

**“Experiencias de Trabajo
Intersectorial en Capacitación y
en la Construcción de una
Red Comunitaria en la
comuna de San Ramón”**

Agosto de 1998 - Año 1 - Nº 2

Esta publicación ha sido posible gracias a la colaboración de Fundación Ford

© EPES

Nº inscripción: 105579

Casilla 22 Correo 44 El Bosque, Santiago

ielch@epes.cnt.cl

Casilla 3144 Concepción

epes97@chilesat.net

ISBN: 956-7546-06-1

Diseño Portada: Percy Bedwell Rodríguez

Producción Gráfica LOM ediciones

Impreso en Chile, Agosto, 1998

Se autoriza su reproducción total o parcial citando la fuente

SERIE

APUNTES PARA LA ACCION

“Experiencias de Trabajo Intersectorial en Capacitación y en la Construcción de una Red Comunitaria en la comuna de San Ramón”

SUMARIO

	Páginas
Resumen	
Presentación	
Una Experiencia de Trabajo Intersectorial en la Capacitación de un Grupo de Salud por María Eugenia Calvin	9 - 23
Red de Salud Mental de San Ramón, 6 años de Trabajo Coordinado por una Mejor Vida en la Comuna. 1992-1998 por Eladio Recabarren	24 - 39
Bibliografía	

APUNTES PARA LA ACCIÓN

Agosto 1998 • Año 1 • Nº 2

Educación Popular en Salud - EPES
Iglesia Evangélica Luterana en Chile

RESUMEN

Describe y analiza dos experiencias de trabajo intersectorial. La primera centrada en la capacitación de monitoras de salud y la segunda en el proceso de formación y desarrollo de la Red de Salud Mental de San Ramón una coordinación de base que a la fecha tiene seis años de existencia. Presenta la evolución de ambas experiencias describiendo las metodologías implementadas, deteniéndose en los aspectos evaluativos de ambos procesos, presentando sus resultados en términos de logros, dificultades y desafíos.

PRESENTACION

La presente publicación “**APUNTES PARA LA ACCION**” corresponde al segundo número de una serie con la cual Educación Popular en Salud (EPES), pretende compartir experiencias de trabajo poniendo el acento en las metodologías, pero sin perder de vista que éstas se insertan dentro de un enfoque educativo específico, la Educación Popular y en una comprensión de la salud como proceso socio-político.

En este segundo número de APUNTES PARA LA ACCION titulado “**Experiencias de Trabajo Intersectorial en Capacitación y en la Construcción de una Red Comunitaria en la comuna de San Ramón**” se abordan dos experiencias, las que en un momento de su desarrollo fueron presentadas por el equipo de EPES en las IX Jornadas de Educación para la Salud, organizadas por el Ministerio de Salud y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, en 1991 y en las XII Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Educación para la Salud realizadas en 1994, respectivamente.

El primer artículo de este documento presenta la experiencia de capacitación de monitoras de salud desarrollada por el equipo intersectorial constituido por organizaciones de base, equipo de educación del Consultorio La Bandera y educadores de EPES. El proceso realizado en conjunto, así como su posterior desarrollo, permiten analizar las limitaciones y proyecciones que tuvo un trabajo en el cual estuvieron presentes concepciones diferentes en torno a la salud, la capacitación de monitoras y en la cual asumimos el desafío de explicitar nuestras visiones y compartir nuestra metodología para la formación de grupos de salud poblacional. La evaluación de esta experiencia muestra algunos de los límites estructurales del primer nivel de atención en salud, para impulsar procesos de participación y la incorporación del trabajo intersectorial a sus estrategias, algunas de estas limitantes permanecen, lo cual da vigencia a la reflexión presentada en estas páginas.

El segundo artículo presenta nuestra visión del desarrollo que ha tenido la Red de Salud Mental de San Ramón, una coordinación territorial e intersectorial de base y acciones concretas, en la cual EPES ha sido uno de los organismos que ha tenido roles de conducción. Este trabajo da cuenta de su historia, composición, objetivos, metodologías de trabajo, estrategias, logros, dificultades y los desafíos que en su sexto año de vida enfrenta la Red para proyectar su quehacer. Esta larga trayectoria nos permite afirmar que en su proceso podemos identificar algunos de los elementos que permitirían dar continuidad y vigencia a la propuesta de trabajo en redes.

El desarrollo de ambas experiencias así como la reflexión de nuestro equipo en torno a sus logros, límites y desafíos permiten rescatar algunos aprendizajes entre los cuales destacamos la importancia de generar conjuntamente con las iniciativas de trabajo intersectorial, procesos de construcción de equipos para abordar el necesario debate en torno a conceptos, metodologías, prácticas y formas de gestión, de manera de lograr coherencia al interior de los grupos comprometidos, así como para aportar en forma consistente al desarrollo de estrategias de participación comunitaria en salud.

María Eugenia Calvin
Editora

Una Experiencia de Trabajo Intersectorial en la Capacitación de un Grupo de Salud

María Eugenia Calvin, Educadora de EPES

1. Introducción

En este documento se rescatan algunos aprendizajes y tensiones que surgen en el proceso de constitución del equipo intersectorial responsable de programar, implementar y evaluar un taller educativo destinado a la capacitación de monitoras/es de salud en la población La Bandera, específicamente en la unidad vecinal N°3 de la comuna de San Ramón.

Esta experiencia se desarrolló en los meses de abril a diciembre de 1991 y fue para el equipo de EPES en Santiago, la primera experiencia de trabajo en conjunto con un servicio municipalizado, en este caso, el Consultorio La Bandera. Es precisamente en el contexto social y político creado a partir de la recuperación de un régimen de gobierno democráticamente elegido, donde esta iniciativa de trabajo en colaboración se hace posible, dada la orientación de la Dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud de promover la apertura de los Consultorios a la comunidad y terminar con la política de puertas cerradas, que caracterizó la acción de estos servicios durante todo el período dictatorial.

En el surgimiento de esta experiencia de trabajo intersectorial, confluyen la voluntad de profesionales del consultorio de desarrollar un trabajo comunitario destinado a la formación de monitores de salud y la del equipo de EPES de trabajar con el consultorio La Bandera, en una de sus actividades centrales: los cursos de capacitación de monitoras de salud, destinados a la formación de organizaciones poblacionales de salud.

En los meses de enero y marzo de 1991 el equipo de EPES, ya había iniciado el trabajo de motivación y convocatoria al curso de capacitación de monitoras/es que anualmente realiza nuestro programa, tomando contacto con los y las dirigentes de la unidad vecinal N°3, los cuales presentaron su interés en formar una Comisión de Salud de la Junta de Vecinos, por lo que valoraron positivamente la propuesta de EPES de realizar un nuevo curso de salud en el territorio de esa unidad vecinal.

Una vez tomada la decisión de trabajar en conjunto, EPES propuso al Consultorio la firma de un convenio de trabajo, así como la integración de dos representantes del grupo de salud Llaretta y dos dirigentes de la Junta de Vecinos N° 3 al equipo que se encargaría de realizar el

curso/taller. También integró el equipo una dirigente de la Junta de Vecinos N° 5 quien se relacionaba previamente con el Consultorio dada su participación en el programa de alcoholismo.

El proceso que condujo a la realización del “Taller Educativo de Prevención en Salud” consideró cuatro etapas: (1) Constitución del equipo y elaboración del Programa de Trabajo, (2) Motivación y Difusión del Taller, (3) Capacitación o Desarrollo del Taller y (4) Evaluación. La exposición que a continuación se presenta recoge los elementos centrales de cada etapa, profundizando más en la evaluación de la experiencia.

2. Los Integrantes del Equipo Intersectorial

El equipo de trabajo se constituyó con representantes de organizaciones populares, equipo de educación del Consultorio y EPES, los que reunían las siguientes características:

Grupo de Salud Poblacional Llaleta

A esa fecha el grupo contaba con 7 años de trabajo en el 4º sector de La Bandera, realizando actividades de educación en salud, movilización comunitaria y promoción de la organización

Juntas de Vecinos de las unidades vecinales N° 3 y N° 5

Su dirigencia actual se había conformado a partir del proceso democratizador de las Juntas de Vecinos iniciado en 1989.

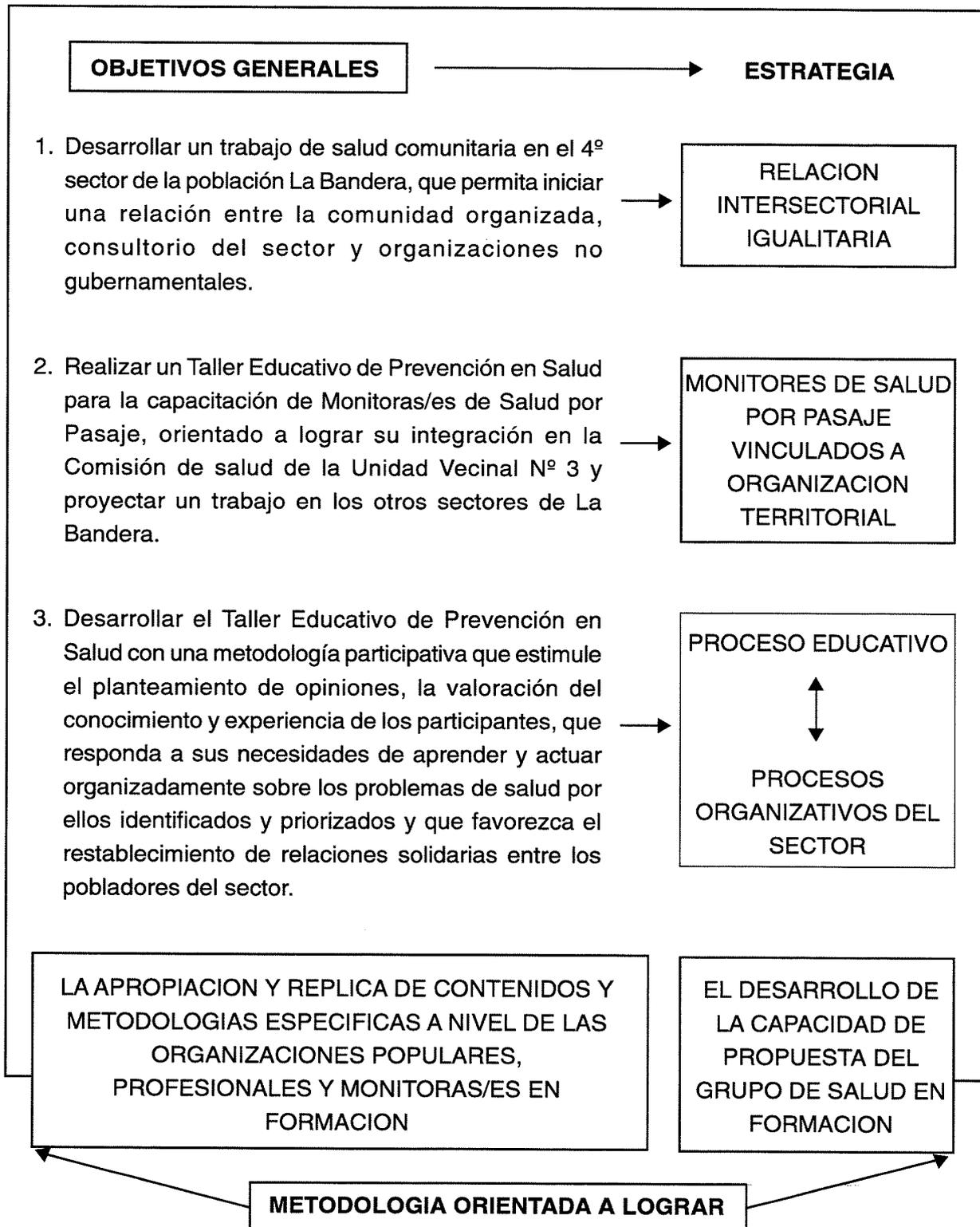
Consultorio La Bandera

Equipo de Educación integrado inicialmente por médico director, matrona, nutricionista y asistente social.

