quedan incorporados en el Registro Nacional de Extranjeros, siendo inmediatamente ingresados a la base de datos de beneficiarios de FONASA, para proporcionarles un RUN provisorio con el cual

pueden completar el trámite de afiliación. Una vez que la persona obtiene su RUN nacional, debe acercarse a FONASA a regularizar su acreditación.

La posibilidad de que la población inmigrante pueda ejercer sus derechos a la atención de salud está fuertemente condicionada por un conjunto de factores que pueden modificarse por la acción del conjunto de actores involucrados. Un estudio realizado por el Servicio de Salud Metropolitano Norte con población inmigrante, residente en la comuna de Independencia, señala:

La atención de la población inmigrante está marcada por conflictos y barreras que dificultan el acceso de esta población al sistema de salud pública. En este sentido, se identificaron en el estudio la condición migratoria de los inmigrantes, el conocimiento sobre el sistema de salud pública nacional, la percepción que tienen los prestadores de la salud de los inmigrantes, la relación que establecen prestadores de salud y usuarios inmigrantes, y la discriminación como formas visibles de un conflicto a resolver para mejorar el acceso de la población inmigrante al sistema de salud chileno. (Rojas, 2008, p.37)

En dicho estudio, la discriminación por parte de sus pares en la escuela aparece como un determinante en los problemas de salud mental que presentan niños/as y adolescentes. En las adultas y adultos, los problemas de salud mental se asociaban a problemas de pareja, inestabilidad laboral, problemas en el vecindario y, eventualmente, a problemas legales.

En la población adulta inmigrante, la discriminación impone barreras de acceso debido a la precariedad laboral, especialmente en el caso de personas que no tienen una situación regularizada en el país, quienes se ven afectadas por extensas jornadas laborales, sin contrato de trabajo, prejuicios que asocian enfermedades o accidentes al consumo de alcohol, amenaza de ser reemplazadas, trabajo puertas adentro, etc. (Rojas, 2008).

Las condiciones de inserción social de los inmigrantes en la comuna, entre las que se mencionaron el hacinamiento y las malas condiciones laborales, son percibidas como factores de riesgo para la salud mental de los inmigrantes (Rojas, 2008).

Una barrera importante para la atención de salud de la población inmigrante, adulta e infanto-juvenil, se relaciona con la desinformación sobre sus derechos por parte del personal de salud (Rojas, 2008).



Actividad:

Preguntas para la reflexión:

¿Cuáles considera que son los principales problemas de la población migrante para acceder a una atención de salud adecuada en su CECOSF?

Si los datos del estudio realizado por el Servicio de Salud Metropolitano Norte fueran de la comuna donde vive/trabaja:

¿Cuáles son los actores que deberían intervenir para abordar los problemas de inclusión social que se presentan?

¿Qué acciones se podrían desarrollar para reducir la discriminación que afecta a las/os niñas/os inmigrantes?

¿Qué acciones se podrían realizar para abordar los problemas que afectan a las y los adultos inmigrantes?

4.4 ¿Cómo incorporar la interculturalidad en el trabajo de promoción de la salud?

Como ya se ha señalado, la interculturalidad se expresa en un esfuerzo dirigido a la inclusión de todas las personas en las iniciativas que se propongan o surjan desde la comunidad.

Algunas de las acciones en las cuales los CECOSF pueden incorporar el enfoque intercultural, son las siguientes:

- Realizando diagnósticos participativos con representantes de los pueblos indígenas y poblaciones/familias migrantes de la comunidad para entender las perspectivas propias de la salud, enfermedad y cuidados.
- Reflexionando en los equipos de salud acerca de cómo las estrategias de promoción afectan la salud de personas indígenas y migrantes.
- Promoviendo actividades que generen espacios para compartir y conocer los diversos conceptos de salud según las identidades culturales de la población.
- Respetando e incorporando las distintas perspectivas y prácticas de salud que hay en la población.
- Identificando y trabajando junto con las organizaciones y agrupaciones indígenas y migrantes en la comunidad.
- Considerando la mirada intercultural en todas las acciones del CECOSF, reconociendo la importancia de abarcar las diversas expresiones culturales y sociales que están en el territorio para incluirlas, constatando la existencia de personas y agrupaciones que representan la diversidad sexual, y otras ligadas a grupos ecologistas o a movimientos sociales, etc.

- Evaluando con los grupos de familias, organizaciones de pueblos indígenas y organizaciones que representen a colectivos diversos, los efectos que las acciones realizadas han tenido en su bienestar, en la resolución de problemas y en la atención de sus necesidades.
- Incorporando material visual que permita transmitir mensajes informativos a personas que no hablan español.
- Incorporando y formando voluntarios/as que puedan apoyar a los equipos en la comunicación con personas que no hablan español.
- Estimulando la organización y las iniciativas de autoayuda y solidaridad entre familias migrantes.



Actividad:

Lea la siguiente historia, las opciones de atención y reflexione sobre las preguntas que se presentan al final:

Javiera vive con su marido y tres hijos en Santiago. Ella es mapuche y en su familia aprendió que las enfermedades tienen que ver con las relaciones espirituales y familiares, y que la machi puede ayudarla con sus necesidades de salud, pero en Santiago no puede seguir sus prácticas culturales. Su familia se atiende en el CECOSF de su sector.

OPCIÓN DE ATENCIÓN A	OPCIÓN DE ATENCIÓN B
Cuando se enferma Javiera acude al CECOSF de su sector. Allí la doctora evalúa su estado físico sin preguntar sobre su estado emocional. Le receta pastillas para minimizar los dolores del estómago y del colon. Javiera toma las pastillas y por unos días el dolor se le quita, pero después de una semana vuelve. Su dolor se ha hecho crónico. Javiera no cree en las pastillas, dado que su práctica cultural de salud requiere el uso de plantas medicinales, armonía familiar y ambiental.	Cuando se enferma Javiera acude al CECOSF de su sector. La doctora la examina y le pregunta sobre su situación familiar, sus relaciones sociales y su estado emocional. Le dice que sus dolores, aunque físicos, deben estar asociados a su estado emocional. La funcionaria al conversar y darse cuenta de que Javiera es mapuche, le recomienda que además de tomar las pastillas, vaya al centro de salud mapuche de la comuna, donde podrá atenderse con una machi. Javiera sigue el tratamiento con pastillas, junto al tratamiento recomendado por la machi. Después de dos meses se le quitan los dolores y sigue con el tratamiento de hierbas naturales indicado por la machi.

Preguntas:

- ¿Cuáles son las diferencias entre estas dos opciones de entender la salud y las enfermedades?
- ¿Cómo se pueden integrar diferentes perspectivas en relación a los problemas y cuidados de la salud?

5. Participación

La participación en salud ha sido un elemento central en el desarrollo histórico de las políticas sociales y del sistema institucional de cuidado de la salud.

Desde la perspectiva histórica, habría que tener presente que no es posible definir los problemas que involucran al bienestar de la sociedad, sólo desde la lógica institucional. El destino de una sociedad se va delineando, no en función de la historia institucional sino al revés: el ámbito y el rostro histórico de las instituciones dependerá del rol –protagónico o pasivo, democrático o autoritario, de “objeto” o “sujeto”– que la sociedad pueda asumir en una situación histórica determinada. (Illanes, 1993, p. 512)

A partir de 1990, la participación social se constituye en un eje de todas las políticas de Gobierno, debido a que la participación es consustancial a un régimen de gobierno democrático. Sin embargo, el concepto de participación se emplea de muchas maneras (Reca, 2007), por eso es importante hacer algunas distinciones.

Participación social	Participación ciudadana
Se usa muchas veces como sinónimo de asociatividad. Refiere a diversas modalidades de inserción o pertenencia a diferentes grupos sociales o a actividades colectivas. Así, puede afirmarse que tales personas participan en el “grupo de enfermos crónicos”, de “adultos mayores” o en grupos de voluntarios, en grupos de discusión, en talleres, actividades deportivas, grupos de interés, en reuniones u otras actividades de grupos informales o formales, en cuyo caso tienen que acreditar alguna forma de pertenencia.	Refiere más específicamente a aquella modalidad de participación que tiene influencia o incidencia en la toma de decisiones sobre las políticas públicas. Implica un ámbito de acción que alude a la construcción de la sociedad civil en su relación con el Estado; una ciudadanía autónoma que se reúne y dialoga; supone relaciones igualitarias y una preocupación por el bien común.

Cuando se emplea el concepto de participación ciudadana en salud, es necesario identificar que esta forma de participación presentaría diferentes niveles, cuyo alcance y sentido es importante distinguir. Soledad Larraín (2001) identifica cuatro niveles: la participación–usuario/a; la participación–movilización de recursos, la participación–control y la participación–poder.

- i. **Participación–usuario.** Podría considerarse el nivel 1 de participación. Constituye un componente básico de la integración social: hacer uso de las oportunidades que ofrece el sistema en todas sus expresiones. El sujeto, individual en este caso, obtiene cuidados y reparación para su salud. La participación consiste en demandar y hacer uso de los servicios de salud. La persona no ejerce ninguna influencia consciente sobre el sistema.

Los servicios, mientras los usuarios lo utilicen masivamente, validan y legitiman su estructura y funcionamiento institucional, incrementando así su estabilidad y permanencia en el tiempo y espacio público.

Los usuarios son informados y capacitados para un mejor aprovechamiento de la oferta existente.

- ii. **Participación-movilización de recursos.** En este caso, se parte del supuesto que la comunidad posee recursos efectivos o potenciales para contribuir al desarrollo y gestión de los programas definidos por el propio sistema. A este estadio se integra un sujeto social colectivo, grupal: la comunidad organizada. Luego, se favorece desde el sistema, estrechamente asociado a su funcionamiento, la generación de organizaciones comunitarias, como los grupos de voluntarios o asociación de pacientes. Quienes participan son mayoritariamente mujeres.
- iii. **Participación-control.** La comunidad organizada ejerce control sobre el funcionamiento del sistema, por ejemplo, en el mejoramiento de la calidad de atención, y de la gestión y distribución de recursos.

El sujeto social, colectivo, se empodera e incrementa su capital social (organizaciones, redes, autoestima, etc.). Este proceso implica la transformación de la institucionalidad de salud generando una articulación más flexible y creativa con la comunidad.
- iv. **Participación-poder.** En este estadio, la comunidad organizada incide directamente en la toma de decisiones estratégicas respecto del sistema de salud.

(Larraín, 2001, pp. 5-6)

Existen diferentes enfoques para entender la participación ciudadana. Algunos la reconocen como un derecho, como un instrumento para mejorar la gestión de los servicios públicos y como un proceso de empoderamiento que aumentaría la capacidad efectiva de las personas para ejercer control sobre el sistema de salud (Reca, 2007).

Respecto de la participación en salud como derecho, un hito importante en la organización de los sistemas de salud lo marca la Declaración de Alma-Ata, en la que se plantea que las personas tienen el derecho y el deber de participar, individual y colectivamente, en sus sistemas de salud (artículo IV); señalando también en el artículo VI, que la atención primaria debe hacerse accesible a través de la participación plena de la comunidad en un espíritu de autodeterminación (Cuadrado, 2015).

Entender la participación en salud como un proceso de empoderamiento, implica redistribuir poder; es decir, alterar la forma en que se organizan las relaciones sociales, que producen formas de opresión sostenidas en el tiempo en diversos colectivos sociales y culturales (Lorente, 2004), que los dejan sin poder para influir y tomar decisiones en aspectos centrales que afectan sus vidas.

El empoderamiento tiene una dimensión individual y otra colectiva, ya que las situaciones de vulnerabilidad, exclusión social y falta de poder en la sociedad responden a determinantes sociales. El proceso de empoderamiento requiere que los individuos y los grupos sociales tomen conciencia de su situación, de sus derechos, de sus capacidades e intereses, que potencien sus habilidades personales y colectivas, de modo de acceder a recursos materiales, a información e influencia para transformar las condiciones generadoras de desigualdad.

La participación ciudadana en salud, desde la mirada del empoderamiento, requiere que los equipos de salud, en alianza con los grupos que participan, identifiquen a los grupos sociales que están en el territorio, a los que están vinculados y en qué, a los que no se vinculan, y analizar por qué, a la vez que generar estrategias que permitan su inclusión y la incorporación de nuevas

acciones o contenidos en las acciones que puedan dar respuesta a los colectivos de personas cuyas necesidades no han sido visibles o han sido postergadas en el sistema de cuidados de la salud.

Históricamente, la participación en salud ha sido mayoritariamente de mujeres, lo que responde al rol que socialmente se les ha asignado. Sin embargo, esto no ha significado un mayor empoderamiento para las mujeres, pues muchas veces solo se trata de una participación como usuarias, reconociéndoles en su rol de cuidadoras de otros/as, pero sin estimular la reflexión sobre sus propias necesidades, aspiraciones y ejercicio de derechos.

También desde una perspectiva de salud integral, las necesidades de la población indígena, migrante, adolescentes, personas adultas mayores, con discapacidad, quedan invisibles, aunque puedan acceder como usuarios/as. Aún más difícil es la inclusión de las necesidades de las personas de la diversidad sexual, debido a los prejuicios que limitan su organización y la representación de necesidades como colectivos.

La voluntad de redistribución de poder en los espacios de participación generados desde la institucionalidad en salud, implica considerar algunos elementos, como los siguientes:

a) Información:

un primer nivel de participación ciudadana desde una perspectiva de derechos, es que la población conozca los servicios disponibles y los mecanismos para exigir cumplimiento y calidad en las diferentes acciones de salud. Que las y los usuarios conozcan el modo en que se van resolviendo los problemas que se detectan, los grupos comunitarios y actores institucionales involucrados en iniciativas destinadas a enfrentar los problemas y los resultados alcanzados.

b) Apoyar y reconocer procesos de organización autónoma:

implica comprender que el mundo social es diverso, que las distintas formas de organización que se da la ciudadanía muestran áreas de problemas e intereses, valores y prácticas colaborativas que no son visibles para la institucionalidad, y que esas experiencias podrían apoyar y enriquecer el trabajo en salud en el territorio.

c) Iniciativas que posibiliten el diálogo inclusivo:

no se logra solo por voluntad, es necesario acercarse, establecer contacto, explicar qué se pretende en cada iniciativa, cumplir compromisos, generar confianza entre actores desconocidos o en conflicto.

d) Respeto a los saberes y experiencias de los sujetos:

en el sector salud, donde ha predominado la visión biomédica, las jerarquías basadas en el saber médico/técnico han obstaculizado reconocer el conocimiento en salud que está en las tradiciones de los pueblos, las formas de entender la salud de los pueblos originarios y el impacto de las condiciones de vida en la subjetividad y salud de las personas. Los procesos participativos orientados al empoderamiento requieren que las y los trabajadores de salud cedan poder para dialogar y comprender sin deslegitimar otras formas de conocer.

e) Formación de liderazgos:

los procesos participativos orientados al empoderamiento requieren de la formación continua de personas y grupos con conocimientos pertinentes a sus realidades, con metodologías basadas en el diálogo, reflexión y construcción de nuevas formas de comprender los problemas/necesidades que afectan a sus comunidades, así como la apropiación de herramientas y tecnologías al servicio de los cambios que desean alcanzar. No se trata solo de transmitir información o manejo de técnicas participativas, sino de aumentar la capacidad de acción-reflexión-acción en torno a objetivos colectivos.

Fortalecimiento de los lazos sociales e identidades presentes en el territorio:

los procesos de participación ciudadana orientados al empoderamiento necesitan considerar, de manera permanente, el impacto que pueden tener distintas iniciativas en la inclusión de todos los actores colectivos, en los mensajes que dirigen a la comunidad, en el lenguaje que emplean, en la recuperación y divulgación de la memoria histórica, en la integración del arte y las actividades lúdicas como medios para fortalecer los lazos en una comunidad que aprende a reconocer, valorar y respetar lo diferente.

5.1 Participación y equidad en salud

Como se ha señalado antes, la equidad es un principio ético y de justicia social en el marco de los derechos humanos, de allí que sea importante reflexionar acerca de la forma en que los procesos de participación ciudadana en salud pueden contribuir a la equidad o, en su defecto, a mantener situaciones de inequidad o injusticia hacia determinados grupos de población.

Iniciativas de participación ciudadana de sectores que viven distintas formas de desigualdad		
Según territorio	Aporta a equidad	Mantiene inequidad
Convocatoria solo dirigida a personas y organizaciones que participan activamente en CDL.		±
Diagnósticos locales con participación de representantes de organizaciones y personas de sectores más alejados.	✓	
En actividades de diagnóstico no participan trabajadores/as, jóvenes, comunidades/familias indígenas, personas de la diversidad sexual, ni población migrante.		±
Por la mayor densidad de población, las nuevas iniciativas de acción en salud acordadas con la comunidad se focalizan en el sector urbano.		±

En estos ejemplos se puede apreciar que no se aporta de manera consistente a reducir las inequidades que afectan a las poblaciones que viven alejadas de los centros urbanos, a las que se les hace difícil acceder a los servicios y participar en los espacios de consulta, debido al tiempo requerido para traslados, a los recursos implicados para movilizarse o a las deficiencias del transporte público, por lo que las nuevas iniciativas se canalizarán hacia los sectores poblacionales más numerosos, que logran representar y presionar por la asignación de recursos hacia la resolución de sus prioridades.

La inequidad se incrementa cuando las personas pertenecen a colectivos sociales minoritarios, invisibilizados o discriminados, ya que la definición de necesidades o lo que es un problema comunitario no los considera.

Las políticas de salud generadas en el nivel central con criterio de equidad, necesitan conocer a partir de la voz de los/as afectados/as las necesidades que les aquejan, para que la asignación presupuestaria pueda modificarse y reducir así las inequidades en forma efectiva.

Iniciativas de participación ciudadana de sectores que viven distintas formas de desigualdad		
Según género	Aporta a equidad	Mantiene inequidad
Diagnósticos locales consideran la participación de hombres y mujeres, de diferentes edades, de trabajadoras/es, de organizaciones de diverso tipo, los que identifican necesidades y problemas en grupos de discusión conformados según sexo y edad.	✓	
De los problemas priorizados en el diagnóstico, solo se implementan acciones tendientes a cubrir las necesidades de la población infantil y adulta mayor.		±
La convocatoria a talleres de comida saludable para reducir el sobrepeso y obesidad en los niños se dirige solo a mujeres.		±

En estos ejemplos de iniciativas participativas solo la primera incluye criterios que aportan a reducir las inequidades por género. En los espacios públicos, las mujeres tienen dificultad para expresarse, más aún si entre los participantes hay hombres, quienes tienen mayor entrenamiento para hablar en público.

Considerando esta dificultad, es conveniente generar espacios de discusión por sexo, pues de este modo habrá más posibilidades de que se expresen problemas que aquejan a las mujeres en el espacio público y en el espacio doméstico, como por ejemplo, problemas de salud mental, la necesidad de espacios para recreación o tiempo de ocio, violencia contra mujeres, la recarga de trabajo que impone el trabajo remunerado y la casa, el cuidado de familiares enfermos o discapacitados, la dificultad para generar cambios en los hábitos familiares, las formas en que les afecta la inseguridad barrial, etc.

Por los aprendizajes de género, este tipo de necesidades y problemas pueden ser comprendidos como fallas en el cumplimiento de los roles asignados a las mujeres, de ahí la dificultad de plantearlos en grupos mixtos, por lo que al generar diálogo entre pares, será más probable que estas necesidades y problemas puedan ser verbalizados y reconocidos como necesidades legítimas.

En el caso de los hombres, también se facilitará la expresión de necesidades de salud si están entre pares. Aun así, es probable que sea más difícil que ellos expresen necesidades propias, ya que por aprendizajes de género entienden los problemas de salud física y mental como debilidad, por lo que sería recomendable facilitar el diálogo a través de preguntas o formas creativas de presentar situaciones que les permitan identificarse con casos o situaciones problemáticas.

También las y los adolescentes necesitan espacios con pares de su edad y sexo para expresar sus necesidades e identificar problemas, ya que habitualmente sienten que las y los adultos no escuchan o no tienen interés en conocer lo que piensan. Es importante considerar que las y los adolescentes están en proceso de construir sus identidades, por lo que generar espacios separados les dará mayor seguridad para exponer los conflictos o problemas que les aquejan. Lograr la participación de jóvenes y adolescentes demanda proveer espacios protegidos, en los cuales puedan hablar libremente, sin temor a ser juzgados.

El ejemplo referido a talleres sobre comida saludable para reducir los problemas de salud por mal nutrición, ejemplifica una forma de trabajo en la que no se altera el orden de género; por el contrario, se responsabiliza exclusivamente a las mujeres del rol de cuidadoras de la familia. Al respecto cabe señalar que cuando estas intentan cambiar los hábitos de comida en sus hogares, encuentran un obstáculo importante en la actitud de algunos integrantes de la familia, quienes se niegan a comer otras preparaciones, ridiculizan las alternativas de solución propuestas por ellas o minimizan los efectos en la salud de la mal nutrición por exceso, generando discusiones y tensión con hijos e hijas.

Iniciativas de participación ciudadana de sectores que viven distintas formas de desigualdad		
Según etnia	Aporta a equidad	Mantiene inequidad
Se genera y se difunde en espacios participativos la existencia en el centro de salud del registro de derivaciones hacia y desde el sistema de salud indígena en la localidad/territorio.	✓	
La planificación y evaluación de las acciones del CECOSF considera la opinión específica de las comunidades indígenas.	✓	
Las actividades recreativas y culturales fijadas por el CDL, se han organizado en fechas que son importantes para las comunidades indígenas.		±

Según los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN 2006, existen importantes brechas en las condiciones de vida⁴ y estado de salud de la población indígena respecto de la población no indígena. De allí que desde 2006 existe una política destinada a reducir las inequidades en la distribución, acceso y control de recursos por parte de los pueblos originarios.

Debido a las inequidades que experimentan las comunidades indígenas, es relevante que el sector salud haya incluido el enfoque intercultural en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que implica la validación de las formas ancestrales de cuidado de la salud en los distintos servicios de salud, promoviendo la colaboración entre ambos sistemas. La difusión de esta colaboración, que se expresa en la existencia de referencias y contrarreferencias, aporta una señal importante de validación de otras formas de entender y cuidar la salud, a la vez que fortalece la mantención de las prácticas de salud de los pueblos originarios y facilita el acceso a los servicios de salud de la población indígena.

Las orientaciones para transversalizar (incorporar en todas las acciones) el enfoque intercultural en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, exige la instalación de espacios participativos en los que los pueblos originarios puedan incidir en la definición de acciones tendientes a enfrentar los problemas que priorizan, y en la evaluación de los resultados alcanzados. Esto redundará en una mayor equidad, porque se altera la relación de poder al posibilitarse un mayor acceso y control de recursos en salud.

En el tercer ejemplo de las iniciativas, la falta de atención a las fechas emblemáticas de las comunidades indígenas del territorio puede debilitar las posibilidades de integración de representantes indígenas en el CDL o impedir que se fortalezcan los lazos entre la población indígena y la no indígena.

5.2 Mecanismos de participación en el sector salud

En el marco otorgado por el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, se considera que la participación comunitaria en salud es:

una estrategia básica para la construcción de un sistema democrático, de ciudadanía y capital social, el logro del bienestar y la inclusión social mediante el empoderamiento y ejercicio de los derechos de las personas/comunidades y la incorporación de sus opiniones en la gestión de salud. Esta participación debe transitar desde un modelo paternalista a uno que asegure y considere las demandas de los usuarios y establezca espacios deliberativos para incidir en la toma de decisiones en los aspectos que afectan la salud de las personas y comunidades. (Idea de cogestor de servicios públicos). (División de Atención Primaria, 2015, p.8)

Esta definición implica un compromiso desde el sector salud y, en específico desde los CECOSF, de avanzar en los procesos de participación ciudadana en salud, generando espacios deliberativos, donde los diversos grupos representados puedan debatir y presentar propuestas, incidiendo en

¹⁰ La pobreza e indigencia es mayor para la población indígena que para la población no indígena, 19% y 13,3%, respectivamente. El promedio de escolaridad en la población indígena es de 8,7 años y en la población no indígena es de 10,3 años. El salario promedio de la población indígena es al año 2006 un 27,8% menor que el de la población no indígena (Gobierno de Chile, Ministerio de Planificación, 2006).

la toma de decisiones. Este tipo de participación se entiende como un ejercicio de derechos, que además permite dar cumplimiento a los objetivos del sistema de atención en salud, porque:

El Modelo de Atención centrado en las necesidades y expectativas de usuarios y usuarias, requiere contar con información y conocimiento sobre el perfil de demanda de la población, del comportamiento de los factores sociales determinantes de los problemas de salud a nivel de los territorios, un conocimiento de los recursos locales disponibles, reconocimiento de las potencialidades de las comunidades locales para abordar en forma eficaz los problemas y necesidades de salud. (Donoso, 2009, p. 18)

También se plantea que la participación ciudadana es un continuo, por lo que es un medio y un fin, explicitando que:

1. Participación como **medio**: sea una estrategia de promoción de la salud, como recurso para hacer llegar los programas de salud, a la población y obtener de ella la colaboración necesaria para la aplicación de los mismos, y a la movilización de los recursos de salud de la comunidad.
2. Participación como **fin**: considerada como uno de los **determinantes sociales de la salud**, en que el usuario de salud, como sujeto social es capaz de participar directamente en las decisiones de los sistemas que afectan su vida (co-gestor de servicios públicos). (Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS, 2015, p. 86)

Para hacer viable la participación en APS, se ha generado una variedad de estrategias, algunas de las cuales se vienen implementando desde la década pasada:

- **Carta de Derechos**: elaborada participativamente entre directivos, funcionarios y comunidad organizada, en la que se señalan las expectativas de las partes involucradas y aspectos vinculados con la relación entre la ciudadanía usuaria y la red pública de salud.
- **Cuentas públicas**: entre enero y abril de cada año el Director de Servicio y de cada establecimiento dependiente del Servicio de Salud, dan cuenta a la ciudadanía respecto de los logros institucionales, el uso de los recursos públicos, satisfacción de las necesidades y expectativas de la ciudadanía, y del cumplimiento de las políticas sociales.
- **Consejos de desarrollo local de salud, consejos consultivos y comités locales**: instancias de participación social a nivel de la Dirección del Servicio de Salud, hospitales, centros de atención primaria y postas rurales, integradas por representantes de usuarios y usuarias, organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud, los que aportan insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud, programas y acciones de salud, favoreciendo una gestión participativa en salud.