Educación Popular en Salud-EPES

Asistente social y terapeuta ocupacional, educadores de EPES, institución que a esa fecha tenía 8 años de trabajo en capacitación, asesoría y apoyo a Grupos de Salud y otras organizaciones populares en La Bandera.

3. Objetivos Generales y Metodología Articulan una Estrategia de Educación y Acción Comunitaria en Salud



CARACTERISTICAS DE LA METODOLOGIA EMPLEADA: ésta recoge los principios de la educación popular, articulando técnicas participativas y procedimientos destinados a lograr la apropiación de un saber técnico en salud, validar el conocimiento propio y aumentar la capacidad de acción y reflexión del grupo sobre la realidad de salud de su comunidad.

PLANIFICACION DETALLADA DE CADA ETAPA:

- Elaboración del programa de trabajo del equipo intersectorial,
- Motivación y selección de las y los participantes,
- Capacitación o desarrollo del taller,
- Evaluación del taller.

AMPLIO TRABAJO DE MOTIVACION. La etapa de motivación y selección de las y los participantes consideró:

- La elaboración y distribución casa por casa de 600 ejemplares de una cartilla de difusión y la distribución de 300 afiches en calles, locales comunitarios y negocios del sector,
- Convocatoria a una asamblea destinada a ampliar la información sobre el Curso/taller e inscribir a las personas interesadas. Para ello se utilizó el afiche y el perifoneo en el sector,
- Visitas domiciliarias a las y los inscritos para aplicar cuestionario destinado a identificar intereses específicos, disponibilidad de tiempo, conceptos y visión de la situación de salud de la población y experiencia organizacional anterior,
- Selección de las/los inscritos considerando exclusivamente la edad a fin de asegurar compatibilidad de intereses y permanencia del grupo.

TEMARIO DEL TALLER: determinado a partir de autodiagnóstico y temario básico definido por el equipo:

- En las sesiones introductorias se realizó un trabajo de Autodiagnóstico con las participantes a fin de determinar las necesidades de capacitación en función de los problemas identificados y priorizados por ellas mismas. A partir de este análisis el temario de capacitación definido por el grupo consideró cinco unidades temáticas: enfermedades respiratorias agudas, nutrición, drogadicción, alcoholismo y enfermedades de la piel, las que se desarrollaron en 10 sesiones.
- El temario base definido por el equipo intersectorial consideró otras 10 sesiones en las que se abordaron las siguientes unidades temáticas: diagnóstico comunitario, cólera incluyendo la planeación, ejecución y evaluación de una actividad comunitaria; derechos en salud; evaluación del curso/taller y graduación de las monitoras. En total en el taller se abordaron 8 unidades temáticas en 20 sesiones de 3 horas de duración cada una.

- Se realizaron además 2 sesiones extraordinarias solicitadas por el grupo para abordar relaciones interpersonales y asuntos organizativos.

EL DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES TEMATICAS CONSIDERO:

- Concepto de salud integral,
- Signos y síntomas,
- Prevención familiar y comunitaria,
- Condiciones socioeconómicas que favorecen el desarrollo de problemas de salud,
- Visión de proceso en materia de derechos en salud y previsionales,
- Evaluación de la sesión.

MATERIALES QUE FACILITAN LA REPLICA DEL PROCESO para el grupo en formación y para el equipo intersectorial a cargo de desarrollar el taller:

- Programa del taller para los miembros del equipo intersectorial y carpeta del taller,
- Entrega a cada una de las participantes de la Carpeta del Taller, la que recoge sesión a sesión, objetivos, metodología, desarrollo de los contenidos, así como materiales de apoyo.

ELABORACION DE PAUTAS DE PROCEDIMIENTOS

- Para apoyar el desarrollo de futuras actividades comunitarias,
- Asesoría en el desarrollo de actividades comunitarias definidas por el grupo

ELABORACION DE DIAGNOSTICOS DEL SECTOR

- Para potenciar el trabajo organizativo del grupo y fundamentar sus propuestas,
- Autodiagnóstico inicial y luego creación, aplicación y procesamiento de datos e interpretación colectiva de los resultados de una encuesta sobre saneamiento básico.

4. Resultados

4.1 LOGROS Y DIFICULTADES EN EL EQUIPO INTERSECTORIAL

LOGROS:

- **CONSTITUCION DE UN EQUIPO INTERSECTORIAL** integrado por distintos “actores» de la salud poblacional. Ello permitió conocerse, apreciar las diferentes realidades, fuerzas, limitaciones y experiencias de cada uno.
- **INCORPORACION DE POBLADORES ORGANIZADOS AL EQUIPO**, los que participaron en todas las etapas y pasos del proceso; aun cuando los niveles de protagonismo alcanzados por sus representantes no fueron homogéneos, destacó el compromiso y efectividad con que asumieron las acciones correspondientes a la etapa de motivación y luego en el desarrollo de las actividades comunitarias. El Grupo de Salud Llareta tuvo una participación mayor en el trabajo de planificación y ejecución de las sesiones, aportando al debate su visión y experiencia sobre los problemas de salud abordados y actuando como facilitadores de los trabajos grupales, en la conducción de algunos plenarios, evaluaciones y dinámicas de integración.
- **MAYOR CONOCIMIENTO DEL CONSULTORIO LA BANDERA**, su funcionamiento, administración, posibilidades y limitaciones prácticas para implementar la política de participación comunitaria en salud.
- **INCORPORACION DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE LA DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA (DAP) SUR-ORIENTE** al debate del equipo intersectorial. Si bien la experiencia del Taller Educativo tuvo un carácter micro social, su implementación dejó en evidencia las limitaciones estructurales de los consultorios para impulsar este tipo de acciones comunitarias, por ello, desde los inicios de esta experiencia de trabajo intersectorial, EPES buscó ampliar el debate, validar y proyectar la experiencia a partir del diálogo con funcionarios de la DAP, esperando incidir en alguna medida, en la flexibilización horaria de los trabajadores del consultorio involucrados en el trabajo comunitario. Para ello se realizaron tres reuniones del equipo intersectorial con funcionarios de la DAP en las cuales se expusieron los distintos puntos de vista y se solicitó su participación en una de las sesiones del Taller destinada a presentar la estrategia de participación comunitaria (SILOS), impulsada desde la Dirección de Atención Primaria.
- **INICIO DE UNA RELACION DE TRABAJO DEL CONSULTORIO CON LA COMUNIDAD ORGANIZADA**, después de muchos años de trabajo a “puertas cerradas”. Si bien esta relación se dio en el marco de las posibilidades administrativas de funcionamiento del Consultorio, la

integración del médico director al equipo facilitó en alguna medida el trabajo de planificación y la incorporación hacia el término del taller, de funcionarios paramédicos al equipo intersectorial.

DIFICULTADES:

- TENSIONES CON EL COMPONENTE SOCIOPOLITICO DE LA EDUCACION POPULAR, que trasciende la actividad educativa y que busca potenciar las capacidades de individuos y grupos en una perspectiva de cambio social.
- LA METODOLOGIA EDUCATIVA ACTIVA PARTICIPATIVA:

Manteniendo la relación de poder educador - educando.
Centrada en la entrega de contenidos técnicos, amenizada con juegos y técnicas de visualización.

Cambiando la relación de poder existente.
Centrada en la apropiación de contenidos técnicos y desarrollo de habilidades que potencien la autonomía, organización, movilización y empoderamiento de las personas.

- VALORACIONES DISTINTAS DEL CONOCIMIENTO TECNICO Y POPULAR en el equipo intersectorial a cargo del taller, éstas se expresaron tanto en la duda respecto a la capacidad para abordar contenidos técnicos de las/los monitoras/es ya capacitados, como en la dificultad para validar su conocimiento y análisis de la atención en salud entregada por el Consultorio. Frente a ello, las posturas oscilaban entre “hacemos lo más que podemos con los escasos recursos disponibles” y “lo que hacemos es lo técnicamente correcto”, con lo cual se dificultaba profundizar el diálogo, ya sea porque se lograba solidaridad en la frustración o se cerraba la posibilidad de diálogo por la dificultad de encontrar puntos de encuentro.
- TENSIONES ORIGINADAS EN DISTINTAS CONCEPCIONES DEL TRABAJO EN SALUD COMUNITARIA y que dicen relación con las respuestas a interrogantes tales como: ¿Monitores Para Qué? y ¿Participación Comunitaria en Qué?

Grupos Populares serían

Extensión del trabajo del Consultorio en la comunidad

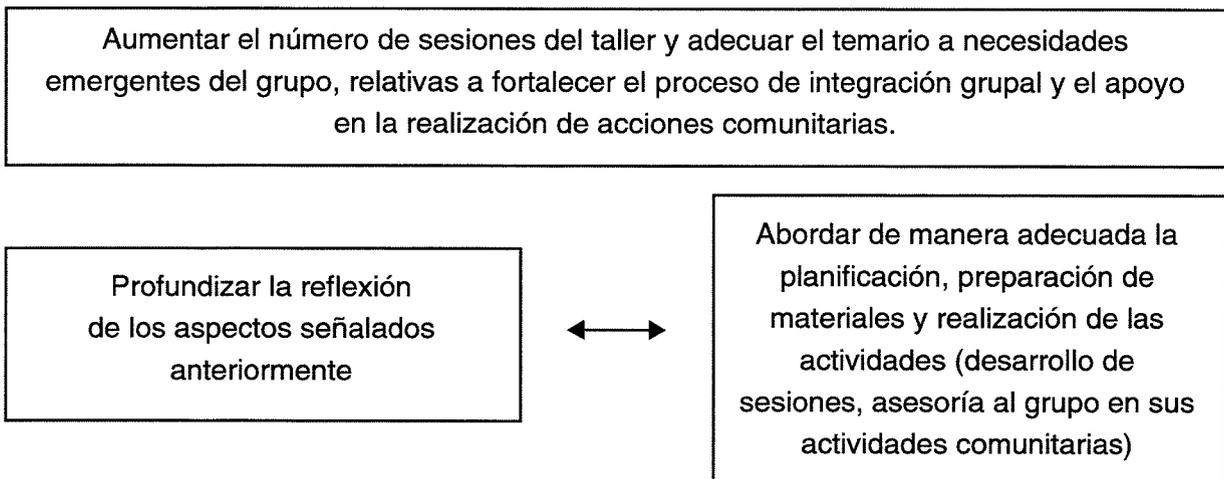


Movilizadores de la comunidad en torno a sus necesidades de salud

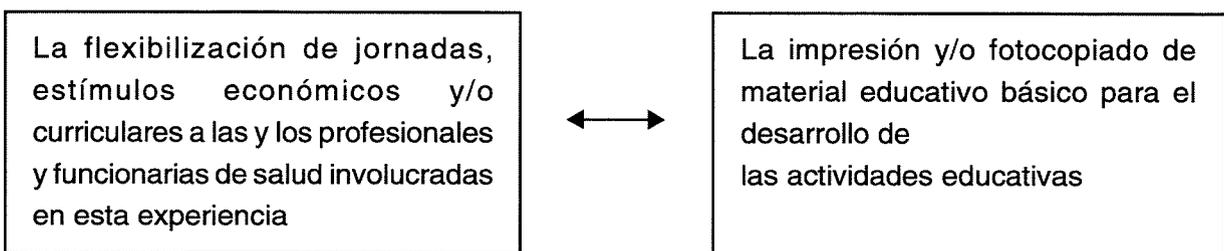
Dos visiones dentro de muchas otras que deberán despejarse en el desarrollo de experiencias y reflexión en torno a la Atención Primaria en Salud y la estrategia de participación postulada por los Sistemas Locales de Salud (SILOS)

- VISION DE LAS MONITORAS/ES COMO AGENTES INDIVIDUALES V/S ORGANIZACIONES POPULARES CONFORMADAS POR MONITORAS/ES DE SALUD. Estas comprensiones distintas se tradujeron en formas de relación que generaron conflictos de poder por acuerdos tomados a nivel personal; falta de consideración a los tiempos que demandan los procesos de discusión para el logro de compromisos colectivos y falta de reconocimiento en los hechos, de la estructura de conducción que se había dado el nuevo grupo, lo cual dificultó el proceso de integración y consolidación grupal.
- FALTA DE TIEMPO Y DE RECURSOS DESTINADOS AL EQUIPO DE EDUCACION DEL CONSULTORIO¹: esto impactó en varios sentidos:

Falta de Tiempo Programático para



Falta de Recursos y/o Administracion Inadecuada para Facilitar



¹ Al respecto cabe mencionar que EPES promovió la formación de comisiones de trabajo por unidades temáticas, integradas por profesionales del consultorio, pobladores y EPES, esperando de esta manera resolver las tensiones por enfoques distintos y agilizar la toma de decisiones a nivel del conjunto del equipo intersectorial, a partir de propuestas de planificación para el desarrollo de las unidades temáticas. Esta iniciativa fracasó por cuanto descansaba en el supuesto de que los profesionales del Consultorio estaban dispuestos a invertir tiempo adicional al de la reunión de planificación, y que dicha necesidad detectada por el conjunto, actuaría como incentivo para negociar una mayor asignación de tiempo al trabajo educativo.

- ROTATORIA EN EL EQUIPO DE EDUCACION DEL CONSULTORIO. Al iniciar esta experiencia el equipo de educación del Consultorio estaba conformado por el médico director, matrona, nutricionista y asistente social; posteriormente la asistente social salió de su cargo y fue reemplazada tiempo después, luego se incorporaron de manera esporádica una enfermera y una auxiliar, en total participaron en el equipo intersectorial 7 funcionarias/os, sin embargo, sólo una mantuvo su participación regular hasta el término del taller.
- LIMITACIONES PARA OPERATIVIZAR NORMAS Y ORIENTACIONES TECNICAS del Ministerio de Salud, en el marco de una administración municipal que no resuelve la demanda asistencial y que valora poco el trabajo con la comunidad.
- DIFICULTAD PARA CONSOLIDAR UNA ALIANZA EN EL TRABAJO COMUNITARIO QUE PROYECTARA LA EXPERIENCIA MAS ALLA DEL TALLER, como consecuencia de las tensiones existentes al interior del equipo intersectorial y la falta de oportunidades para procesarlas colectivamente, debido entre otras razones, a la rotatoria de los representantes del Consultorio y al escaso tiempo asignado a los funcionarios para realizar esta experiencia de trabajo conjunto con organizaciones de la comunidad.
- ALTA INVERSION DE RECURSOS HUMANOS POR PARTE DE EPES para salvaguardar la inclusión de los contenidos acordados en el programa del Taller y la colectivización del proceso de toma de decisiones en el equipo intersectorial. EPES preparó para casi la totalidad de los contenidos propuestas de planificación de las sesiones, con las cuales buscó generar los consensos que hicieran posible la distribución de responsabilidades y la consiguiente visibilidad de los distintos actores involucrados en el equipo intersectorial a cargo del Curso/ taller.

4.2 LOGROS Y DIFICULTADES EN RELACION A LAS Y LOS PARTICIPANTES DEL TALLER

LOGROS:

- CONCLUYERON LA CAPACITACION Y SE GRADUARON 11 MONITORAS de un total de 14 mujeres que participaron regularmente en el taller.
- INTEGRACION AL GRUPO-TALLER DE MUJERES CON EXPERIENCIA DE PARTICIPACION EN ORGANIZACIONES, con sus testimonios ellas validaron las organizaciones como espacios de crecimiento y conquista de mayor autonomía para las mujeres, alentando la participación de aquellas sin experiencia previa en organizaciones comunitarias.

- **PLANIFICACION, DESARROLLO Y EVALUACION DE UNA ACTIVIDAD COMUNITARIA DURANTE EL DESARROLLO DEL TALLER.** Ello permitió al grupo en formación tener una experiencia de trabajo comunitario muy concreta, como fue la aplicación de una encuesta a 118 familias y la entrega de material informativo para la prevención del cólera. Dicha acción educativa se abordó con una visión integral de la salud, al considerar como base del trabajo preventivo, el conocimiento y análisis de las condiciones de vivienda e ingreso que tenían las familias del 4º sector de La Bandera y determinar la posibilidad que tenían de implementar las medidas de prevención del cólera difundidas a través de los medios de comunicación. La actividad fue definida por el grupo, luego se elaboró colectivamente la encuesta, en pequeños grupos se preparó la aplicación de la encuesta mediante dramatizaciones, para posteriormente con la asesoría de EPES tabular, analizar y presentar al conjunto del grupo los resultados obtenidos.
- **PARTICIPACION DEL 50% DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO, EN 4 ACTIVIDADES CONVOCADAS POR OTRAS ORGANIZACIONES DE BASE,** como fueron el Pre-Cabildo y Cabildo Comunal actividades con las que los pobladores organizados, se propusieron generar espacios de debate y diagnóstico de la realidad local para incidir sobre la acción de las futuras autoridades comunales. También, integrantes del grupo participaron en la Asamblea Cultural convocada por una nueva coordinación poblacional y en una campaña para erradicar basurales en la cual difundieron los resultados de la encuesta aplicada por el grupo, además de recoger firmas de apoyo. La participación de las monitoras en formación en estas acciones, aportó al desarrollo de una visión integral de salud, así como a una incipiente identificación como organización popular.
- **EN RELACION AL LOGRO DE OBJETIVOS EN EVALUACIONES PARCIALES Y EN LA EVALUACION FINAL LAS PARTICIPANTES PLANTEARON :** cambios en su visión de la población y de los problemas de salud; mayor capacidad para plantear opiniones y hacer sugerencias; que se proyectan a futuro trabajando como grupo en campañas y talleres. Asimismo, el grupo señaló la importancia de los contenidos del taller, valorando el hecho de haber elegido un número importante de los temas de la capacitación, reconociendo su importancia para ellas como monitoras, sus familias y población. Al evaluar la metodología usada en el taller, las participantes la calificaron como: entendible, clara y amena, explicaciones verbales claras y completas, instructiva y participativa, material entregado un buen apoyo.

DIFICULTADES:

- **EL GRUPO EN FORMACION NO LOGRO UNA CLARA IDENTIDAD** como organización poblacional de salud durante la etapa de capacitación. Aunque este hecho era esperable por la co-existencia de dos orientaciones en el equipo intersectorial que les capacitó, es

importante señalar que la visión de las monitoras como extensión del trabajo del consultorio, en alguna forma impidió que el equipo del consultorio validara y comprometiera su participación o colaboración en las actividades comunitarias en que participó el nuevo grupo. Este hecho tuvo gravitación sobre el proceso de constitución del grupo en formación, pues considerando el contexto de crisis de participación y falta de referentes para el trabajo en salud, se hacía necesario apoyar fuertemente al grupo, de manera de estimular su compromiso con las iniciativas de organización, diálogo y búsquedas colectivas para enfrentar los problemas locales.