Estas instancias de participación han sido “creadas con el objeto de facilitar el Control Social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos de salud y a dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS, 2015, p. 86).

- **Presupuestos participativos**: estrategia de participación social a nivel local a través de la cual la ciudadanía discute y decide sobre una parte de la inversión de los recursos financieros en beneficio de la salud de la comunidad.

- **OIRS:** Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias, establecidas en toda la red de salud, a través de las cuales la ciudadanía ejerce su derecho a solicitar información, hacer reclamos y sugerencias.

Es importante destacar el contenido de las definiciones del Ministerio de Salud en relación con la participación ciudadana, y el desafío que implica para los establecimientos de salud el incorporar en su programación y en la cultura organizacional formas de trabajo que permitan poner en práctica las nociones de control social, evaluación y fiscalización participativa en la gestión de la acción de los servicios.

En el caso de los CECOSF, dada la base comunitaria que tiene este componente del Modelo de Atención Primaria, se entiende que la relación con la comunidad es de “cogestión”, lo que se plasma en uno de sus objetivos específicos: “Fortalecer la participación comunitaria y el trabajo conjunto con los equipos de salud de forma horizontal, contribuyendo a un mayor sentido de pertenencia de la comunidad y mejorando la satisfacción de la población a cargo” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, Secretaría de Evaluación Social y Ministerio de Desarrollo Social (2015, p. 11).

El programa que orienta el trabajo de los CECOSF, señala que el énfasis debe estar en acciones de carácter preventivo y promocional, sin descuidar los aspectos de atención, indicándose que debe haber una adecuación de la oferta de servicios a las necesidades de la población, por lo que la cartera de servicios ofertados debe ser definida con la población a cargo.

Considerando el componente de cogestión participativa de los CECOSF, los equipos de salud, junto con las instancias de participación comunitaria implementadas (CDL, Mesas territoriales, OIRS), necesitan revisar de manera continua si todos los grupos de población están accediendo a los servicios preventivos, promocionales, de diagnóstico y de tratamiento definidos por la comunidad y basados en el programa de los CECOSF (ver anexo Cartera de Servicios, p. 158). ➤

La cogestión de los CECOSF con la comunidad implica identificar los problemas y definir planes de acción en salud para mejorar el acceso, la adherencia y adecuación de estos servicios a la realidad de los distintos grupos de usuarios/as del territorio. Por esto, el dinamismo que pueda tener la participación de las organizaciones en salud será fundamental para que los servicios especialmente promocionales y preventivos, sean accesibles y respondan a las necesidades de grupos escasamente representados en las instancias de participación, como los CDL.

La posibilidad de viabilizar procesos de cogestión participativa en los CECOSF descansa en el diagnóstico y planificación participativa, en instrumentos y estrategias específicos como el plan de promoción anual, las mesas territoriales, los proyectos comunitarios de promoción, los planes de mejora continua de la satisfacción usuaria, de modo que el seguimiento y el control social del cumplimiento de acuerdos definidos en las instancias responsables del diagnóstico y planificación, como también la evaluación participativa, son labores que también competen a la comunidad.

La participación de la comunidad en la cogestión de los CECOSF requiere considerar el desarrollo de condiciones que favorezcan el protagonismo que se le asigna a la comunidad, por lo que los planes de trabajo de los equipos de salud podrían considerar:

- La ampliación y diversificación de los grupos y organizaciones vinculados al CECOSF.
- Inclusión de metodologías de trabajo que ayuden a ampliar la mirada de las/os usuarios y

organizaciones participantes para que surjan nuevas propuestas y compromisos de acción conjunta.

- Un fuerte trabajo de difusión y convocatoria dirigido a motivar a nuevas organizaciones y actores sociales en las actividades de diagnóstico, de modo que la identificación de necesidades y recursos locales incorpore las visiones de quienes no se han sentido convocados o visibilizados por el sector salud.
- Elaboración de instrumentos y procedimientos que faciliten el control y evaluación participativa del programa, proyectos e iniciativas de mejora, acordados entre el equipo del CECOSF y la comunidad.
- Difusión amplia de los resultados que comprometan a la comunidad organizada. Significa que se conozca qué se ha realizado, quiénes están involucrados y la percepción sobre la calidad que manifiestan los/as destinatarios/as.

El abordaje de salud desde una perspectiva integral requiere incorporar el enfoque de determinantes sociales. Por esto, los CECOSF necesitan realizar trabajo con el intersector, para abordar las condiciones que afectan la salud de la población a cargo.

En las “Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS 2015), se señala que el trabajo intersectorial debe priorizar especialmente al sector educación, para coordinar acciones dirigidas a responder a las necesidades de la población infanto-juvenil, de manera de generar aprendizajes y prácticas saludables.

Otro sector importante para la salud de las personas desde un concepto de calidad de vida, es el de urbanismo y vivienda, ya que la forma en que se construyen las viviendas y los barrios afectará la salud y la relación de las familias con su entorno; es decir, las intervenciones de este sector en los barrios son relevantes porque pueden apoyar o no el sentido de pertenencia y el fortalecimiento de lazos sociales de sus habitantes.

También es fundamental la vinculación con el sector trabajo, para que las condiciones laborales y de remuneración beneficien a las personas en su entorno familiar, comunitario y ambiental. El sector salud puede aportar para que se implementen acciones de promoción y prevención de salud en los centros de trabajo, influyendo en la aplicación de normas que protejan y regulen los espacios destinados a vivienda y a actividades productivas.

Otro sector priorizado es el de medio ambiente, pues la vinculación es importante para que las condiciones del entorno sean saludables, evitando así distintas formas de contaminación, de segregación de grupos de población, protegiendo y desarrollando acciones conjuntas de preservación del medio ambiente, asegurando la inclusión de las voces de las comunidades indígenas y de quienes viven en el territorio.

En los espacios de trabajo intersectorial, como son las mesas técnicas (Comisión Mixta Salud y Educación) o las mesas territoriales con organizaciones comunitarias, será importante trabajar sobre los resultados del diagnóstico participativo, haciendo visibles los problemas o condiciones específicas identificados por la comunidad, de modo que se pueda influir en la implementación de políticas de otros sectores sociales, y se cumpla efectivamente la aspiración de una participación ciudadana, vinculante, inclusiva y con poder de influencia en las decisiones de políticas públicas.

RESUMEN DE LA UNIDAD

En esta unidad se abordan aspectos centrales de los enfoques que orientan y apoyan el desempeño de las funciones asignadas a las y los ACS y a los CECOSF, como son el **“fomento de la participación ciudadana, la inclusión y el desarrollo de la interculturalidad”**.

1. Enfoque de derechos en salud

- La salud es un derecho humano fundamental y ninguna persona puede ser discriminada en su acceso a la salud.
- El concepto de derechos humanos tiene por centro la aspiración de proteger la dignidad humana de todas las personas, basándose en los principios de libertad, igualdad y no discriminación.
- El derecho a la salud es un derecho inclusivo, no puede realizarse si la persona no disfruta de sus otros derechos.
- Chile reconoce el derecho a la salud y a participar en salud en su Constitución, en la Ley 20.584 sobre deberes y derechos, en la Ley 20.609 que establece medidas contra la discriminación, en la Ley 20.500 sobre participación ciudadana en la gestión pública, etc.

2. Enfoque de determinantes sociales de la salud (DSS)

- La OMS define los determinantes sociales de la salud como las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, señalando que estas condiciones reflejan las diferencias en su posición social, de poder, de prestigio y recursos; es decir, reflejan la estratificación y la jerarquía social existente.
- Se distinguen determinantes estructurales e intermedios. Los determinantes estructurales de la salud refieren al contexto socioeconómico y político, a la estructura social, a la distribución del poder y recursos (gobierno, políticas sociales, derechos, mercado laboral, cultura y valores sociales). También la estructura social da cuenta de ejes que determinan desigualdades por clase social, género, edad, etnia, lugar en que se vive.
- Los determinantes intermedios refieren a las condiciones en que transcurre la vida de las personas: condiciones de vivienda, entorno, calidad de servicios sociales, acceso, calidad de los servicios de salud, conductas y estilos de vida, factores biológicos.
- Para abordar los DSS se necesita de la participación de la comunidad para identificar y generar propuestas de cambio pertinentes a su realidad, y del trabajo conjunto con otras instituciones (intersectorialidad), porque los problemas requieren la visión, la voluntad y los recursos de otros sectores sociales (vivienda, educación, trabajo, municipio, etc.).

3. Enfoque de género

- El concepto de género refiere a los roles, las relaciones, las responsabilidades, actitudes y formas de poder, contruidos socialmente y asignados a las mujeres y a los hombres, a las niñas y a los niños. El género se aprende, depende del contexto (varía de una cultura a otra), es dinámico y, como es algo aprendido, se puede cambiar (OPS, 2010).

- La división tradicional del trabajo que sitúa a las mujeres en el trabajo doméstico y en el cuidado de la familia, y a los hombres en la generación de ingresos, provoca desigualdades en el acceso a recursos, oportunidades y poder. Como el género establece una posición desigual entre hombres y mujeres en la sociedad, es un determinante estructural de la salud.
- Equidad en salud significa que todas las personas deberían tener una oportunidad justa para lograr su potencial de salud. La equidad de género en salud busca nivelar el terreno de oportunidades para hombres y mujeres a través de una distribución justa de beneficios, responsabilidades y poder.
- El cuidado de la salud requiere de tres sistemas: el institucional, el sistema de cuidado doméstico y el cuidado proporcionado por la comunidad a través de su participación en acciones de prevención y promoción de la salud. En estos tres sistemas las mujeres constituyen una mayoría.
- Las políticas de equidad de género en salud requieren de un reconocimiento al aporte no remunerado de las mujeres en el cuidado de la salud.

4. Enfoque de interculturalidad

- El concepto de interculturalidad refiere a la inclusión de perspectivas, prácticas y creencias de las múltiples culturas que existen en el país.
- El enfoque intercultural reconoce la existencia de saberes. No es solo reconocer expresiones culturales distintas, sino entender que estas obedecen a formas de comprender el mundo de manera diferente, que dan identidad a las personas y a los colectivos humanos.
- Derecho a la salud e interculturalidad: la interculturalidad significa que todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimiento, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción.
- Un rol de los CECOSF es entender el concepto de salud y enfermedad de las culturas presentes en cada territorio, legitimar las diversas visiones y saberes, y aportar a la inclusión social.

5. Enfoque de participación

- La participación social en salud tiene distinto alcance. La participación como empoderamiento implica redistribuir poder, alterar la forma en que se organizan las relaciones sociales, de modo que las personas puedan ejercer control sobre las condiciones que afectan su salud.
 - Un desafío de los CECOSF es la cogestión participativa con la comunidad, que implica su participación activa en distintos ámbitos.
-



UNIDAD IV

Educación popular, comunicación interpersonal, trabajo en equipo y herramientas de difusión

Introducción

En este apartado se revisarán algunas ideas centrales acerca de la educación popular como enfoque educativo, relacionando sus principios con los elementos que caracterizan una comunicación interpersonal efectiva e inclusiva, y su aplicación al trabajo en equipo y con la comunidad, considerando su participación y el respeto a la diversidad.

Es importante tener en cuenta que las comunidades están compuestas por una diversidad de personas que expresan y comunican sus necesidades e intereses, también de manera diversa. No hay una sola forma de comunicar, por lo que es importante considerar los contextos sociales y culturales que van a determinar la forma en que nos relacionamos y establecemos las comunicaciones internas y externas.

Asimismo, se repasarán algunas herramientas útiles para el trabajo de difusión enfatizando en aspectos como el lenguaje inclusivo y la participación en el proceso de diseño y elaboración.

OBJETIVO DE LA UNIDAD

Reflexionar en torno a las relaciones de poder que se manifiestan en las interacciones entre los distintos actores involucrados en salud y en los equipos de trabajo, propiciando la revisión de algunos principios básicos de la educación popular, junto con la entrega de herramientas para una comunicación efectiva y para la difusión de información.

1. La educación popular y la educación en salud

EL ENSEÑAR NO EXISTE SIN EL APRENDER.

(Freire, 2004, p. 29)

Cuando se habla de educación en salud es importante considerar que no se trata de aquellos procesos educativos que se dan como resultado de la interacción entre estudiantes y maestros/as, como sucede en la educación escolar tradicional, sino que de la generación de procesos educativos centrados en las comunidades y en las personas, en tanto sujetos con capacidades para cuestionar la realidad, aprender y desaprender de manera continua. “Una educación democrática, crítica y liberadora contribuye a formar sujetos con las destrezas para transformar sus relaciones sociales y sus relaciones con el mundo” (Jara, 2010, p. 9).

En este contexto, la educación popular, de larga tradición tanto en Chile como en el resto de la región, ha sido una herramienta privilegiada para la potenciación de procesos de educación en salud, pues es a la vez una forma de acercarse a la realidad y una manera de construcción compartida de conocimientos. La educación popular puede ser entendida como un modelo, es decir, una forma de aproximarse, analizar e intervenir en el mundo y en el entorno en que cada ser humano se desarrolla, construyendo conocimientos y prácticas a partir de las experiencias de las personas, la apropiación crítica de métodos de trabajo y herramientas organizativas que propician el empoderamiento individual y colectivo.

En el sector salud, la educación popular es valorada, porque su visión del proceso de construcción de conocimientos permite acercar el lenguaje médico a la comunidad y validar el saber en salud de las personas y comunidades en su diversidad, contribuyendo así a cambiar el paradigma biomédico, que entiende que la sanación depende de los equipos de salud.

La educación popular es concebida también como un acto político que pone el acento en el develamiento de las relaciones de poder y en la transformación de la sociedad a partir de los principios de justicia social y dignidad para todas las personas. Desde esta mirada, la educación popular busca “construir relaciones equitativas y justas, respetuosas de la diversidad y de la igualdad de derechos entre las personas” (Jara, 2010, p. 4). En síntesis, la educación popular busca transformar la realidad por medio de la práctica colectiva organizada, para la “[c]onstrucción de nuevas estructuras sociales y nuevas relaciones entre las personas, basadas en la justicia, la equidad, la solidaridad y el respeto al medio ambiente” (Jara, 2010, p. 2).

Aspectos claves de la educación popular

- Ningún proceso educativo es neutro. “Toda neutralidad afirmada es una opción escondida”, señalaba Paulo Freire (cit. en Núñez, 2006, p. 33).
- Problematicación de la realidad para encontrar soluciones colectivas.
- Pertinencia de los contenidos, que se trabajan conforme a la situación, necesidades y conflictos de las comunidades.

- Aprender haciendo.
- Educación basada en las propias experiencias, el diálogo y el aprendizaje mutuo.
- Sentido transformador de la acción, desde un nivel individual y comunitario hacia un cambio social.
- Metodologías de trabajo basadas en la construcción colectiva de conocimiento, el diálogo y la acción.
- Contribuir a la constitución y el fortalecimiento de los sujetos populares.
- Propicia la participación activa de las comunidades.

Principios o pilares de la educación popular

- Es importante crear un ambiente de confianza para que las personas puedan compartir sus ideas y experiencias.
- Entender el aprendizaje como un proceso integral en el que están involucrados: la cabeza, el corazón y el cuerpo.
- Comenzar con lo que la gente ya sabe.
- Los conocimientos adquiridos a través de la experiencia de la vida son tan importantes como los conocimientos adquiridos a través de la educación formal.
- Las personas son participantes activos en sus propios procesos de aprendizaje. No deben ser receptores pasivos del conocimiento.
- El conocimiento se construye en la interacción entre las personas.
- La educación popular se materializa en la acción organizada para mejorar el mundo.

La educación popular es una

educación dialógica, es decir, que por tanto sabe escuchar, como sabe decir. [...] Es una educación que parte de la realidad y de la práctica social de los sujetos [...] y no de la teoría abstracta, [...] ligada a los procesos y a los actores de la sociedad, y por lo tanto, dinámica, viva, comprometida y útil. (Núñez, 2006, pp.40-41)

Por esto, la educación popular es una pedagogía fundamental en los procesos de participación comunitaria en los cuales se fortalecen identidades, se descubren potencialidades y se producen prácticas de apropiación de conocimientos, métodos de trabajo y herramientas organizativas.

PAULO FREIRE (1921-1997)

Fue un educador brasilero que introdujo algunas de las ideas que han guiado diversas prácticas educativas alrededor del mundo. Su trabajo se inició a través del diseño de un programa de alfabetización que tuvo mucho éxito y que se expandió rápidamente, pues era posible de aplicar a diversas problemáticas y realidades.

Estuvo en Chile en los años sesenta, su influencia es muy importante, pues concibió la pedagogía como un proceso colectivo de construcción de prácticas y conocimientos que deben actuar como instrumentos para la emancipación y la autonomía.

(En Youtube hay varios videos sobre Paulo Freire)

Existen técnicas y métodos que apoyan y encarnan los elementos claves y principios de la educación popular. Estos deben ser considerados como herramientas dentro de un proceso que ayuda a fortalecer la organización y la toma de conciencia de la comunidad (Alforja, 1988). Más adelante se volverá sobre algunas de estas técnicas y métodos.

Ver Medios de difusión a nivel comunitario, p. 102 ➤



Actividad:

Reflexione sobre las siguientes situaciones: ¿en cuál de ellas le parece que se favorece la construcción de relaciones más igualitarias en salud?

Situación 1: Una mujer adulta mayor llega al CECOSF a hacer una consulta.

Sra. Ana (consultante):	Buenos días, necesito saber dónde retirar... (mira un papel confundida).
Alejandra (trabajadora de salud):	Para informaciones sobre el PACAM tiene que hablar con la enfermera.
Sra. Ana (consultante):	¿El qué?
Alejandra (trabajadora de salud):	Ahí con la enfermera (indica con la mano en una dirección).

Situación 2: Una mujer adulta mayor llega al CECOSF a hacer una consulta.

Sra. Ana (consultante):	Buenos días, necesito saber dónde retirar... (mira un papel confundida) la leche.
Alejandra (trabajadora de salud):	¡Ah! Usted tiene una orden para el PACAM. ¿Me permite ver el papel que trae?
Sra. Ana (consultante):	Sí.
Alejandra (trabajadora de salud):	El programa de alimentación para adultos mayores lo ve la enfermera Gladys; le voy a mostrar donde está para que hable con ella.

Preguntas para la reflexión:

¿Qué cree usted que pasó con la Sra. Ana en la primera situación?

¿Qué tipo de relación estableció Alejandra con la Sra. Ana en la primera y en la segunda situación?

¿Qué sugerencias haría a Alejandra para establecer una mejor relación?

2. ¿Qué es la comunicación?

La comunicación es el conjunto de intercambios verbales y no verbales que se realizan entre las personas, especialmente en las relaciones cara a cara. El intercambio está constituido por mensajes, que son enviados o emitidos por un emisor, es decir, la persona que inicia la comunicación, hacia el receptor, es decir, quien recibe el mensaje.

En términos generales, la comunicación es una parte sustantiva de toda interacción humana y por tanto de todo proceso educativo, pues remite al acto de compartir, de poner en común algo. Sin embargo, las experiencias comunicativas muchas veces están lejos de ser fluidas, debido a limitaciones en la forma de percibir e interpretar lo que ocurre en la realidad, producto de las pautas sociales que hacen que cada grupo social posea códigos lingüísticos y modalidades de percibir, que operan como filtros para percibir e interpretar lo que sucede a nuestro alrededor.

La comunicación es la manera como las personas transmiten las representaciones que tienen de las cosas; por lo tanto, tiene un componente histórico y cultural. En una cultura machista será diferente la forma de encarar una discusión de un hombre con su esposa y con su patrón; con su esposa probablemente pueda ser agresivo, mientras que con su patrón puede ser sumiso. En un caso usará la dominación y en el otro, como se percibe débil, su comunicación puede ser de dominado (Medina, 1994).

El trabajo comunitario de los centros de salud se ve afectado por prácticas y formas de comunicarse que están marcadas por experiencias en que los intercambios comunicativos han tendido a manejarse desde una noción en la que hay unos que son los que saben y otros que no, situación que impide que se produzcan interacciones que puedan favorecer tanto a quienes entregan como a quienes reciben determinados conocimientos y servicios.

Desde esta perspectiva, se apunta a que la comunicación pueda ser entendida y ejercitada como un proceso de interacción que posibilite la democratización de las relaciones humanas y de los saberes, pues se parte de la base de que todas las personas tienen experiencias y conocimientos para compartir.

Otro de los principios básicos de esta forma de encarar los procesos comunicativos, es la noción de horizontalidad, la que se vuelve una manera de comprender las interacciones humanas que reconoce que cada individuo tiene vivencias y representaciones del mundo propias, que son tan valiosas

como las de los otros y deben ser respetadas, por lo que las diferencias de posición o estatus no significa que algunas personas tengan conocimientos o experiencias de más valor que otras.

Un ejemplo de los problemas en el intercambio de información y de la falta de comunicación en el sector salud, se produce cuando se confrontan creencias, costumbres, formas de entender y abordar la salud que resultan distintas a las conocidas, produciéndose muchas veces tensiones entre los conocimientos que son validados y los que no.

Algunas recomendaciones para cuando se producen estas situaciones son:

- Informarse sobre las costumbres y tradiciones, pues muchas veces tienen fundamentos que pueden ser útiles en determinados contextos.
- No menospreciar a priori (previamente), ni pasar por alto o idealizar costumbres y tradiciones que resultan desconocidas, anticuadas o 'poco científicas'.
- Trabajar en relación a estas costumbres y creencias con las personas, propiciar la reflexión sobre ellas.



Actividad:

Preguntas para la reflexión:

¿Qué puede hacer el equipo de salud ante la presencia de situaciones de este tipo? ¿Cómo se pueden enfrentar de una manera respetuosa?

2.1 Elementos de la comunicación

Al referirse a la comunicación humana es importante considerar que esta tiene dos facetas: hablar y escuchar.

Generalmente se piensa que es más importante hablar, ya que este parece ser el lado activo de la comunicación, mientras que el escuchar se le suele considerar como pasivo. Se supone que si alguien habla lo suficientemente bien (fuerte y claro), será bien escuchado. A partir de esta interpretación, el escuchar generalmente se da por sentado y rara vez se le examina como un asunto problemático.

Sin embargo, hace ya algunas décadas se ha ido instalando e insistiendo en la importancia del escuchar. Las personas han comenzado a reconocer que escuchan mal. Reconocen que a menudo les es difícil escuchar lo que otros dicen y que tienen dificultades en hacerse escuchar en la forma que desearían. Este fenómeno ocurre en todos los dominios de la vida (Echeverría, 1997).

Cuando se producen los actos de comunicación es importante saber que este proceso se realiza a través del cuerpo, exteriorizando afectos, conocimientos y valores. Es toda la personalidad la que está comunicándose. De ahí que es fundamental saber comunicarse para cumplir con los objetivos planteados al momento de trabajar en equipo y con la comunidad. La comunicación debe ser una de las habilidades principales que deben desarrollar todos los trabajadores y

trabajadoras de la salud, independientemente del puesto que ocupen para así favorecer el trabajo en equipo y el trabajo comunitario.

Otra área relevante en la comunicación es respetar la diversidad de costumbres, creencias y tradiciones. Al momento de trabajar con una comunidad, resulta fundamental no olvidar que la comunicación se lleva a cabo a través de miradas, tonos de voz y la forma en que nos movemos por el mundo.

La comunicación es ante todo un proceso de intercambio de experiencia y saberes.

2.2 Otras formas de comunicación

Es imposible no comunicarse, pues aunque no se hable, siempre se está comunicando algo. La comunicación no se limita a lo que se dice, sino que incluye los tonos de voz, las posturas, los gestos, cómo se ubican y desplazan las personas en el espacio, cómo usan el mobiliario y distintos objetos.

En una situación interpersonal todo comportamiento influye sobre los demás, comunicándoles algo. Las demás personas no pueden dejar de responder a lo que se está transmitiendo, comportándose y comunicándose a la vez. En este sentido, es imposible no comunicarse y por lo tanto es imposible no influirse.

La comunicación es toda conducta o comportamiento que la persona realiza cuando está en relación con otros.

Lenguaje corporal	El cuerpo tiene que ir en concordancia con lo que se quiere transmitir.
Contacto visual	Mirar a la persona con la cual uno/a se está comunicando.
Expresión facial	De acuerdo a la emoción que surge de la comunicación.
El tono con que se habla	Muchas veces se habla de tal forma que las personas sienten que es un llamado de atención y esto genera el efecto contrario del que se persigue.