- EL CONJUNTO DEL GRUPO NO VALIDO PLENAMENTE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN COORDINACION CON OTRAS ORGANIZACIONES DE LA POBLACION, específicamente el trabajo con Llareta en el Cabildo Comunal y con Participación Vecinal² en la campaña destinada a la erradicación de basurales, pese a que el 50% del grupo participó y reconoció explícitamente la importancia de coordinarse con otros.
- NO SE LOGRO CONSTITUIR LA COMISION DE SALUD DE LA UNIDAD VECINAL, CON LA PARTICIPACION DEL NUEVO GRUPO DE SALUD, LLARETA Y DIRIGENTES DE LA JUNTA DE VECINOS, debido al surgimiento de una iniciativa de coordinación amplia, que condujo a la realización del Pre-Cabildo y Cabildo Comunal. Ambas actividades concentraron la atención y participación de los/las dirigentes de Juntas de Vecinos y demás organizaciones sociales del sector; movilizandó a un importante número de vecinos de la población La Bandera y de San Ramón, sin embargo, esta coordinación no logró mantenerse en el tiempo y revertir la ya crónica falta de participación social.

4.3 PROYECCIONES DEL PROCESO DE FORMACION DE UN NUEVO GRUPO DE SALUD

Concluida la Capacitación a comienzos del mes diciembre, EPES siguió asesorando al grupo, iniciando así la etapa de Consolidación Grupal, apoyando la realización de una jornada destinada al fortalecimiento de las capacidades de autoconducción del grupo, la elección de dos coordinadoras (dirigentas) por parte del grupo, la definición de líneas de trabajo para el año 1992, así como el desarrollo de actividades comunitarias como la animación y colaboración del grupo en la celebración de la Pascua Popular organizada por la Junta de Vecinos N°3.

² Dicha coordinación agrupó a organizaciones y dirigentes sociales de la Población La Bandera y se mantuvo más allá del tiempo en que trabajó junto a otras organizaciones y dirigentes en la organización y convocatoria al Pre-Cabildo y Cabildo Comunal.

En marzo de 1992 después de un trabajo de convocatoria realizado por EPES y una de sus coordinadoras, el grupo reinició sus actividades. Los primeros meses del año se caracterizaron por una gran rotación e inestabilidad en la participación de sus integrantes.

En sus primeras reuniones el grupo discutió la convocatoria a participar en una campaña de vacunación dirigida por el Consultorio a algunas de sus integrantes. Esta situación provocó malestar en las monitoras, especialmente en quienes asumieron roles de coordinación (también en EPES), sin embargo este hecho no fue percibido de igual forma por todas las monitoras, por el contrario, algunas se sintieron especialmente reconocidas con esta convocatoria, de tal modo que participaron en la actividad sin cuestionar que la convocatoria no fuera dirigida al grupo como tal.

La situación se abordó formalmente en una entrevista con el equipo del Consultorio. Las posteriores convocatorias del Consultorio llegaron al grupo, pero también a las monitoras en forma individual; de hecho, una vez restablecidos los nexos entre las monitoras y el equipo del Consultorio a partir de la campaña de vacunación, se mantuvo una relación bilateral más o menos permanente. Esto impactó negativamente en la permanencia de algunas monitoras en el grupo, pues quienes interpretaron este hecho como un acto de reconocimiento del Consultorio a su calidad de monitoras capacitadas, se restaron de las actividades del grupo.

A partir de junio el grupo se afianzó constituyéndose finalmente con 5 monitoras, asumiendo una mayor identidad que se expresó en el debate y elección del nombre del grupo: Domo Amulei (mujer que avanza). Entre julio y octubre de 1992 el grupo desarrolló un interesante trabajo en prevención del embarazo adolescente. La actividad consistió en la realización de una exposición de paneles informativos en escuelas y sesiones de video-foro sobre embarazo adolescente con alumnos de los 7º y 8º años de tres escuelas situadas en las comunas de San Ramón, La Pintana y El Bosque, además de la realización en una de las escuelas de sesiones de video-foro con padres, madres apoderadas/os.

Dicha actividad comunitaria fue motivada por la Campaña "Prevenamos el Embarazo Adolescente" organizada por el Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos³. La Campaña originalmente consideraba la discusión del video "Colores al Desnudo" y la consulta a alumnos de enseñanza media destinada a recoger sus propuestas para prevenir el embarazo adolescente.

³ *El Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos es una coordinación que agrupa a ONGs y organizaciones de base a nivel de Santiago y provincias. Anualmente desarrolla campañas sobre problemas específicos que afectan la salud de las mujeres, proveyendo de materiales e insumos a los organismos que lo integran. EPES es miembro del Foro, participa y distribuye los materiales y convocatorias de las campañas a grupos de salud y otras organizaciones de base que no están directamente vinculados al Foro.*

Otra importante actividad del grupo, fue la preparación de su participación y promoción del Primer Seminario de Salud Comunal de San Ramón. Con esta actividad también se proyectó la relación establecida por EPES con la Junta de Vecinos N°3, facilitada por la participación de una de sus dirigentas, en el equipo intersectorial a cargo de realizar el curso que da origen al grupo Domo Amulei, y quien en 1992 asumió la representación de la unidad vecinal en la Unión Comunal de Juntas de Vecinos de San Ramón.

La integración de la monitora de salud y dirigente de Junta de Vecinos al trabajo del Departamento de Salud de esta organización comunal, abrió la posibilidad de que EPES fuera invitado a asesorar metodológicamente el proceso de convocatoria y realización del Primer Seminario de Salud Comunal. En dicho evento celebrado el 29 y 30 de agosto de 1992, se levantó un diagnóstico de la situación de salud en la comuna y se formularon propuestas tendientes a enfrentar las necesidades y problemas identificados por las 79 personas que participaron, entre las cuales se encontraban los concejales recién electos y representantes de Juntas de Vecinos, grupos de salud y otras organizaciones de base, Consultorios y COSAM de la comuna, Servicio Metropolitano Sur-Oriente y ONGs. .

El Primer Seminario Comunal de Salud consideró la presentación de diagnósticos por parte de los organismos de salud municipales, ONGs y organizaciones de base, entre las cuales estuvieron los trabajos preparados por los grupos de salud Llareta y Domo Amulei quienes aportaron con ponencias y carteles al desarrollo del Seminario.

El Primer Seminario Comunal de Salud de San Ramón se proyectó en la conformación de una comisión intersectorial constituida por organizaciones de base, trabajadores de salud municipalizada, autoridades electas y ONGs, la que logró reunirse en 7 oportunidades, desapareciendo a finales de 1992.

A finales de 1992 el grupo Domo Amulei se integró a la Red de Salud Mental de San Ramón; en 1993 continuó trabajando en la prevención del embarazo en adolescentes y durante 1994 se integró al equipo de coordinación de la Muestra Muralística Más Grande de Chile, impulsada por la organización juvenil CAIN, participando también, en campañas coordinadas con otras organizaciones e instituciones destinadas a la erradicación de basurales de la población La Bandera, desapareciendo como grupo en 1995.

5. Conclusiones

En el desarrollo de esta experiencia de trabajo intersectorial EPES no pudo sino reconocer la dificultad para impulsar acciones que demandan una puesta en común de estrategias de trabajo, donde confluyen visiones acerca del proceso de salud-enfermedad, concepciones del trabajo comunitario, concepciones educativas, diferencias de poder en términos de posición social y experiencias distintas.

Si bien dicha situación fue prevista por EPES al iniciar el proceso, la verdad es que nuestro diagnóstico de realidad fue insuficiente, pues no teníamos una comprensión cabal del impacto que tenía en el personal del Consultorio, la falta crónica de trabajo en equipo (tal como nosotros lo entendemos) y por tanto, la dificultad y tensión que podría significar el generar un proceso en el cual era necesario explicitar y discutir propuestas en torno a contenidos, técnicas e instrumentos a aplicar en el trabajo de capacitación, lo cual no suele suceder en una estructura jerárquizada donde los profesionales no acostumbran socializar el cómo abordan las tareas propias de su rol.

Muchas de las tensiones en el equipo intersectorial, se relacionaban con diferentes valoraciones acerca del conocimiento y de lo que es de nuestro dominio y lo que es de otro. Ello se expresó también al interior del equipo del Consultorio, donde los contenidos propiamente de salud, por ejemplo las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), debían ser abordados por el médico y los de nutrición por la especialista respectiva; autocensurándose la posibilidad de tener sugerencias respecto a orientaciones, énfasis y técnicas con que deberían ser tratados aquellos temas que no eran del propio dominio profesional.

Lo anteriormente señalado claramente se contradice con la idea de capacitar pobladoras/es para que a su vez ellas/ellos puedan replicar ciertos contenidos o las capacitaciones en su población. De hecho en el trabajo de planificación de las sesiones del taller, más de alguna vez se expresaron aprehensiones respecto a la información posible de socializar, lo cual probablemente incidió en el escaso esfuerzo desplegado por el equipo del consultorio, para elaborar materiales y otros instrumentos en vistas a facilitar tal réplica de contenidos.

Tales aprehensiones respecto al saber en salud, a nuestro juicio dificultan visualizar al monitor o monitora en una situación de autonomía respecto al nivel técnico-profesional, por ello no es extraño que aparezca mucho más coherente, la imagen tradicional del agente comunitario de salud que se relaciona con el nivel técnico, colaborando estrecha y supervisadamente en la implementación de algunas acciones.

Dada esta visión tradicional de las monitoras entre las/los integrantes del equipo intersectorial, tuvo especial relevancia la activa participación de los representantes del grupo de salud Llareta, tanto en el equipo como en las sesiones educativas. A través de sus testimonios las monitoras en formación, pudieron conocer experiencias muy concretas de educación, asistencia, movilización y solidaridad para abordar los problemas de salud de su población realizadas por esta organización. Asimismo, dada la participación de Llareta en la Coordinadora Metropolitana de Grupos de Salud, en funcionamiento desde 1988, el nuevo grupo pudo tener una perspectiva histórica del trabajo desarrollado por las organizaciones poblacionales de salud.

No obstante nuestra valoración de la participación de dirigentes/as sociales en el equipo intersectorial, lo cierto es que sus opiniones no siempre fueron bien recibidas por todos los demás miembros del equipo intersectorial. Expresándose en esas ocasiones, cierta falta de flexibilidad y disposición para buscar salidas a las tensiones y frustraciones que tiene la población con los servicios de salud, las que inevitablemente se van a expresar a la hora de abrir espacios de interlocución. Como en otras oportunidades, pudimos constatar que la negación y/o descalificación que hacen algunos profesionales de las percepciones que tiene la población, aduciendo criterios técnicos cuya racionalidad no cuestionan, no ayudan a profundizar en el diálogo y construcción de espacios para trabajar conjuntamente, ni menos aun, en la búsqueda de alternativas para superar las deficiencias del sistema.

También cabe la reflexión acerca de las técnicas participativas, las que al parecer encuentran seguidores con cierta facilidad, sin embargo, cuando éstas obedecen a una propuesta metodológica como la educación popular que tiene entre sus fundamentos cambiar las relaciones de poder entre educadores y educandos y no solamente incluir el aspecto lúdico en las actividades educativas, resultan ser disfuncionales a estrategias de trabajo comunitario orientadas a extender las acciones tradicionales de los Consultorios, puesto que una vez abierto el espacio de interlocución y estimulado el trabajo a partir de procedimientos que permiten situarse horizontalmente en la planificación y realización de las tareas, los equipos de salud van a estar desafiados al debate de aspectos que tocan la política de salud y la coyuntura social y política local.

Finalmente confirmamos que se requiere bastante más que buena voluntad -aunque ésta sea imprescindible- si se quiere generar procesos de participación comunitaria. Se necesita de una estructura de salud que facilite y tenga grados de flexibilidad suficientes para adecuarse a las necesidades que los grupos comunitarios van manifestando en el transcurso de una relación de trabajo conjunto; como asimismo, flexibilidad para incorporar o integrarse a iniciativas propuestas por otros actores, las que pueden aportar a una mayor articulación de grupos comunitarios y por ende a ampliar el impacto de acciones de prevención y fomento de la salud con la participación de la comunidad.

Red de Salud Mental de San Ramón, 6 años de Trabajo Coordinado por una Mejor Vida en la Comuna. 1992-1998

Eladio Recabarren, Educador de EPES

1. Introducción

Los orígenes de la Red de Salud Mental de San Ramón se remontan a los años 1991-1992 período en que convergen dos procesos, uno de ellos alentado por las nuevas orientaciones de la política de salud del gobierno de transición y el otro corresponde a la continuidad del trabajo de organización y coordinación territorial impulsado por los pobladores y organismos no gubernamentales.

Dadas las nuevas orientaciones de la política de salud, en orden a impulsar la participación de la comunidad en el nivel primario de atención, el Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente (SSMSO), con el antecedente de un incipiente trabajo comunitario por parte del entonces Centro de Adolescencia -actualmente Centro Comunitario de Salud Mental- COSAM, propone la generación de un trabajo en Red, el que impulsa a través del COSAM con la convocatoria y realización de una Jornada en San Ramón (1991), en la cual diversos organismos locales deciden dar el vamos a la conformación de una Red de carácter intersectorial, iniciativa que logra plasmarse a partir del último trimestre de 1992.

La constitución de la Red también obedece a la continuidad de un trabajo de organización y coordinación social en temas de salud y condiciones de vida desarrollado a lo largo de los años 80 en la población La Bandera, por los grupos de salud Llareta, Amulei, Domo Amulei, juntas de vecinos y otras organizaciones sociales, la Iglesia Católica, EPES y otros organismos no gubernamentales que en distintos períodos se insertaron en este proceso que logra proyectarse a principios de los noventa, con lo que fue el Primer Seminario de Salud Comunal de San Ramón realizado el 29 y 30 de agosto de 1992.

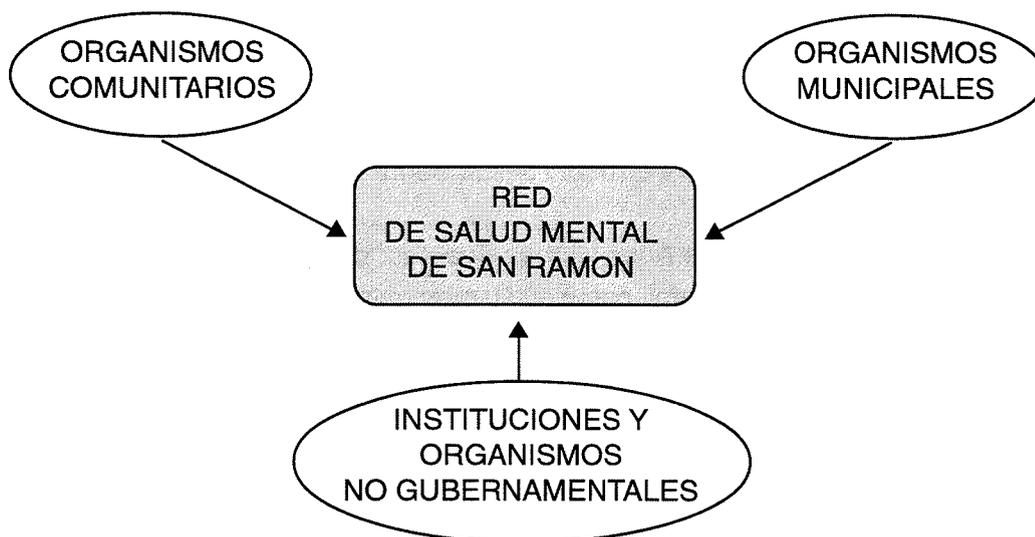
Dicho evento impulsado por la Unión Comunal de Juntas de Vecinos, Grupos de Salud y EPES permitió levantar un diagnóstico y propuestas con la participación de las/los trabajadores de salud de los dos consultorios de la comuna, COSAM, concejales recién electos, representantes del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente, organizaciones sociales y organismos no gubernamentales. Entre las propuestas del Primer Seminario destacó la

necesidad de avanzar en la creación de instancias de participación y coordinación donde este diálogo intersectorial pudiera proyectarse para abordar las necesidades y problemas de salud de la comuna con una visión integral y de mejoramiento de la calidad de vida sus habitantes⁴.

Ambos procesos plantean a los diversos actores involucrados, la necesidad de levantar respuestas frente a una Salud Mental gravemente deteriorada por condiciones de pobreza e indigencia de la comuna, inestabilidad laboral y cesantía, pérdida o erosión de la confianza y solidaridad entre los vecinos como secuelas de la represión masiva y de la lógica de “seguridad ciudadana”; deficiente atención de los servicios de salud, aumento del embarazo adolescente entre otros problemas juveniles; falta de áreas verdes, daño ambiental y más recientemente la creciente drogadicción, consumo de pasta base y delincuencia.⁵

2. ¿Quiénes Integran o han Integrado la Red ?

Un aspecto central en la sobrevivencia y desarrollo en el tiempo de la Red de Salud Mental de San Ramón, ha sido la permanencia a través de los años de un número significativo de organismos provenientes de tres vertientes de acción intersectorial: lo comunitario, lo municipal, lo institucional o no gubernamental.⁶ El siguiente esquema grafica las tres vertientes que integran y construyen la Red.



⁴ El documento que recoge el diagnóstico y propuestas levantadas en el Primer Seminario de Salud Comunal de San Ramón se encuentra disponible en el Centro de Recursos para la Acción de EPES.

⁵ Recabarren, E. "La Red de Salud Mental de San Ramón 1993-1994, Dos años de trabajo coordinado por una mejor vida en la comuna", 1994. Presentación realizada en las XII Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Educación para la Salud.

⁶ Comisión Coordinadora Red de Salud Mental, Informe Evaluación del Plan de Trabajo 1995 y Proyecciones para 1996, Enero 1996. Documento Interno.

Un promedio de 16 organismos ha sido la constante en estos 6 años, que es el número de organismos contenidos en la primera edición del “Directorio de Servicios de la Red de Salud Mental de San Ramón” publicado en 1995. Actualmente un número similar de organismos la integran y estarán contenidos en la 2ª edición del Directorio de la Red a publicarse durante 1998.

A continuación presentamos una relación de organismos que participan o han participado de la Red:

ORGANISMOS COMUNITARIOS:

- Grupo de Salud Llareta de La Bandera
- Iglesia Luterana de La Bandera
- Colectivo de Mujeres Educadoras Populares (ex Monitoras del Programa “Mujer, Embarazo y Género” del Comité Chileno de Servicio Cuáquero)
- Centro de Educación Comunitaria Belén (hasta 1997, Jardín Infantil Belén de La Bandera)
- Jardín Infantil “La Hormiguita”, La Bandera de la JUNJI.
- Casa de la Mujer Pobladora, Equipo de Solidaridad de la Vicaría Sur, Iglesia Católica. (reintegradas en 1998).

Inicialmente y hasta su disolución participó el Grupo de Salud “Domo Amulei” formado por EPES en 1991 como parte del trabajo intersectorial impulsado con el Consultorio La Bandera, Grupo de Salud Llareta, y las Juntas de Vecinos N° 3 y 5.

También en los primeros años de la Red participaron el Jardín Infantil “Los Cariñositos” y el Programa de Salud Mental de la Parroquia Jesús Señor de la Vida.

La “Escuela Experimental de Artes Hernán Fuentes” de La Bandera se ha acercado a la Red para promover su trabajo cultural, como en su momento lo hizo el Grupo CAIN en el marco de la “Muestra Muralística más grande de Chile” realizada en 1994.

ORGANISMOS MUNICIPALES:

(a) Sector Salud

- COSAM- Centro Comunitario de Salud Mental Familiar
- Equipo de Salud Escolar
- Consultorio La Bandera
- Equipo de Gestión Municipal en Drogas
- Programa de Salud Mental del Departamento de Salud Municipal

Tres organismos del sector salud que participaron activamente en la Red, a partir de 1998 ya no participan por distintas razones:

- Consultorio de Salud Primaria San Ramón Norte
- Equipo de Reforzamiento Psicosocial (como programa se termina a finales de 1997)
- UTIA-Unidad de Tratamiento e Investigación en Adicciones (en 1997 se acabó como programa del Servicio Sur-Oriente).

Hasta 1994 participó el Consultorio La Bandera, quienes se retiraron formalmente por imposibilidad de asistencia de su representante por no contar con tiempo considerado para la Red y recursos para participar y potenciar la Red en su planificación como Consultorio. A principios de 1998 se ha reintegrado activamente.

A partir de 1998, la estructura de los programas y equipos de salud ha sido modificada verificándose dos hitos que impactarán la composición de la Red. Se constituye un Equipo de Salud Mental Comunal integrado por COSAM, Salud Escolar y una parte del ex-Equipo de Reforzamiento Psicosocial, (disuelto y reasignado su personal a finales de 1997), y constitución del Equipo municipal de Gestión en Drogas, coordinados por el Programa de Salud Mental de la comuna.

(b) Sector Educación

- Escuela D 533 Nanihue
- Red de Orientadores Vocacionales y Familiares
- Oficina Municipal de la Infancia (se incorpora luego de participar en 1997 como Equipo RIA-Red Infancia y Adolescencia).

De manera irregular participó inicialmente el Liceo Purkuyén de San Ramón Norte.