Dentro de los requisitos básicos para una comunicación efectiva, es importante tener conciencia de los tonos con que se habla: una forma seca, cortante o golpeada de hablar, interrumpe la posibilidad de una mejor comunicación, pues puede producir distancia y rechazo.



Actividad:

En la actualidad se tiende a decir que en Chile se está produciendo una transición demográfica, situación que se expresa entre otros elementos en la baja en las tasas de mortalidad y fertilidad y en el aumento en la esperanza de vida de las personas. Esto ha influido de manera importante en el hecho de que las y los adultos mayores son un segmento de población que se vuelve cada vez más numeroso y al que hay que prestar atención.

En este contexto se vuelve central establecer estrategias para tener una mejor comprensión y comunicación con las personas adultas mayores.

Algunas sugerencias que se pueden utilizar son:

1. Tener en cuenta algunos problemas físicos (de salud) que puede tener la persona, por ejemplo: problemas de audición, problemas en la visión, dificultades para hablar y entender, pérdidas de memoria, lentitud.
2. Considerar que un ambiente con mucho ruido, muchas personas hablando a la vez, la presencia de objetos que impidan el contacto visual, puede afectar una mejor comunicación.
3. Hablar de manera clara, con un todo de voz adecuado (puede ser necesario alzar la voz, lo que no significa gritar). Establecer contacto visual (hablar hacia la cara), pronunciar de manera adecuada.
4. Emplear preguntas y oraciones claras y precisas, con una idea o mensaje a la vez; por ejemplo, en vez de preguntar ¿está comiendo bien?, puede preguntar por el tipo de alimentos que la persona adulta mayor está ingiriendo habitualmente: ¿Está tomando sopa?, ¿está comiendo verduras? ¿bebe agua habitualmente?
5. Puede ser útil usar ayudas visuales, como por ejemplo dibujos con partes del cuerpo, imágenes de alimentos, porque muestran de manera más clara de qué se está hablando.
6. Tener calma y paciencia. Hacer pausas que permitan que las personas se puedan expresar, o que puedan contestar una pregunta. Algunas veces las y los adultos mayores necesitan tiempo para comprender lo que se les está diciendo. Un gesto amable o una sonrisa pueden ayudar a romper sus resistencias.
7. Tener presente que no todas las personas adultas mayores tienen los mismos problemas y experiencias, por ejemplo: no todos tienen nietos o nietas, por lo que decirles abuelitos o abuelitas no les identifica necesariamente.

Fuente: Adaptado de "Cómo comunicarse con adultos mayores". Disponible en <http://es.wikihow.com/comunicarse-con-adultos-mayores>

Preguntas para trabajar

¿Qué estrategias se pueden establecer en el CECOSF para mejorar la comunicación con las y los adultos mayores?

¿Con qué otros grupos de la comunidad puede ser útil establecer estrategias comunicacionales específicas?

2.3 Hacia un lenguaje inclusivo

El lenguaje, entendido como el sistema de signos que las personas usan para comunicarse, no siempre incluye a todas y todos, por eso cada vez se hace más referencia a la necesidad de contar con lenguajes inclusivos y con formas de comunicación que estén atentas a las diferencias entre las personas y que se ponga particular atención en aquellas expresiones que pueden resultar discriminatorias o invisibilizadoras de experiencias vitales que son relevantes para las personas.

Desde esta perspectiva, por lenguaje inclusivo se entiende el uso de formas de expresarse que busquen tratar a todas las personas con respeto y de una manera equitativa, evitando denigrarlas o pasarlas por alto. Esto implica tomar conciencia y evitar el empleo de términos que pueden resultar ofensivos o estereotipados, que establezcan generalizaciones sobre las personas o sobre las condiciones en que se encuentran; por ejemplo, en el caso de migración (“peruanito”), una discapacidad (“la cieguita”), algún tipo de enfermedad (“el sidoso”), la pertenencia a un pueblo originario (“la india”), la orientación sexual (“el flete”), los roles de género (“mijita”), el color de la piel (“la negrita”), la situación social (“pobre”).

Uno de los ámbitos en que más se ha trabajado el lenguaje inclusivo, es en relación al sexismo. Al respecto se dice que un lenguaje es sexista cuando no se menciona, representa o nombra a las mujeres; por ejemplo, cuando se usa el término hombre para referirse al género humano (CONICYT, s.d.).

El lenguaje sexista también puede estar presente a través de imágenes, en las cuales se cosifiquen los cuerpos femeninos, como sucede de manera amplia en la publicidad o cuando se muestran de manera estereotipada y diferenciada las cosas que pueden hacer hombres y mujeres. Por ejemplo, referirse a todas las mujeres como “mamitas”, se transforma en un estereotipo, en la medida en que se asume que todas las mujeres son o desean ser madres, o cuando se dice que los “hombres no lloran” se establece también una imagen rígida de la masculinidad, puesto que todas las personas tienen la capacidad de llorar (Gobierno de Chile, SEGEOB y SERNAM, 2016).

Otro ámbito en el que se generan estereotipos y que se ha trabajado en Chile, es en relación a las personas en situación de discapacidad. Al respecto, se apunta a evitar que una condición de salud específica se utilice para definir a una persona, obviando la complejidad de esas experiencias y las posibilidades y demás características que tiene cada ser humano independientemente de sus características aparentes. Es importante tener en cuenta que cuando se hace referencia a una persona como el “ciego”, la “sorda”, el “minusválido”, se está discriminando a través del lenguaje. Algunos ejemplos de esto (SENADIS, s.d.):

Uso incorrecto	Uso correcto
• Discapacitado. • Deficiente. • Enfermito. • Incapacitado. • Personas diferentes. • Personas con capacidades diferentes. • Personas con necesidades especiales.	• Persona en situación de discapacidad. • Persona con discapacidad.

Para profundizar sobre este tema, se puede revisar el folleto de SENADIS: “Recomendaciones para el uso del lenguaje en discapacidad”. Disponible en <http://www.senadis.gob.cl/documentos/listado/140/material-grafico-senadis>

Un aspecto importante de estas recomendaciones, es que apuntan a diferenciar entre una situación determinada en que se encuentra una persona y lo que la persona es, pues se suele caer en estereotipos y muchas veces en discriminaciones, cuando se nombra y por tanto define a una persona por una situación determinada, por ejemplo, cuando se habla de una persona vulnerable, pues lo cierto es que se puede estar pasando por situaciones de inseguridad económica, social, pero eso no define todo lo que esa persona hace, la historia que trae consigo, ni las cosas que puede realizar más adelante.

3. Saber escuchar o escucha activa

La mayor parte del tiempo las personas se preocupan por responder a lo que se les dice, en vez de escuchar y luego responder adecuadamente. Es por esto que resulta significativo no monopolizar el diálogo y realizar esfuerzos reales para escuchar al otro, dando tiempo suficiente para que la persona se pueda expresar con calma, no interrumpiendo ni terminando las frases. Es importante mirar a los ojos y estar atento/a para escuchar y hacer preguntas, para clarificar si se ha entendido bien una parte del mensaje; ocasionalmente, se puede repetir algunas partes del relato para asegurar que se va entendiendo, como por ejemplo, estableciendo una secuencia de eventos.

Cuando una persona relata un hecho que le afecta, es necesario poner atención y evitar hacer juicios, ya que estos pueden cerrar la posibilidad de comunicación. Evitar preguntas como “¿por qué?” y “¿por qué no?”; también frases tales como “yo sé cómo te sientes o se sienten”, “yo no habría hecho eso”; evitar evaluar la experiencia y reacciones de la persona que habla, el silencio está bien.

3.1 La empatía como fundamento para una comunicación efectiva

Cuando se habla de empatía, se hace referencia a la capacidad de coincidir con las emociones y el sentir de otra persona. Implica tener la disponibilidad interna de ponerse en su lugar, de percibir los estados de ánimo que pueden afectar a una persona o un grupo de la comunidad. No es solo escuchar y mirar, sino saber leer en sus tonos, movimientos y posturas, qué nos está/n diciendo o tratando de comunicar.

La empatía es un concepto que desde la teoría ha tenido más de una explicación. Algunas se han referido más bien a sus aspectos cognitivos: “comprender al otro/a”, o a sus aspectos afectivos: “sentir como el otro/a”, ante lo cual algunos autores han optado por construir una perspectiva que los integra.

Al respecto Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez (2008, p. 294) consideran que la empatía tiene tanto aspectos cognitivos como afectivos. Lo cognitivo se vincula a la capacidad intelectual de ponerse en el lugar de otra persona, en tanto que lo afectivo se refiere a la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales de las otras personas.

La empatía es relevante en la comunicación y carecer de ella dificulta la posibilidad de relacionarse adecuadamente con otros/as, con un grupo, con un equipo de trabajo o con una comunidad. Las personas que trabajan en salud deben poseer dentro de sus cualidades la capacidad de ser empáticos/as en distintos escenarios, ya que esta implica hacer esfuerzos conscientes para comprender el mensaje del otro y asimismo emitir respuestas coherentes respecto de las necesidades de su entorno.

.....

La empatía involucra:

- a) escuchar cuidadosamente a los demás.
 - b) comprender los sentimientos de los demás.
 - c) estar interesado en lo que dicen los demás.
 - d) ser sensitivo a las necesidades de los demás, y
 - e) comprender el punto de vista de los demás.
- (Hwang, Chase y Kelly, 1980, cit. en Elizondo, 2000, p. 108)
-

Para comunicarse de manera empática, se hace necesario desarrollar las siguientes habilidades:

Practicar la escucha activa y la retención del mensaje: incluye aspectos verbales y no verbales (tono, ritmo, silencios), reteniendo el mensaje en su globalidad.

Captar el marco de referencia del otro: mirar el mundo del otro desde su ángulo personal (ponerse en su lugar).

Discriminar los sentimientos y/o emociones en el mensaje del otro/a.



Actividad:

Completar la situación

Cristóbal comenzó a trabajar en el CECOSF del sector donde vive. Una de sus primeras actividades fue asistir a una asamblea en la que algunos vecinos, vecinas y organizaciones plantearon varios problemas que afectan al sector y que llevan mucho tiempo sin ser atendidos. Una de las representantes de las organizaciones se refirió a un microbasural en los alrededores del CECOSF, diciendo que el equipo de salud no había hecho nada por solucionarlo.

Preguntas para trabajar:

1. ¿Qué podría decir Cristóbal?
2. ¿Cuál sería la mejor manera de abordar los problemas que señalan los vecinos/as?
3. ¿Cuáles serían los aspectos o nudos más complejos de trabajar para tener una comunicación adecuada entre el equipo de salud y la comunidad?

3.2 ¿Qué es la asertividad?

Se refiere a la capacidad de expresar de una manera adecuada pensamientos, sentimientos y necesidades personales frente a otras personas, sin caer en la agresividad, pero con la claridad y la franqueza suficiente para poder refutar, preguntar, negociar y defender lo que se considera justo, sin pasar a llevar los derechos de los/as otros/as.

Componentes de la Conducta Asertiva

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|-------------------|
| 1. Respetarse a sí mismo/a | 4. Ser honesto/a | 7. Saber decir |
| 2. Respeto por los demás | 5. Ser apropiado/a | 8. Saber escuchar |
| 3. Ser directo/a | 6. Tener control emocional | 9. Ser positivo/a |

La comunicación asertiva es fundamentalmente clara, transparente, honesta y objetiva. Este tipo de comunicación posee varias ventajas como:

- Potenciar y ayudar a la capacidad de expresión.
- Fortalecer la autoimagen personal.
- Fomentar el respeto por las otras personas.
- Permitir una comunicación más fluida.
- Aumentar la posibilidad y capacidad de negociación.
- Facilitar la resolución de las controversias.

Un aspecto clave para una comunicación efectiva se relaciona con la necesidad de prepararse para enfrentar diversos contextos comunicativos; por ejemplo, si se va a hablar en una reunión, una asamblea, un acto público o incluso en un intercambio de carácter personal, resulta útil pensar y preparar con anticipación lo que se quiere decir, ordenar las ideas, escribir algunas de ellas, ensayar la manera en que se quiere transmitirlos y prever las posibles consecuencias, pues en todo intercambio comunicativo es importante considerar que cada persona tiene que hacerse responsable por lo que dice.

Todo esto es relevante cuando se habla de la asertividad, porque a veces se confunde la idea de tener una comunicación honesta con decir lo primero que se está pensando. El intercambio con la comunidad muchas veces está cargado de malas experiencias previas, por falta de comunicación e información de distinta índole, por tanto es necesario establecer y compartir en los equipos de salud aquellas formas de comunicación que han resultado efectivas y provechosas en el contacto con la comunidad.



Actividad:

¿Cómo enfrentar esta situación?

Llega una persona muy alterada al CECOSF, gritando y diciendo que lleva meses esperando para que la llamen por una interconsulta, que le dan puras “aspirinas”, pero que no la han atendido como se debe ni en el CECOSF, ni en el CESFAM.

Preguntas:

1. ¿Qué herramientas facilitarían la comunicación?
2. ¿Qué obstáculos se pueden observar al momento de abordar la situación y cómo se podrían sortear para darle un final apropiado?
3. ¿Cuáles son los aspectos más importantes para una comunicación efectiva?
4. ¿Cómo se sienten las y los trabajadores de salud cuando suceden estas situaciones?

La comunicación tiene que ver con el modo en que nos relacionamos entre las personas, cómo pensamos nuestros problemas, cuáles son los factores históricos, culturales, sociales, políticos, económicos que tienen que ver con los problemas y cómo estudiamos posibles soluciones y las llevamos a la práctica. (Gall, Fontdevila y Campos, 2008, p.10)

Volver a página 102

4. Características del trabajo en equipo que favorecen el trabajo comunitario

Un equipo de trabajo puede ser entendido como un grupo humano que en un contexto y espacio determinado, en este caso institucional/laboral, comparte metas y objetivos, configurándose también como una experiencia en la que se produce una identidad común, en tanto trabajadoras y trabajadores de la salud.

Entre las características de los equipos de trabajo destacan: el establecer roles y tareas específicas para cada miembro, la toma de decisiones de manera colectiva, y la ejecución de acciones y funciones relacionadas con las capacidades y talentos personales complementarios que aportan al conjunto del equipo.

Se espera que en los equipos primen la solidaridad, el compromiso y la capacidad de tomar decisiones en conjunto y no que se imponga la voluntad de algunos pocos. Sin embargo, estas características pueden constituirse en un desafío en ambientes jerarquizados, en los cuales el poder asociado a los cargos o al área de conocimiento, pueden dificultar el establecimiento de relaciones colaborativas, la confianza y el compromiso con las metas definidas.

El desarrollo de la confianza en los equipos requiere de tiempo y de generar un trabajo interno que permita que sus integrantes puedan llegar a confiar en la honestidad y veracidad de los miembros del equipo; en sus conocimientos y habilidades interpersonales; en el buen juicio, previsión y confiabilidad de sus colegas; en la lealtad y la buena voluntad de todos y todas para compartir ideas e información.

A un buen funcionamiento de equipo contribuye la inclusión de actividades que posibiliten el conocimiento de motivaciones personales, el reconocimiento de habilidades y capacidades de sus integrantes, la consideración de rasgos de personalidad y preferencias personales. También es relevante para el fortalecimiento del equipo de trabajo, la realización de actividades de autocuidado que permitan abordar el estrés laboral, reconocer los aspectos posibles de enfrentar colectivamente y diseñar estrategias que apoyen el mutuo bienestar.

Para favorecer el desarrollo de tareas y el cumplimiento de metas es indispensable asegurar un flujo permanente de información, la planificación conjunta, la claridad en la asignación de tareas, la evaluación colectiva del quehacer y la retroalimentación entre sus integrantes. Todo esto posibilita el aprendizaje organizativo que finalmente redundará en un aumento de la capacidad colectiva para resolver eficientemente los problemas cada vez más complejos (Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS, 2015). La eficacia y continuidad del trabajo adquiere mayor solidez cuando este se basa en la colaboración mutua, la confianza y la construcción de afinidades entre las personas que conforman el equipo de trabajo.

Relacionado con el aprendizaje en los equipos y con el fortalecimiento de los mismos, en especial con el compromiso con objetivos y metas de trabajo, como en el trabajo directo con la comunidad, es importante que el proceso de toma de decisiones se sustente en el consenso. Habitualmente en el trabajo comunitario, por la existencia de formas tradicionales de ejercicio de liderazgo, las decisiones se toman por voto de mayoría, lo cual deja a la asamblea o participantes en la reunión con la sensación de ser parte del grupo ganador o del perdedor.

El trabajo participativo al interior de los equipos de trabajo y con la comunidad, demanda flexibilidad y creatividad en la búsqueda de consensos, porque las decisiones así alcanzadas comprometerán al conjunto de participantes, reduciendo la competencia y la frustración de

expectativas a través del logro de acuerdos que acogen los intereses y motivaciones expresadas por todas/os las/os implicadas/os en el debate.

Diferencia entre grupo y equipo

Grupo de trabajo	Equipo de trabajo
Liderazgo fuerte e individualizado.	Liderazgo compartido.
Responsabilidad individual.	Responsabilidad individual y colectiva.
La formación de un grupo de trabajo ocurre a partir de su creación o instalación.	La formación de un equipo de trabajo es un proceso de desarrollo.
Enmarca su acción dentro del objetivo global de la organización.	Dentro del marco del objetivo global de la organización, se autoasignan propósitos y metas específicas.
Sus resultados son vistos como suma del esfuerzo individual.	Sus resultados se toman y evalúan como producto de un esfuerzo conjunto de sus miembros.
El trabajo colectivo se considera como algo inevitable o, incluso, un mal necesario.	El trabajo colectivo se observa como una oportunidad.
Los conflictos se resuelven por imposición o evasión.	Los conflictos se resuelven por medio de confrontación productiva.
Se encuentra centrado principalmente en la tarea.	Se centra en la tarea y en el soporte socioemocional de sus miembros.
No reconoce diferencias de valores, juicios e incompetencias entre sus miembros.	Se reconocen e incorporan las diferencias como una adquisición o capital del equipo.

Fuente: De Faria Mello (1998).

4.1 Consecuencias del trabajo segregado en salud

El trabajo en equipo permite el intercambio y combinación de saberes, técnicas, habilidades, actitudes, dispositivos y comportamiento dirigidos hacia un trabajo y objetivo en común. Por su carácter multidimensional, permite la combinación de cuatro ámbitos o competencias que se ponen en juego entre los integrantes de un equipo: “técnicas (el saber), metodológicas (el saber hacer), personales (saber ser), y sociales (saber participar)” (Torrelles, Coiduras, Isus, Carrera, París y Cela, 2011, p. 332).

Un aspecto clave para el trabajo en equipo, es contar con espacios para la planificación conjunta, para el análisis y discusión de alternativas de acción y para el establecimiento de metas y objetivos comunes. Esto posibilita que todas las personas que integran el equipo, tengan una mirada menos fragmentada del trabajo específico que hace cada uno/a.

La posibilidad de trabajar de manera colectiva y en alianza con la comunidad permite poner a disposición una batería de competencias, saberes, habilidades, tanto de los equipos de salud como de la comunidad, permitiendo de esta manera detectar los problemas más sentidos por las personas, revisar el diseño de las estrategias para la solución de problemas de manera conjunta, así como desarrollar acciones concretas.

En la APS, los equipos de trabajo están conformados por personas con distintas formaciones profesionales (disciplinas científicas y ciencias sociales), y por personas que aportan otros tipos de saberes, como es el caso del personal administrativo y de miembros de la comunidad. Se trata de equipos transdisciplinarios que interactúan en un mismo espacio y tiempo, lo que propicia abordar los problemas de salud de una manera holística y desde la complejidad de la realidad social.

El trabajo transdisciplinario efectivo demanda de los y las integrantes del equipo una disposición al diálogo, y la aceptación y valoración de “cada perspectiva (la de los profesionales, los no profesionales y la comunidad), relacionándolas entre sí, para crear una visión compartida de la realidad más completa e integrada, para el abordaje de la salud de la población a cargo” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS, 2015, p. 40).

También en salud se organizan equipos multidisciplinarios que involucran el conocimiento de varias disciplinas, cada una aportando desde su espacio al tema o problema que se está abordando. En esta forma de trabajo en equipo no se integran conocimientos, sino que cada cual aporta los conocimientos y herramientas propias de su disciplina, por ejemplo, en la atención de casos.

Otra forma de organización del trabajo es en equipos interdisciplinarios, en los cuales profesionales de varias disciplinas (médicos, nutricionistas y enfermeras), trabajan colaborativamente en un aspecto puntual; por ejemplo, en una investigación sobre el consumo de azúcar en niños/as de 2 a 4 años en control sano.



Actividad:

El sociodrama

Una actividad que podría servir para fomentar el trabajo en equipo y ejercitar una comunicación más efectiva, es realizar pequeños sociodramas que permitan trabajar sobre situaciones determinadas. Por ejemplo, la situación descrita en la actividad de la página N° 99, ➤ podría ser trabajada también a partir de esta técnica.

Un sociodrama es una representación breve de una situación que permite practicar diferentes habilidades mediante la simulación de situaciones inspiradas en la realidad.

En este caso, una persona puede actuar como la persona que llegó alterada al CECOSF, otra como la persona que la atendió y otras como quienes estaban alrededor.

5. Medios de comunicación y difusión comunitaria

Los medios de comunicación popular y las técnicas de difusión de información son herramientas fundamentales para el trabajo con y hacia la comunidad.

Se debe considerar que para educarse y educar, es necesario aprender a escuchar. Los problemas de salud de la comunidad no solo están asociados a problemas físicos y emocionales, sino que a aprendizajes culturales, formas de relacionarnos y a normas sociales que indican cómo se debe vivir. Por lo tanto, es esencial entregar información partiendo de situaciones concretas con

las que cada persona se pueda identificar y conectar con sus propias experiencias, facilitando la conversación sobre temas que todavía son prohibidos y/o invisibilizados, y que afectan profundamente la calidad de vida de las personas.

5.1 Medios de difusión a nivel comunitario

En primer término, para el uso de todas estas técnicas y medios, es necesario tener claridad sobre los objetivos; es decir, qué se quiere lograr y quiénes y cómo son las personas a las que se quiere llegar.

En términos prácticos, la aplicación de todas estas técnicas tiene al menos tres momentos: un “antes”, que se refiere a la definición de objetivos y planificación previa; un “durante”, que se relaciona con aspectos específicos a tener en cuenta mientras se realiza la acción de difusión de información; y un “después”, que se remite al momento final de la acción, luego vendrá también su evaluación más detallada.

1. Lienzos y tallarines:

Son útiles para dar a conocer en forma masiva un evento, un mensaje, una idea o una denuncia (por ej., chacones). Su tamaño permite que sean vistos desde lejos.



Antes

Luego de definir lo que se quiere comunicar, hay que resumir esa idea en una frase corta, un eslogan que sea llamativo y de fácil lectura. Usar palabras que sean familiares y entendibles. Se puede hacer primero un borrador.

Hay que identificar el lugar en que se quiere poner y definir cómo se va a hacer esto: si con pegamento (se puede usar engrudo) o si se va a colgar, etc.

Materiales: papel kraft, tela u otro material con forma rectangular; pinturas, papel de diario, brochas, pinceles, lápices o plumones, regla o huincha de medir.

Durante

Una vez pintada la frase en el lienzo, hay que tomar en cuenta que es necesario dejar tiempo suficiente para que se seque y contar con las personas suficientes para pegarlo o colgarlo en el lugar que se definió.

Después

Dejar limpio el lugar donde se puso el lienzo o tallarín; siempre llevar bolsas para botar la basura que se produzca.

2) El mural:

es un medio de expresión en el que las murallas son empleadas para entregar mensajes a través de frases e imágenes alusivas a distintas problemáticas que enfrentan las comunidades. Los murales también se usan para conmemorar momentos, fechas y personas.



Antes

- Definir el mensaje que se desea comunicar.
- Diseño del mural. Esto debería ser una actividad colectiva. En todos los grupos hay personas que tienen habilidades para dibujar y escribir con letra bonita. Se puede usar una hoja o un papelógrafo para hacer el dibujo y escribir el mensaje acordado por el grupo. Colgar el dibujo en la pared y analizarlo: ¿transmite el mensaje acordado?, ¿hay equilibrio en sus formas?, ¿el texto es adecuado? Si hay acuerdo, dibujar el borrador final con los colores que se van a utilizar.
- Es necesario tener presente que el mural es una forma artística y creativa de comunicar, y que seguramente sufra modificaciones cuando el grupo lo esté pintando. Lo importante es que los cambios en el mensaje que se quiere transmitir, cuenten con el acuerdo del grupo gestor.
- Otra actividad importante es elegir con anticipación un muro, solicitar permiso y conocer sus características, porque no es lo mismo pintar sobre ladrillos que sobre una muralla lisa.
- Invitar a otras organizaciones y personas de la comunidad a pintar colectivamente el mural. Se puede invitar a un grupo de muralistas, quienes pueden colaborar haciendo el trazado en la pared y luego pintar con el grupo gestor y las personas que se quieran sumar.
- Gestionar los recursos monetarios o donaciones de los materiales que se necesitan.
- Gestionar recursos para proporcionar agua, una colación y bloqueador solar a quienes participen pintando el mural.

Durante

Hacer un mural es una actividad que implica varias horas. Puede ser útil considerar colaciones, botellas de agua y un espacio donde dejar las cosas de las personas que están pintando.