(c) Otras instancias municipales

- Programa Mujeres Jefas de Hogar

En 1995 DIDECO tuvo una representante permanente en las reuniones y actividades, asumiendo en los años posteriores una relación de interlocución con la Red pero sin representación directa. También y hasta 1996 la Oficina Municipal de la Juventud participó como organismo miembro de la Red.

INSTITUCIONES / ONGS:

- CAD-Centro de Atención Diurna, desde 1997 CAIC-Centro de Atención Integral Comunitario.
- Centro de Reinserción Social de Santiago, Gendarmería de Chile, Programa Libertad Vigilada.
- Comité de Servicio Chileno (ex-Cuáquero), Programa Mujer, Embarazo y Género.
- EPES - Educación Popular en Salud.

Hasta 1996 participó activamente en la Red la ONG CENPROS, otra ONG que estuvo en los inicios fue Médicos del Mundo. La Casa de Acogida de la Vicaría de la Esperanza Joven mantuvo su participación hasta finales de 1997. Señalar también la inestable participación de algunas instituciones como el ex-Centro de Atención Diurna-CAD hoy CAIC que debe ser cada año reconvocado por la alta rotación de sus instancias de dirección.

Por su parte el Servicio de Salud Sur se ha planteado como un interlocutor de la Red pero no como integrante.

3. Objetivos, Areas de Trabajo y Actividades de la Red

Si bien en diferentes momentos se han redactado propósitos y objetivos de la Red, rescatamos los formulados para el proyecto 1995, período de profundización de su estructura y programa de trabajo.

Propósito

“Contribuir al bienestar bio-psico-social de la población como factor coadyuvante del desarrollo local”.

Objetivos Generales

1. Propender a dar solución a nivel local a los problemas de salud mental que afectan a la comunidad.
2. Prevenir situaciones-problemas de salud mental a nivel local.
3. Coordinar y articular recursos existentes en la comuna que enfrente la problemática de Salud Mental.

Objetivos específicos

1. Conocer con mayor profundidad las problemáticas de la Salud Mental que afectan a nuestra comuna.
2. Impulsar acciones masivas con el fin de compartir el enfoque comunitario de salud mental utilizado en la Red.
3. Difundir permanentemente información a nivel local que optimice tanto los recursos disponibles como la gestión de los integrantes de la Red en lo que a salud mental se refiere.
4. Consolidar una orgánica de funcionamiento al interior de la Red que le permita desarrollar un plan de trabajo tendiente a cumplir su propósito.
5. Evaluar constantemente todas las acciones que la Red lleve a cabo a nivel local.

Para el período 1996 - 1997 y dando cuenta ya de una mayor estructura y plan de trabajo operativo, los objetivos específicos fueron:

1. Coordinar, potenciar y articular recursos existentes en la comuna para enfrentar problemas de salud mental.
2. Desarrollar acciones dirigidas a sensibilizar a la población para prevenir la Violencia intrafamiliar.
3. Contribuir a la prevención del estrés en los profesionales del sector salud.

El siguiente cuadro muestra en términos generales las 3 áreas de trabajo que se han ido estructurando, tanto en lo interno como externo y las diversas actividades desarrolladas en esas áreas.

Areas de Trabajo	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Referencia y Soporte Comunitario • Educación, Prevención y Promoción de la Salud Mental • Fortalecimiento, gestión de recursos materiales y financieros y organización interna de la Red 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de un Sistema de Derivación y transferencia horizontal de recursos de salud mental comunitaria en base a Directorio de Servicios y Hoja de derivación. • Talleres de manejo de estrés dirigido a profesores municipales. • Talleres sobre Violencia Intrafamiliar con mujeres apoderadas de escuelas municipales. • Actividades de prevención del maltrato y abuso sexual de niñas y niños. • Jornada Taller sobre Abuso Sexual Infantil con agentes educativos. • Desarrollo de Ferias de Salud Mental en espacios comunitarios • Difusión a través de Cartillas y Afiches de la Red. • Talleres de Autocapacitación interna dirigidos a los equipos que integran la Red en temas como Salud Mental y Género, Sexualidad y Salud Mental, Abuso Sexual Infantil, Creatividad para el fortalecimiento de equipos de trabajo, Comunicación y Relaciones Humanas. • Asambleas mensuales, reuniones de Comisiones de trabajo, Jornadas de Planificación y Evaluación, Coordinación y Representación de la Red.

Respecto al Programa de Trabajo, cabe señalar que la Red ha ido progresivamente madurando en su estrategia y programa de trabajo temas centrales, enfoques, sujetos prioritarios y metodologías.

Temas centrales:

Uno de los grandes temas de la Red ha sido el de la **Violencia**, entendido como *Violencia Doméstica* que afecta mayormente a las mujeres y también a niñas y niños. También se ha abordado en su expresión de *Maltrato y Abuso Sexual Infantil*, buscando conectar el trabajo sobre Violencias con ámbitos como la *sexualidad, los roles sexuales y sus implicancias para la salud mental, integrando la perspectiva de género* como enfoque transversal de la reflexión y práctica de la Red en torno a los problemas de violencia.

El énfasis temático de la Red busca responder a la extensión del problema de violencia como a su impacto en la salud mental de los habitantes de la comuna. Al respecto el maltrato y abuso sexual infantil, ha sido corroborado por el diagnóstico comunal sobre situación de la Infancia y Adolescencia realizado en San Ramón durante 1997, en cuyo informe se destaca que “La temática de la violencia en la familia pobladora y en particular del maltrato infantil y abuso sexual, ha sido relevado por la Red de Salud Mental, que a efectos de abordarle ha desarrollado diversas jornadas de capacitación destinadas a los propios habitantes de la comuna, así como agentes educativos de ella”⁷.

Otra área temática ha sido el del **Estrés**, centrado en las condiciones de vida y desempeño laboral de actores comunitarios como los profesores y trabajadores de salud, y su relación con estrategias de manejo individual y de construcción y fortalecimiento de los equipos de trabajo comunitario. Ha sido relevante en la estrategia de la Red, el “rol contenedor y validador” de los profesionales, técnicos, líderes sociales participantes de la Red, permitiendo la formulación práctica de un modelo de construir equipo que sea coherente con los problemas abordados y las estrategias de superación que se impulsan. En este sentido el “estrés” es una entrada a temas *como condiciones de trabajo, calidad de vida, equipos de trabajo comunitario, autoestima y desarrollo personal de las y los agentes educativos*.

Enfoques:

Tres enfoques globales han cruzado el quehacer de la Red:

- Visión integral y comunitaria de la Salud Mental
- La Perspectiva de Género
- La salud mental como un derecho humano de las y los pobladores

⁷ “Diagnóstico Comunal sobre situación de la Infancia y la Adolescencia en San Ramón 1996-1997”, I.M.San Ramón-RIA, Noviembre 1997.

En este sentido se ha ido configurando un cierto marco conceptual desde donde la Red se posiciona para abordar la reflexión, planificación, ejecución y evaluación de sus acciones. Sin duda ésto no es uniforme, siendo más bien un aporte y consenso entre los grupos comunitarios y no gubernamentales, sin embargo, va constituyendo una tendencia mayoritaria que no sólo no es resistida por los funcionarios de salud y educación municipal, sino que ha permitido ampliar sus visiones y estrategias para trabajar con la población.

Sujetos prioritarios:

Si bien la Red apunta a beneficiar ampliamente a las y los pobladores, las acciones se han ido focalizando tanto por los temas como por las estrategias y metodologías. En este sentido podemos señalar que “sujetos centrales” del quehacer de la Red son:

- Mujeres pobladoras
- Niñas y niños de la población.
- Familia pobladora
- Profesores municipales
- Trabajadores de salud municipalizada
- Los propios agentes comunitarios de la Red

Esta amplitud de beneficiarios permite multiplicar el impacto del trabajo, sin embargo de igual modo, se han priorizado las mujeres y niños pobladores, por ser mayormente discriminados y afectados por la violencia doméstica, el maltrato y el abuso sexual y la falta de oportunidades laborales y/o educacionales.

Metodologías:

La Red ha privilegiado fundamentalmente metodologías educativas y promocionales que podemos agruparlas en:

- Jornadas y Talleres educativos hacia la comunidad
- Talleres de Autocapacitación interna
- Ferias de Salud Mental
- Difusión de la Red
- Sistema de Derivación y referencia en salud mental integral.

Un aspecto a destacar ha sido el esfuerzo por sistematizar las jornadas y talleres a fin de dar continuidad a la construcción de enfoques y estrategias de intervención, lo que va permitiendo multiplicar el impacto. Esto no ha sido correspondido con un financiamiento que permita una mayor calidad de diagramación, impresión y distribución, lo que constituye un obstáculo para la visibilidad de las metodologías trabajadas.

Otro asunto relevante es el del Directorio de Servicios y Sistema de Derivación que pone en práctica un sistema horizontal de referencia y derivación de recursos en salud mental, el que considerando las formas tradicionales de entender los servicios o prestaciones en salud, involucra un concepto de salud mental integral donde todos los organismos ponen a disposición servicios para la población.

En 1993-1994 se inició de manera poco estructurada la referencia de beneficiarios entre los organismos de la Red, constatándose que ésto permitía contar con más alternativas terapéuticas y promocionales que el brindado por los marcos habituales de derivación en la atención primaria. En 1995 se diseñó un Directorio en base a los 16 organismos existentes ese año y se imprimieron muy austeramente 50 ejemplares, junto con 1000 hojas de Derivación, constituyendo un instrumento muy práctico, aún insuficientemente evaluado, ni acompañado por el Servicio o la municipalidad, pero de gran utilidad para ir buscando formas más creativas y oportunas para dar respuesta a una cada vez más amplia, diversa y compleja demanda en salud mental.

4. Niveles de Cobertura de las Acciones de la Red

Si bien en toda acción comunitaria se busca impactar la mayor cantidad posible de gente, lo cierto es que las acciones de la Red han privilegiado los aspectos procesales y cualitativos, fundamentalmente por ser una Red de carácter operativo que no cuenta con recursos propios. Un perfil emergente de la Red ha sido el de aportar enfoques y metodologías de trabajo para el quehacer de los diversos organismos miembros. Esto se ha expresado en fortalecer los temas y sujetos de la Red y las transferencias o recreación de metodologías. Las acciones masivas han sido las menos, centradas fundamentalmente en las Jornadas con mujeres, niñas, niños y con profesores, como las cinco Ferias de Salud Mental desarrolladas entre 1993 y 1997.

En este sentido es necesario analizar los **cuatro niveles de impacto** formulados en el Proyecto elaborado para el año 1995 donde se plantean “dos niveles de impacto posibles de cuantificar y dos niveles que por tener carácter cualitativo no son posibles de estimar numéricamente”.

Primer nivel de impacto: es el resultado de la cobertura directa alcanzada a través de las actividades que contempla el programa de actividades de la Red. Ejemplo: Jornada “Violencia en la Familia Pobladora” 1995, 80 mujeres.

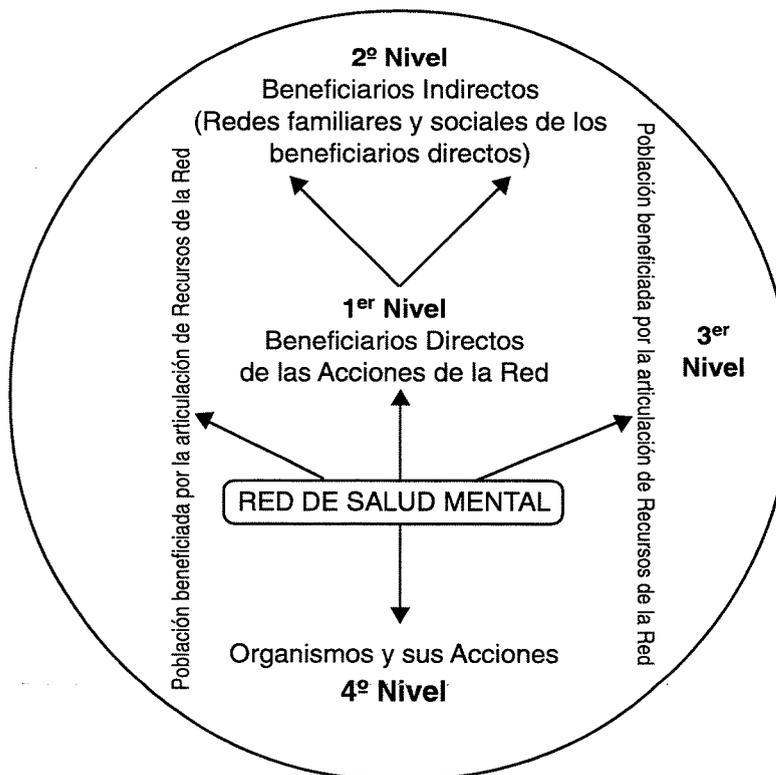
Segundo nivel de impacto: es el resultado de la cobertura indirecta, calculada en base al número de integrantes de los grupos familiares de los individuos que participarán directamente

en las actividades del proyecto. Ejemplo: Jornada “Violencia en la Familia Pobladora”, cobertura directa 80 mujeres, cobertura indirecta sus familias, a un promedio 5 personas por núcleo, representarían 400 personas.

Tercer nivel de impacto: no cuantificable y corresponde al producto de la coordinación de los distintos recursos que ofrecen los organismos que integran la Red y que posibilitan dar un mejor nivel de respuesta a las necesidades de salud mental que demanda la población en los aspectos médico-asistencial, en capacitación, en servicios y orientación. Esto se refiere muy concretamente al uso del Sistema de Derivación facilitado por el Directorio de Servicios de la Red y a los diversos grados de colaboración y apoyo bilateral surgidos en el marco de la Red. Un ejemplo de esto último sería el trabajo del equipo de Maltrato Infantil que retroalimenta su quehacer con el enfoque, metodologías y recursos técnico-profesionales de la Red.

Cuarto nivel de impacto: es el resultado del proceso de aprendizaje, capacitación profesional y acceso a información técnica por parte de los organismos que participan en la Red y que permite enriquecer cada uno de los servicios específicos que entregan a la comuna. Nos referimos aquí a los talleres de autocapacitación interna como a las informaciones y análisis compartidos en las reuniones de la Red. Asumimos que estos enfoques y metodologías benefician y cualifican directamente las actividades propias de los organismos de la Red.

El siguiente esquema grafica estos cuatro niveles de impacto de la Red:



5. Las Formas de Organización, Funcionamiento y Fortalecimiento Interno de la Red o Cómo Sobrevivir en Medio de la Falta de Recursos y Políticas de Salud Mental

5.1 Formas orgánicas

La Red ha buscado articularse de manera colectiva, democrática y autónoma. Su concepción consideró la existencia de una Coordinación colectiva y representativa de las distintas sensibilidades y sectores sociales e institucionales participantes, así como asignar a la asamblea mensual un rol central en la definición de objetivos y carácter de las actividades. Además para asegurar este “control colectivo” de la Red se ha trabajado en torno a Comisiones de trabajo por actividad que no tienen carácter permanente, pero que buscan involucrar activamente a los organismos en el quehacer concreto, fortaleciendo la apropiación de contenidos, enfoques y metodologías.

Esta propuesta “democratizadora y colectiva” ha impactado positivamente la participación y apropiación de la Red por parte de las personas y organismos que la integran, pues constituye una alternativa a los modelos jerarquizados y de mera ejecución de políticas en las que mayormente se han desarrollado los organismos municipales e instituciones gubernamentales con base en la comuna. La ausencia de mecanismos de coerción o represión en el modelo organizacional de la Red, fortalece un actuar por convencimiento que refuerza la identidad y compromiso con el trabajo comunitario.

En un contexto social y comunitario de déficit de experiencias de coordinación exitosa, para las organizaciones sociales, municipales y no gubernamentales de la Red, ésta ha sido una real oportunidad de construir trabajo coordinado e intersectorial desde una visión participativa y de base.

5.2 Estrategias para dar vida interna a la Red

La vida interna de la Red se nutre no sólo de los aspectos programados o explícitos, sino también de elementos auxiliares de la concepción colectiva y democrática, como son el respeto por las opiniones y experiencias de las personas y organismos; la presencia de un sentido del humor no ingenuo, que busca por momentos distensar contextos de programación y ejecución enturbiados por falta de recursos y voluntades para sacar adelante el trabajo.

La evaluación y la planificación colectiva han sido instrumentos que se ha buscado cautelar, junto con la permanente difusión escrita de los acuerdos y las acciones.

La sistematización de algunas actividades también ha ayudado a valorar la propia práctica y difundir de mejor manera las visiones, conceptos y metodologías trabajadas. Esto ha sido muy claro en temas como Salud Mental y Género, Sexualidad, Violencia y Abuso sexual en la familia pobladora, entre otros.

5.3 Estrategias para relacionarse con instancias municipales y el Servicio de Salud.

Si bien la Red ha buscado cautelar su autonomía y su carácter de iniciativa comunitaria, no es posible negar la permanente participación de organismos y funcionarios municipales o del Servicio de Salud Sur-Oriente, que han promovido y validado la idea de mantener una relación estable con el municipio y el Servicio tanto en materias de financiamiento, como en los procesos de diagnóstico y priorización de iniciativas. Esto ha significado que a lo menos tres estrategias han configurado esta relación:

1. Formulación y presentación de proyectos anuales o por actividades para solicitar financiamiento y apoyo.
2. Participación en instancias de discusión comunal para plantear nuestra visión y difundir las actividades de la Red: Jornada Comunal de Salud Mental, II Congreso Comunal de Salud, Jornada y Diagnóstico de Red de Infancia y Adolescencia, Comisión Municipal de Prevención de Drogas, entre otras. Para el caso del Servicio no han existido instancias similares.
3. Reuniones con Direcciones tanto del Departamento de Salud como de la Dirección de Desarrollo Comunitario-DIDECO.

Estas estrategias de relacionamiento han pasado por diversas etapas y han generado procesos en la Red que han ido desde contar con altos grados de reconocimiento y algunos recursos para funcionar, hasta períodos de enorme entramamiento en el apoyo y valoración del rol e impacto de la Red.

Sin duda los bajos recursos para el sector salud y en particular para salud mental, la escasa conceptualización de la salud mental y la importancia de las redes, han atravesado esta relación, lo que junto a la rotatoria de encargados y directores de departamentos y programas tanto en el municipio, como en el servicio, han dificultado un mayor avance en esta materia. Además, la expectativa vigente del impacto cuantitativo, focalizado y de corto plazo, interfiere en una valoración permanente de estrategias más cualitativas y con impactos esperados en el mediano y largo plazo, como es la que año a año busca levantar la Red, sin duda no exenta de dificultades.

6. Logros, Dificultades y Desafíos de la Red

LOGROS

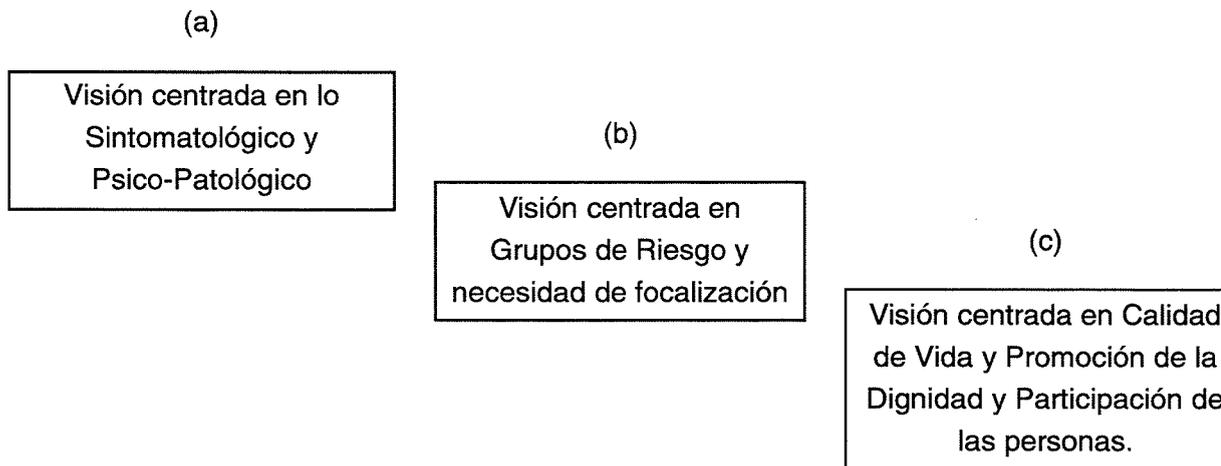
Algunos logros en estos años son:

- Organizar y dar permanencia a la Red ya por seis años.
- Avanzar en un reconocimiento y eventuales financiamientos desde el municipio y el Servicio de Salud Sur-Oriente. A este respecto, la Red ha sido reconocida como parte de los organismos de salud de la comuna. En la primera sección del Catastro Comunal de la Infancia y la Adolescencia 1997, destinada al área de salud, en su letra (E) se inserta a la Red de Salud Mental de San Ramón, identificado como un “organismo autónomo relacionado con el Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente y la Municipalidad de San Ramón”.
- Consolidación de un equipo más o menos permanente de organismos que la integran, lo que ha permitido dar una continuidad conceptual y programática al trabajo. Cabe señalar que de los grupos originales, a los menos 6 o 7 organismos de distintas vertientes se han mantenido participando juntos. Esto ha significado por ejemplo que siempre han existido representantes de alguno de los dos Consultorios de la Comuna, como también del COSAM, incorporando los diversos programas de salud mental que se han ido creando como Salud Escolar, el Equipo Psicosocial y la UTIA. Esto junto a grupos de pobladoras/es como el Grupo de Salud Llaleta y el actual Colectivo de mujeres educadoras populares, que han promovido su visión y experiencia de base. Junto a estas vertientes se ha mantenido la Institucional/No gubernamental donde ONGs como Cuáqueros (hoy Comité de Servicio Chileno) y EPES han contribuido con metodologías y enfoques comunitarios y de derechos humanos en el trabajo de salud mental.
- En relación a lo anterior la presencia de educadoras pre-escolares y profesores básicos y medios en la Red también ha sido una constante, contando con la presencia de Escuelas como Nanihue y la Red de Orientadores Vocacionales y Familiares que ha permitido impactar más ampliamente a las y los profesores con conceptos y estrategias promocionales. Asimismo, la permanente presencia de Jardines Infantiles, ha brindado una buena alternativa para capacitar a las educadoras, como asimismo, perfilar con mayor fuerza el trabajo en torno a derechos humanos de niñas y niños, enmarcados en la prevención del maltrato y del abuso sexual infantil.
- Se ha logrado avanzar en la construcción colectiva de un Concepto de Salud Mental ligado a las condiciones de vida, signos de esperanza y procesos comunitarios.
- La Red se ha constituido en un espacio formativo y de transferencia metodológica valorado tanto por los profesionales, agentes técnicos como por los pobladores.
- Se ha ido configurando un modelo democrático y no burocrático de constitución de redes y de participación comunitaria.
- Se ha avanzado en la implementación de un Plan de Trabajo que ha considerado profundizar en el diagnóstico de la realidad de la población; formular el sistema de derivación, el Directorio

de servicios y la Hoja de Referencia; la realización de cinco Ferias de Salud Mental; talleres de autocapacitación y Jornadas educativas para pobladores (mujeres y niños) y agentes educativos escolares y pre-escolares. Esto, mediante un trabajo de elaboración anual de Proyectos para financiar la Red y programación anual para direccionar el trabajo.

DIFICULTADES

- Una dificultad central ha sido la falta de financiamiento y de mayor respaldo municipal, lo que ha limitado la realización de actividades como en 1996 y 1997 donde gran parte del plan de trabajo fue postergado, a diferencia de 1995 cuando al contar con recursos suficientes y oportunos se logró impulsar masivas e importantes actividades educativas y promocionales.
- Junto con los avances, coexisten diferentes visiones sobre la Salud Mental comunitaria las que se expresan en la priorización de temas y actividades. Estas visiones podrían esquematizarse como sigue:



Al respecto durante 1998 se ha fortalecido la relación entre salud mental y promoción, calidad de vida y participación; aunque las prioridades de los organismos municipales y las urgencias de focalizar el trabajo que sigue promoviendo el municipio limitan esta visión.

- Falta de crecimiento y regularidad en la participación de organizaciones poblacionales, juveniles y de acción vecinal. Esta ha sido una constante preocupación tanto para EPES como para otros grupos. Se ha buscado ir ampliando la participación de organismos comunitarios, objetivo que tiene como gran obstáculo la aún vigente “crisis de participación y de propuesta propia” de los sectores populares, como el todavía lento acercamiento conceptual y metodológico de los actores técnico-profesionales a estrategias abiertas a la comunidad.
- La doble dependencia de la Atención Primaria en Salud dificulta la aplicación de políticas de participación comunitaria y limita su financiamiento.
- La ausencia de una política clara de Salud Mental Integral para la comuna.

- La representación en la Red de los servicios de Salud y Educación municipal sigue aún dependiendo de la buena voluntad y compromiso personal de los funcionarios. El plan de trabajo de la Red no ha sido parte de la programación de los Consultorios. (Este es un proceso que lentamente tendió a revertirse durante 1997 y 1998: los organismos de salud y educación han considerado tiempo para acciones de la Red, incorporándose en el plan anual de capacitación del personal de salud los talleres de manejo de estrés y sobre maltrato infantil dirigidos hacia trabajadores de la atención primaria en salud; también la Red ha sido considerada en el debate sobre realidad y plan de salud mental para la comuna, entre otros indicadores al respecto).
- La vulnerabilidad e inestabilidad laboral de los funcionarios municipales dificulta la conformación de equipos de trabajo que se comprometan con la realidad comunal, cuando ésta implica una mayor profundización del conocimiento e inserción local, mayor demanda horaria y de organización para asumir una estrategia comunitaria.
- Falta de continuidad en la capacitación de los equipos para trabajar en programas que incluyen componentes participativos.
- Mantención de climas y estructuras autoritarias en diversos organismos que dificultan el desarrollo de equipos comprometidos colectivamente con la reflexión y el trabajo de la Red.

DESAFIOS

Actualmente algunos desafíos que enfrenta la Red de Salud Mental de San Ramón son:

- Mantener y proyectar la Red.
- Lograr financiamiento para los planes anuales de trabajo.
- Lograr mayor reconocimiento en la práctica por parte de los equipos y organizaciones de salud y educación y de las autoridades intermedias.
- Generar espacios de debate técnico y metodológico que incorpore a funcionarios municipales de los niveles de dirección técnica y administrativa.
- Profundizar el diagnóstico en problemas como violencia doméstica, maltrato y abuso sexual infantil, alcoholismo y otras adicciones.
- Hacer del sistema de referencia un instrumento que permita precisar el diagnóstico y evaluar los recursos comunales.
- Otro desafío para la Red será el poder compartir el trabajo con otras comunas populares.
- Finalmente se hace necesario seguir avanzando en el desarrollo de una propuesta de Salud Mental para San Ramón que considere los aspectos preventivos, promocionales, de tratamiento y rehabilitación.

7. Conclusiones

Podemos concluir que la Red de Salud Mental de San Ramón ha desarrollado un real trabajo intersectorial, llevando a una práctica concreta y sostenida gran parte del discurso sobre intersectorialidad y abordaje coordinado de problemas locales desde organismos comunitarios.

Han existido en este período una serie de aspectos que han fortalecido y permitido la mantención de la Red, como la existencia de un núcleo de organismos cuya participación ha sido estable, la continuidad de áreas temáticas, beneficiarios y metodologías y un progresivo acercamiento en las visiones y enfoques de trabajo.

El carácter temático de la Red, como es la salud mental de la comunidad, no ha impedido el desarrollo de una estrategia de promoción de la salud centrada en la calidad de vida, el derecho a la salud y dignidad que tienen las y los pobladores, como también, los agentes comunitarios educativos y de salud.

La Red mayormente se ha construido en torno a instituciones municipales y no gubernamentales, experimentando un creciente aumento de organizaciones populares; manteniéndose vigente la necesidad de crecer aún más en las organizaciones comunitarias de carácter autónomo.

El reconocimiento y validación actual de la Red por parte del municipio, señala las modificaciones efectuadas a las políticas de desarrollo local que hoy se impulsan en San Ramón, las que también presentan enormes limitaciones por la incorporación del plan de trabajo anual de la Red a criterios de financiamiento sujetos a las programaciones de los equipos de salud de la comuna.

Han emergido nuevas tensiones en estos años a raíz de que no se ha podido madurar una visión común en materias de políticas de salud mental comunal, asunto que se ha visto afectado por una relación muy irregular con instancias municipales como también por la desarticulación de algunos equipos de salud mental e inestabilidad de los proyectos sociales e instituciones de desarrollo comunitario.

Finalmente para EPES que en todos estos años ha sido parte de la construcción y coordinación de la Red, ésta continuará representando un espacio concreto de trabajo intersectorial, desde donde promover el derecho a la salud y el rol de las organizaciones populares en la construcción de alternativas de cambio de las condiciones de vida de las y los pobladores.

Bibliografía

- Calvin, María Eugenia; Recabarren E. Eduardo. Taller Educativo de Prevención en Salud. 4º Sector Población La Bandera, Abril a Noviembre de 1991. Ponencia presentada en IX Jornadas de Educación para la Salud, organizadas por Ministerio de Salud y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. 18 al 20 de noviembre de 1991.
- Calvin, María Eugenia, Evaluación Curso/Taller La Bandera 1991. Documento interno. 24 de enero de 1992.
- Comisión Coordinadora Red de Salud Mental, Informe Evaluación del Plan de Trabajo 1995 y Proyecciones para 1996, Enero 1996. Documento Interno.
- EPES. Informe de actividades 1991-1992. Documento de trabajo.
- EPES. Informe de actividades Agosto-Diciembre 1992. Documento de trabajo.
- EPES. Informe de actividades Agosto-Diciembre 1994. Documento de trabajo.
- Grupo de Salud Domo Amulei y EPES. Informe "Propuestas para la Prevención del Embarazo en Adolescentes" Consulta a alumnos de Séptimo y Octavo año de Escuela Básica Nº286 "Galvarino" Comuna de La Pintana. Noviembre de 1993.
- Municipalidad de San Ramón y PRODENI. Catastro Comunal de la Infancia y Adolescencia, 1997.
- Municipalidad de San Ramón -Red de Infancia y Adolescencias (RIA). Diagnóstico Comunal sobre situación de la Infancia y la Adolescencia en San Ramón 1996-1997, Noviembre 1997.
- Red de Salud Mental de San Ramón, Documentos internos: Actas, Programas de trabajo.
- Red de Salud Mental de San Ramón Directorio de Servicios y Sistema de Referencia, 2ª edición, septiembre 1998.
- Recabarren, Eladio "La Red de Salud Mental de San Ramón 1993-1994, Dos años de trabajo coordinado por una mejor vida en la comuna", 1994. Presentación realizada en las XII Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Educación para la Salud.
- Unión Comunal de Juntas de Vecinos de San Ramón. Acta 1er. Seminario Comunal de Salud de San Ramón, 29 y 30 de agosto de 1992.