Otra recomendación que puede servir, es llevar ropa vieja o tener materiales que permitan cubrirse, pues es una actividad en que las personas se ensucian.

También puede ser útil contar con un toldo y llevar un tiesto para limpiar brochas y envases para mezclar las pinturas.

Como puede implicar muchas horas al aire libre, es importante considerar el uso de protector solar.

Después

Dejar limpio el lugar y los implementos, que se emplearon para poder volver a usarlos.

Ejemplo:

Recursos materiales para pintar un mural de tres metros de ancho por dos metros de alto:

- Pintura para blanquear la pared si es necesario.
- Un rodillo para blanquear.
- Lápices de cera o uno de carbón para trazar el mural.
- Un galón de pintura al agua de color blanco.
- Un litro de pinturas de color rojo, azul, amarillo y negro. Estos colores se mezclan entre sí y con blanco, para formar otros colores.
- Brochas de diferentes tamaños y pinceles gruesos.
- Tiestos para mezclar colores.
- Un tiesto grande para lavar brochas y pinceles.
- Una o dos sillas para alcanzar la parte superior de la pared.
- Una mesita donde colocar el agua y las colaciones.

Se debe tener en cuenta que para pintar un mural de estas dimensiones, se necesitan cuatro horas de trabajo de un grupo de diez personas que no son muralistas.

3) El tendido de ropa:

es una técnica que se usa para situar información en el espacio público. Tiene como objetivo llamar la atención de las/os transeúntes respecto de algún tema o situación que desee comunicar la organización.

Es una exposición de mensajes, escritos o gráficos, que se tienden como la ropa en un cordel, o que se pegan sobre prendas de ropa que se cuelgan en un lugar público por donde transitan las personas a las que se quiere informar. El objetivo puede ser denunciar un problema, movilizar o informar sobre un tema en particular. ¿Cómo preparar la técnica?



Antes

Es necesario tener claridad sobre los objetivos, es decir, qué se quiere lograr y el público al que se quiere llegar.

Definir los materiales que se van a utilizar y los mensajes que se van a poner. También hay que ver antes el lugar donde se va a ubicar el tendido de ropa.

Materiales: un cordel firme, clavos para fijar el cordel si es necesario, cartulinas de poco peso, hojas de papel, plumones de colores, prendas de vestir, perros de ropa para colgar el tendido.

Durante

Dado que es una técnica que llama bastante la atención, es importante que haya personas que puedan conversar con quienes se acerquen. El objetivo no es solo que las personas lean los mensajes, sino que conversar con ellas.

Se pueden llevar otros materiales para aprovechar de difundir.

Después

Sacar el tendido de ropa. Los materiales que se usaron, se pueden guardar para una próxima ocasión.

4) El perifoneo y el puerta a puerta:

en el caso del primero, por lo general se usa para invitar, informar y llamar la atención de la comunidad sobre una actividad que se realizará o que se está llevando a cabo en ese instante. Se usa un megáfono o cualquier otro instrumento que permita amplificar la voz; es útil tener algunos mensajes prediseñados. El segundo es una actividad de comunicación que facilita el vínculo directo con las personas y la entrega de materiales educativos. Se pueden distribuir, dípticos, trípticos, folletos, cartillas, autoadhesivos, hojas informativas, etc.



Antes

En ambos casos es útil desarrollar con anticipación los mensajes que se quieren entregar. Se puede ensayar con otras personas para ver cómo se recibe lo que se dice.

Es importante contar con frases cortas y claras, con las que se pueda explicar en un espacio breve de tiempo lo que se quiere decir.

En el caso del perifoneo se puede tener un guion elaborado previamente.

Para el perifoneo es necesario contar con un megáfono u otro aparato de sonido; a veces se hace desde un vehículo, lo que permite recorrer en poco tiempo un sector.

Durante

Prepararse personalmente y preparar la voz para hablar con tranquilidad y seguridad.

Después

En el caso del puerta a puerta, se puede llevar un registro de los lugares donde efectivamente fueron atendidos o quedaron de volver en una próxima ocasión.

5) El teatro popular:

ha sido largamente ocupado por las comunidades y las organizaciones, ya sea concebido como una obra propiamente tal o como acciones/intervenciones que irrumpen en distintos espacios para denunciar y/o entregar mensajes e información sobre algunas problemáticas. Con esta técnica se busca que las personas puedan sentirse interpretadas mediante un llamado a las emociones y a la empatía.

Antes

De la misma forma que en las otras técnicas, es necesario definir antes qué se quiere mostrar y de qué manera. El teatro popular tiene a su vez distintas formas de expresión y puestas en escena.

Sin embargo, en todos los casos hay un trabajo previo que por lo general es colectivo, en el que se comparten ideas y se imaginan las formas de mostrar esas ideas.

También se pueden usar y adaptar obras de teatro que ya existen.

En esta técnica es relevante considerar antes qué materiales se van a utilizar tanto para la escenografía, como para el vestuario y maquillaje. También contar con ensayos previos.

Otro aspecto central es definir qué se va a hacer luego de la presentación, pues la idea es que sea un impulso para la reflexión, la conversación y el debate.

Durante

Puesta en escena y cantidad de personas necesarias para llevarla a cabo con claridad respecto de lo que se está haciendo y del rol que tiene cada uno/a.

Después

Generar un espacio de reflexión en el que se puedan compartir opiniones.

Existe también una serie de materiales escritos para la difusión de información, como son el afiche, el tríptico, el díptico y la hoja informativa, los que tienen en común un trabajo de diseño y elaboración de sus contenidos, lo que implica decidir la modalidad de impresión y distribución.

1) El afiche:

es un material que causa impacto visual, pues su lectura es fácil y rápida, lleva información precisa y sirve para invitar e informar de una manera atractiva. Es posible de realizar con pocos recursos.

Elaboración

Elaboración y redacción del texto: se usa un lenguaje cercano, pensando en el tipo de personas al cual está destinado (jóvenes, mujeres, adultos mayores, etc.). Debe considerar:

- Un mensaje central, que debe ser corto y llamativo.
- Que la información complementaria tenga poco texto, solo la información precisa que se quiere difundir.

- El diseño del afiche debe llamar la atención del lector/a, por lo cual debe ser creativo. Se debe considerar para ello el tamaño o formato. Para el texto se recomienda usar letras grandes para la idea principal y pequeñas para la información complementaria.
- En cuanto a la o las imágenes, es recomendable considerar un dibujo o fotografía y poner atención para que la imagen elegida no fomente estereotipos o prejuicios respecto de las personas.
- Sobre la elección de colores, se sugiere el uso de colores fuertes y contrastantes.

Impresión

Si se quiere una distribución amplia y se dispone de recursos financieros, es preferible reproducirlos en una imprenta.

En caso de que la impresión se tenga que hacer en una impresora de uso común, puede ser útil que el afiche tenga un tipo de letra claro y definido y que no lleve muchos colores, pues no siempre se puede asegurar la calidad de estos.

Otra posibilidad es ver en las fotocopadoras en que imprimen a color; en la actualidad algunas de ellas imprimen afiches en una baja cantidad.

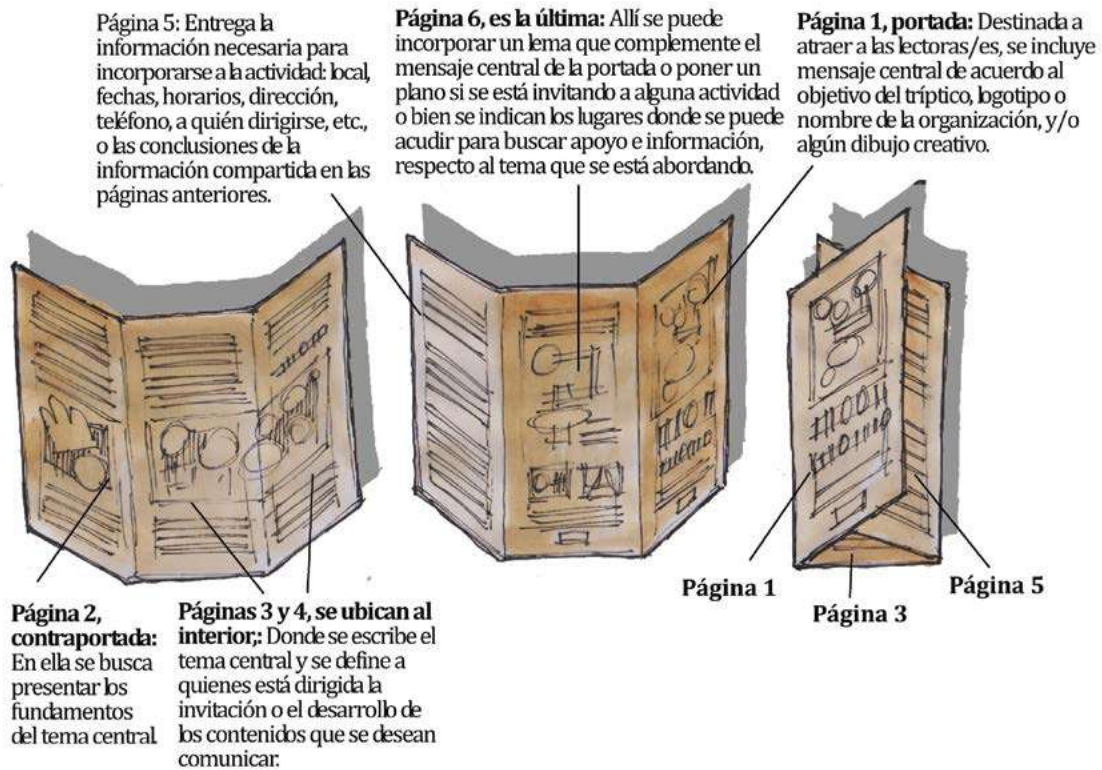
Distribución

Para tener más impacto se debe planificar su distribución. Los sectores y lugares donde se entregarán deben ser determinados por la organización, considerando a sus destinatarias/os, y esto debe ser supervisado por las personas responsables, de manera que los distribuyan en los lugares acordados.

2) El tríptico o díptico:

el tríptico es una hoja doblada en tres partes, mientras que el díptico es una hoja doblada en dos. El tríptico o díptico es útil para dar a conocer una organización, difundir una actividad o informar sobre un tema de forma clara y ordenada. Para que sea atractivo, se recomienda no recargar con escritura, usar un tipo y tamaño de letra fácil de leer, emplear colores y dibujos llamativos. Para su elaboración se pueden seguir los mismos pasos que para el afiche, tomando en cuenta que un tríptico o díptico lleva más información, pero esta tampoco debe saturar.

Uno de los aspectos que a veces complica la elaboración de un díptico o tríptico, es la distribución del contenido. A continuación se presenta un ejemplo y un esquema de un tríptico y un díptico:



3) La hoja informativa:

consiste en una hoja impresa y multiplicada que permite entregar información y la opinión de sus autores. Puede ser un medio de comunicación permanente de un grupo, organización o institución. Otros medios escritos que se pueden utilizar son las cartillas y los volantes.

Ver Para realizar convocatorias, p. 114 ➤

Volver a página. 90 ◀

RESUMEN DE LA UNIDAD

.....

En esta unidad se abordan contenidos destinados a orientar el desarrollo de las funciones asignadas a las y los ACS, y las actividades específicas que deben realizar los CECOSF, tales como brindar “apoyo en la generación de iniciativas para la comunidad y la participación en fondos concursables, y realizar actividades de educación en salud.”

1. Educación popular y educación en salud

- La educación popular se orienta a generar procesos educativos centrados en las comunidades y en las personas. Busca construir relaciones igualitarias, respetuosas de la diversidad y de la igualdad de derechos.
- Es una educación basada en el diálogo, por lo que es una pedagogía fundamental para educar en salud y en procesos de participación comunitaria en los que se fortalecen identidades, se descubren potencialidades y se producen prácticas de apropiación de conocimientos, métodos y herramientas organizativas.
- Los principios que orientan la educación popular buscan la democratización de las relaciones humanas y de saberes, pues todas las personas tienen experiencias y conocimientos para compartir.

2. Comunicación efectiva

- Es imposible no comunicarse y la comunicación no se limita a lo que se dice. Comunicamos a través del tono con que hablamos, de gestos, de la postura corporal. Toda conducta comunica algo.
- Es importante poner atención en cómo hablamos, usar un lenguaje inclusivo, tratar a las personas con respeto, de manera equitativa, evitando denigrar, pasar por alto y excluyendo los estereotipos: “la mujer” “la cieguita”, referirse a las mujeres como “mamitas”. No generalizar una condición como la discapacidad para referirse a una persona.

3. Saber escuchar o escucha activa

- Dar tiempo para escuchar, no interrumpir, poner atención, evitando enjuiciar o evaluar la experiencia y reacciones de quien habla.
- Empatía implica tener la disponibilidad interna de ponerse en el lugar de otra persona, percibir los estados de ánimo que la pueden afectar; significa no solo escuchar y mirar, sino también leer en sus tonos, movimientos y posturas, qué nos está tratando de comunicar.
- Para comunicarse empáticamente se necesita practicar una escucha activa que incluya aspectos verbales y no verbales (tono, ritmo, silencios), de modo de retener el mensaje del otro en su globalidad; mirar el mundo de esa persona desde su ángulo personal (ponerse en su lugar). Distinguir los sentimientos y/o emociones en el mensaje del otro/a.
- Otra habilidad para comunicarse efectivamente es la asertividad, que es la capacidad de expresar adecuadamente las propias necesidades, pensamientos y sentimientos frente a otras personas.

- Los componentes de la conducta asertiva son respetarse a sí mismo y a los demás, ser directo/a, honesto/a, apropiado/a; tener control emocional, saber decir y escuchar, y ser positivo/a.

4. Trabajo en equipo

- Algunas características de los equipos de trabajo son establecer roles y tareas específicas para cada miembro, la toma de decisiones de manera colectiva, la ejecución de acciones y funciones relacionadas con las capacidades y talentos personales complementarios que aporta cada persona al conjunto del equipo.
- El trabajo en equipo supone relaciones colaborativas, de confianza y compromiso con las metas definidas.
- El desarrollo de la confianza en los equipos requiere de tiempo y de un trabajo interno que permita que sus integrantes puedan llegar a confiar en la honestidad de los otros miembros, en sus conocimientos y habilidades.
- La información, planificación y evaluación colectiva fortalece el trabajo en equipo.
- El trabajo participativo al interior de los equipos de trabajo y con la comunidad demanda flexibilidad y creatividad en la búsqueda de consensos, porque las decisiones así alcanzadas, comprometerán al conjunto de participantes
- Los CECOSF tienen equipos transdisciplinarios, lo que demanda de sus integrantes disposición al diálogo, la aceptación y valoración de la perspectiva de profesionales, no profesionales y de la comunidad, relacionándolos para crear una visión compartida de la realidad que sea más completa e integrada.

5. Medios de comunicación y difusión comunitaria

- Para elaborar materiales de difusión es necesario aprender a escuchar las necesidades de la comunidad; partir de situaciones concretas respecto de las cuales las personas se puedan identificar.
 - Se necesita planificar el uso de los diferentes medios, antes, durante y después de su empleo.
 - Se aportan orientaciones acerca de la utilidad de tallarines, lienzos, mural, tendido de ropa, perifoneo, puerta a puerta, teatro popular, afiche, tríptico, díptico y hoja informativa. Ver páginas N° 103 al N° 110.
-





UNIDAD V

Herramientas metodológicas para el trabajo comunitario en salud

Introducción

Un pilar de la APS es la participación activa y propositiva de la comunidad, más aún en los CECOSF, que son una estrategia específica, destinada a acercar la atención de salud desde nuevas formas de relación con la población que está a su cargo, potenciando las acciones dirigidas a la prevención y promoción en salud, incorporando además como desafío el compromiso de avanzar en un proceso de cogestión participativa de estos centros de salud.

Para lograr una participación más activa y comprometida de la comunidad, los equipos requieren poner en práctica los principios y ejes del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, implementando las acciones de diagnóstico, planificación y evaluación participativa, con flexibilidad y creatividad, para generar procesos de participación en salud inclusivos y efectivos en términos de resolución de necesidades y de una mayor capacidad de impulsar acciones preventivas y promocionales, adecuando sus contenidos en virtud de los análisis y formas de entender las necesidades de la población que tienen a cargo.

OBJETIVO DE LA UNIDAD

Conocer y aplicar metodologías participativas, inspiradas en los principios de la educación popular, a diversas actividades de aprendizaje, dirigidas a abordar las necesidades del trabajo promocional y preventivo que deben desarrollar los CECOSF con la población a cargo, organizaciones de la comunidad, instituciones y servicios del territorio en que se ubican.

1. Orientaciones para convocar, informar, organizar reuniones y actividades educativas participativas

Para lograr la participación de la comunidad, la educación popular provee de estrategias y técnicas útiles para informar y motivar tanto a las organizaciones como a la comunidad en general.

Al respecto, cabe la pregunta, ¿cuál es el significado de informar y de motivar? Informar significa comunicar, dar a conocer o anunciar algo, y motivar significa estimular el interés, explicando los motivos o razones de hacer algo, es decir, aquello que lo impulsa a uno/a a actuar.

Se observa que la diferencia entre informar y motivar radica en el sentido diferente que encierran ambas palabras; sin embargo, la motivación incorpora la información, dado que para que las personas se motiven o interesen por realizar algo, en primer término deben disponer de información que les explique qué es lo que se quiere hacer (Rivera y Donovan, 1992).

1.1 Para realizar convocatorias¹¹

La convocatoria es una acción fundamental en el trabajo comunitario, de manera que debe ser considerada en la planificación. Incorpora distintas actividades y actores que en este caso serían tanto los equipos de salud, como las organizaciones de la comunidad.

Al planificar es necesario tener en consideración los siguientes aspectos:

- Generalmente el proceso de convocatoria implica más tiempo y esfuerzo que la misma actividad o proceso.
- El contenido debe ser claro, preciso, comprensible, lo que se logra respondiendo a las preguntas: ¿a quiénes? y ¿para qué se está convocando?, ¿dónde? y ¿cuándo?
- Es necesario que los/as convocantes puedan darse el tiempo necesario para tomar acuerdos claros, consensuando día, fecha, hora y lugar, de modo que no se afecte la realización o la participación en otra actividad.

En el caso de que se quiera convocar a personas o grupos que habitualmente no participan, puede pedirse el apoyo a quienes ya están motivados; por ejemplo, reunirse con algunas familias participantes para que estas inviten a aquellas que aún no se han sumado; que un grupo conocido del sector motive e invite a aquellos que no han participado. También se puede convocar brindando la posibilidad de participar con la compañía de alguien cercano.

Con respecto a fecha, horario y lugar de la actividad, la convocatoria debe hacerse tomando en consideración las características y la dinámica social de las personas, grupos o familias que se invitarán. Es importante también el uso de un lenguaje sencillo, comprensible y adecuado a los/as destinatarios/as.

En cuanto a los medios para invitar, si se usan carteles, es necesario ubicarlos en lugares estratégicos donde transiten personas, que sean potenciales destinatarios de la convocatoria.

¹¹ Esta sección se basa en experiencias de la Fundación EPES.

Se recomienda, especialmente cuando el público es distinto, utilizar para una misma actividad diferentes tipos de convocatoria: personalizada, colectiva, masiva.

Personalizada:

invitación cara a cara, puerta a puerta (realizada por una persona o grupo), a una persona, organización o institución); vía telefónica, carta o e-mail o en una reunión. Estimula el compromiso de asistencia y participación, dado que favorece una interacción social, haciendo más cercano el contacto.

Masiva:

pegatina de afiches y carteles; distribución de volantes, instalación de lienzos en lugares públicos; perifoneo o megafoneo; realización de mensajes y/o entrevistas radiales; notas de prensa; uso de redes sociales, entre otros. En este caso, la convocatoria se realiza utilizando medios de difusión masiva.

Colectiva:

distribución dirigida de hojas informativas, invitaciones o de cualquier otro material que se haya elaborado para invitar; también se puede hacer a través de un e-mail colectivo o del uso de redes sociales, como grupos de WhatsApp o eventos a través de Facebook, en el caso de algunos centros de salud que tienen perfiles o fanpage en Facebook.¹² Con este tipo de convocatoria se busca generar un compromiso colectivo y tener un mayor alcance.

Resumiendo, no existe una estrategia única para convocar, es decir, no hay una sola vía, de manera que para tener éxito en la convocatoria es necesario:

- Utilizar varios medios, considerando el contexto y los aspectos culturales.
- Tener en cuenta la diversidad, así cada persona, organización, institución, grupo o familia, podrá responder a la convocatoria de acuerdo con sus características y posibilidades.
- Reflexionar y analizar las experiencias anteriores y sus resultados de participación (qué se usó y resultó; qué no se hizo y la convocatoria falló).
- Utilizar diversos formatos para invitar, según el caso.
- Integrar a otros actores para que colaboren en la convocatoria.
- No perder la motivación si en alguna oportunidad no hay resultados positivos.
- Usar toda la creatividad posible para que el proceso de convocatoria sea estimulante y llamativo.

¹² Un perfil de Facebook es una página personal en la cual se tiene contacto con otras personas bajo la figura de "amigos". Se puede subir a este información personal, fotos y compartir información. Este formato admite un máximo de 5.000 contactos ("amigos"). Un fanpage es también una página de Facebook que, a diferencia de un perfil personal, corresponde, entre otras, a una empresa, una organización social, un medio de comunicación o una institución. En vez de amigos, los contactos tienen la denominación de seguidores, para los cuales no hay restricciones de número. En este formato se pueden compartir informaciones, imágenes, enlaces de interés, etc.

La convocatoria es una etapa crucial para lograr participantes interesados/as y motivados/as en las actividades de promoción de salud, de tal manera que se favorezcan los aprendizajes y ellos/as puedan replicar posteriormente la actividad en sus comunidades.

Al realizar la convocatoria para una actividad educativa, debemos conocer bien las localidades donde viven las personas invitadas a participar, con el objetivo de ubicar una sede comunitaria lo más cercana posible a sus domicilios para la realización de la actividad. Lo más efectivo es tomarse el tiempo de visitar las organizaciones y grupos de la comunidad, para explicar de qué se tratará la actividad educativa, estableciendo una comunicación directa con las organizaciones, personas y líderes.

En salud es importante lograr la participación de hombres y mujeres, ya que de esta manera es posible abordar temas en que la opinión de ambos sexos es necesaria, como por ejemplo: alimentación, sedentarismo, tabaquismo, sexualidad, etc. Sin embargo, es fundamental incluir en la planificación de actividades educativas espacios de conversación separados según sexo, de manera de facilitar la expresión y abordaje educativo de los efectos de una distribución rígida de roles de género en los hogares.

También es recomendable involucrar a líderes comunitarios y otros actores en la convocatoria de los talleres, ya que esto favorece la participación más amplia de la población, ya que son líderes legitimados en sus comunidades. Ellas y ellos pueden aportar sugerencias de cómo mejorar la convocatoria y poder llegar a los lugares más apartados. Asimismo, se puede utilizar la difusión a través de las radios comunitarias del sector y de otros medios de difusión comunitaria.

Volver a página 90 

Volver a página 110 



Actividad:

Planificando el trabajo de convocatoria:

Pensando en las características de una comunidad específica, decida mediante qué vías le sería más fácil hacer la convocatoria para una actividad educativa sobre microbasurales.

Considere el tiempo que necesita para realizar las actividades de convocatoria y tenga en consideración las siguientes preguntas:

- ¿quiénes del equipo del CECOSF podrían apoyar la convocatoria?, ¿a quiénes está dirigida la actividad?, ¿cuántas personas se espera que asistan?, ¿en qué horarios sería más fácil que esas personas puedan participar?

Escriba su plan de convocatoria, indicando los días y horarios en que realizará las actividades que decidió efectuar. Anote también cuándo coordinará las actividades de convocatoria con el equipo del CECOSF. Además, puede elaborar un listado con los datos de las personas, organizaciones y/o instituciones donde considera distribuir la convocatoria; esto le puede servir para después chequear quiénes efectivamente llegaron.

1.2 Para organizar reuniones participativas¹³

Las reuniones son los espacios en que se toman decisiones, se planifican actividades y se preparan en conjunto los trabajos a desarrollar. Como hay que destinarles tiempo, deben ser efectivas para que aporten a la dinámica grupal y a las comunidades, y para que otras entidades involucradas puedan lograr sus metas. La calidad de las reuniones es un factor influyente en la participación y compromiso de quienes entregan parte de su tiempo para participar en una reunión.

Al reconocer la importancia de las reuniones, se hace necesario estructurar estos espacios, distinguiendo cuatro aspectos:

- Planificación de la reunión, focalizada y compartida a través de una agenda o tabla, objetivos y metas.
- Organización de la reunión, referida a aspectos logísticos como sala o salón, mobiliario y otros servicios.
- Conducción de la reunión, que incorpora principios o reglas establecidas en conjunto entre quienes participan para conducir, moderar y/o facilitar la reunión.
- Seguimiento posterior a la realización de la reunión.

La **planificación** de la reunión considera pasos importantes:

- Establecer claramente el objetivo o meta de la reunión.
- Determinar qué información es necesaria traer.
- Precisar quiénes deben estar presentes, es decir, a quiénes hay que convocar.
- Planificar la agenda con otros/as para discutirla y observar si está bien enfocada, y analizar cómo se distribuirá el tiempo en los diferentes puntos. Considerar un momento para que quienes participan se puedan presentar.
- Si la reunión es en modalidad de jornada, es recomendable contemplar algunas pausas, incorporando juegos, ejercicios o dinámicas de animación grupal.¹⁴
- Compartir la agenda con anticipación, para que todos/as sepan lo que se va a tratar.

La **organización** implica considerar hora de inicio y de término, asegurando que empiece y finalice a tiempo. El hecho de exceder los tiempos establecidos, generalmente es causa de desmotivación de los/as participantes. En todo caso, se

ES IMPORTANTE:

Saber qué se tratará en una reunión, el orden en que se abordarán los puntos y el tiempo de término, porque:

- Permite que las personas se sientan en control de la situación.
- Puedan decidir con conocimiento, si desean ser parte de esa conversación.
- Puedan tener control de su tiempo.

¹³ Esta sección se basa en experiencias de la Fundación EPES.

¹⁴ Puede revisar una diversidad de técnicas de animación, presentación, análisis grupal en el siguiente link: <https://docenteslibresmdq.files.wordpress.com/2014/04/cide-tecnicas-participativas-para-la-educacion-popular-ilustradas.pdf>

recomienda reservar unos minutos antes del inicio y posterior al término, para que las personas conversen y socialicen algún hecho de su interés o dejen planteadas algunas ideas para abordar en la próxima reunión.

También se debe considerar un formato para el registro de asistencia donde anotar los datos de contacto, como por ejemplo: nombre, organización a la que pertenece, dirección, teléfono, correo electrónico, lo que ayudará a mantener un catastro actualizado para invitar a futuras actividades.

Otro registro a considerar es el acta, que incorpora los aspectos relevantes que se han abordado y los principales acuerdos y compromisos a que se llegó.

Cabe recordar que también es importante preocuparse de que los ambientes, para realizar las reuniones, sean apropiados y cómodos, con un tamaño acorde con la cantidad de participantes. Se requiere que los organizadores/as lleguen con anticipación para disponer el material, los equipos y las sillas en círculo.

Con respecto a la periodicidad y fijación de fechas de las reuniones, es conveniente acordar un ciclo regular; por ejemplo, “segundo martes de cada mes, de 15 a 17 horas”. Esto ayuda a que las personas “reserven” la fecha y no agenden otras actividades en el mismo horario. Este tipo de acuerdo favorece la continuidad en la asistencia, la posibilidad de que las personas se hagan parte de otras iniciativas comunitarias y ayuda a que los equipos técnicos que trabajan en el territorio, se coordinen, respeten los acuerdos de los grupos organizados y generen prácticas de colaboración mutua.

La conducción de la reunión, aunque esté a cargo de una sola persona, supone realizar varias tareas, entre ellas, las siguientes:

- Presentarse y explicar su rol, dar espacio y dirigir las presentaciones correspondientes; si participa un invitado/a especial, presentarlo/a al grupo. Para promover un clima distendido, de bienestar y confianza entre las personas, puede incluir una breve dinámica de animación que ayudará a las/os participantes a conocerse, recogiendo otros datos de su perfil desconocidos, por ejemplo, cada persona aplica una entrevista a su compañero/a y se hace posteriormente un intercambio de los datos para darlos a conocer en plenario, bajo el formato de una presentación cruzada.
- Otra tarea de quien conduce es presentar la tabla o agenda, para lograr la aprobación de mociones o la incorporación de otros puntos que se soliciten y recordar las “normas para el funcionamiento de la reunión”, las que pueden escribirse en un papelógrafo y situarlas en el muro, para que estén a la vista de todos/as. Algunas normas básicas pueden ser: comenzar y terminar las reuniones en el horario acordado, ser puntuales en la llegada, respetar las opiniones de los/as demás sin interrumpir, esperar su turno para hablar, no hablar todos/as al mismo tiempo para que no se atropellen las conversaciones.
- Otro rol del facilitador/a es el de mantener el rumbo de la reunión, para que no se produzcan desvíos de los temas de la tabla y regule el tiempo de las intervenciones con cordialidad. Es necesario llevar el control del tiempo, considerando la hora de inicio y de término, respetando también los límites de tiempo establecidos en la tabla para cada tema. Si fuera necesario más tiempo, es recomendable preguntar a los/as participantes si están de acuerdo en extender la reunión un poco más.

- Es también responsabilidad de quien conduce, la elaboración de un resumen al término de cada punto de la tabla, sintetizando conclusiones en voz alta y avanzando al siguiente punto si no hay objeciones.
- Quien facilita debe promover y alentar a que todas las personas participen, dando oportunidad a todos/as y no solo a los/as que siempre se expresan. Es importante conducir la reunión de manera asertiva, reconociendo las diferentes opiniones. De este modo se podrán generar nuevas alternativas para abordar lo que se está conversando y se favorecerá un actuar colectivo basado en el consenso.
- Para lograr un manejo adecuado del grupo, es bueno tener sentido del humor y no adoptar una actitud defensiva; hacer preguntas abiertas que generen respuestas amplias y acordes al ritmo de la reunión, y observar el entorno, identificando señales que indiquen si es necesario ir más rápido o más lento. Se recomienda, para facilitar el desarrollo de nuevos liderazgos, rotar la responsabilidad de conducción de las reuniones.
- El seguimiento de lo que ocurre posteriormente a la realización de la reunión, implica recoger los comentarios de los/as participantes, preguntando, por ejemplo: ¿qué opinión tienen de la reunión?, ¿qué se podría mejorar?, es decir, se trata de obtener una visión evaluativa. El objetivo es conocer el nivel de claridad con que se retiran los/as participantes respecto de los temas abordados. El espacio/tiempo que suele darse después de la reunión, permite conversaciones que muchas veces ayudan a aclarar algunos puntos confusos.
- Otras formas de dar seguimiento a lo acordado en una reunión, son las llamadas telefónicas y los e-mail de monitoreo, que sirven para cohesionar y comprometer más la participación del grupo. Asimismo, es de gran utilidad hacer un resumen de la reunión que incorpore las decisiones que se han acordado u otras informaciones, las que a veces no son fáciles de recordar y que pueden ser enviadas por mano o por correo electrónico a las/os participantes, o bien se pueden difundir a través de diarios murales.

.....

RECUERDE

Use lenguaje inclusivo, diríjase a las mujeres y a los hombres, a las personas mayores, a las y los jóvenes.

Aliente a que se expresen las opiniones de personas diferentes por edad, por sexo u otra condición.

Así se favorece que un problema del barrio sea resuelto, atendiendo a las diferentes miradas.

.....

1.3 Para planificar una sesión educativa o acción comunitaria

Para el trabajo comunitario en promoción de la salud es fundamental conocer aspectos esenciales de la realización de actividades educativas participativas con la comunidad. Para ello es necesario familiarizarse con la metodología (pasos) y algunas

recomendaciones para planificar las sesiones educativas y acciones comunitarias, teniendo como referentes los principios de la educación popular, que son adaptables a distintas realidades, favoreciendo con su aplicación los procesos de empoderamiento de las comunidades, condición necesaria para lograr avances en salud.

Se requiere poner en práctica la horizontalidad en la interacción del equipo de salud con la comunidad, reconociendo la experiencia como fuente de aprendizaje, respetando sus conocimientos y percepciones, lo que se favorece mediante un diálogo que concilie el saber técnico con el saber popular.

Las sesiones educativas se desarrollan habitualmente con metodología de taller y existen formatos básicos para su planificación, lo mismo en el caso de la planificación de las acciones comunitarias. La forma en que se realicen, tiene efectos en los resultados que se quieren alcanzar y sobre la forma en que el equipo de salud se relaciona con la comunidad.

Algunas claves a tener presentes

- Partir de las experiencias y vivencias de los/as participantes, en relación con los problemas que aborda la actividad educativa. Por ejemplo, en un taller sobre alimentación saludable, en la primera sesión destinar un espacio para que los/as participantes compartan sobre los hábitos alimenticios de sus familias, tipos de comida disponibles en su comunidad, y las costumbres y prácticas sociales que se comparten en el lugar.
- Quien está facilitando la actividad educativa debe contribuir a generar el diálogo entre las/os participantes y aportar sus conocimientos en un lenguaje sencillo y directo. También se debe animar a las personas a que expresen sus ideas y hablar de una forma clara para que sean comprensibles los contenidos que se están abordando. Es importante esta recomendación porque en el sector salud se tiende a hablar con términos técnicos y siglas que las personas de la comunidad no conocen.
- Hay que tener presente también que el proceso de aprendizaje ha de basarse en el diálogo, lo que favorece la comunicación y genera un conocimiento nuevo. Por ejemplo, una metodología inadecuada para lograr aprendizajes son las charlas, porque los mensajes van solo en una dirección, asumiéndose que el que tiene el conocimiento (el que sabe), es la persona que está dando la charla, y los que no saben, son los que están escuchando.
- Así mismo, se sugiere realizar actividades educativas que incorporen el “aprender haciendo”, es decir, un trabajo colaborativo en que las personas practiquen inmediatamente lo aprendido. Se trata de animar a las personas a relacionar lo visto y aprendido con la experiencia, necesidades y problemas de sus comunidades.

ALGUNOS EJEMPLOS:

- En un taller sobre alimentación saludable, preparar una comida.
- En una sesión sobre planificación familiar, facilitar preservativos para que las personas los conozcan y aprendan a usarlos correctamente (abrir el envoltorio, conocer la textura, su elasticidad, etc.).
- Si se trata de un taller sobre habilidades de crianza para madres y padres, invitar al grupo a representar distintas situaciones de la vida cotidiana y generar la reflexión con el grupo sobre cómo resolver algunos problemas comunes.

- Otro tipo de acción que aporta al proceso de aprendizaje, es la generación de espacios para la reflexión y acción comunitaria sobre las causas de los problemas de salud y debatir sobre las mejores soluciones. Estas actividades son claves para contribuir al empoderamiento de la comunidad y a través de la acción comunitaria mejorar su calidad de vida. Es preciso clarificar que en las soluciones de los problemas de salud de la comunidad, tienen un rol central los otros sectores como educación, vivienda, trabajo, entre otros.

PARA CAMBIAR UN PROBLEMA NO BASTA CON INFORMARSE:

En una comunidad rural en la zona altiplánica del norte, mientras se realizaba un taller de alimentación saludable, el equipo de salud se dio cuenta de que se consumía muy poco pescado, por lo que preguntó a las participantes cuáles eran las causas de que en esa comunidad no se consumiera pescado. La comunidad manifestó que se debía a que el precio del pescado era muy caro en comparación con otros alimentos. Las mujeres dijeron que lo que realmente necesitaban era vender sus artesanías en cestería (canastos) para aumentar sus ingresos.

El/la Agente Comunitario en Salud aprendió que tenía que modificar su taller e incluyó sesiones para ayudar a las mujeres a organizarse para comprar juntas el pescado a precio más barato y las contactó con la oficina de turismo para que ellas pudieran mostrar y vender sus canastos a los/as turistas que visitan la zona, pues no bastaba con explicarles los beneficios que tiene para la salud el consumo de pescado.

1.4 Talleres educativos en salud, herramienta metodológica para el trabajo de promoción

En el trabajo de promoción en salud se busca generar cambios a nivel del comportamiento individual y colectivo, como también en las condiciones del entorno (determinantes sociales de la salud). No se debe perder de vista la necesaria vinculación de la educación en salud con la acción comunitaria. Esto se puede materializar estableciendo conexiones entre los conocimientos que se comparten y trabajan en una actividad educativa y en una acción tendiente a generar un cambio en el entorno.

Es importante incorporar al diseño de talleres de varias sesiones, la planificación y ejecución con las/os participantes de una acción comunitaria sobre la temática o problema abordado en la capacitación, de este modo se contribuye a proponer elementos concretos a las organizaciones y grupos para generar cambios en sus comunidades.

Para planificar adecuadamente un taller se requiere:

- En lo posible, conocer las características de quienes serán las y los participantes del taller.
- Informarse sobre el tema.

- Definir los énfasis del tema que se abordarán en el taller, incluyendo las opiniones de las personas que participarán (un sondeo breve de opiniones en un espacio de reunión, por ejemplo, preguntar: ¿por qué?, ¿qué les interesa conocer del tema?; aplicación de un cuestionario). Convertir estos puntos claves en objetivos.
- Plantear objetivo/s para cada sesión.
- Diseñar las actividades requeridas para cumplir con los objetivos, identificando algunos métodos o técnicas para abordar los contenidos, ideando una forma entretenida y participativa (dinámicas, trabajos grupales, en parejas, radioteatros, dibujos, dramatizaciones, collages, etc.).
- Asignar tiempo a cada actividad de la sesión.
- Incorporar actividades que permitan aplicar los contenidos y/o incluir como trabajo de finalización y aplicación de contenidos una actividad comunitaria.
- Pensar en una técnica o dinámica para evaluar cada sesión.
- Preparar los materiales de apoyo que se necesitarán para cada sesión.

La planificación de un taller u otra actividad educativa se enriquecerá y se adecuará mejor a las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad si se hace con la participación de representantes de esta. El trabajo de planificación es en sí un proceso de aprendizaje para las organizaciones que contribuye a la formación de nuevos líderes comunitarios.

Durante la sesión educativa:

- Dar la bienvenida, crear un clima acogedor.
- Preparar el espacio físico para que sea cómodo y funcional a las actividades del taller.
- Presentar el taller: sus objetivos, actividades y tiempo disponible. Puede preparar un papelógrafo con las actividades que se realizarán en el taller y el tiempo asignado a cada actividad.
- Realizar al inicio una actividad que ayude a las personas a sentirse cómodas y más dispuestas al aprendizaje; por ejemplo, una dinámica de animación.
- Acordar algunos principios básicos como respeto, tolerancia, confidencialidad.
- Averiguar qué saben los/as participantes del tema que se está tratando.
- Explicar en qué consiste cada dinámica o actividad del taller.
- Promover la reflexión grupal y el diálogo de acuerdo a las vivencias y opiniones de las personas.

RECUERDE

Si está facilitando un taller en que participan hombres y mujeres, use un lenguaje inclusivo, diríjase a las mujeres y a los hombres participantes.

Evite replicar estereotipos de género o de otro tipo.

Enfatice en el respeto a las diferencias.

- Poner atención al lenguaje verbal y no verbal propio de las/os participantes.
- Brindar apoyo en los contenidos requeridos, explicar con otras palabras, clarificar ideas, utilizar ejemplos cotidianos.
- Practicar lo que se ha aprendido a través de trabajos individuales, grupales y de la realización de acciones con la comunidad.
- Evaluar la sesión educativa con las y los participantes.

Modere las intervenciones, asegurando que tanto mujeres como hombres puedan expresarse.

Estimule a que roten las personas que presentan las conclusiones del grupo, de modo que más personas desarrollen la habilidad de hablar en público.

Recuerde que los hombres tienen más facilidad para expresarse en público, así que estimule a las mujeres a asumir este rol.

Recomendaciones para apoyar procesos educativos:

- Observar y escuchar.
- Facilitar y no dirigir.
- Reforzar lo positivo.
- Dar espacio a las emociones.
- Motivar la reflexión crítica.
- Focalizar la conversación.
- Evitar interpretaciones.
- Comprometerse a buscar información si desconoce algo que se le pregunte.
- Entregar retroalimentación.
- Evitar diálogos entre dos personas.
- Estimular la participación de todas las personas.
- No ponerse a la defensiva ante cuestionamientos.
- Focalizar ideas-fuerzas que pueden ser reinterpretadas por el grupo.
- Realizar síntesis final.

- a. Se incorpora la participación de las personas de la comunidad en las recomendaciones para realizar:
 1. Convocatorias (¿cómo, en qué?):
 2. Preparar materiales (¿cómo en qué?):
 3. Difundir actividades o contenidos informativos o educativos (¿cómo, en qué?):
- d. ¿Seguir estas recomendaciones podría cambiar en alguna forma la percepción que tienen las personas sobre sí mismas? ¿Por qué?
- e. ¿De qué manera se incorpora la horizontalidad en la relación con las/os participantes en las recomendaciones para organizar reuniones y planificar acciones educativas y comunitarias?



2. Diagnóstico participativo¹⁵

2.1 Concepto de diagnóstico participativo

El diagnóstico participativo, en el marco de un proceso de mayor amplitud, es el primer paso para una acción transformadora que da poder a todo grupo o comunidad que desea desde su propia perspectiva, conocer, comprender, actuar y transformar su situación actual para mejorar sus condiciones de vida que están siendo afectadas de manera negativa por diversos problemas sociales que requieren ser resueltos mediante acciones viables.

¹⁵ Este punto se basa en López, L., y Covarrubias, S. (EPES) (2010).

Es una acción que permite ampliar el conocimiento que una comunidad tiene de su realidad y es un proceso que involucra a diversos actores, por lo que el conocimiento obtenido corresponde a una visión colectiva.

El diagnóstico participativo incorpora la recolección de información relevante, tanto la identificación de problemas o necesidades, como también los recursos y las potencialidades de la comunidad, con la finalidad de transformar la realidad. En este sentido, se parte de la premisa de que para actuar en la realidad es necesario conocerla, indagando en su historia y en los elementos del contexto que han determinado sus actuales condiciones de vida, descubriendo las características de los actores sociales y de las organizaciones comunitarias. Este acopio de información se logra mediante una acción colaborativa.

Otro concepto sencillo refiere a que el diagnóstico participativo es un proceso en el cual las personas, las organizaciones, la comunidad en general y el equipo de salud promotor, recogen, comparten y analizan información de su comunidad, identificando las necesidades y los problemas que afectan su salud, formulando en conjunto posibles soluciones o vías de acción.

El realizar un diagnóstico participativo empleando una metodología apropiada, además de enriquecer y mejorar el conocimiento y la acción sobre la realidad, genera procesos para superar el espontaneísmo o activismo en las prácticas organizativas e institucionales. Al mismo tiempo que facilita la planificación del trabajo a más largo plazo, contribuye a fortalecer las capacidades de las y los participantes, ya que el proceso se puede constituir en un ejercicio de autogestión educativa y autonomía para los miembros de las organizaciones de la comunidad, quienes también podrán apropiarse de herramientas para realizar sus propios diagnósticos.

2.2 Relación con el derecho a la salud

La promoción de la salud reconoce el derecho de las personas, organizaciones y comunidades a estar informadas y participar en la implementación de las políticas públicas. Para ello es necesario disponer de metodologías y herramientas que faciliten la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones, para dar respuesta efectiva a los problemas y necesidades identificados en los diagnósticos participativos.

Los diagnósticos consideran distintos grados de participación comunitaria, existiendo por una parte el diagnóstico tradicional y por otra, el diagnóstico participativo.

Un diagnóstico participativo con incorporación activa de la comunidad es un proceso que toma tiempo, pero se ve notablemente enriquecido, ya que contribuye a:

- Conocer con mayor amplitud la realidad en que viven las personas, porque integra sus opiniones y las de los representantes del gobierno local, lo cual permitiría desarrollar políticas públicas que, recogiendo esos planteamientos, sean más eficaces para solucionar los problemas concretos que afectan a la población.
- Obtener conocimiento sobre la situación de salud y los principales problemas y necesidades de la comunidad.
- Determinar cuáles de los problemas identificados son los más importantes desde el conocimiento y percepción de calidad de vida de quienes los viven.
- Saber cómo la comunidad ha solucionado anteriormente esos problemas.

- Identificar fortalezas, debilidades y recursos existentes en la comunidad para enfrentar los problemas o necesidades.
- Trabajar en equipo, buscando y proponiendo soluciones.
- Aportar elementos que permitan a los equipos de salud un análisis de las condiciones de vida de la comunidad (determinantes sociales de la salud).
- Elaborar un plan de acción en el que las organizaciones y representantes de otras instituciones asumen responsabilidades de acuerdo a las posibilidades de cada uno/a.

Del diagnóstico tradicional al diagnóstico participativo

Es importante que los equipos de salud puedan incorporar las orientaciones para el desarrollo de diagnósticos participativos, reconociendo el valor que tiene el conocimiento de la comunidad en la determinación de sus necesidades de salud y en el examen de sus causas (determinantes sociales de la salud); como también, su involucramiento en el desarrollo de propuestas de acción pertinentes y con resultados que puedan significar cambios en sus condiciones y calidad de vida.

Diagnóstico tradicional	Diagnóstico participativo
Es realizado por expertos/as que:	Actividad protagonizada por la comunidad.
Deciden qué aspectos estudiar.	
Detectan los problemas.	La comunidad y representantes de otras instituciones participan de todo el proceso.
Recopilan información y analizan los datos.	Se profundiza en las causas y consecuencias de los problemas que afectan a la comunidad.
Proponen vías de acción.	Se plantean vías de acción a partir de los recursos disponibles en la comunidad.
Pocas veces dan a conocer los resultados a la comunidad.	Cada organización e institución participa, haciéndose parte de la solución o plan de acción.
La participación comunitaria se limita a entregar los datos a través de encuestas o entrevistas.	Se comparten los resultados del diagnóstico involucrando al resto de la comunidad.
No se incorpora a la comunidad con sus conocimientos, experiencias y opiniones durante el proceso.	El conocimiento y experiencia de la población son reconocidos y valorados, fortaleciendo la participación y capacidad propositiva.
Se produce paternalismo y asistencialismo: la población beneficiaria termina dependiendo de la ayuda ofrecida.	Se apoya procesos de ejercicio de derechos, influencia en la toma de decisiones, gestión de recursos y empoderamiento.



Actividad:

Preguntas para la reflexión

Pensando en nuestro territorio, ¿habrá motivación en la comunidad para realizar un “diagnóstico participativo”?

Si hubiera motivación, ¿cuáles son los factores que favorecen realizarlo?

¿Cuáles son los factores que dificultan llevar a cabo el proceso de diagnóstico?

¿Cómo se podrían abordar las dificultades identificadas para hacer un diagnóstico participativo?

2.3 Metodología para realizar un diagnóstico participativo

No existe un diseño único, de manera que se presentan estos pasos a modo de propuesta, los que pueden ser adaptados a la realidad local, tiempo y recursos humanos disponibles:

1. **Formación del equipo gestor (técnico/comunitario)**
2. **Diseño del diagnóstico participativo**
3. **Convocatoria a organizaciones e instituciones de la comunidad**
4. **Recolección de información**
5. **Selección de problemas centrales**
6. **Análisis de problemas centrales**
7. **Análisis de acciones a desarrollar**

Paso 1. Formación del equipo gestor (técnico/comunitario)

Este equipo conducirá el diagnóstico, y habitualmente está conformado por representantes del equipo de salud, líderes de organizaciones comunitarias legitimados en el espacio local, representantes de instituciones y otros actores motivados. Se recomienda que tenga un número de integrantes que permita funcionar como equipo de trabajo y sus responsabilidades se definen de acuerdo con sus capacidades y tiempo disponible.

El equipo gestor es el encargado de proponer el diseño del diagnóstico, planificar y convocar a la ejecución de las actividades que se programen, organizar las actividades de debate/reflexión, recoger y sistematizar información. Además, registra los acuerdos del plan de acción, monitorea su ejecución y evalúa el proceso.

Paso 2. Diseño del diagnóstico participativo

El diseño incluye varios aspectos:

- Establecimiento de acuerdos sobre los objetivos del diagnóstico.
- Definir la información que se necesita recoger de acuerdo con el objetivo.
- Definir dónde, qué tipo y cómo obtener la información; por ejemplo: documentos escritos, mapas, realización de entrevistas a informantes claves, observación directa, aplicación de técnicas participativas como el collage o la construcción de ecomapas.¹⁶
- Elegir las técnicas de recolección de información de acuerdo con los objetivos, recursos disponibles, aceptación de la comunidad, conocimientos y capacidad del equipo que conduce.
- Elaborar un plan de trabajo ordenado por tareas, con plazos y responsables definidos.
- Acordar cómo se va a evaluar este trabajo.

Paso 3. Convocatoria a organizaciones e instituciones de la comunidad

El equipo que conduce el proceso debe convocar y coordinar la participación del intersector y de la mayoría de las organizaciones presentes en la comunidad a una jornada para trabajar el diagnóstico. Estas organizaciones corresponden a las juntas de vecinos, centros de apoderados y apoderadas, actores comunales, centros culturales, agrupaciones representativas de jóvenes, adultos/as mayores, mujeres, pueblos originarios, grupos de autoayuda; Consejos Locales de Desarrollo, radios comunitarias; agrupaciones de personas en situación de discapacidad, migrantes, colectivos de la diversidad sexual, redes comunitarias; organizaciones de trabajadores/as de las principales actividades económicas de la comuna, barrio (pescadores, agricultores, comerciantes), redes medioambientales, entre otras.

Para trabajar con las organizaciones en el diagnóstico participativo, es necesario convocar compartiendo una invitación motivadora, atractiva a toda la comunidad, buscando el apoyo de líderes legitimados, facilitadores/as externos, etc.

Para lograr una convocatoria amplia, se puede invitar directamente a través de visitas domiciliarias, solicitando un espacio breve en las reuniones de cada organización; también se puede invitar con ocasión de participar en las actividades de las organizaciones o a través de los y las líderes de la comunidad. Otra forma puede ser mediante invitación escrita personalizada o utilizando afiches ubicados en lugares de afluencia de público. Además, se puede difundir la iniciativa de diagnóstico con el apoyo de las radios comunitarias. De cualquier manera, la

¹⁶ Un ecomapa es una herramienta para el trabajo con familias que facilita al equipo de salud identificar los recursos extrafamiliares de apoyo social que se encuentran en el entorno de la persona y la familia. Es un método para recolección de información. Ayuda a visualizar las interrelaciones de las personas y la familia con el ambiente y el contexto sociocultural en el que desarrollan su vida, favoreciendo la relación comunidad-equipo de salud. Facilita la presentación de información, mostrando la situación actual de la persona y familia a través de esquemas que incorporan símbolos. Es una representación gráfica o esquemática del entorno ecológico de la persona o familia que incorpora la distribución del espacio físico dentro del hogar y da cuenta también de los servicios o contextos externos. Facilita la identificación de las carencias que afectan a las familias, para orientar el apoyo y su fortalecimiento. El valor del ecomapa radica en su impacto visual.

convocatoria ha de realizarse en todos los espacios donde concurren personas. Es importante que la invitación explique la importancia de hacer el diagnóstico.

En el primer encuentro con la comunidad es preciso explicar la importancia del diagnóstico y acordar la metodología a utilizar, es decir, el diseño, así como establecer límites de los sectores a considerar.

El grupo gestor podría emplear el formato de catastro propuesto (en el ejercicio siguiente), para visibilizar colectivamente con mayor amplitud todos los ámbitos y actores del territorio que son importantes de convocar al diagnóstico participativo, lo que implica desarrollar una mirada inclusiva.



Actividad:

Construir un listado (catastro) con todas las organizaciones e instituciones presentes en la comunidad local, clasificándolas de acuerdo con su ámbito de acción y su aporte al trabajo comunitario.

Ámbito de acción	Institución Organización	¿Qué puede aportar a nuestro trabajo comunitario	Persona clave
Salud			
Vivienda			
Educación			
Trabajo			
Mujeres			
Pueblos originarios			
Jóvenes			
Colectivos de la diversidad sexual			
Cultura			
Deportes			
Medio ambiente			
Migrantes			
Comunidades de fe			
Otras			

Paso 4. Recolección de información

Se puede iniciar la recolección construyendo un mapa social con datos que reflejen la situación de salud de la comunidad, incorporando variables sociales. La información se puede obtener en la Dirección de Salud Municipal, en la Dirección de Desarrollo Comunitario del municipio, en estudios realizados por universidades, y en documentos técnicos como el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) y el Plan Comunal de Promoción de la Salud (PCPS). Otras fuentes de información pueden ser los datos del Censo y estudios de Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

Además de los datos estadísticos epidemiológicos y el análisis de documentos técnicos, es imprescindible recoger la opinión que tiene la comunidad respecto de los problemas sociales y de salud que les afectan. Se puede obtener mediante entrevistas a líderes comunitarios, a pobladores/as que manejan información relevante y se puede recoger en trabajos grupales que se realicen en jornadas de reflexión sobre los principales problemas de la comunidad, potencialidades y recursos comunitarios disponibles.

¿Por qué recolectar tanta información y no centrarse solo en la información de salud?

Ocurre que muchos de los problemas de salud de las comunidades tienen relación con las condiciones en que vive y trabaja la población, por lo que es necesario desarrollar una mirada más amplia que las considere.

Por esta razón se reitera también que al construir el mapa social con datos que reflejen la situación de salud de las personas a partir de estadísticas epidemiológicas, es importante incorporar variables sociales, considerando el enfoque de determinantes sociales de la salud.

El resultado del paso 4 apunta a tener una radiografía de los principales problemas de la comunidad, que considere al menos los aspectos que aparecen en el Cuadro N° 1 (en página siguiente).

Cuadro N°1: Antecedentes de la Comunidad

Características de mi comunidad

HISTORIA DE LA COMUNIDAD

¿Cómo y cuándo nació la comunidad?

¿Por qué se llama así?

¿Cuáles son sus principales hitos históricos?

¿Cuáles son las fortalezas de mi comunidad?

¿Qué rol han jugado las organizaciones de la comunidad?

POBLACIÓN

¿Cuánta es la población de mi comunidad?

Nº de hombres

Nº de mujeres

Nº de niños/as

Nº de jóvenes

Nº de adultos

Nº de población adulta mayor

Nº de familias

¿Hay presencia de pueblos originarios? ¿Hay presencia de inmigrantes?

¿En qué lugares se concentra la población inmigrante?

¿Cómo se distribuye la población en el territorio?

Características sociales y económicas

EDUCACIÓN

Escolaridad de la población

¿Cuántas personas no saben leer ni escribir?

¿Cuántas mujeres y hombres saben leer y escribir?

¿Hay acceso a computadores?

TRABAJO

¿Cuál es la principal actividad económica de la comunidad?

¿En qué trabajan las mujeres y los hombres?

¿Hay cesantes, cuántos son y a quienes afecta?

¿Hay accidentes laborales, cuántos y de qué tipo?

/continua

INGRESOS

- ¿Cuánto es el ingreso promedio de una familia?
- ¿La mayoría de las jefaturas de hogar son hombres o mujeres?
- ¿Cuántas personas viven en situación de pobreza? (¿cómo se mide esto?)
- ¿Cuántas personas viven en extrema pobreza y dónde?

VIVIENDA

- ¿Cómo son las condiciones de las viviendas de la comunidad?

MEDIOAMBIENTE

- ¿Qué problemas del medio ambiente hay?
- ¿Existen aguas contaminadas? ¿Existe contaminación del aire y del suelo?

CONECTIVIDAD

- ¿Existen comunidades muy aisladas?
- ¿Dónde faltan caminos o locomoción?

SANEAMIENTO BÁSICO

- Identificar las localidades que cuentan con agua potable y acceso a electricidad
- ¿Cómo y dónde se hace la eliminación de basura?
- ¿Hay alcantarillado en todas las casas?
- Si hay pozo séptico, ¿en qué condiciones están?

Situación de salud

- Identifique los principales problemas de salud física y mental de las personas de la comunidad.
- ¿De qué se enferman las personas de la comunidad?

ENFERMEDADES COMUNES DE:

- Hombres
- Mujeres
- Niños/as
- Jóvenes
- Adultos/as
- Adultas/os mayores

CAUSAS DE MUERTE

- Hombres
- Mujeres
- Niños/as
- Jóvenes
- Adultos/as

/continua

POBLACIÓN ADULTA MAYOR.

¿Cómo es su bienestar emocional?

¿Existen personas mayores con discapacidades?

¿Qué tipos de accidentes les afectan, cuántos y por qué?

Identifique los principales problemas en la atención de salud de la población adulta mayor.

Recursos en salud

¿Qué servicios de salud existen en la comunidad?

¿Qué beneficios hay para la población en salud?

¿Con qué recursos comunitarios se cuenta?

¿Existen organizaciones, programas implementados por la comunidad, u otros?

¿Existen programas de ayuda para personas en situación de discapacidad y/o población adulta mayor?

¿Existen prácticas de curación vinculadas a pueblos originarios?

¿Existen experiencias de medicina complementaria en la comunidad?

¿Existen grupos de autoayuda, voluntarios/os, promotores/as de salud?

¿Existen redes comunitarias o de juntas de vecinos?

Otros programas

PROGRAMAS DE GOBIERNO

Identifique los programas del Gobierno que se están llevando a cabo en la localidad:

Vivienda

Educación

Saneamiento básico

Trabajo

Transporte

Telecomunicaciones

¿A qué grupos están dirigidos estos programas?

ORGANIZACIONES DE LA COMUNIDAD

¿Qué otras instituciones existen en la comunidad?

¿Qué organizaciones formales y no formales existen en la comunidad?

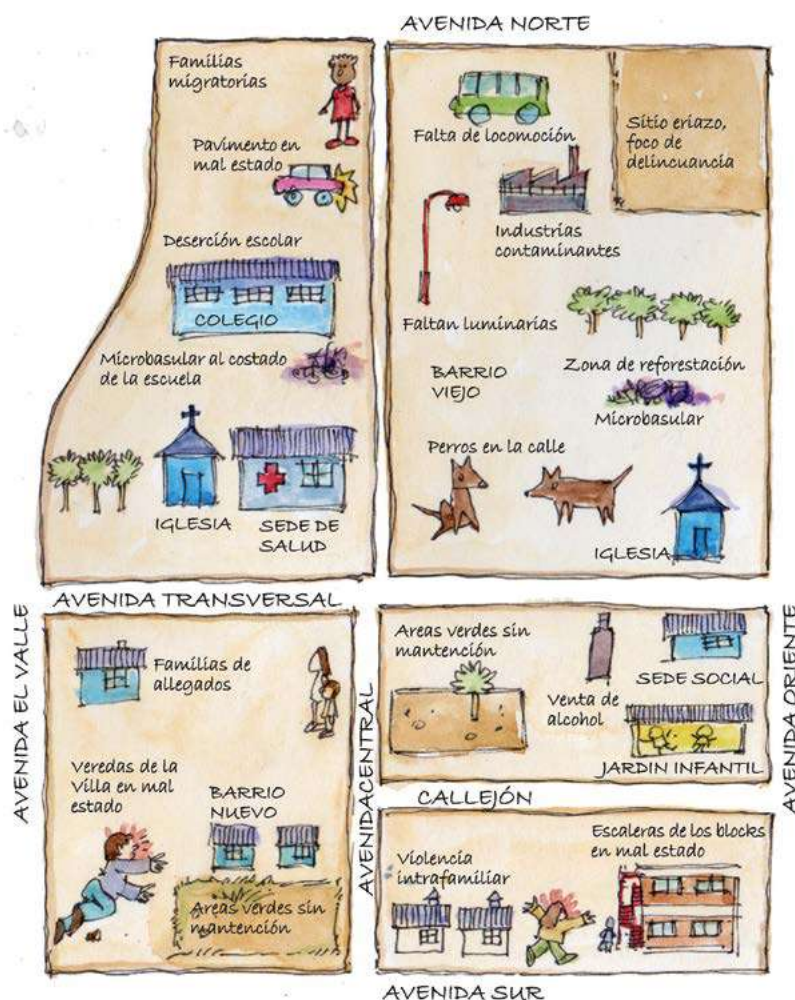
¿Qué representatividad tienen?

Fuente: López, L., y Covarrubias, S. (EPES) (2010).

Volver al Índice 

Para mostrar de forma gráfica algunos de los antecedentes que incorpora el cuadro y facilitar el análisis con la comunidad, se sugiere construir un mapa en un papelógrafo con el equipo gestor, resaltando aspectos como los siguientes:

- Lugar donde se concentra la mayor cantidad de población.
- Lugares más apartados.
- Sectores de mayor pobreza.
- Lugares donde hay comunidades de pueblos originarios.
- Lugares donde hay concentración de inmigrantes.
- Ubicación de las industrias contaminantes.
- Lugares de venta de alcohol y drogas en forma legal e ilegal.
- Ubicación de basurales.
- Graficar los bosques, los ríos.
- Ubicación de los centros de salud.
- Ubicación de las sedes comunitarias, bomberos, carabineros, escuelas, radios comunitarias y otras.
- Lugares de reunión no formales de la población.
- Lugares de eventos históricos significativos para la comunidad.
- Lugares de intercambio comercial.
- Sectores agrícolas y otros.



Paso 5. Selección de problemas centrales

Habitualmente los problemas identificados son muchos, por lo que se requiere seleccionar los más importantes. Se sugiere como procedimiento para la selección de problemas:

- Hacer un listado de problemas y necesidades que afectan la salud de las personas y comunidad, identificados a partir del mapa.
- Elegir los criterios a través de los cuales se seleccionarán los problemas o necesidades.
- Asignar a cada criterio un puntaje de 1 a 5, siendo 1 el valor mínimo que representa una baja prioridad o importancia; 2 corresponde a una baja importancia o prioridad; 3 a un rango intermedio; 4 a una prioridad o importancia alta y 5 a muy alta.

ALGUNOS CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE PROBLEMAS:

- ± Importancia para la comunidad.
- ± Importancia para las autoridades locales.
- ± Recursos existentes para abordar los problemas.
- ± Cómo afecta la salud a corto y a largo plazo.
- ± Cantidad de población afectada por el problema y características (sexo, edad, ubicación geográfica, otros).
- ± ¿Qué pueden hacer las organizaciones para enfrentar el problema?
- ± ¿Qué puede hacer el CESFAM, CECOSF, posta rural, etc. para resolver el problema?
- ± ¿Qué pueden hacer el municipio u otros organismos públicos para enfrentar el problema?

La calificación de los problemas asignando prioridad, se puede realizar en trabajos grupales, en los que cada grupo debe acordar qué puntaje le dará a cada problema. Al finalizar la asignación de puntaje se suman los números, y los problemas que tengan puntajes más altos serán los priorizados (ver ejemplo en Cuadro N° 2).

Se debe considerar que antes de efectuar la priorización, la comunidad necesita contar con los antecedentes necesarios para poder priorizar los problemas que se han identificado.

Cuadro N° 2: Criterios para la selección y priorización de problemas

Problemas	Importancia del problema para la comunidad	¿Qué tan común es el problema?	¿Qué pueden hacer las organizaciones?	¿Qué pueden hacer los organismos públicos?	¿Qué recursos hay en la comunidad?	¿Cómo afecta la salud de la población?	Puntaje
A	5	5	5	5	4	5	29
B	5	5	4	4	3	5	26
C	4	4	4	4	3	5	24
D	5	5	4	4	3	4	23

Fuente: adaptado de experiencia de Fundación EPES.

Considerando los criterios indicados en el cuadro, las/os participantes han priorizado el problema "A"

Volver al Índice 

Paso 6. Análisis de problemas centrales

Es necesario reflexionar sobre las causas y consecuencias de un problema, de esta forma se puede identificar sobre qué aspectos se necesita actuar para reducir o eliminar un problema que afecta la salud de la comunidad.

La educación popular aporta una forma simplificada de trabajo con la técnica conocida como árbol de problemas, que permite identificar causas y consecuencias de un determinado problema.

Descripción de la técnica: “Árbol de problemas”

Problema seleccionado: se ubica en el tronco del árbol.

Las causas: lo que produce el problema, se ubican en las raíces del árbol, las que pueden estar relacionadas entre sí.

Las consecuencias: son los efectos directos del problema y se colocan en las ramas del árbol.

El desarrollo de esta técnica se hace en trabajos grupales. Cada persona dispone de dos tarjetas para escribir una causa y una consecuencia del problema que se está analizando. Una vez que se han escrito las tarjetas, cada persona pega su causa en las raíces y el grupo reflexiona si están relacionadas entre sí o si se pueden agrupar. Luego que el grupo ha analizado las causas, se pegan las consecuencias en las ramas, relacionándolas entre sí y agrupándolas según la causa que la origina.



El análisis de las causas del problema es muy importante porque dará luces sobre dónde dirigir el plan de acción. En la medida en que se pueda actuar sobre las causas del problema, se podrá modificar este y sus consecuencias. Una vez analizado el problema, se está en condiciones de determinar en qué nivel se abordará el problema y elaborar el plan de salud que corresponda.

¿Es suficiente la información disponible?

Una vez seleccionado el problema o problemas centrales, el grupo gestor necesita evaluar si la información disponible es suficiente, considerando los siguientes aspectos:

- ¿Se requiere más información para formular un plan de acción?
- Los datos, ¿representan la condición y sentir de la comunidad?
- Definir algún procedimiento que permita compartir la información recogida con el diagnóstico participativo con las autoridades y la comunidad que no pudo participar. Por ejemplo, se puede hacer a través de asambleas, volantes, diarios murales, radios comunitarias.

Paso 7. Análisis de soluciones y acciones a desarrollar

En este paso es importante la identificación de las organizaciones de la comunidad e instituciones que son claves en la solución del problema, para invitarlas a que se hagan presentes en el momento en que se analicen las posibles soluciones. Muchos de los problemas que afectan la salud de las comunidades tienen su origen en las condiciones de vida de las familias, por lo que cambiar estas condiciones (determinantes sociales de la salud) requiere de la contribución del intersector, es decir, de los programas y servicios a cargo de las políticas de vivienda y urbanismo, seguridad pública, educación, discapacidad, género, protección de la infancia, municipio, entre otras.

A través de asambleas con la comunidad y con otros actores locales se pueden identificar las vías por las cuales actuar sobre algunas de las causas del problema, evaluando las ventajas y desventajas de cada solución. Para facilitar el desarrollo de esta actividad y hacer una presentación resumida en asambleas y reuniones, se sugiere el siguiente cuadro:

Cuadro N° 3: Análisis de las acciones

Problema	Características	Causas	Acciones	Puntaje
XX		A	a1	
			a2	
			a3	
		B	b1	
			b2	
		C	c1	
			c2	

Fuente: adaptado de experiencia de Fundación EPES.

A través de trabajos grupales, las y los participantes identifican las acciones que pueden contribuir a la solución de cada una de las causas del problema. Luego de analizarlas, asignan un puntaje de 1 a 5 a las acciones que afectan más directamente a las causas, en donde 5 indica las acciones más efectivas para solucionar el problema.

Volver al Índice 



Actividad:

Seleccione y analice con su equipo un problema que afecte al CECOSF, aplique el árbol de problemas y el cuadro de priorización de soluciones. Para desarrollar la actividad, considere los siguientes aspectos:

- Cantidad de afectados/as (contar).
- Consecuencias del problema: menos afectados, más afectados, ¿cómo están afectados/as?
- Determinar cuándo se agudiza el problema.
- Causas: las explicaciones desde la comunidad y del equipo de salud expresan causas que generan el problema.
- Experiencias y soluciones anteriores para analizar los pros y contras.
- Recursos humanos y materiales disponibles: determinar recursos existentes: organizaciones comunitarias, organismos de salud, municipio, infraestructura disponible, medios de comunicación, empresas del sector.



3. Planificación participativa

3.1 Concepto de planificación

Planificar consiste en decidir qué se hará para resolver los problemas o atender las necesidades. Se revisa el presente y el pasado y se anticipa lo que pueda suceder.

Planificar en forma participativa significa reflexionar y tomar decisiones incorporando todos los aportes de la comunidad. Los actores de la comunidad reflexionan, piensan en común sobre la situación en que se encuentran y las formas de mejorar sus condiciones de vida, y llegando a acuerdos deciden cómo quieren vivir en el futuro, qué harán para lograr la situación deseada y cuál será el aporte que realizará cada integrante.

3.2 Importancia de planificar

Quienes participan en organizaciones comunitarias, saben que las comunidades enfrentan distintos problemas o necesidades en sus respectivas comunas y que no se resolverán solos. Entonces, es necesario identificar los problemas, reflexionar, pensar cómo resolverlos, proponer qué se puede hacer y ordenar las actividades y tareas, para realizar un plan. Pero esto no siempre se hace. Muchas veces la comunidad manifiesta que las organizaciones se desgastan haciendo reuniones y propuestas que a menudo no muestran resultados concretos o se realizan actividades de manera desordenada, cayendo en el activismo, con la consiguiente pérdida de recursos, tiempo y energía.

Es necesario planificar para conocer con claridad la ruta a seguir, evitar el espontaneísmo y las improvisaciones, sumar los esfuerzos de todos los actores, potenciar las capacidades existentes, actuar sobre los problemas y necesidades identificadas, y finalmente administrar en forma eficiente los recursos de que se dispone.

El contar con un plan como instrumento que orienta las acciones, permite alcanzar las metas propuestas en conjunto, para lo cual es necesario manejar herramientas básicas de planificación a fin de que las acciones se realicen en forma organizada, con clara direccionalidad y tengan permanencia en el tiempo.

Para elaborar un plan es preciso plantearse algunas preguntas como comunidad:

¿En qué situación se encuentra la comunidad?	Se refiere a conocer qué problemas y potencialidades (recursos comunitarios) existen en la comunidad. Diagnóstico.
¿Qué se quiere hacer?	Se refiere a las propuestas de acción para resolver.
¿Qué motiva a la comunidad a hacerlo?	Alude a las razones que determinaron a la comunidad a formular el objetivo.
¿Qué se va a lograr con el plan?	Hace referencia a los beneficios que se van a obtener al llevarlo a cabo.
¿Cuánto se quiere hacer?	Metas que se ha propuesto la comunidad.
¿Quiénes serán los destinatarios/as de las acciones?	Cantidad de personas que se beneficiarán con el desarrollo del plan.
¿Dónde se va a desarrollar el plan?	Cobertura territorial, espacio geográfico en el que se desarrollará.
¿Cómo se hará?	Actividades y tareas que se llevarán a cabo y métodos y técnicas de trabajo.
¿Cuándo se hará?	Cronograma de trabajo que permite ubicar las actividades y tareas en el tiempo.
¿Quiénes lo van a hacer?	Recursos humanos, personas responsables de las actividades y tareas.
¿Con qué se va a hacer?	Recursos materiales necesarios.
¿Cuánto cuesta desarrollar el plan?	Se refiere al cálculo financiero de los recursos.
¿Cómo se va a costear?	A qué fuentes y/o actividades de financiamiento se puede acceder.

Existen técnicas de educación popular que ayudan a planificar. Una de ellas es “la baraja de la planificación”, que contiene los nueve pasos de un proceso tradicional. Se puede hacer este material en tarjetones y luego de explicar en qué consiste cada paso, los grupos ordenan la secuencia de pasos del proceso de planificación: diagnóstico, objetivos, metas, actividades, análisis de recursos, responsables, cronograma, ejecución y evaluación.



3.3 Planificación de una de las acciones seleccionadas en el proceso de diagnóstico

Una vez desarrollado el proceso de diagnóstico y selección de alternativas de acción, el equipo gestor podría organizar comisiones de trabajo a cargo de planificar las acciones acordadas por la comunidad.

Para abordar la planificación de acciones puede usarse la siguiente matriz:

Cuadro N° 4: Matriz de planificación de una acción comunitaria

Problema central:						
Causa priorizada:						
¿Qué queremos lograr? (Objetivos)	¿Qué vamos a hacer y dónde? (Describir actividad)	¿A quiénes dirigiremos nuestra actividad?	¿Qué recursos necesitamos? (materiales humanos y financieros, información, equipos, etc.)	¿Cuándo lo haremos?	¿Qué pasos tenemos que realizar (Tareas)	Responsables

Fuente: adaptado de experiencia de Fundación EPES.

Volver al Índice 

4. Importancia de los registros en el trabajo comunitario

En el trabajo comunitario de los equipos de salud es importante mantener la historia de los procesos participativos desarrollados con la comunidad a través de diferentes formatos que ayuden al registro escrito de las acciones realizadas.

Contar con registros escritos facilita el traspaso de información entre las/os integrantes del equipo y ayuda a cumplir con los compromisos contraídos. Algunos tipos de registro permiten conocer qué tipo de acciones han tenido buenos resultados y cuáles han posibilitado avanzar en el conocimiento de necesidades y en el abordaje colectivo de problemas.

4.1 Registro de reuniones y catastro de organizaciones

FORMATO PARA EL REGISTRO DE REUNIONES

FECHA: _____

DIRECCIÓN: _____

PARTICIPANTES:

TEMAS DE LA REUNIÓN:

Los equipos de trabajo necesitan llevar alguna forma de registro escrito de las reuniones que llevan a cabo con organizaciones comunitarias, ya sea en un cuaderno o un archivador de uso colectivo, en el que se puedan anexar los registros de las reuniones en las que sus integrantes han participado. Esto facilita:

- Dar cuenta al equipo de las reuniones en que se ha participado.
- Compartir información y asegurar la continuidad del trabajo, en caso de ausencia, licencias, etc.
- Coordinar otras reuniones de modo que no se convoque en los mismos horarios.
- Recordar los compromisos y cumplir con las fechas, manteniendo la credibilidad del equipo en la comunidad.

Catastro o directorio de organizaciones

Es importante que el equipo de salud mantenga un catastro de las organizaciones e instituciones que existen en su territorio, porque ello facilita conocer los recursos de la comunidad, los intereses que aglutinan a las personas en organizaciones, además de facilitar el trabajo de convocatoria a las actividades que se impulsen desde el CECOSF.

Un formato posible de usar es el siguiente, el cual puede ordenarse alfabéticamente y por organizaciones e instituciones públicas, privadas o de organismos no gubernamentales.

CATASTRO (Fecha actualización)

Nombre de la organización	Temática	Nombre de representantes o personas de contacto	Dirección, teléfono, correo electrónico	Lugar de reunión
Nombre de la institución	Programas	Nombre de representantes	Dirección, teléfono, correo electrónico, sitio web	Lugar de reunión

El catastro requiere actualizarse cada año, de manera de contar con información correcta de los nombres de las y los encargados y las temáticas de interés, para facilitar la toma de contacto y el envío de invitaciones y documentos.

4.2 Sistematización del diagnóstico participativo

Es importante redactar un documento que sintetice el proceso de diagnóstico realizado para luego compartirlo con la comunidad, otras organizaciones, instituciones, autoridades, el que se puede ir actualizando cada año.

Cabe recordar que es de mucha utilidad mantener un registro con toda la información recolectada o generada en el proceso de planificación, como es el diagnóstico, plan de trabajo, catastro con los datos de ubicación de las personas participantes, líderes comunitarios, entre otros. También, los informes de actividades, actas de reuniones, informes de monitoreo y evaluación, registro fotográfico y cualquier registro que aporte información.

Para sistematizar el diagnóstico se recomienda usar el portafolio como técnica, esto, porque una tarea importante es mantener y actualizar permanentemente la información recogida y construida durante el diagnóstico participativo y su posterior plan de acción. De esta manera, el equipo coordinador y la comunidad participante pueden hacer uso de del portafolio cada vez que lo necesiten, y pueden ir evaluando y reorientando las acciones como comunidad.

El portafolio es una técnica que consiste en recolectar y registrar todos los elementos que surgen de la preparación, desarrollo y evaluación del diagnóstico participativo, ordenados sobre la base de objetivos específicos cuya finalidad es monitorear el avance, actualizar la información y los contenidos, y evaluar las acciones, en este caso del diagnóstico participativo de situación de salud. El portafolio debe estar rigurosamente organizado. Su organización lo diferencia de una carpeta de trabajo, de una libreta de apuntes o de un diario de campo.

Los elementos mínimos de un portafolio son:

- Un archivador
- Una caja o estante donde se irá poniendo el material gráfico, los documentos, las entrevistas, el resultado de los trabajos de grupo. Este estante tendrá un índice de materias: de esta forma se harán carpetas ordenadas por materias, en las que al inicio de cada carpeta se etiqueta con el índice de temas que el equipo acuerde. Dentro de ellas se coloca todo el material que corresponda.
- El plan de trabajo debe estar en una carpeta especial, para que pueda ser visto por la comunidad.
- Agenda con nombres y datos de ubicación de responsables, líderes, representantes de organizaciones e instituciones, etc. u otras personas que se estime convenientes.
- Catastros de organizaciones e instituciones comprometidas.
- Mapas y croquis del lugar, espacio geográfico.
- Cuestionarios y pautas de observación, entrevistas y resultados de trabajos de grupo.
- Informes de actividades.
- Actas de reuniones.
- Informes de evaluaciones, monitoreo.
- Fotografías u otro material visual.
- Archivo periodístico.
- Correspondencia.

5. Evaluación participativa

Es una experiencia de aprendizaje imprescindible en todo proceso comunitario o actividad educativa. Aporta visiones de las y los involucrados que representan una oportunidad para saber si las estrategias que se están implementando en el desarrollo del trabajo comunitario están dando el resultado esperado. Es un componente o una función de la administración de políticas, planes, programas y proyectos. Concretamente, tiene por finalidad constatar el cumplimiento de ciertas acciones o procesos y resultados que han sido planificados.

5.1 Concepto de evaluación participativa

La evaluación participativa es aquella en que los actores implicados en un proyecto, actividad o proceso, sean estos miembros de un equipo o de la comunidad, tienen la oportunidad de expresar

sus comentarios y sugerencias para influir en su desarrollo y conocer el grado de implicación y participación de los actores o el grado de cumplimiento de los objetivos. Permite reunir una diversidad de puntos de vista, incorpora las opiniones y preocupaciones de la comunidad, y facilita a la comunidad el conocer el impacto social de un proyecto, actividad o proceso.

Para preparar la evaluación participativa, debemos responder tres preguntas claves:

1. ¿Para qué se hará una evaluación participativa?
2. ¿Cómo se realizará la evaluación y qué técnicas se utilizarán?
3. ¿Quiénes harán la evaluación y a quiénes se consultará?

En general, podrían ser objetivos de una evaluación los siguientes:

- Evaluar relevancia de un programa desde la comunidad.
- Conocer efectos de una intervención en un programa.
- Evaluar el impacto social de un programa o proyecto.
- Adaptar una intervención a la situación actual.

.....

OBJETIVOS Y POSIBILIDADES QUE OFRECE LA EVALUACIÓN PARTICIPATIVA

- Iniciar un proceso de aprendizaje para evitar que se repitan los errores cometidos.
 - Conocer el nivel de satisfacción de las/os destinatarias/os.
 - Comparar la evolución de las actividades con respecto al inicio de un proceso.
 - Conocer la opinión de todos los actores.
 - Garantizar la transparencia del proceso.
 - Los actores definen conjuntamente los objetivos y criterios.
-

Realizar una evaluación participativa requiere establecer una forma de comunicación horizontal que considere:

- Metodologías que fomenten dinámicas “ascendentes”, de abajo hacia arriba.
- Participación plena y consciente de los involucrados/as.
- Establecer claramente que no se pretende aplicar sanciones, sino que aprender de la experiencia.
- Basar el proceso en la confianza y empatía.
- Establecer alianzas para compartir la responsabilidad de la evaluación.

Es vital incorporar a los actores involucrados en la construcción de criterios e indicadores de evaluación, para potenciar su motivación y facilitar su adaptación a la cultura y capacidades locales. Los criterios son principios o estándares que se usan para evaluar la calidad de una experiencia o de un proyecto.

En el proceso de planificación es necesario definir los resultados que se espera alcanzar con el plan y evaluar el logro de los resultados, para lo que se requiere definir indicadores que son una

forma concreta de medir y/o cualificar resultados, ya que en la medida que se logre alcanzar los resultados que se han definido, se estará avanzando en el enfrentamiento del problema.

Es fundamental considerar que solo algunos resultados se pueden medir cuantitativamente, puesto que otros tienen un carácter cualitativo. El ejemplo, a continuación, incluye resultados e indicadores cuantitativos y cualitativos.

Resultados	Indicadores de resultado
El 50% de las organizaciones de la comunidad se involucra en la ejecución del plan.	Porcentaje de las organizaciones de la comunidad que se involucran en la ejecución del plan.
Participación del 70% de las y los destinatarios en las actividades educativas.	Porcentaje de destinatarios que participan en actividades educativas.
Veinte cuidadoras participan en actividades de autocuidado.	Número de cuidadoras que participan en actividades de autocuidado.
Organizaciones gestionan recursos comprometidos.	Proyectos y solicitudes presentadas.

Para evaluar la efectividad del plan, es necesario hacer una evaluación de proceso incorporando a los/as representantes de la comunidad, lo que se puede organizar en trabajos grupales abordando aspectos como los siguientes:

- Conocimiento de los problemas de la comunidad.
- Participación de la comunidad.
- Involucramiento de las instituciones del intersector.
- Principales aprendizajes de la comunidad y del equipo de salud.
- Aspectos que se podrían mejorar.

La evaluación participativa es la forma más efectiva de tener acceso a lo que realmente se necesita saber, porque se pueden lograr visiones evaluativas en espacios no formales y distendidos, en conversatorios, formulando preguntas no invasivas que generan opiniones que se registran y se interpretan considerando los objetivos de la actividad de evaluación.

Si las y los participantes en una actividad o ejecutores y destinatarios están involucrados desde el comienzo en labores de evaluación, será mayor la probabilidad de orientar adecuadamente el trabajo para alcanzar los logros del plan o de un proyecto.

Cuando se aplica este tipo de evaluación en actividades educativas y comunitarias, se dispone de diversas técnicas lúdicas para evaluar, entre ellas, “la flor de evaluación” (Fundación Epes, 2009), que se prepara de la siguiente forma:

- En cartulina de distintos colores se dibujan y recortan seis o más pétalos de la flor, de 15 x 40 cm, cada uno. Se recomienda hacer tres o cuatro ejemplares de cada pétalo, de modo que puedan trabajar varios grupos pequeños a la vez.
- Se divide a los y las participantes en grupos pequeños y se entrega un set de pétalos a cada grupo.
- Cada grupo selecciona uno o dos pétalos, evaluando diferentes aspectos de una actividad o de un proceso (diagnóstico, proyecto, etc.). Finalmente, en plenario cada grupo pone los pétalos elegidos en torno a un círculo que en su interior dice EVALUACIÓN, fundamentando por qué evaluaron esos aspectos y qué opinan al respecto.



Actividad:

Evaluando aprendizajes de la unidad

Haga una propuesta de diagnóstico participativo en su comunidad, siguiendo los pasos que se han explicado.

¿Cómo organizaría el proceso?

¿Qué factores favorecen la participación de la comunidad?

¿Cuáles son los factores que limitan la participación?

¿Cómo podemos abordar estos factores?

¿Cómo podemos asegurar un abordaje intersectorial?

¿De qué maneras el equipo de salud, junto con la comunidad organizada, puede conseguir la participación del intersector para el abordaje de los problemas priorizados por el diagnóstico participativo?

RESUMEN DE LA UNIDAD

En esta unidad también se revisan contenidos orientados a apoyar el desarrollo de las funciones asignadas a las y los ACS y el tratamiento de algunas actividades específicas que debe realizar el CECOSF, como brindar “apoyo en la generación de iniciativas para la comunidad y participación en fondos concursables”.

1. Orientaciones para convocar, informar organizar reuniones y actividades educativas participativas

a. **La convocatoria** es crucial en el éxito de toda actividad comunitaria. Debe ser incorporada a la planificación, consensuada por el equipo a cargo y coordinada con los demás integrantes del CECOSF para no restar la participación en otras actividades comunitarias del CECOSF o comunidad.

- El contenido de la convocatoria debe ser claro, preciso y motivante. El día, horario y el lugar de la actividad debe adecuarse a las/os participantes potenciales.

b. Reuniones participativas

- Requieren planificación previa, incorporación de líderes o dirigentes de la comunidad en la definición de los temas de la reunión.
- Requiere organizar el tiempo por temas y formas de registro.
- La conducción de la reunión debe alentar la participación de todas/os, debe generar un ambiente distendido e inclusivo, respetando los horarios y acuerdos sobre los temas a tratar en la reunión.

c. Planificar acciones educativas desde el enfoque de educación popular requiere:

- Establecer relaciones horizontales basadas en el diálogo, en el reconocimiento de saberes y en la valoración de las experiencias de las personas.
- Desde el enfoque de educación popular los procesos de educación buscan la transformación de las realidades que afectan la vida de las personas, por eso educación y acción van juntos.
- La metodología participativa debe posibilitar el aprender haciendo. Las dinámicas, ejercicios, juegos tienen un sentido educativo.
- Las acciones educativas requieren planificación, preparación previa y organización de las actividades contenidas en una sesión educativa.

2. Diagnóstico participativo

- A través del diagnóstico participativo se busca ampliar el conocimiento que tiene la comunidad y el equipo de salud de la realidad que afecta a la población a cargo.
- El diagnóstico participativo involucra a personas, organizaciones, instituciones y equipo de salud en la identificación de necesidades, problemas, recursos de la comunidad, así como en la determinación de posibles soluciones.
- La participación de la comunidad en la identificación y priorización de sus necesidades y problemas es fundamental para que pueda influir en la oferta de servicios de los CECOSF y en la solución de las condiciones que impactan su salud.

3. Planificación participativa

- Planificar evita improvisaciones y ayuda a ordenar y sumar esfuerzos para resolver problemas.
- La planificación es una herramienta que sigue pasos, la cual puede ser apropiada por la comunidad, lo que se refleja cuando prioriza problemas, analiza sus causas, determina alternativas de solución y elabora planes de acción destinados a lograr los cambios que colectivamente se ha propuesto.
- El plan compromete a la comunidad y al equipo de salud.

4. Importancia de los registros en el trabajo comunitario

- Es necesario mantener la historia del trabajo comunitario para traspasar la información a los equipos de trabajo y a la comunidad.
- Se sugieren algunos formatos para el registro de reuniones y catastro de organizaciones.
- Los diferentes pasos que siguen el diagnóstico y planificación participativos se pueden registrar y sistematizar para compartirlo con la comunidad, instituciones y actores involucrados.

5. Evaluación participativa

- Es una experiencia de aprendizaje en todo proceso comunitario. Tiene por finalidad constatar el cumplimiento de acciones, procesos y resultados planificados.
 - Permite a la comunidad y al equipo conocer el impacto social de un proyecto, actividad o proceso.
 - Algunas preguntas claves a las que responde la evaluación participativa son: ¿para qué?, ¿cómo se realizará?, ¿quiénes evaluarán? y ¿a quiénes se consultará?
-



GLOSARIO*

abogacía por la salud: combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y sostén de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud. La abogacía por la salud es una de las estrategias de promoción de la salud y puede adoptar muchas formas, incluido el uso de medios informativos, la presión directa a los políticos y la movilización de la comunidad, por ejemplo, a través de grupos de presión sobre cuestiones concretas.

accesibilidad: posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en los establecimientos de la red asistencial y del intersector, tales como escuela, juntas de vecinos, lugar de trabajo, domicilio entre otros. Esta posibilidad se determina por factores clínicos, geográficos, culturales, económicos, medios de comunicación, etc.⁽ⁱⁱⁱ⁾

Atención Primaria de Salud (APS): asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.

autoayuda: suele ser entendida como la acción que emprenden individuos o comunidades y que beneficia directamente a aquellos que adoptan dicha acción, y también puede abarcar la ayuda mutua entre individuos y grupos. Asimismo, la autoayuda puede incluir el autocuidado y los primeros auxilios en el contexto social normal de las vidas cotidianas de las personas.

calidad de vida: percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. La calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien, de que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización, con independencia de su estado de salud físico, o de las condiciones sociales y económicas.

capacidad resolutive: capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.⁽ⁱⁱⁱ⁾

cartera de servicios: conjunto de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos que oferta un determinado establecimiento. Esta cartera es de conocimiento público, de manera que permita tanto la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como la orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento.⁽ⁱⁱ⁾

cartera de servicios del CECOSF: se define y acuerda con la comunidad en mesa de trabajo conjunta. Durante su funcionamiento debe ser revisada permanentemente en las mesas de trabajo establecidas con la comunidad, y todo mejoramiento en la cartera de servicios debe ser acordado con ella, en función de que sea sostenible en el tiempo, se enmarque en el desarrollo preferente de acciones orientadas a adelantarse al daño y tenga justificación sanitaria y financiera.⁽ⁱⁱⁱ⁾

colaboración intersectorial: relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema, con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario. La acción sanitaria intersectorial es considerada primordial para el logro de una mayor equidad en salud, especialmente en aquellos casos en que el progreso dependa de decisiones y acciones de otros sectores, como la agricultura, la educación y las finanzas. Un objetivo importante de la acción intersectorial consiste en lograr una mayor concienciación sobre las consecuencias sanitarias de las decisiones políticas y las prácticas organizativas de distintos sectores.

comunidad: grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas bajo una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. En muchas sociedades, los individuos no pertenecen a una única comunidad diferenciada, sino que mantienen su afiliación a diversas comunidades basadas en variables tales como el lugar de residencia, el trabajo y los intereses sociales y recreativos.

condiciones de vida: remiten al entorno cotidiano de las personas, es decir, donde estas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo.

conductas de riesgo: suelen definirse como “arriesgadas” sobre la base de datos epidemiológicos y sociales. Los cambios de las conductas de riesgo constituyen las metas primordiales de la prevención de la enfermedad, habiendo sido utilizada tradicionalmente por la educación para la salud para alcanzar estas metas. Dentro del marco más amplio de promoción de la salud, las conductas de riesgo pueden ser consideradas como una respuesta o mecanismo para hacer frente a condiciones de vida adversas. Las estrategias de respuesta incluyen el desarrollo de habilidades de vida y la creación de entornos que apoyan la salud.

consejería en salud: proceso a través del cual el equipo de salud ayuda a un paciente o su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas que implican un riesgo o un daño individual o familiar.⁽ⁱⁱⁱ⁾

desarrollo sostenible: aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para cubrir sus propias necesidades. Los seres humanos están en el centro del desarrollo sostenible. El desarrollo sostenible refiere al uso de los recursos y a la orientación de las inversiones y del desarrollo tecnológico e institucional, de manera que se garantice un desarrollo y uso de los recursos actuales que no comprometan la salud y el bienestar de las generaciones futuras.

determinantes sociales de la salud: los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados. La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinadas a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud.

educación para la salud: aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.

empoderamiento para la salud: proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. El empoderamiento para la salud involucra un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Distingue un nivel individual y colectivo.

empoderamiento para la salud de la comunidad: supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo este un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

empoderamiento para la salud individual: refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal.

enfoque familiar: la familia constituye el contexto social primario para promover estilos de vida saludable en pos de tratar enfermedades. Influye en los individuos a través de patrones repetitivos de conductas, modela la manera de reaccionar frente a las situaciones de estrés y determina la capacidad de adaptación de sus miembros. Los equipos deben definir el trabajo a realizar con las familias según el riesgo y factores protectores que presentan cada una de ellas.

equidad en salud: refiere a que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc.

equipo de salud territorial (sector o cabecera): subconjunto de miembros del equipo de salud que tienen a cargo el cuidado continuo de la población de un territorio y son responsables de coordinar las respuestas organizadas frente a las necesidades de esas personas y familias, favoreciendo un mejor uso de los recursos familiares, institucionales y comunitarios. Un equipo de cabecera básico estará constituido de acuerdo a la realidad de cada establecimiento en cuanto a dotación, demanda asistencial y organización interna.^(iv)

equipo gestor o directivo: corresponde a los profesionales que asesoran a la direcciones de los establecimientos en áreas estratégicas del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Se sugiere constituirlo conforme a la organización funcional del establecimiento. Las experiencias locales observadas incorporan a jefes de sectores, referentes técnicos, jefe SOME y representante del CDL.^(iv)

estilos de vida que conducen a la salud: forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento.

factores de riesgo: condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes, que están asociados con o causan un aumento de la susceptibilidad (cierta predisposición) que deriva en una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.

habilidades para la vida: refiere a las habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas, que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que este cambie. A nivel individual, se incluye la toma de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal, y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés. Estas habilidades son fundamentales en el desarrollo de las habilidades personales para la promoción de la salud.

mediación: en promoción de la salud, proceso mediante el cual los distintos intereses (personales, sociales, económicos) de los individuos y de las comunidades, así como de diferentes sectores (público y privado), son alineados de forma que promuevan y protejan la salud. La introducción de cambio en los estilos de vida y en las condiciones de vida de las personas produce inevitablemente conflictos entre los distintos sectores e intereses de una población. Dichos conflictos pueden surgir, por ejemplo, frente a dificultades con respecto

al acceso, uso y distribución de los recursos o a limitaciones impuestas a las prácticas individuales u organizativas. La resolución de tales conflictos por vías que promuevan la salud puede suponer una aportación importante por parte de los que trabajan en promoción de la salud, incluida la aplicación de sus habilidades para abogar por la salud.

metas de salud: resumen de los resultados de salud que, a la luz de los conocimientos y los recursos existentes, un país o comunidad puede esperar alcanzar en un período de tiempo definido. Son declaraciones generales de intenciones y aspiraciones destinadas a reflejar los valores de la comunidad, en general, y del sector sanitario, en particular, en relación con una sociedad sana.

modelo de gestión: forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones jurídicas.⁽ⁱⁱ⁾

participación social: ejercicio de los derechos ciudadanos que se enmarca en el contexto de los derechos humanos y en el aseguramiento de garantías en salud. Es un proceso social que involucra a varios actores para trabajar de manera colaborativa en pos de un mismo fin, de manera de tener acceso colectivo a la toma de decisiones.^(vi)

pertinencia cultural de la atención: adecuación de la atención de salud a las necesidades y características de los usuarios de acuerdo con su cultura. En el caso de usuarios indígenas, consiste en la consideración, valoración y respeto de los conceptos de salud y enfermedad que involucra su cosmovisión, así como a sus formas de recuperar y mantener la salud.⁽ⁱⁱ⁾

planificación operativa: etapa de la planificación que tiene como objetivo lograr la identificación y asignación de metas, actividades, recursos y responsables, para que en un plazo determinado (generalmente un año) se puedan conseguir los objetivos institucionales.⁽ⁱⁱ⁾

población a cargo: conjunto de personas y familias que están a cargo de un equipo de cabecera responsable de garantizar el cuidado continuo y resolutivo a lo largo del ciclo vital, para resolver los problemas de salud en los distintos componentes de la red asistencial.^(vi)

prevención de la enfermedad: abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

prevención primaria: dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia.

prevención secundaria y terciaria: tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado, o reducir los casos de reaparición y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

promoción: proceso que confiere a la población los medios para asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla. Operacionalmente el Ministerio de Salud la ha definido como la “estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condicionantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida”.⁽ⁱⁱ⁾

protocolo de atención: instrumento de aplicación y de orientación eminentemente práctica que determina el tipo y complejidad de las patologías que se atienden en los diferentes establecimientos de salud. Es decir, se definen los procedimientos mínimos que se deben realizar, el tipo de recurso humano requerido, los exámenes y procedimientos diagnóstico necesarios con relación a la patología y de acuerdo al nivel de complejidad.⁽ⁱⁱ⁾

red: agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza.

red asistencial pública: sistema de organizaciones públicas y en convenio, que se coordinan, potencian y complementan en actividades destinadas a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con problemas de salud. Los problemas de salud se abordan a través de elementos estructurales (establecimientos), funcionales (mecanismos de interconexión, referencias y contrarreferencias, redes de apoyo familiar y social) y de los equipos de salud. En la red debe haber complementariedad, integración y corresponsabilidad al interior y entre los establecimientos que la componen. Ejecuta la continuidad de la atención, convive e interactúa con la Red Intersectorial, tanto pública como privada.⁽ⁱⁱ⁾

referencia (sinónimo de derivación): conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales por el cual se deriva a usuarios de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad, para evaluación diagnóstica y/o tratamiento, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.⁽ⁱⁱⁱ⁾

resultados de salud: un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población, atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud. Las intervenciones pueden incluir las políticas y consiguientes programas del Gobierno, las leyes y reglamentos, o los servicios y programas sanitarios, incluidos los programas de promoción de la salud.

resultados intermedios de salud: cambios producidos en los determinantes de la salud, especialmente cambios en los estilos de vida y en las condiciones de vida, que son atribuibles a una intervención o intervenciones planificadas, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención primaria de salud.

servicios de apoyo: corresponden a los servicios específicos de apoyo otorgados a la población adscrita: dirección, laboratorio, vacunatorio, farmacia, aseo, administración, etc., que complementan la labor global del centro. Las personas que efectúan estos servicios estarán compenetradas con el modelo y tendrán flujos de coordinación claros con los equipos de cabecera y transversales.⁽ⁱⁱⁱ⁾

* Basado en OMS (1998).

⁽ⁱⁱ⁾ Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS (2015).

⁽ⁱⁱⁱ⁾ Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, Secretaría de Evaluación Social y Ministerio de Desarrollo Social (2015).

^(iv) División de Atención Primaria (2015).

^(v) MINSAL y Subsecretaría de Redes Asistenciales (2008b).





Anexos

Anexo N° 1: Carta de derechos y deberes de los pacientes



Exigentes

Exige tus derechos

Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud. 	Recibir un trato digno, respetando su privacidad. 	Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad. 	Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos. 	Ser informado de los costos de su atención de salud. 
No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso. 	Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención. 	Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria. 	Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual. 	Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida. 
A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza. 	Donde sea pertinente, se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria. 	Que el personal de salud porte una identificación. 	Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia. 	Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización. 

y cumple tus deberes

Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección. 	Conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica. 	Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto. 	Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago. 	Tratar respetuosamente al personal de salud. 	Informarse acerca de los procedimientos de reclamo. 
---	--	---	---	---	--

TODA PERSONA PODRÁ RECLAMAR SUS DERECHOS ANTE EL CONSULTORIO, HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO PRIVADO QUE LO ATIENDE. SI LA RESPUESTA NO ES SATISFACTORIA PODRÁ RECURRIR A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (Extracto de la Ley N°20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes).

Volver a página 49



Anexo N° 2: Cartera de Servicios de los CECOSF*

Prevención

Prestaciones	Población a atender
Control de salud en población infantil menor de un año	Población menor de un año
Control de salud en población infantil, entre 1 y 6 años	Población entre 1 y 6 años
Control de salud en población infantil, entre 6 a 9 años	Población entre 6 y 9 años
Control del desarrollo psicomotor	28 días a 5 meses
Control del desarrollo psicomotor	12 meses a 24 meses
Control del desarrollo psicomotor	2 años a 5 años
Control de malnutrición en población infantil	Población menor de 10 años
Control de lactancia materna	Madres de niños menores de 6 meses
Atención a domicilio (alta precoz) en población infantil	Población menor de 10 años
Control de salud en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
Control prenatal en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
Control de puerperio en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
Control de regulación de fecundidad en población adolescente	Población entre 15 y 19 años
Consejería en salud sexual y reproductiva en población adolescente	Población entre 15 y 19 años
Control ginecológico en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
Consulta nutricional en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
Atención a domicilio (alta precoz) en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
Control prenatal en mujeres	Mujeres embarazadas mayor de 20 años
Control puerperio en mujeres	Mujeres embarazadas mayor de 20 años
Control de regulación de fecundidad en mujeres	Mujeres entre 20 y 49 años
Consejería en salud sexual y reproductiva en mujeres	Mujeres entre 20 y 49 años
Control ginecológico preventivo en mujeres, considera EMP	Mujeres entre 20 y 64 años
Consulta nutricional en mujeres embarazadas	Mujeres embarazadas
Control de salud en adultos	Población de 35 a 64 años, hombres
Control de salud en adultos mayores	Población de 65 y más años

/continúa

* Extractado de: Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, Secretaría de Evaluación Social y Ministerio de Desarrollo Social. (2015)

Prestaciones	Población a atender
Atención a domicilio (alta precoz y postrados) en adultos mayores	Población de 65 y más años
Visita Domiciliaria Integral	Población total
Examen de Salud Odontológico	Población Total
Consulta Social	Población total (por familia)
Aplicación de sellantes	Población entre 6 y 12 años
Barniz de flúor	Población entre 2 y 20 años

Promoción

Prestaciones	Población a atender
Educación grupal	Población hasta 2 años
Educación grupal	Población hasta 2 años, en riesgo
Educación grupal	Población, 2 a 5 años
Educación grupal	Población, 2 a 5 años, obeso
Educación grupal en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
Educación grupal en mujeres	Mujeres de 45 años y más
Educación grupal en adultos	Población de 20 a 64 años
Consejería familiar	Población total (por familia)
Educación grupal ambiental	Población total
Educación grupal odontológica	

Diagnóstico Y Tratamiento

Prestaciones	Población a atender
Control y tratamiento dental	Grupos prioritarios
Consulta nutricional en población infantil	Población menor de 10 años
Consulta por déficit del desarrollo psicomotor	Población menor de dos años
Consulta por déficit del desarrollo psicomotor	Población entre 2 y 6 años
Consulta y / o consejería de salud mental en población infantil	Población menor de 2 años
Consulta y / o consejería de salud mental en población infantil	Población de 2 a 9 años
Consulta y / o consejería de salud mental en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
Consulta nutricional en adultos	Población de 20 a 64 años

/continúa

Prestaciones	Población a atender
Consulta y / o consejería de salud mental en adultos	Población de 20 a 64 años
Intervención psicosocial en adultos	Población de 20 a 64 años
Consulta de morbilidad	Todas las edades.
Consulta nutricional en adultos mayores	Población de 65 y más años
Consulta de salud mental en adultos mayores	Población de 65 y más años
Control de crónicos en población infantil	Población menor de 10 años
Control de crónicos en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
Intervención psicosocial en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
Consulta de crónicos en adultos - HTA	Población de 20 a 64 años
Consulta de crónicos en adultos - DM	Población de 20 a 64 años
Consulta de crónicos en adultos - epilepsia	Población de 20 a 64 años
Consulta de crónicos en adultos - EBOC	Población de 20 a 64 años
Control TBC	Población de 20 a 64 años
Control de crónicos en adultos mayores - HTA	Población de 65 y más años
Control de crónicos en adultos mayores - DM	Población de 65 y más años
Control de crónicos en adultos mayores - epilepsia	Población de 65 y más años
Control de crónicos en adultos mayores - EPOC	Población de 65 y más años
Intervención psicosocial en adultos mayores	Población de 65 y más años
Control tuberculosis en adultos mayores	Población de 65 y más años
Tratamiento y curaciones	Población total
Urgencias odontológicas	Población total
Exodoncias	Población total
Destartraje y pulido coronario	Población total
Obturación temporales y definitivas	Población total
Endodoncia	Población total
Pulpotomías RX dental	Población menor 9 años Población Total
Alta Odontológica integral	Mujeres embarazadas GES
Alta Odontológica integral	Población menor de 20 años
Alta de prótesis (Programa resolución de especialidades)	Población adulta mayor 20 años
Alta MHER y Más sonrisas	Mujeres beneficiarias mayores 15 años
Visitas domiciliarias por Agente Comunitario	Población Total
Actividades comunitarias por Agente Comunitario	Población Total

Volver a página 82





Referencias bibliográficas

- Abril-Collado, R. O. y Cuba-Fuentes, M. S. (2013). Introducción a la medicina familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 31-36. Recuperado de http://dev.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100006&lng=pt&nrm=iso
- ALFORJA (1988). *Técnicas participativas para la educación popular*. Centro de Estudios y publicación. San José, Costa Rica: Autor.
- Aguirre, V. (2006). La figura del facilitador intercultural mapuche: ¿Hacia una verdadera interculturalidad en salud? (Tesis de pregrado), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Recuperado de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/aguirre_v/sources/aguirre_v.pdf
- Arteaga, C., Sepúlveda, D., y Aranda, V. (2012). Diversificación de las estructuras familiares: caracterización de las convivencias en Chile. *Revista de Sociología*, N° 27, 37-52.
- Borrell, C., y Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473. Recuperado de <http://gacetasanitaria.org/index.php?p/watermark&idApp/WGSE&piiltem/S0213911108724233&origen/gacetasanitaria&web/gacetasanitaria&urlApp/http://www.gacetasanitaria.org&estadotem/S300&idiomatem/es>
- Brownstein, J. N., Hirsch, G. R., Rosenthal, E. L., y Rush, C. H. (2011). Community health workers "101" for primary care providers and other stakeholders in health care systems. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 34(3), 210-220. doi: 10.1097/JAC.0b013e31821c645d
- Campbell, C., y Kerry, S. (2011). Retreat from Alma Ata?: the WHO 's report on task shifting to community health workers for AIDS care in poor countries. *Global Public Health*, 6(2), 125-138. doi: 10.1080/17441690903334232
- Castañeda, I. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana Salud Pública*, 33(2). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n2/spu11207.pdf>
- Central de Abastecimiento (CENABAST) (s.d.). Institución. Recuperado de <http://www.cenabast.cl/director>
- CONICYT. (s.d). *Manual de lenguaje inclusivo de género CONICYT*. Santiago: CONICYT. Recuperado de <http://www.conicyt.cl/wp-content/uploads/2013/05/Manual-Lenguaje-Inclusivo-CONICYT.pdf>
- Covarrubias, S. (inédito). *Visiones acerca del rol de Agentes Comunitarios en Centros de Atención Primaria en Salud*. (Manuscrito de tesis de magíster en salud pública), Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

- Cuadrado, C. (2015). El desafío de los sistemas de salud en el siglo XXI: ¿cómo incorporar el enfoque de los determinantes sociales de la salud? *Medwave*, 15(9). doi: 10.5867/medwave.2015.09.6289 Recuperado de <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/6289.act>
- Chile Atiende. (s.d.). Superintendencia de Salud. Recuperado de <https://www.chileatiende.gob.cl/servicios/ver/AO006>
- De Faria Mello, F. (1998). *Desarrollo organizacional*. Enfoque integral. México D.F.: Grupo Noriega Editores.
- División de Atención Primaria (2015). Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en establecimientos de atención primaria. Santiago: Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
- Donoso, N. (2009). Participación y cohesión social como ejes de la reforma y del modelo de atención en salud. En Depto. de Participación Social y Trato al Usuario. Subsecretaría de Redes Asistenciales (ed.), *Manual de participación en salud. Reflexiones y herramientas para la acción social en Chile* (pp. 11–20). Santiago: Depto. de Participación Social y Trato al Usuario. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/Participacion-Social-en-Salud.pdf>
- Echeverría, R. (2003). El escuchar: El lado oculto del lenguaje. *Ontología del Lenguaje* (pp. 80–104). Santiago: J. C. Sáez Editor.
- Elizondo, M. (2000). *Asertividad y escucha activa en el ámbito académico*. México D. F.: Editorial Trillas.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., y Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24 (2), 284–298.
- Fondo Nacional de Salud (FONASA) (s.d.). Información institucional: ¿Qué es FONASA? Recuperado de https://fonasaweb.fonasa.cl/portal_fonasa/site/edic/base/port/informacion_institucional.html
-(s.d) FONASA. Boletín Estadístico 2013–2014. Recuperado de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos>
- Freire, P. (2004). *Cartas a quien pretende enseñar*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Frontline Health Workers Coalition. (2015). A Commitment to Community Health Workers Improving Data for Decision-Making. Frontline Health Workers Coalition Report. Recuperado de <https://www.frontlinehealthworkers.org/wp-content/uploads/2014/09/CHW-Report.pdf>
- Fundación EPES (2009). *Algunas técnicas y procedimientos para evaluar*. Santiago: Autor.
- (2009a). Módulo Violencia contra las mujeres y VIH. Herramientas para un abordaje integrado. Santiago: Inédito
- Gabinete Presidencia (2014). Instructivo Presidencial para la Participación Ciudadana en la gestión pública. Recuperado de <http://transparenciaactiva.presidencia.cl/Otros%20Antecedentes/007.pdf>

- Gall, E., Fontdevila, E. y Campos, R. (2008). *Abrojos. Manual de periodismo y comunicación para el trabajo Comunitario*. Tucumán, Argentina: Proyecto La Escuela en la Radio-Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Tucumán. Recuperado de http://perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/abrojos._manual_de_periodismo_y_comunicacion_para_el_trabajo_comunitario_0.pdf
- Gilson, L., Walt, G., Heggenhougen, K., Owuor-Omondi, L., Perera, M., Ross, D., y Salazar, L. (1989). National community health worker programs: how can they be strengthened? *Journal of Public Health Policy*, 10(4), 518-532. doi: 10.1177/1757975912464248
- Gobierno de Chile (2011). Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago: Autor. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Gobierno de Chile, Ministerio de Planificación (2006). CASEN 2006, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Pueblos Indígenas. Santiago: Autor. Recuperado de http://www.politicaspUBLICAS.net/panel/biblioteca/doc_download/242-casen-2006-
- Gobierno de Chile, SEGEOB, SERNAMEC. (2016). *Guía ilustrada para una comunicación sin estereotipos de género*. Santiago: Autor. Recuperado de http://kitdigital.gob.cl/archivos/160302_ManualPpctvaGeneroTRAZADO_baja.pdf
- Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 11(5/6), 454-461. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10734.pdf>
- (2011). Género y salud: marco conceptual. Curso virtual Género y Salud. Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos, OPS/OMS. Recuperado de <https://cursos.campusvirtualsp.org/mod/folder/view.php?id=10564>
- Haines, A., Sanders, D., Lehmann, U., Rowe, A. K., Lawn, J. E., Jan, S., ... Bhutta, Z. (2007). Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet* 369(9579), 2121-2123. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60325-0
- Hunt, P. (2004). El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del quincuagésimo noveno período de sesiones, Asamblea General de Naciones Unidas. Recuperado de http://www.iri.edu.ar/publicaciones_iri/anuario/CD%20Anuario%202005/Ddhh/19-onu-derecho%20mayor%20nivel%20salud.pdf
- Illanes, M. A. ([1993] 2010). En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...). *Historia social de la salud pública: Chile 1880/1973 (hacia una historia social del siglo XX)*. Santiago: Colectivo de Atención Primaria.
- Instituto de Salud Pública (ISP) (s.f.). Misión/Visión. Recuperado de http://www.ispch.cl/saludambiental/mision_vision
- Jara, O. (2010). Educación popular y cambio social en América Latina. *Community Development Journal*, 1-11. doi:10.1093/cdj/bsq022. Recuperado de http://cdj.oxfordjournals.org/content/suppl/2010/06/28/bsq022.DC1/bsq022_supp.pdf
- Johnson, C. D., Noyes, J., Haines, A., Thomas, K., Stockport, C., Ribas, A. N., y Harris, M. (2013). Learning from the Brazilian community health worker model in North Wales. *Globalization and Health*, 9(25), s.p. doi: 10.1186/1744-8603-9-25. Recuperado de <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-9-25>

- Kahssay, H. M., Taylor, M. E., y Berman, P. A. (1998). *Communityhealth workers: the way forward*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42034/1/WHO_PHA_4.pdf
- Kliksberg, B. (2011) Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implantación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud. Documento preparado para la OMS. Recuperado de <http://seofrecensoluciones.com/audienciaecosalud/libros/Kliksberg-Estrategias-y-Metodolog%C3%ADas.pdf>
- Larraín, S. (2001). Participación ciudadana y salud. Proyecto Equidad de Género y Reforma de la Salud. Documento N°3, OPS/OMS Chile.
- Lehmann, U. y Sanders, D. (2007). Community health workers. What do we know about them? Reporte de Public Health University of the Western Cape para la OMS. Recuperado de http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf
- Ley N° 19.966 (2004). Establece un Régimen de Garantías en Salud. Publicada en *Diario Oficial*, del 3 de septiembre de 2004. Chile. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>
- Ley N° 20.285 (2008). Sobre Acceso a la Información Pública. Publicada en *Diario Oficial*, del 20 de agosto de 2008. Chile. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=276363>
- Ley N° 20.422 (2010). Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. Publicada en *Diario Oficial*, del 10 de febrero de 2010. Chile. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422>
- Ley N° 20.500. (2011) Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Publicada en *Diario Oficial* N°, del 16 de febrero de 2011. Chile. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1023143>
- Ley N° 20.584 (2012). Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud. Publicada en *Diario Oficial*, del 24 de abril de 2012. Chile. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
- Ley N° 20.609 (2012). Establece Medidas contra la Discriminación. Publicada en *Diario Oficial*, del 24 de julio de 2012. Chile. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092>
- Ley 20.830. (2015). Crea el Acuerdo de Unión Civil. Publicada en *Diario Oficial*, del 21 de abril de 2015. Chile. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1075210>
- Lewin, S., Babigumira, S., Bosch-Capblanch, X., Aja, G., Van Wyk, B., Glenton, C., ... Daniels, K. (2006). Lay health workers in primary and community health care: A systematic review of trials. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/rpc/meetings/LHW_review.pdf
- López, L., y Covarrubias, S. (EPES) (2010). *Manual de trabajo comunitario Postas de salud rural*. Santiago: MINSAL. Recuperado de https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2694/mod_resource/content/0/Modulo_6/Manual_de_Trabajo_Comunitario_Postas_de_Salud_Rural.pdf
- Lorente, B. (2004). Perspectivas de género y trabajo social. Construyendo método desde el paradigma intercultural. *Revista de Trabajo Social Portularia*, 4, 87-94. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=860416>

- Medina, A. (1994). *Relaciones humanas y comunidad. Guía para monitores sociales*. Santiago: Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación (PIIE)-Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2004). Ley 19.937. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-553_recurso_1.pdf
- . (2015a). Circular A 15, N° 06 de junio. Recuperado de http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/6_ATENCION-DE-SALUD-A-POBLACION-INMIGRANTE-NO-REGULADA-APS.pdf
- . (2015b). Norma general de participación ciudadana en la gestión pública de salud. Recuperado de <http://transparencia.redsalud.gob.cl/transparencia/public/ssp/2015/res31.pdf>
- . (2016). Aprueba norma general técnica N° 185 sobre inscripción de beneficiarios en establecimientos de atención primaria. Decreto 45 exento, 29 de enero. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1087330&idVersion=2016-02-05>
- . (s.d.a). Hitos de la salud chilena. Recuperado de <http://web.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena>
- . (s.d.b). Misión y funciones. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Recuperado de <http://web.minsal.cl/mision-y-funciones-2>
- . (s.d.c). Misión y funciones. Subsecretaría de Salud Pública. Recuperado de <http://webminsall.cl/mision-y-funciones>
- MINSAL y Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2008a). *En el camino a centro de salud familiar*. Santiago: Autor.
- . (2008b). *Manual de Apoyo a la Implementación de Centros Comunitarios de Salud Familiar*. Dirigido a Equipos de Salud de Atención Primaria. Santiago: Autor.
- Ministerio de Salud Perú. (2007). Documento técnico para el trabajo con los agentes comunitarios de salud. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/DGPS/documentos/Doc_tec_ACS.pdf
- Núñez, C. (2006). Sentir, amar, pensar... la senda de la Tierra. En P. A. Guadas (eds.), *Conferencia del Fórum Paulo Freire. V Encuentro Internacional. Sendas de Freire: opresiones, resistencias y emancipaciones en un nuevo paradigma de vida* (pp. 13-50). Xativa, España: Institut Paulo Freire de España y Crec. Recuperado de: http://www.institutpaulofreire.org/downloads/libro_c.pdf
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
- (2006). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Recuperado de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>
- . (2008). El derecho a la salud. Folleto informativo N° 31. Recuperado de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

- Ofosu-Amaah, V. (1983). National experience in the use of community health workers. A review of current issues and problems. *WHO Offset Publication*, 71, 1-49. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39257/1/WHO_OFFSET_71.pdf
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Recuperado de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- (s.d.a). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/udhr>
- . (s.d.b). Prevención del genocidio. Recuperado de http://www.un.org/es/preventgenocide/adviser/genocide_prevention.shtml
- Organización Mundial de la Salud (1989). Mejoramiento de la labor de los agentes de salud comunitarios en la atención primaria de salud. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Serie de informes técnicos 780, Ginebra, OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41242/1/WHO_TRS_780_spa.pdf
- . (1998). Promoción de la salud. Glosario. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- . (2002) *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. (Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos N° 1). Francia: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/hhr/activities/Q%26AfinalversionSpanish.pdf>
- . (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1
- . (2009). Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana. Resumen analítico. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70121/1/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf
- . (2014a). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Nota descriptiva N° 345, mayo. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es>
- . (2014b). *Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Una mina de información sobre salud pública mundial*. Ginebra: WHO Document Production Services. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf
- . (2014c). Un nuevo estudio destaca la necesidad de ampliar a escala mundial las actividades de prevención de la violencia. Comunicado de prensa. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/violence-prevention/es>
- . (2016). Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N° 239, enero. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es>
- (s.d.a). Atención primaria de salud. Recuperado de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es

- . (s.d.b). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Recuperado de: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- . (s.d.c). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf?ua=1
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 de septiembre. Recuperado de <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005). *Política de igualdad de género*. Washington, D.C.: PAHO. Recuperado de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS_politica%20de%20igualdad%20de%20genero.pdf
- (2010). Género y salud: una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud. Adaptado de OMS (s.d.), *Gender mainstreaming for health managers: A practical approach*. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1>
- OPS/OMS. (1997). *Taller sobre género, salud y desarrollo: Guía para facilitadores*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/GDR-Genero-y-Desarrollo-Guia-Facilitadores.pdf>
- OPS/OMS Chile. (2011). *Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. (Serie Técnica de Análisis de Situación-PWR CHI/11/HA/01). Santiago: Autor. Recuperado de <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>
- Palomino, P., Grande, M. L., y Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*. *Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre*, 72(extra 1), 71-91.doi:10.3989/ris.2013.02.16
- Ministerio de Salud Argentina y Programa Médicos Comunitarios (s.d.). *Curso en salud social y comunitaria. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención*. Buenos Aires: Autor.
- Queirós, A. A. L. de, y Capel Narvai, P. (2012). El trabajo del Agente Comunitario de Salud en América Latina y El Caribe. Memorias de la Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012, La Habana 3-7 de diciembre. Recuperado de <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/1144/457>
- Reca, I. (2007). Participación ciudadana en salud: ¿Proceso de cambios en desarrollo? Una aproximación diagnóstica en la Región Metropolitana, 2006. Observatorio Equidad Género y Reforma de la Salud, segunda fase. Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud, Informe 2006. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165568/1/Participacion_Ciudadana_en_Salud.pdf
- Rivera, M. T., y Donovan, P. (1992). *Cartilla. Propuesta de capacitación para un diagnóstico participativo*. (Colección Aportes para la Capacitación Popular). Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yala.

- Rojas, G. (2008). Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana. Informe final, versión abreviada, 5 de noviembre, equipo de investigación de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b608460e04001011f01239d.pdf>
- Rojas, L. (2014). Estudio descriptivo del ausentismo laboral en trabajadores del sistema público de salud en Chile. (Tesis para optar al grado de magíster en Salud Pública), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Recuperado de http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/416/Estudio%20descriptivo%20del%20ausentismo%20laboral%20en%20trabajadores%20del%20sistema%20publico%20de%20salud%20en%20Chile_Leslye%20Rojas%20C.pdf?sequence=1
- Sanders, D., Labonté, R., Packer, C., y Schaay, N. (2012). Dimensiones comunitarias de la Atención Primaria Integral en Salud. *Saúde Em Debate*, 36(94), 473–481.
- Schubert, J., y Neves da Silva, R. (2011). Los modos de trabajo de los agentes comunitarios de salud: entre el discurso institucional y el cotidiano de la vulnerabilidad. *Medpal, Interdisciplina y Domicilio*, 3(4), 45–53.
- SENADIS. (s.d.). Recomendaciones para el uso del lenguaje en discapacidad (folleto). Santiago: SENADIS. Recuperado de <http://www.senadis.gob.cl/documentos/listado/140/material-grafico-senadis>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales y DIVAP. (2014). *Orientaciones para la planificación y programación en red, año 2014*. Santiago: Autor.
- (2015). *Orientaciones para la planificación y programación en red, año 2015*. Santiago: Autor.
- (2016). Ordinario 2887. Lineamientos para la incorporación del Agente Comunitario en Salud a CECOSF de nueva construcción: Autor.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS. (2015). *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Santiago: Autor.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, Secretaría de Evaluación Social y Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Guía para la presentación de proyectos: Centros Comunitarios de Salud Familiar, (CECOSF)*. Santiago: Autor.
- The Earth Institute. (2011). *One Million Community Health Workers*. Nueva York: The Earth Institute–Columbia University.
- Torrelles, C., Coiduras, J., Isus, S., Carrera, F., París, G. y Cela, J. (2011). Competencia de trabajo en equipo: definición y categorización. Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado, 15(3), 329–344.
- University of Arizona, y The Annie E. Casey Foundation (1998). *Summary of The National Community Health Advisor study*. Tucson: Autor. Recuperado de <http://crh.arizona.edu/sites/default/files/pdf/publications/CAHsummaryALL.pdf>

Vázquez, O., Fernández, Ma., Fernández, Mi., Vaz, P., y León, J. C. (2008). Políticas públicas, calidad de vida e interculturalidad. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75, 201-211. ISSN 1137-5868. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2739415>

Werner, D. (2013). La lucha de los pueblos por su salud y liberación en América Latina. Perspectiva histórica. Texto preparado para la I Asamblea Internacional del Movimiento de la Salud de los Pueblos -Latinoamérica-, dentro del Encuentro Internacional y Pluricultural: Buen Vivir y Salud, Cuenca, Ecuador, 7-12 de octubre. Recuperado de <http://www.healthwrights.org/content/booklets/La-Lucha-de-los-Pueblos-Esp-reducido.pdf>

Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Serie Reprints N° 9, OPS/OMS. Recuperado de https://cursos.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud_-_OPS_1991.pdf





AGRADECIMIENTOS

A quienes participaron en la Jornada "Construyendo Participativamente el Perfil del Agente Comunitario en Salud (ACS) de los CECOSF", realizada el 12 y 13 de Julio en Hotel Fundador, en Santiago.

MINSAL

Margarita Barría	Dpto. Modelo de Atención - DIVAP
Daniela Contreras	Dpto. Gestión de Recursos para el Modelo - DIVAP
Francisco Galdames	Dpto. Gestión de Recursos para el Modelo - DIVAP
Catalina Alcalde	Dpto. Gestión de Recursos para el Modelo - DIVAP
Francisca Toro	Dpto. Calidad y Formación - MINSAL
Rossana Fuentes	Dpto. Calidad y Formación - MINSAL
Marta Saavedra	Dpto. Participación Ciudadana y Trato al Usuario - MINSAL

Servicios de Salud

Lenka Alfaro	Servicio de Salud Coquimbo
Pedro Yáñez	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Juan Ilabaca	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Gerarda Aldana	Servicio de Salud Arauco
Angélica Brandell	Servicio de Salud Araucanía Norte
Raquel Paves	Servicio de Salud Ñuble
Angélica Vera	Servicio de Salud Maule
Camila Briesse	Servicio de Salud Biobío
Diego León	Servicio de Salud Valdivia
Catherine Cuevas	Servicio de Salud Talcahuano
Lorena Aguirre	Dirección Salud Municipal Comuna Talagante
Carla Henríquez	Dirección Salud Municipal Comuna Quilicura
Álvaro Medina	Dirección Salud Municipal Comuna San Joaquín
Cecilia Roldán	Dirección Salud Municipal Comuna Ñuñoa

Organizaciones Sociedad Civil

María Teresa Ibáñez	Consejo de Salud Cerro Barón-Valparaíso
María Eugenia Jaramillo	Consejo de Salud CESFAM Entrelagos-Puyehue-Osorno
Carmen García	Consejo de Salud Rendic- Antofagasta
Manuel Saavedra	Consejo de Salud Carlos Trupp-Maule
Rosa Vergara	Usuarios RM - Jornadas Metropolitanas CDL- CDL
	La Bandera-San Ramón- Santiago

Sergio Pizarro	Usuarios RM. Asociación de CDL Zona Sur- Santiago
Jessica Gjuranovic	CDL Recoleta- Santiago
Ana María Vidal	Mesa salud Biobío-Concepción
Guido Carvajal	CDL Mariela Salgado-Lo Espejo- Santiago
Mónica Maldonado	Círculo de Mujeres por la Salud- Santiago
Ester Gladys Noche	Mesa local Talcahuano-Concepción
Ana Tragolaf	Agrupación Aukinko Zomo y Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche-Temuco
Rosa Quispe	Asociación Indígena Aymara Urbanos y Migrantes Taqj Pacha Arustañani- Iquique
Erika Montecinos	Agrupación lésbica Rompiendo el Silencio / Consultivo género y salud- Santiago
Fanny Berlagoscky	Observatorio de Equidad de Género en Salud / Consultivo género y salud- Santiago
Mauro Gómez	Consejo Consultivo Jóvenes-Santiago
Gabriela Flores	Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipalizada (CONFUSAM)
Fernando Kursan	Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipalizada (CONFUSAM)
Pamela Eguiguren	Salud y comunidad Esc. Salud Pública U. Chile
Ivonne Ahlers	Universidad de Chile, coordinadora de Monitores en Salud iniciativa desarrollada en el SSMS.

A los equipos de Atención Primaria de los 29 Servicios de Salud que revisaron los registros de la Jornada “Construyendo Participativamente el Perfil del Agente Comunitario en Salud (ACS) de los CECOSF” e hicieron aportes a la definición de los lineamientos para la incorporación de Agentes Comunitarios en Salud en los CECOSF.

A la Confederación Nacional de Trabajadores de Salud Municipalizada (COTRASAM) por sus aportes y observaciones al perfil del Agente Comunitario en Salud.

A las profesionales que participaron en la revisión del manual:

Margarita Barría Iroumé, División de Atención Primaria
 Alison Morales San Martín, División de Atención Primaria
 Deiza Troncoso Miranda, División de Atención Primaria
 Eliana Varas Varas, División de Atención Primaria
 Irma Vargas Palavicino, División de Atención Primaria



Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF

