



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

EL ROL DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA, MENCIÓN
PSICOLOGÍA COMUNITARIA**

NATALIA BEAMIN SANTANDER

Director(a):

Dra. Adriana Espinoza

Comisión Examinadora:

Dra. Adriana Espinoza

Dra. Loreto Leiva

Dr. Víctor Martínez

Santiago de Chile, año 2017

RESUMEN

Antecedentes: La figura del agente comunitario se ha desarrollado mundialmente en los últimos años, contextualizado en la participación comunitaria y en respuesta a la necesidad de mejorar el acceso a los servicios básicos de salud. Existe escasa evidencia en Chile del agente comunitario. Objetivo: Conocer el rol social de los Agentes Comunitarios de Salud de un CESFAM de la comuna de San Miguel. Metodología: Estudio cualitativo con abordaje fenomenológico social. Resultados: Las características del agente comunitario incluyen autovalencia, participación social, capacitación formal, vivir en la comunidad, motivación para ayudar, habilidades de comunicación y para identificar aspectos positivos y problemas.

El proceso de intervención considera cuatro etapas; realización de curso de formación, integración a reuniones semanales para asignación de labores, intervención y supervisión para seguimiento de casos. Las actividades realizadas se clasificaron en actividades comunitarias y de intervención individual con enfoque familiar. El rol se observa en tres ámbitos de desarrollo; en la comunidad, en el CESFAM y como nexo entre ambos.

El trabajo de los agentes comunitarios ha sido un aporte para la prevención y promoción de la salud, sin embargo, al ser una experiencia reciente, resulta interesante evaluar el impacto de estas intervenciones a mediano y largo plazo.

Palabras Clave: Agente comunitario, salud, rol.

ABSTRACT

Background: The community health workers figure has developed worldwide in recent years, in the context of community participation and in response to the need to improve access to basic health services. There's few evidence in Chile of the community health workers. **Objective:** To know the social role of Community Health Workers of a CESFAM in the San Miguel area. **Methodology:** Qualitative study with a social phenomenological approach. **Results:** Community health workers characteristics include self-evaluation, social participation, formal training, community living, a motivation to help, communication skills and to identify positive aspects and problems. The intervention process considers four stages; Training course, integration to weekly meetings for assignment of work, intervention and supervision to follow up cases.

The activities carried out were classified into community-based and individual intervention activities with a family approach. The role is seen in three areas of development; in the community, in the CESFAM and as a connection between both.

The work of community health workers has been a contribution to the prevention and promotion of health, however, being a recent experience in health care, it is interesting to evaluate the impact of these interventions in the medium and long term.

Keywords: Community, health, workers, role.

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	5
JUSTIFICACIÓN	9
CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL	13
Atención Primaria de Salud	13
Organización del CESFAM	15
Determinantes sociales en salud	16
Agentes Comunitarios en Salud	17
Participación en salud	21
Enfoque Comunitario	23
El Rol Social	25
CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO	27
Diseño	27
Colectivo de referencia	27
Criterios de inclusión	28
Recolección de información	28
Consideraciones éticas	29
Análisis de la información	30
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	32
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	64
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	67

REFERENCIAS.....	76
ANEXOS	84

INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue desarrollada y financiada en el marco del Proyecto MECESUP: UCH 1410 Innovando los modelos de docencia, gestión y atención clínico-comunitario en un Centro de Salud Familiar, en el cual se trabajó con un CESFAM de la Comuna de San Miguel, en Santiago de Chile.

Se realizó un estudio cualitativo con abordaje fenomenológico social, con el propósito de conocer el rol que ejercen los Agentes Comunitarios de Salud del mencionado Centro de Salud, desde la mirada de los propios Agentes Comunitarios y considerando también la mirada de profesionales del Equipo Multidisciplinario de Salud Mental que hubieran trabajado directamente con los agentes al momento de la investigación.

La atención primaria de salud constituye el primer contacto de las personas, familias y comunidad con la red de salud, por lo tanto se encuentra dentro de la comunidad y se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad a través de intervenciones de prevención, promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, entendiendo la salud como un complejo biopsicosocial (MINSAL, 2015).

Desde la Conferencia de Alma Atta en 1978, se ha planteado la necesidad de dirigir los esfuerzos hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, relevando el rol que las personas, familias y comunidades tienen sobre su propia salud, dejando atrás el paradigma biomédico centrado en el tratamiento y la enfermedad (Aguilar, 2012).

En este contexto, se proponen una serie de estrategias para alcanzar el objetivo de “Salud para todos en el año 2000”, dentro de las cuales destaca la participación social en salud, debido a que constituye una estrategia costo efectiva, que favorece el empoderamiento de las personas, familias y comunidades respecto de su salud, tanto en la identificación de sus necesidades, como en la planificación, intervención y evaluación de los procesos (Restrepo y Vega, 2009).

Romeo (2007) define la participación social como “los procesos sociales a través de los cuales los grupos, las organizaciones, las instituciones o los diferentes sectores (...), intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines, y se

unen en una sólida alianza para diseñar, poner en práctica y evaluar las soluciones”. Una forma de participación social la constituye el desarrollo de Agentes Comunitarios en Salud. Nelson, Money y Petersen (2016) consideran al agente comunitario de salud como un trabajador de salud que tiene una relación de confianza y cercanía con la comunidad en la que trabaja. Esta relación le permite servir de enlace o intermediario entre el Servicio de Salud, Servicios Sociales y la comunidad, facilitando el acceso a los servicios y mejorando la calidad y la competencia en la prestación de éstos. De este modo, el agente comunitario de salud también ayuda al desarrollo de capacidades de autocuidado tanto individuales y comunitarias a través de actividades como la educación para la salud, asesoramiento o consejerías sobre temas de salud, apoyo social y promoción de la salud (Nelson et al. 2016). En la literatura se ha descrito distintos campos de acción de los agentes comunitarios, por ejemplo, manejo y prevención de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas no transmisibles (Rachlis, Naanyu, Wachira, Genberg, Koech, Kamene & Braitstein, 2016; Rojas, Gerber, Tilton, Rapacki, & Sharp, 2015); cuidados del niño enfermo (Miller, Amouzou, Hazel, Degefie, Legesse, Tafesse & Bryce, 2015; Campbell, Brooks, Hosokawa, Robinson, Song & Krieger, 2015) cuidados del recién nacido y la madre (Mangwi Ayiasi, Atuyambe, Kiguli, Garimoi Orach, Kolsteren & Criel, 2015), salud mental y apoyo social (Agyapong, Osei, McLoughlin & McAuliffe, 2016; Lawn, Delany, Pulvirenti, Smith & McMillan, 2015; Smith & Kruse-Austin, 2015). Si bien los campos son muy diversos, todos ellos convergen en las actividades que realizan los agentes comunitarios en torno a estas temáticas, como lo son educación para la salud, apoyo social y acompañamiento terapéutico. En el caso de la educación para la salud, se abordan principalmente temas para el cuidado específico de ciertas patologías como VIH, tuberculosis (Rachlis et al, 2016), asma en niños (Miller et al, 2015), diabetes e hipertensión (Rachlis et al. 2015 y Rojas et al. 2015), entre otras, pero también se abordan temas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como es el caso del apoyo social y el apoyo a las madres de recién nacidos en cuanto a cuidados básicos (Mangwy Ayiasi et al. 2015; Smith y Kruse-Austin, 2015; Lawn et al. 2015 y Agyapong et al. 2016).

La educación para la salud se considera una de las principales herramientas de intervención de los agentes comunitarios de salud, debido a que facilita y favorece el empoderamiento

de las comunidades respecto de su propia salud y es a través de la educación que las personas logran realizar cambios significativos respecto de sus hábitos de salud (Bornstein et al, 2014).

Si bien existe evidencia en la literatura respecto del Agente Comunitario de Salud, habiendo consenso de que es una figura importante para las comunidades y para los servicios de salud, en tanto apoya estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las investigaciones en América Latina son limitadas, siendo Brasil el país donde existen más investigaciones al respecto y al revisar evidencias sobre la figura del agente comunitario en nuestro país es posible corroborar que es un fenómeno poco estudiado, en tanto existen escasas publicaciones sobre agentes comunitarios y las experiencias identificadas no han sido sistematizadas. Sin embargo en entrevistas personales a informantes clave sobre agentes comunitarios de salud, es posible entrever que existe una percepción de eficacia subjetiva de la labor de estos agentes en experiencias locales, la cual sin duda requiere de una investigación que pueda corroborar esta percepción, para poder afirmarla.

En Chile, a diferencia de otros países latinoamericanos como Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay, entre otros, hasta noviembre de 2016 no existía una definición oficial del Agente Comunitario de Salud que hubiera sido validada tanto por la Academia como por otras Instituciones, como el Ministerio de Salud.

Del mismo modo, las actividades que se adscriben a la labor del agente comunitario han sido recientemente descritas en el Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF, publicado en noviembre de 2016 por la Fundación EPES y la División de Atención Primaria (DIVAP) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Este manual contiene una revisión bibliográfica de la historia de los agentes comunitarios así como también de las funciones o actividades que ellos realizan de acuerdo con la experiencia de distintos países alrededor del mundo. El creciente interés por la figura de los agentes comunitarios responde en cierto modo a la inquietud generada desde los centros de salud que han comenzado una labor incipiente con estos agentes.

En este contexto, resulta interesante investigar respecto de la experiencia del CESFAM en torno a los Agentes Comunitarios de Salud, de manera de generar conocimiento sobre su labor y también para visibilizar esta experiencia dentro de la comunidad académica como un aporte para el desarrollo de futuras intervenciones con estos agentes como una forma de intervención comunitaria.

El trabajo de los agentes comunitarios de salud es también un fenómeno interesante de abordar desde la Psicología Comunitaria en tanto intervención comunitaria, especialmente en el contexto de salud actual y pensando en el desarrollo de políticas públicas desde la voz de las comunidades.

CAPÍTULO I ANTECEDENTES Y PROBLEMATIZACIÓN

ANTECEDENTES

En la Primera Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (APS), realizada en 1978 en Alma Ata, se establece que lograr el más alto nivel de salud es un objetivo mundialmente importante (Salud para todos en el año 2000), entendiendo la salud como un Derecho Humano que debe ser resguardado por los gobiernos de todos los países, haciendo énfasis en la inaceptabilidad de las diferencias en el estado de salud de acuerdo al nivel socioeconómico. En este contexto, se reafirma la importancia de la Atención Primaria de Salud como parte integrante tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad (OMS, 1978).

La atención primaria de salud constituye el primer contacto de las personas, familias y comunidad con la red de salud, por lo tanto se encuentra dentro de la comunidad y se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad a través de intervenciones de prevención, promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, entendiendo la salud como un complejo biopsicosocial. Esta concepción holística de la salud, incluye el abordaje de problemas tanto biomédicos como psicosociales, por tanto, las intervenciones requieren de una acción intersectorial en la que participan mancomunadamente el servicio de salud, trabajo, vivienda, hacienda, educación, etc. y también la propia comunidad. En este sentido, la declaración de Alma Ata consigna: “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.” (Declaración de Alma Ata, IV. pp3, 1978)

Esta declaración pone de manifiesto la importancia de la participación comunitaria en la planificación, la organización, el control y el funcionamiento de la atención primaria, para aprovechar al máximo los recursos disponibles, reconociendo la participación comunitaria como un derecho y como una posibilidad de fortalecimiento de la autonomía de los pueblos en el mejoramiento de la salud, utilizando como herramientas la educación para la salud y el empoderamiento de las comunidades (Restrepo y Vega, 2009).

La participación social en salud está constituida por los procesos sociales a través de los cuales los grupos, instituciones, organizaciones y los distintos niveles de sectores sociales

de un territorio, intervienen en la identificación de problemas de salud y en el diseño, gestión y ejecución de sus soluciones (Figueredo, 2009, en Minsal, 2009).

La participación social para ser efectiva debe ser sostenida, consciente, organizada, deliberante, responsable y activa durante todo el proceso, lo cual requiere de un empoderamiento de la comunidad no sólo respecto de su salud, sino también de sus capacidades de gestión e intervención. Una forma de reforzar la participación activa de la comunidad es la formación de Agentes Comunitarios en Salud (OMS, 2004). La formación de agentes comunitarios de salud se plantea como una estrategia de participación comunitaria que se incorpora en procesos más amplios de transformación social, que ha sido promovida por la organización mundial de la salud desde la conferencia del Almá Atá (Lehmann y Sanders, 2007).

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Perú (2009), un agente comunitario en salud es miembro de la comunidad y ha sido elegido por ésta. Conoce las problemáticas de la comunidad en cuanto a su salud, ha recibido capacitación desde el centro de salud y está a cargo de actividades de prevención y promoción en salud en el contexto de la comunidad. Es decir, posee un conocimiento desde el saber científico y también desde su propia tradición.

El hecho de que el agente comunitario sea parte de la misma comunidad en la que trabaja es relevante en tanto comparte un código cultural común, lo que contribuye a la aceptación y apropiación del rol por parte de la comunidad (Lehmann y Sanders, 2007).

Los agentes comunitarios de salud, son también conocidos como trabajadores de salud comunitaria, navegantes de salud (*health navigators*), promotores de salud, entre otros (Lehmann y Sanders, 2007).

De acuerdo con Lehmann y Sanders (2007) en la mayor parte de las experiencias con agentes comunitarios en el mundo se observa un trabajo con carácter de voluntariado, aunque de acuerdo con Pallas et al. (2013) para mantener la sustentabilidad en el tiempo de los agentes comunitarios es necesario incorporar mecanismos para motivar a estos agentes, lo cual incluye incentivos tanto materiales como sociales, idea que es también apoyada por Sanders, Labonté, Packer y Schaay (2012) quienes afirman que el incentivo monetario o no monetario, favorece el mantenimiento del trabajo del agente comunitario en el largo plazo.

De acuerdo con Sanders et al. (2012) los agentes comunitarios de salud son la base fundamental de la atención primaria en tanto constituyen un vínculo entre la comunidad y los servicios de salud, pero también debido a que han sido parte integral de la organización o soporte de las acciones comunitarias sobre los determinantes sociales de salud.

El rol que ejercen los agentes comunitarios en la comunidad es diverso y depende de las necesidades locales. (Hohl et al. 2014). Si bien la mayoría de los estudios coinciden en el rol de promotores de salud que tienen los agentes comunitarios, existe evidencia que en comunidades rurales apartadas donde existe un déficit de profesionales de la salud, los agentes comunitarios dispensan tratamiento en la comunidad (Singh et al. 2015 y Lehmann y Sanders, 2007).

En cuanto al rol de promotores de salud, destaca el trabajo educativo realizado por los agentes que se ha desarrollado a partir de las contribuciones del campo de la educación popular en salud. Este trabajo reconoce la coexistencia de saberes sobre la salud que son diversos y complementarios como lo son el conocimiento científico/biomédico y el saber tradicional proveniente de la experiencia (Bornstein et al. 2014).

En este sentido, los agentes comunitarios también cumplen un rol importante en prevención primaria, por ejemplo, los agentes comunitarios realizan intervenciones para el cuidado del recién nacido y la madre (Mangwi Ayiasi, Atuyambe, Kiguli, Garimoi Orach, Kolsteren y Criel, 2015), planificación familiar, (Sanders et al. 2012), salud mental y apoyo social (Agyapong, Osei, Mcloughlin y McAuliffe, 2016; Lawn, Delany, Pulvirenti, Smith y McMillan, 2015; Smith y Kruse-Austin, 2015).

En cuanto al rol de los agentes comunitarios en prevención secundaria y terciaria, existe evidencia sobre la facilitación en las familias y comunidades del desarrollo de habilidades en el cuidado de enfermedades específicas, especialmente en el manejo y prevención de contagio de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas no transmisibles (Rachlis et al, 2016; Rojas et al, 2015) y cuidados del niño enfermo (Miller, Amouzou, Hazel, Degefie, Legesse, Tafesse y Bryce, 2015; Campbell, Brooks, Hosokawa, Robinson, Song y Krieger, 2015).

A este respecto Jardim y Lancman (2009) se refieren al rol transformador que tienen los agentes comunitarios que deviene del impacto de sus intervenciones educativas en la comunidad.

Sanders et al. (2012) consideran también el rol que cumplen los agentes comunitarios como agentes de cambio en sus comunidades relacionado con la participación social de estos, mediante la movilización de recursos de la comunidad, asistiendo a eventos sociales, consultando a líderes religiosos, actuando como defensores en diversos temas en su comunidad y construyendo equipos de acción intersectorial y colaborativa.

Siguiendo esta idea, Jardim y Lancman (2009) destacan el rol del agente comunitario como enlace entre la comunidad y los servicios de salud, entregando prestaciones y servicios básicos de salud en la comunidad y llevando a los servicios de salud las demandas de ésta.

Por último, Hohl et al. (2016) se refieren al rol que tienen los agentes comunitarios en investigación en salud a través de la participación con las comunidades. Para ello proponen realizar capacitaciones específicas en el área de investigación, pero además los agentes comunitarios deben contar con educación secundaria completa y tener habilidades básicas de manejo computacional.

En relación con el impacto de las intervenciones de los agentes comunitarios de salud en la comunidad, Singh et al.(2015) consideran que el trabajo educativo de los agentes empodera y moviliza a la comunidad, pero además afirman que en Rwanda el trabajo de los agentes, especialmente el educativo, ha logrado disminuir la morbilidad y mortalidad en madres, recién nacidos y niños.

Sanders et al (2012) coinciden en que el trabajo de los agentes comunitarios ha logrado disminuir la mortalidad materno infantil, sin embargo considera que para un impacto positivo en el largo plazo los agentes comunitarios deben contar con el apoyo y motivación tanto de políticas públicas como de los servicios de salud y deben también contar con la participación activa de la comunidad, especialmente en la identificación de determinantes sociales de la salud y también para poder afrontarlos de manera eficaz.

Pinzón, Díaz-Quijano, Yañez y Mesa (2015) realizaron una revisión para evaluar la efectividad de las intervenciones de los agentes comunitarios en salud materno infantil en países de bajos y medianos ingresos, concluyendo que la inclusión de los agentes

comunitarios de salud es efectiva en la reducción de la mortalidad materna e infantil, pero además mejora el acceso y la cobertura a los servicios de salud de poblaciones vulnerables. Nelson, Money y Petersen (2016) consideran que los agentes comunitarios forman parte de un equipo de salud integral, documentando su la efectividad de sus intervenciones para el manejo y cuidados de enfermedades como asma, tuberculosis, VIH/SIDA, hipertensión, diabetes y cáncer. Además, las intervenciones de los agentes han tenido un impacto positivo en el autocuidado en cuanto a nutrición y alimentación, a lo que se suma una mejora en la cobertura de las inmunizaciones.

El impacto de los agentes comunitarios también se puede evidenciar en cuanto al abordaje de los determinantes sociales de la salud. A este respecto Sanders et al. (2012), se refieren a la labor de los agentes comunitarios en Irán, llamados *behvarz*, que constituyen un grupo heterogéneo compuesto por hombres y mujeres con tareas definidas por género. Los hombres están a cargo de problemas medioambientales, de saneamiento y abastecimiento de servicios básicos, en tanto las mujeres se encargan de brindar los cuidados especialmente en salud materno infantil. En este sentido, los agentes comunitarios en Irán han tenido un impacto positivo en cuanto a los determinantes sociales de la salud.

Por lo tanto, la función que cumplen los Agentes Comunitarios de Salud es muy importante en cuanto abarca problemas medioambientales, sociales y culturales que generan enfermedad y discapacidad, problemas que no pueden ser abordados desde el modelo de atención biomédico en su totalidad (OPS, 2010).

JUSTIFICACIÓN

La figura del agente comunitario de salud ha ido desarrollándose progresivamente, en especial en los últimos años en Latinoamérica. Existe evidencia de su trabajo en países como Brasil desde los años 80 (Faya, 2012), sin embargo, las investigaciones respecto de los agentes comunitarios se han desarrollado principalmente en la última década.

El rol ejercido por el Agente Comunitario de Salud, ha tenido un impacto positivo en la salud de las comunidades tanto en la prevención como en la promoción de la salud (Jaramillo et. Al 2014; Garabeli y Magosso, 2006), por tanto existe evidencia que la

potenciación de esta figura podría favorecer el desarrollo de acciones costo efectivas para los servicios de atención primaria de salud.

En la búsqueda bibliográfica de documentos legales relativos a la definición de la figura del Agente Comunitario de Salud o de sus funciones, se pudo constatar que si bien existe una Resolución Exenta que versa sobre la Participación Ciudadana en la Gestión Pública de la Salud, ésta se refiere al voluntariado en salud y acciones para la participación comunitaria, sin embargo no hace referencia explícita a los Agentes Comunitarios de Salud, a diferencia de lo que ocurre en otros países, como Brasil, donde existen Ordenanzas, Leyes y políticas públicas que respaldan y sustentan tanto la figura del agente comunitario como las actividades que le son definidas (Bornstein et al. 2006). Recientemente, se publicó a fines del año 2016 un Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF, que constituye uno de los primeros documentos formales respecto de la figura del agente comunitario en nuestro país.

Del mismo modo, en la búsqueda bibliográfica en bases de datos como Lilacs, EBSCOhost, CINAHL y SCielo, se pudo constatar que, pese a que existe evidencia respecto de la importancia y la labor del Agente Comunitario de Salud en países latinoamericanos como Brasil, Perú, Argentina y Cuba, en nuestro país es un fenómeno poco estudiado, idea que también es respaldada por Marabeli y Magosso, (2006) quienes realizaron una investigación bibliográfica respecto de los estudios existentes sobre el Agente Comunitario de Salud y concluyeron que si bien las investigaciones sobre este agente han aumentado desde el año 2000, aún es un campo en el que se requiere mayor exploración.

Lo anterior genera una serie de inquietudes respecto del tema, especialmente en relación con las experiencias que existen en Chile respecto de la formación y participación de agentes comunitarios, con el rol de los agentes comunitarios en la comunidad en cuanto a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y también en relación con la percepción que tienen los profesionales de la salud respecto del rol que estos agentes deben desempeñar, considerando que son los profesionales quienes deben realizar las capacitaciones a estos agentes.

De acuerdo con entrevistas realizadas a informantes clave, realizadas en el contexto de un fenómeno incipiente en nuestro país y con escasa documentación al respecto, existen en

Chile experiencias de formación de Agentes Comunitarios en Salud Mental, principalmente en la Zona Norte y Sur de Santiago, en alianza entre los servicios de salud y la Universidad de Chile, en las cuales destaca la percepción de efectividad de la labor de los agentes comunitarios.

Frente a estas experiencias surge la inquietud por conocer el rol social que los Agentes Comunitarios de Salud han tenido en estas prácticas, así como también comparar con otras investigaciones realizadas en Latinoamérica el rol que estos agentes han desempeñado en lo local.

El análisis del rol social que ejercen los Agentes Comunitarios en Salud es importante tanto para los Servicios de Salud como para la comunidad, ya que el visibilizar el rol que tiene el Agente Comunitario en ésta, permitiría por una parte a los servicios de salud, clarificar las funciones que a estos agentes pueden ser delegadas, y por otra parte potenciar esta figura como un actor relevante dentro de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y desde ese punto evaluar la formación de estos agentes como metodología de acción en salud comunitaria, determinada dentro de las intervenciones desde los equipos de salud para la prevención y promoción de la salud de forma consecuente con la comunidad y con los objetivos que se espera que estos actores alcancen.

Considerando lo anteriormente mencionado, resulta interesante investigar respecto de las experiencias de los servicios de salud de Chile en torno a los Agentes Comunitarios de Salud. Es por este motivo que la presente investigación se centrará en responder a la pregunta: ¿Cuál es el rol que ejercen los Agentes Comunitarios de Salud?.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer el rol social de los Agentes Comunitarios de Salud pertenecientes a un CESFAM de la comuna de San Miguel de Santiago.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a los Agentes de Salud Comunitarios pertenecientes a un CESFAM de la comuna de San Miguel de Santiago.

- Identificar el proceso a través del cual los Agentes Comunitarios de Salud desempeñan sus labores.
- Identificar y caracterizar las actividades que realizan los Agentes de Salud Comunitarios pertenecientes a un CESFAM de la comuna de San Miguel de Santiago.
- Identificar cómo significan los Agentes de Salud Comunitarios el rol que ejercen en la comunidad.

CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL

Atención Primaria de Salud

La atención primaria de salud (APS) es el núcleo del sistema de salud del país que entrega 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 (Restrepo y Vega, 2009). La Atención Primaria de Salud, por tanto, representa el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando una atención ambulatoria, a través de distintos establecimientos, entre los cuales se encuentran los Centros de Salud Familiar (CESFAM), que en nuestro país dependen administrativamente de las Municipalidades (Servicio de Salud Metropolitano Norte, s.f.).

La atención primaria de salud constituye una estrategia específica para poder llevar a cabo la política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo denominada “Salud para todos en el año 2000” establecida en la Asamblea de la OMS en el año 1977 en Almá Atá (Kroeger y Luna, 1992). A este respecto la declaración de Almá Atá refiere:

"La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (Kroeger y Luna, 1992 P. 5 y 6).

La atención primaria contiene varios elementos que se integran en diversos programas que abordan integralmente a grupos específicos de población (niños, madres, adultos mayores, etc.); a la salud general, como salud mental, salud bucal, saneamiento ambiental, nutrición etc. y también a la promoción de la salud y la prevención (Kroeger y Luna, 1992).

Las acciones para alcanzar las metas en atención primaria deben ser integrales y dar relevancia a la prevención, definiendo para ello tres niveles de prevención (Kroeger y Luna, 1992):

- Prevención primaria: referida a la promoción y protección de la salud.
- Prevención secundaria: se refiere a la detección y tratamiento precoz de la enfermedad.
- Prevención terciaria: considera todas aquellas acciones que, una vez instaurada la enfermedad, previenen el desarrollo de complicaciones relacionadas con ésta.

La prevención por tanto requiere, por una parte, de una participación activa de las familias y comunidades, en tanto puedan identificar factores de riesgo propios de cada comunidad y las herramientas que poseen para hacerles frente. Por otra parte, los servicios de salud deben facilitar estos procesos de participación comunitaria, apoyando a líderes comunitarios y favoreciendo espacios de participación. Para ello deben desarrollar estrategias de intervención que sean sinérgicas con la comunidad, lo cual implica desarrollar un nuevo paradigma con una visión familiar, con enfoque preventivo y comunitario, lo que implica dejar atrás el modelo biomédico hospitalocéntrico, hegemónico hasta ese momento.

A partir del año 2005, en nuestro país, comienza un proceso de reforma de la atención brindada en los Centros de Atención Primaria de Salud, lo que va a determinar una progresiva transformación desde “Consultorios”, instituciones centradas aún en la atención de la enfermedad, a “Centros de Salud” con un enfoque incipiente hacia la prevención y promoción de la salud. La reforma continúa su progresivo proceso de transformación hasta la implementación de los primeros Centros de salud familiar (CESFAM) a partir del año 2008, acogiendo el Modelo de Atención Integral de Salud.

Este modelo tiene como principales características el estar centrado en las personas, la integralidad de la atención y continuidad del cuidado (Dois et. Al, 2012) y se define como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (MINSAL, 2005; en Dois, et al., 2012) Este modelo de atención releva el rol que las personas, familias y comunidades tienen sobre las acciones relativas a su propia salud, potenciando la participación social en los procesos tanto de planificación como de intervención en salud. Respecto a los mecanismos activos de participación, Dois, et al. (2012) refiere que “este elemento establece facilitar y promover la participación social en salud para lograr la corresponsabilidad del equipo con el individuo y la comunidad”.

Organización del CESFAM

La organización de un CESFAM debe ser coherente con el modelo de atención, de esta manera el eje articulador de la organización se concibe centrado en el usuario, en el cual tanto equipo director o gestor y el equipo de salud territorial o de sector tienen un rol relevante.

De acuerdo con la guía Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (Dois et al., 2012) se recomienda que la Dirección del Centro de Salud cuente con un equipo director o gestor que asesore a la Dirección en funciones técnico administrativas y en áreas estratégicas del desarrollo del modelo de atención integral de salud. La Dirección del establecimiento es quien define a los integrantes de este equipo, los cuales idealmente deben cumplir funciones de jefes de sectores, asesores técnicos, encargado de promoción y participación social, jefe de SOME, entre otros.

En tanto, los equipos de salud, en consonancia con el Modelo de Atención Integral, deben estar organizados en sectores, constituyendo de esta forma, equipos territoriales de atención, que desarrollan sus funciones en tres ámbitos: asistencial, de acuerdo con cada

disciplina; de participación social y comunitaria en salud, como un facilitador que contribuye a generar el proceso participativo dentro de su sector; y trabajo intersectorial que apunta al desarrollo global de su sector (Dois et al. 2012).

El sector se entiende como el territorio donde habita un conjunto poblacional, que constituye la “población a cargo” de un equipo territorial, en torno a la cual se desarrolla el trabajo en salud. En este contexto, la sectorización comprende la división territorial considerada a partir de las barreras geográficas y límites naturales de una determinada población, definida por una superficie determinada, un número determinado de habitantes, la necesidad de identificar el equipamiento e infraestructura comunitaria y la organización de los recursos (Dois et al, 2012).

Desviat (2016) considera que la sectorización constituye un elemento esencial del sistema público de salud, en tanto conforma un espacio privilegiado para la integración y óptima utilización de los recursos favoreciendo un desarrollo armónico de la red de atención y evitando duplicidades en la cobertura. Esto, debido a que la sectorización permite identificar, reconocer y caracterizar a un grupo delimitado de población facilitando de esta forma el diseño de planificación y programación específico para ese grupo determinado, mejorando tanto la eficiencia en la asignación y gestión de los recursos como la accesibilidad y la participación de la comunidad.

Determinantes sociales en salud

El enfoque de los Determinantes sociales en salud ha sido promovido como directriz para abordar los sistemas salud por la OMS desde 2004 (Álvarez, 2009) y considera principalmente dos aspectos inseparables que determinan la salud de las personas y comunidades que corresponden en primer lugar a las condiciones sociales, ambientales y económicas y a los procesos mediante los cuales estas condiciones se traducen en consecuencias para la salud (Álvarez, 2009 y Frenz, 2005) y en segundo lugar integra a los procesos que derivan de la distribución inequitativa de los factores sociales que promueven o deterioran la salud de las personas que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. (Álvarez, 2009).

Siguiendo a Álvarez (2009) esta perspectiva considera el estudio de los determinantes sociales de las inequidades en salud, en tanto busca establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los factores de riesgo, o directamente de los problemas de salud y de los factores protectores, lo cual conlleva inherentemente el análisis de las inequidades entre grupos sociales. En otras palabras, la estratificación social de las personas va a condicionar sus posibilidades de salud y de vida.

Dahlgren y Whitehead (1997) clasifican los determinantes sociales en tres categorías:

a) Estructurales: corresponde a las condiciones socioeconómicas, culturales y del medio ambiente que determinan las condiciones de vida y del trabajo. Éstas consideran el ambiente de trabajo, el desempleo, la educación, la vivienda, los servicios de salud, saneamiento básico, y la producción agrícola y de alimentos.

b) Distales: las redes comunitarias y de apoyo social.

c) Proximales: aquellos factores individuales y biológicos como los estilos de vida, la edad, el sexo, y los factores genéticos. (citado en Mejía, 2013, p.33)

Agentes Comunitarios en Salud

La figura del agente comunitario de salud surge a mediados del siglo XX, sin embargo es a partir de la Declaración de Alma Atá en 1978, que la formación de agentes comunitarios comienza a sistematizarse en los distintos países alrededor del mundo, destacando la experiencia en países africanos (Lehmann y Sanders, 2007). En Latinoamérica, existe evidencia desde los años 80', especialmente aportada por Brasil (Faya, 2012), país que posee el mayor número de publicaciones sobre agentes comunitarios en Latinoamérica.

En la Conferencia de Yaounde (OMS, 1986, citado en OMS 1989) se define el Agente Comunitario de Salud como un miembro de la comunidad que ha sido seleccionado por esta misma para el trabajo en aspectos de salud y que responden ante ella por sus actividades.

La OPS (2010) considera al Agente Comunitario como una persona voluntaria elegida o reconocida por su comunidad que promueve las prácticas saludables en las familias y el desarrollo de su comunidad, trabajando en coordinación con el personal de salud y con otros actores sociales.

En las comunidades dispersas brinda atención básica de salud y ayuda a vincular la comunidad con los servicios de salud. En este sentido, el Agente Comunitario de Salud con su actuación a nivel básico de atención primaria de salud y en contacto directo y permanente con la comunidad, cumple un importante rol como enlace en la relación entre la comunidad y las instituciones de salud. Sus tareas incluyen la prestación de servicios de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, y detección y atención temprana de las enfermedades.

Para Jardim y Lancman (2009) el agente comunitario se configura como un enlace entre la comunidad y el equipo de salud, constituyendo el primer contacto de los servicios de salud pública a la comunidad local. Este agente se integra con los equipos de salud, sin conocimientos técnicos específicos y trabaja a través del diálogo con la comunidad buscando aumentar la conciencia y ser un agente educador. En este sentido Jardim y Lancman (2009) consideran que el agente comunitario tiene un papel transformador en las comunidades, el cual va a desarrollar a través de sus acciones en los hogares respondiendo a las necesidades reales o sentidas de la comunidad a través de la mediación con el equipo y el sistema de salud.

Según el Manual del Agente Comunitario de Salud (OPS, 2010) este agente tiene las siguientes características:

- Vive en la comunidad.
- Es elegido o reconocido por la comunidad.
- Su trabajo es voluntario.
- Tiene vocación de servicio.
- Tiene deseos de aprender, compartir y aplica lo aprendido.
- Enseña con el ejemplo (practica lo que promueve).
- Respeta la cultura y tradiciones de su comunidad.
- De preferencia sabe leer y escribir.
- Mantiene y promueve buenas relaciones interpersonales.

Estas características coinciden con la revisión de Lehmann y Sanders (2007), Faya (2012), Jardim y Lancman (2009) y Hohl et al. (2016) respecto de la caracterización de agentes

comunitarios. En resumen, es posible afirmar de acuerdo con la revisión señalada que los agentes comunitarios son principalmente personas que viven en la comunidad que poseen interés por ayudar a otros y que han sido validados por ésta para brindar apoyo principalmente educativo respecto de temas de salud. Si bien no necesariamente los agentes han recibido formación profesional de salud, han recibido capacitaciones específicas sobre ciertos temas de salud y tienen habilidades interpersonales que permiten el desarrollo de un vínculo con las familias para el desempeño de la labor educativa.

Los Agentes de Salud Comunitarios son apoyados por los servicios de salud, sin formar parte necesariamente de su organización, y reciben una formación más breve que la dispensada a los trabajadores profesionales. “Los Agentes de Salud Comunitarios deben formar parte de la población a la que sirven. Han de vivir con ella, trabajar con ella, alegrarse y sufrir con ella, compartir sus penas y participar de sus decisiones” (Mahler, 1986 citado en OMS, 1989).

El agente comunitario de salud requiere de capacitación en temas de salud, acompañamiento y seguimiento estrecho por parte de los servicios de salud. Requiere también del apoyo y colaboración de todos los otros actores sociales de la comunidad y de los gobiernos locales (Garabeli y Magosso, 2006). Existen estudios (Álvarez y Barcos, 2004; Romeo, 2007; Ferrer et al. 2001; Maquera y Hernández, 2012; Huicho et al., 2005) que coinciden en que es necesario que los Agentes Comunitarios de Salud reciban apoyo desde los servicios de salud, principalmente en referencia a la capacitación respecto de temas de salud relevantes para cada población, coincidiendo además en que la Educación Popular constituye la principal herramienta de trabajo de los agentes.

Bornstein et al. (2014) plantea que la educación popular como herramienta transformadora utilizada por los agentes comunitarios, debe ser desarrollada del mismo modo en la Academia, en la formación de los profesionales de la salud.

Los roles del Agente Comunitario de Salud van a depender de las características de la comunidad a la que pertenezca, y derivan de las necesidades que se presenten en éstas de acuerdo a su contexto ambiental y socio-histórico (OPS, 2010).

Los campos de acción de los agentes comunitarios son diversos y se relacionan directamente con las necesidades locales. En países de bajos ingresos los agentes

comunitarios pueden realizar incluso labores de intervención y de suministro de tratamiento, en el contexto de comunidades rurales aisladas donde existe escasez de personal de salud (Hohl et al, 2016). De acuerdo con la literatura, es posible clasificar a grandes rasgos las intervenciones de los agentes comunitarios en actividades de prevención y promoción de salud y actividades para el manejo de enfermedades. En el primer caso, por ejemplo, los agentes comunitarios realizan intervenciones para el cuidado del recién nacido y la madre (Mangwi Ayiasi et al. 2015), salud mental y apoyo social (Agyapong, 2016; Lawn, 2015; Smith y Kruse-Austin, 2015). En el caso de actividades para el manejo de enfermedades, se encontró evidencia de la labor de los agentes en el manejo y prevención de contagio de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas no transmisibles (Rachlis et al, 2016; Rojas et al, 2015) y cuidados del niño enfermo (Miller, Amouzou, Hazel, Degefe, Legesse, Tafesse y Bryce, 2015; Campbell, Brooks, Hosokawa, Robinson, Song y Krieger, 2015).

Las actividades que realizan los agentes comunitarios en torno a estas temáticas son principalmente educación para la salud, apoyo social y acompañamiento terapéutico. Sin embargo en países de bajos ingresos, los agentes comunitarios pueden incluso dispensar tratamiento, especialmente en países de África (Lehmann y Sanders, 2007).

En cuanto a la educación para la salud, las investigaciones coinciden en que la educación es la principal estrategia utilizada por los agentes comunitarios donde se abordan especialmente temas para el cuidado específico de ciertas patologías como VIH, tuberculosis (Rachlis et al, 2016), asma en niños (Miller et al, 2015), diabetes e hipertensión (Rachlis et al. 2016 y Rojas et al. 2015), entre otras, pero también se abordan temas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como es el caso del apoyo social y el apoyo a las madres de recién nacidos en cuanto a cuidados básicos (Mangwy Ayiasi et al. 2015; Smith y Kruse-Austin, 2015; Lawn et al. 2015 y Agyapong et al. 2016).

Por tanto, las atribuciones de los Agentes de Salud Comunitarios consideran analizar las necesidades de la comunidad; actuar en las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, a lo largo del ciclo vital, especialmente en grupos vulnerables, participar de las acciones de saneamiento medioambiental; participar de las reuniones del equipo de

salud y otros eventos de salud con la comunidad. Representan el eje entre el equipo profesional y la comunidad, con un rol de traductor del universo científico a lo popular, actuando, también, como facilitador del acceso de las personas al servicio de salud (Garabeli y Magosso, 2006).

La figura del Agente Comunitario de Salud surge, de esta manera, como forma de participación social en salud, pero por otro lado surge también como un apoyo a los servicios de salud, que entrega atenciones de salud a la población que no alcanza los servicios de salud oficiales (OMS, 1989).

Participación en salud

Se considera participación social a “los procesos sociales a través de los cuales los grupos, las organizaciones, las instituciones o los diferentes sectores (todos los actores sociales, incluida la comunidad), intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines, y se unen en una sólida alianza para diseñar, poner en práctica y evaluar las soluciones" (Romeo, 2007). Por otra parte, la participación comunitaria incluye todas las actividades que las personas, familias y comunidad desarrollan, en función de sus intereses colectivos de salud y el logro de su bienestar, para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance (Ferrer, Borroto, Sanchez y Alvarez, 2001).

De acuerdo con Montero (2004), la participación se ha definido desde múltiples perspectivas tomando en consideración los distintos contextos en que se ha utilizado, sin embargo plantea que puede ser definida de la siguiente manera:

“Un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales”. (Montero, 2004, p. 109)

En la anterior definición se incluyen aspectos fundamentales de la participación como son la acción conjunta y libre de un grupo de personas, el trabajo colaborativo, solidario, reflexivo, que se organiza y planifica en torno a objetivos comunes. Todas estas características son comunes al trabajo realizado por los agentes comunitarios.

El desarrollo de los conceptos de participación social y participación comunitaria han originado diferentes reformas orientadas a promover y fortalecer el capital social, y ante ésta se asumió la necesidad de la formación de los Agentes Comunitarios de Salud, como aliados que favorezcan la vigilancia epidemiológica y acorten las brechas entre el sector salud y la comunidad (Maquera y Hernandez, 2012).

De acuerdo con Lehmann y Sanders (2007) los agentes comunitarios han tenido un papel importante en el desarrollo de la comunidad y la reducción de la brecha entre las comunidades y los servicios de salud formales destacando una función predominantemente técnica y de gestión comunitaria.

Entre los años setenta y ochenta los programas de agentes comunitarios han sido implementados como parte de procesos más amplios de reforma del sector de la salud, que buscan mejorar la accesibilidad y la asequibilidad de los servicios de salud a las comunidades rurales y pobres teniendo un impacto positivo en la salud de las comunidades y que hacen hincapié en la participación de la comunidad. En Indonesia (Yahya, 1990, citado en Lehmann y Sanders, 2007) la implementación de un programa de agentes comunitarios logró disminuir la mortalidad en un 30% en siete años, así como también aumentó la cobertura de inmunización.

En Ghana, el Ministerio de Salud introdujo a finales de los años setenta, un número considerable de agentes comunitarios como parte de una revisión y reorganización sustancial de las actividades del Ministerio de Salud dirigidas a implementar estrategias de APS (Morrow, 1983 citado en Lehmann y Sanders 2007). La iniciativa fue impulsada por el Ministerio de Salud e integrada en la estructura de servicios nacionales de salud, proporcionando capacitación, supervisión técnica y suministros necesarios.

En Níger, los programas de agentes comunitarios se desarrollaron a partir del trabajo de los trabajadores de salud voluntarios, cuyo trabajo comenzó a finales de los años sesenta en el Departamento Maradi, propiciando el desarrollo de un servicio de extensión rural (animation rurale), que promueve esquemas de desarrollo comunitario caracterizados por la participación voluntaria (Lehmann y Sanders, 2007).

Desviat (2016) se refiere a las nociones esenciales de trabajo en la comunidad como son la delegación de funciones y la creación de monitores como agentes comunitarios. Para ello,

utiliza como sustrato el Modelo propuesto por Marconi en 1973 de salud mental comunitaria, al que llamó Psiquiatría Intracomunitaria, el cual incluye a líderes comunitarios, pacientes informados y ex pacientes dentro de la red de atención. Este grupo, cumpliría un rol preventivo de salud mental desarrollado en organizaciones base de la comunidad, como son por ejemplo la junta de vecinos u otras organizaciones sociales.

Esta organización funcionó en el Área Sur de Santiago entre 1971 y 1973, sin embargo se vio interrumpida por la dictadura cívico militar. Marconi se refiere a este suceso: “No sólo fue interrumpido sino desmantelado (...). Un psicólogo evaluó a los 5 años, en el 78, y encontró que había muy pocos casos de líderes D4 funcionando ya que habían sido diezmados por la dictadura militar, había mucho menos clubes de abstemios, ya que se impidió la participación popular, había una descoordinación total entre la universidad y lo que quedaba del programa, cualquier cosa que oliera a médico era calificado de terrorista, la participación social se cortó” (Marconi, 2004. Citado en Mendive, 2004).

Enfoque Comunitario

El enfoque comunitario es un modelo metodológico desarrollado “para orientar el trabajo de las instituciones con las comunidades humanas con las que se relaciona” (Martínez, 2006. P 11). Constituye un modelo flexible para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de intervenciones sociales desde la transdisciplinariedad y la práctica con un enfoque integral que considera en toda su complejidad la totalidad de dimensiones que configuran un proceso o fenómeno social, el cual se encuentra inserto en un contexto determinado, único, irrepetible e irreversible (Martínez, 2006).

Este enfoque se basa en tres articulaciones, que son la teórico práctica, la institucional – comunitaria y la de encuadres positivo y negativo, a lo que Martínez (2006) llama la triple articulación:

La articulación teórico práctica, se refiere a la construcción de la teoría a partir de un proceso reflexivo que deviene de la experiencia en la práctica. Es por esta razón que el modelo se entiende como algo dinámico y flexible, en tanto viene de la experiencia concreta y se plantea la elaboración de una teoría de carácter situacional y estratégico orientada a la acción.

La articulación institucional – comunitaria es considerada uno de los ejes críticos de este enfoque, considerando que se estructura en torno a una integración armónica entre el mundo institucional y el comunitario. Esta articulación o integración se ve desfavorecida mientras mayor sea el grado de estructuración y rigidez de los procesos en la institución, de concentración en la toma de decisiones y de formalización de procedimientos internos.

Martínez (2006) distingue dos tipos de instituciones, las instituciones frías, que son aquellas que no trabajan en contacto directo con las comunidades y que habitualmente no son cercanas a sus espacios de vida. Las instituciones calientes, por el contrario, son aquellas que se encuentran localizadas en el espacio próximo de la vida de las personas y se encuentran en contacto directo con las comunidades. Para el caso de esta investigación, el CESFAM constituye una institución caliente.

Si bien la institución y la comunidad detentan distintas lógicas de estructura y funcionamiento, estas lógicas pueden articularse y complementarse en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de intervenciones sociales. En este sentido resulta necesaria la validación de ambas lógicas por parte de las instituciones y la comunidad, por lo que será fundamental que la institución fomente la participación activa de las personas en la definición de sus propios problemas, en el diseño e implementación de estrategias de intervención y en la evaluación y sistematización de ellas reconociendo el saber práctico y el capital social de las personas y las comunidades.

Un tercer eje lo constituye la articulación entre los encuadres positivo y negativo. Martínez (2006) se refiere al encuadre positivo como aquel que permite emerger en las personas, grupos y comunidades sus habilidades, capacidades, recursos y potencialidades. A su vez, el encuadre negativo estaría dado por una lectura desde la carencia, deficiencia, incapacidades o vulnerabilidades de las personas y comunidades. En este contexto, las intervenciones comunitarias deben articular de forma armónica el encuadre negativo, a través de la búsqueda e identificación de los problemas de la comunidad y el encuadre positivo, donde la comunidad haga uso de sus propios recursos para abordar los problemas identificados.

El Rol Social

De acuerdo con Parsons (1968), el sistema social está compuesto por las múltiples interacciones que se dan entre actores. La estructura del sistema social, sin embargo está compuesta de distintas unidades en distintos niveles.

El acto constituye una unidad elemental del sistema social, en la medida que es parte del proceso de interacción entre su autor y el resto de los actores. El acto social es siempre un proceso en el tiempo.

El fin del acto (en otras palabras, el objetivo del acto) implica una referencia futura a un estado que no existe aún o que de existir, variará en el tiempo de no haber una intervención del actor. Por tanto un acto social requiere de un actor, que es el agente que participa de la acción; un fin (objetivo), es decir, un futuro estado de las cosas hacia el que se orienta la acción; y debe iniciarse en una situación cuyas tendencias de evolución difieran, en uno o más aspectos importantes, del fin hacia el que se orienta la acción (Parsons, 1968).

Esta situación descrita por Parsons (1968) se descompone en dos elementos: Las condiciones de la acción y los medios. Las condiciones de la acción son los elementos sobre los cuales el actor no tiene control, es decir, no puede alterar o evitar que se alteren de acuerdo con su fin, en tanto los medios constituyen los elementos sobre los cuales el actor tiene control. El actor utiliza deliberadamente los medios hacia la consecución de su fin.

Para Parsons (1968) el actor constituye un objeto social, en tanto lo considera como el agente que realiza el acto social. El actor puede ser a su vez cualquier otro actor dado (alter), el actor que se toma a sí mismo como punto de referencia (ego) o a una colectividad, a la que considera como una unidad.

Otra unidad del sistema social, en un nivel más alto, la constituye el Status-rol, que deviene de la participación de cada actor en los procesos de interacción entre éstos. Por una parte, el status corresponde a la localización que ocupa el actor en el sistema de relaciones y por otra parte, desde el aspecto procesual se distingue el rol, entendido como lo que el actor realiza en relación con los otros, en el contexto de su significación funcional para el sistema social. Deutsch y Krauss (1997) también se refieren al Status como la posición que ocupa una persona dentro de un mapa multidimensional que relaciona diferentes status entre sí y la forma en que éstos están interconectados. En las sociedades existen múltiples sistemas de

status, determinado por las posiciones que ocupan las personas de acuerdo con lo que la persona es (edad, sexo, religión, etc.), o bien por lo que la persona hace.

Las personas pueden tener varios status, lo que se denominará conjunto de status. Cada status se asocia con un conjunto de normas o expectativas que especificarán los comportamientos que cada ocupante de un status puede dirigir adecuadamente hacia un ocupante de otro status y viceversa.

El concepto de rol, para Deutsch y Krauss (1997) se relaciona con estas expectativas y realizan tres conceptualizaciones de rol:

- Rol prescrito: Corresponde al sistema de expectativas que existen en el mundo social que rodea al ocupante de una posición, referentes a su comportamiento hacia los ocupantes de otras posiciones.
- Rol subjetivo: Considera las expectativas específicas que percibe el ocupante de una posición, respecto de su propio comportamiento en la interacción con los ocupantes de otra posición.
- Rol desempeñado: Consiste en los comportamientos manifiestos específicos del ocupante de una posición en la interacción con otros.

Goffman (1994) plantea que la información acerca del individuo ayuda a definir la situación, permitiendo a los otros saber lo que él espera de ellos y lo que ellos pueden esperar de él y de esta forma podrán actuar de manera de obtener una respuesta determinada. En este sentido, el conocer el rol permite establecer interacciones dirigidas hacia la consecución de un fin. Sin embargo considera que el desempeño de un rol requiere del uso de una “fachada” que puede estar determinada por el rol social establecido y también por la propia fachada que el individuo desea representar. Si bien puede ser contradictorio, estas características pueden ser relevantes al momento de definir el rol subjetivo de los Agentes de Salud Comunitarios.

CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se describe el diseño metodológico y el proceso a través del cual se lleva a cabo la investigación. Considerando las características del fenómeno que fue estudiado, se propuso un estudio cualitativo con abordaje fenomenológico social, como se describe a continuación.

Diseño

El objeto de esta investigación fue el generar conocimiento respecto del rol social de los agentes comunitarios de salud, figura que ha sido escasamente estudiada en nuestro país, a diferencia de otros países de América Latina, como se expuso anteriormente. En este sentido, el aspecto más relevante en esta investigación fue el comprender el proceso social del agente comunitario desde la voz de los propios agentes, por lo que se definió un enfoque cualitativo con abordaje fenomenológico social, considerando que el interés del estudio es la profundización de la experiencia vivida, tanto de los profesionales de salud del CESFAM como de los propios agentes comunitarios, en relación con el desempeño del rol de Agente Comunitario de Salud.

En esta perspectiva, la metodología cualitativa permite introducirse en la experiencia de estas personas y desde ahí construir el conocimiento, entendiendo el propio significado que atribuyen al Agente Comunitario de Salud. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). En este contexto, no se definió categorías a priori, sino que se obtienen categorías a partir de los conceptos, definiciones y significados otorgados por las personas que fueron extraídos de las entrevistas realizadas.

Colectivo de referencia

La investigación se desarrolló en el CESFAM Barros Luco de San Miguel, establecimiento en el cual fue desarrollado el Proyecto MECESUP: UCH 1410 17 Innovando los modelos de docencia, gestión y atención clínico-comunitario en un Centro de Salud Familiar.

La población de estudio fue seleccionada intencionalmente, donde se incluyó profesionales de la salud miembros del equipo multidisciplinario de salud mental del CESFAM y Agentes de Salud Comunitarios del CESFAM que trabajen con el equipo de salud mental. La muestra total fue de 10 personas; 2 profesionales de salud y 8 agentes comunitarios.

Criterios de inclusión

Los criterios considerados para la selección de participantes de esta investigación fueron:

- Personas que accedieran voluntariamente a participar y que hubieran firmado el consentimiento informado.
- Profesionales del equipo de salud mental del CESFAM Barros Luco de la comuna de San Miguel que hubieran trabajado directamente con los agentes comunitarios.
- Agentes comunitarios de salud que se encontraban trabajando activamente en la comunidad al momento de la investigación.

Se excluyó de la investigación a profesionales del equipo que no tuvieran experiencia directa con los agentes comunitarios, debido a que el interés del estudio era recoger las experiencias personales en relación con los agentes comunitarios.

Para el reclutamiento se contactó con la Dirección del CESFAM y se solicitó una reunión formal para presentar y explicar la investigación, enmarcada en el Proyecto UCH 1410 17 que se desarrollaba en ese momento. En la reunión se entregó datos de contacto de la Jefa de equipo de Salud Mental y se concerta una reunión con la Encargada de los agentes comunitarios del CESFAM, para presentar el proyecto de investigación. En esta reunión se coordina una fecha para entrevista y se solicita además, los datos de contacto de las agentes comunitarias. La profesional encargada les explica a las agentes comunitarias sobre la investigación y recoge los teléfonos de las agentes comunitarias que estuvieron dispuestas a participar. Se contactó telefónicamente a 8 agentes comunitarias, donde se explicó de manera general los objetivos del estudio y se invita a participar de entrevista en un lugar escogido por cada agente, donde se presentó los objetivos de la investigación y se firmó el consentimiento informado.

Recolección de información

Las estrategias utilizadas para la recolección de información fueron las entrevistas en profundidad y la observación de campo de una reunión de agentes comunitarios.

Las entrevistas en profundidad constituyeron una herramienta idónea para el cumplimiento de los objetivos de la investigación, considerando que esta técnica permite recoger la experiencia vivida a través de un encuentro persona a persona, que a su vez facilita a los

participantes la expresión de los significados que ellos atribuyen a la experiencia de ser agentes comunitarios o de trabajar con agentes comunitarios (Hernández, et. al, 2010). De esta manera, la entrevista en profundidad permite captar las ideas, conceptos y significados atribuidos por los participantes a la experiencia de ser un agente comunitario o bien de haber trabajado directamente con ellos.

Una vez realizadas y transcritas las entrevistas, se envió vía correo electrónico la transcripción editada a cada participante para su validación.

Para complementar y realizar la triangulación de la información obtenida en las entrevistas, se realizó la observación de campo en una de las reuniones semanales de agentes comunitarios. Para ello, se solicitó la autorización de la totalidad de los agentes comunitarios y además de la profesional coordinadora de los agentes comunitarios del CESFAM.

Las observaciones fueron registradas en un cuaderno de campo.

Consideraciones éticas

Para la realización del estudio se consideró los requisitos éticos, según Exequiel Emanuel (Yunta, 2012; Gaudlitz, 2008)

El investigador resguardó en todo momento, la privacidad de los participantes, la confidencialidad de la información entregada durante todo el proceso de investigación y posterior desarrollo y análisis de la información. El proceso de consentimiento informado se realizó en la primera cita con el participante en la cual se leyó el consentimiento informado en conjunto y se dio espacio para la realización de dudas y consultas. Todo participante firmó el consentimiento en dos copias, una para el investigador y otra para el participante.

El respeto por las personas que participaron del estudio se justifica por los principales principios bioéticos, incluida la beneficencia, el respeto por las personas y el respeto a la autonomía.

Las entrevistas realizadas fueron anónimas y confidenciales. A cada participante se le asignó un código así como también las entrevistas fueron editadas de manera de resguardar

cualquier información que pudiera revelar la identidad del participante. Los extractos de las entrevistas utilizados en la investigación fueron del mismo modo editados.

Análisis de la información

Las entrevistas fueron audiograbadas y posteriormente transcritas para un análisis exhaustivo. Para extraer la información de éstas se utilizó la técnica de análisis de contenido, donde se identificaron las unidades de significado que permitieron en primer lugar, caracterizar a los agentes comunitarios a través de la contextualización histórica y la identificación de características esenciales de las agentes y en segundo lugar identificar el proceso de intervención de los agentes comunitarios que a su vez permitió visualizar las actividades e intervenciones realizadas por las agentes.

En el análisis de la caracterización de los agentes comunitarios se obtuvo nueve categorías que fueron:

1. Autovalencia.
2. Participación social.
3. Capacitación formal.
4. Vivir en la comunidad.
5. Motivación y disposición para ayudar al otro.
6. Empatía.
7. Habilidades en comunicación y escucha.
8. Habilidad de identificar aspectos positivos.
9. Habilidad para identificar problemas o necesidades de las personas.

Posteriormente en el análisis de las actividades realizadas por los agentes, se identificó dos categorías, con sus respectivas subcategorías como se describe a continuación:

1. Actividades comunitarias
 - 1.1. Participación social.
 - 1.2. Actividades de prevención y promoción de la salud.
2. Actividades de intervención individual
 - 2.1. Apoyo emocional.

2.2. Apoyo social.

2.3. Apoyo al tratamiento.

2.4. Apoyo espiritual.

2.5. Orientación en la red de salud.

2.6. Actividades recreativas y de tiempo libre.

La descripción de las categorías se realizará en el Capítulo IV, a continuación.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se realiza una contextualización histórica de los agentes comunitarios del CESFAM que da cuenta del proceso a través del cual se conforma y consolida este grupo de agentes. Luego se describen las características que son comunes a los agentes comunitarios y las actividades que ellos realizan, lo que permitirá ir develando el rol que cumplen los agentes del CESFAM.

1. Contextualización histórica de los Agentes Comunitarios de Salud del CESFAM Barros Luco.

Los agentes comunitarios de salud del CESFAM Barros Luco se desarrollan con el apoyo del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

En el año 2010, surge un proyecto para la formación de Agentes Comunitarios de Salud Mental desde el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y en coordinación con Centros de Atención Primaria de las comunas de Pedro Aguirre Cerda y San Miguel. Este proyecto considera una capacitación de dos semestres de duración para la formación de Agentes Comunitarios.

“...en la Universidad de Chile, en el departamento de psiquiatría, comenzó como una intención de formar monitores. En ese tiempo estaba trabajando la doctora C y ella tenía mucha experiencia de trabajo con agentes comunitarios (...) para poder hacer esto un poco más expansivo a nivel del área sur y ahí se involucraron otras personas del equipo , está la G y nosotros por la cercanía que teníamos, estábamos ubicados en el CESFAM Barros Luco justo al lado de la universidad y conocíamos a G por una cosa personal, G nos invita a participar a nosotros como CESFAM en esto”
(Fragmento 1, Entrevista 2 A)

“...ese proyecto comenzó más o menos en el año 2010 y en un primer momento se formaron agentes comunitarios en las comunas de Pedro Aguirre Cerda y San Miguel. El año posterior, hubo un curso y se integró la comuna El Bosque, ahí se formaron nuevos grupos de agentes comunitarios.”
(Fragmento 2, Entrevista 1 A)

A esta capacitación fueron invitadas, desde la Universidad y desde el CESFAM, personas que participaban de otros voluntariados en salud y también algunas personas que habían recibido tratamiento con el Equipo de Salud Mental del CESFAM Barros Luco, que estaban finalizando o habían finalizado su proceso terapéutico y estaban motivadas para la participación en actividades de voluntariado.

En este primer proyecto se formaron algunos agentes comunitarios, entre las cuales se encuentran cuatro mujeres que continúan su labor hasta el día de hoy.

“ (se invita) Gente interesada, pero nosotros en general acá en el CESFAM, nosotros avisamos a pacientes que uno conoce, porque por lo menos es más fácil, pero por ejemplo, les pedimos a los agentes que tenemos ya funcionando que inviten gente conocida de San Miguel, de preferencia que esté inscrito en el consultorio, pero no es obligatorio, puede ser una persona que tiene Isapre y quiere ser agente comunitario, eso no es problema, pero si es paciente (del CESFAM), mejor. Entonces los mismos agentes invitan a vecinos, familia, cualquier persona que quiera participar y llega mucha gente, gente también que envían los profesionales, en general es un poco masivo pero nunca tanto porque o si no llegaría mucha gente, de repente mucha gente se inscribe, pero no van, pero en el último curso, se formaron como 50, un buen número”. (Fragmento 3, Entrevista 1 A)

“...el paciente estaba con nosotros por un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo y estaban pronto a concluir su proceso de tratamiento y le preguntábamos si a él le gustaría participar de una especie de voluntariado y decían “si, si me gustaría” y más o menos nosotros veíamos si tenían algunas condiciones y eso nosotros lo anotábamos en una hojita y se lo pasábamos a M y ella les hacía una entrevista y me imagino que ella aplicaba algún instrumento probablemente quizá para descartar alguna caracteropatía que fuese muy grave y que pudiese ser perturbador, la mayoría de los usuarios quedaron y fueron ellos los que fueron capacitados y ahí comenzó esto” (Fragmento 4, Entrevista 2 A)

Tal como se comenta en los fragmentos 3 y 4, los profesionales del equipo de salud mental hacen referencia a una pre selección realizada por ellos mismos, donde consideraban características de las personas como capacidad de empatía, motivación por ayudar a otro, que hubieran avanzado en los objetivos de su terapia, en tanto refieren que eran personas que estaban cercanos a terminar su proceso terapéutico. Otra condición necesaria es que estas personas estuvieran dispuestas a trabajar en un voluntariado. Cuando las personas manifestaban su interés por participar, se les invitaba al curso que se imparte en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur de la Universidad de Chile.

Dentro de las características que consideran los profesionales en la pre selección, se encuentra también la ausencia de trastornos de personalidad grave que puedan afectar el desarrollo del vínculo con las personas a quienes entregarían sus cuidados.

De acuerdo con lo mencionado por los profesionales del CESFAM, estas capacitaciones continuaron realizándose entre los años 2012 y 2015, sumando un total de diez agentes comunitarios que participan actualmente con la comunidad y el CESFAM Barros Luco.

El año 2014 asume la coordinación de los agentes comunitarios desde el CESFAM la actual coordinadora, que es una de las psicólogas del Equipo de Salud Mental. En ese año

había cuatro agentes comunitarias que participaban activamente, ya que por motivos de salud o personales, tres personas habían cesado su participación.

La coordinadora, durante el año 2014, organizó las visitas de los agentes comunitarios a algunas de las personas a quienes ella tenía en tratamiento y consideraba que se beneficiarían de la visita de estos agentes, ya fuera porque tenían una escasa red social de apoyo, estuvieran viviendo un proceso de duelo o se encontraran inasistentes a sus controles y les ofrecía la posibilidad de recibir una visita de agentes comunitarios. Si las personas accedían a recibir la visita, la coordinadora contactaba a las agentes comunitarias, quienes determinarían la dupla de agentes que realizarían la intervención y le informaba a la persona los nombres de las agentes que realizarían la visita. Las agentes se coordinaban telefónicamente con la persona para establecer la cita y asistían a la casa con su credencial de agente comunitaria. En la primera visita, los agentes entregaban a las personas un consentimiento informado el cual explica el objetivo de ser visitado por los agentes comunicados, que es una actividad voluntaria, y que luego de entregar su consentimiento se le realizarán visitas por agentes comunitarios en las fechas fijadas y el número de veces que ambas partes convengan. Las personas, en caso de aceptar, firman el consentimiento, el cual es entregado a la coordinadora de los agentes comunitarios del CESFAM. Al firmar el consentimiento, las personas acceden a recibir la visita de los agentes.

En la visita, las agentes comunitarias realizaban una evaluación de las necesidades de la persona y algunas intervenciones, sin embargo no existía en ese tiempo un protocolo de registro, por lo que las agentes generalmente entregaban una retroalimentación de forma verbal a la coordinadora, con el fin de informar sobre el estado de salud actual de esa persona y su familia, las intervenciones que habían realizado o dificultades que pudieran presentar con su tratamiento.

A partir del año 2015, la coordinadora incorpora la participación de las agentes comunitarias en las reuniones del Equipo de Salud Mental, con el objetivo que los profesionales del equipo puedan conocer tanto a las agentes comunitarias como la labor que ellas desempeñan. Durante ese año, las agentes comunitarias participaron de tres reuniones de equipo. Se les asignó media hora en esas tres reuniones para que ellas comentaran su experiencia, entregaran información de las personas a quienes habían visitado y también

para que pudieran resolver dudas de sus atenciones. En la reunión el equipo también realiza una retroalimentación a las agentes.

“Del año pasado, 2015, empezamos a ser un poquito más formales con el CESFAM Barros Luco, (...) y a partir del año pasado tuvimos tres reuniones en que participaron los agentes comunitarios que se habían formado, (...) ellas pasaron a integrarse a las reuniones de salud mental que como te digo no eran todos los meses, un mes sí, un mes no (...) esa reunión era más para que el equipo los conociese y ver como podrían trabajar, ellos comentaban sus experiencias, duraba media hora, era muy cortito, porque en las reuniones de salud mental hay muchos temas, la participación de ellos en un poco, dentro de eso para dar a conocer, hacerse visibles en su labor y también algunas dudas de sus atenciones.” (Fragmento 5, entrevista 1 A)

En este relato, un miembro del equipo de salud mental se refiere a la intención de incorporar a los agentes comunitarios a las reuniones de equipo como una forma de visibilizar su labor, identificando las actividades que realizan en la comunidad y también como una manera de formalizar las intervenciones de los agentes, reconociéndolas como una metodología de intervención que es aceptada y supervisada por el equipo, en tanto se discuten dudas de sus atenciones.

Con este fin, se realiza en el año 2015 una sistematización de las intervenciones, a través de la creación de una hoja de registro de las actividades del agente comunitario.

Este registro se titula “Informe por actividad de agente comunitario” y considera ocho ítems, de los cuales el primero contiene datos de identificación de la persona, luego contiene 2 ítems con escala tipo Likert donde se evalúa la impresión general del estado de salud de la persona (desde “Normal, ningún trastorno” hasta “Extremadamente enfermo”), observaciones en terreno que incluye identificación de redes de apoyo, actividades productivas, adherencia al tratamiento farmacológico y psicosocial y participación social

(desde “Nada” hasta “Mucho”). Le siguen 2 ítems donde el agente comunitario debe describir la visita y los acuerdos tomados con la persona.

Los últimos tres ítems, que se encuentran al reverso de la hoja, deben ser llenados posterior a la segunda visita y las siguientes. Éstos consideran una escala tipo Likert, en la que el agente comunitario debe valorar cómo ha cambiado la persona desde la primera visita (desde “Mucho mejor” hasta “Mucho peor”) y un recuadro que evalúa la percepción del propio agente respecto de su intervención. Finaliza con un espacio para las observaciones y comentarios.

Luego de cada visita, las agentes registran el informe de actividad de agente comunitario, el cual es posteriormente entregado a la coordinadora, en la reunión semanal de las agentes comunitarias, para ser incluido dentro de la Ficha clínica.

Los profesionales del equipo, a partir del año 2015, comienzan a derivar a las personas que a su criterio se beneficiarían de la visita de un agente comunitario, a la coordinadora para que se gestione la visita.

En la actualidad, existen diez agentes comunitarias que participan activamente entre el CESFAM Barros Luco y la comunidad.

Las agentes comunitarias realizan una reunión semanal los días miércoles en dependencias del antiguo Consultorio Barros Luco, donde tienen habilitado un espacio para ellas. A la reunión asiste la Coordinadora del CESFAM y las agentes comunitarias, quedando un registro escrito de cada reunión en un libro de acta.

2. Descripción de las Agentes Comunitarias de Salud del CESFAM Barros Luco

Al momento de la investigación, las agentes comunitarias del CESFAM Barros Luco son un grupo de 10 mujeres de entre 62 y 80 años. Las agentes comunitarias reconocen ciertas características personales y condiciones que son importantes para la realización de su labor. De acuerdo con los relatos de las agentes, estas características se pueden agrupar en nueve categorías que son:

- Autovalencia.
- Participación social.
- Capacitación formal.

- Vivir en la comunidad.
- Motivación y disposición para ayudar al otro.
- Empatía.
- Habilidades en comunicación y escucha.
- Habilidad de identificar aspectos positivos.
- Habilidad para identificar problemas o necesidades de las personas.

2.1 Autovalencia: Si bien en las entrevistas con las agentes es posible identificar que de las ocho entrevistadas, siete reconocen presentar enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, una de ellas refirió cáncer y 5 manifestaron haber recibido tratamiento de salud mental, todas ellas mantienen un estado de salud que les permite desarrollar autónomamente sus actividades diarias y otras actividades en la comunidad.

2.2 Participación social: Las ocho agentes comunitarias entrevistadas participan de otras actividades sociales en la comunidad además de su trabajo como agentes comunitarias, como juntas de vecinos, consejo de desarrollo local, otros voluntariados en salud, clubes del adulto mayor, entre otros.

“Yo llevo más de 20 años en este tema de la salud. Empecé como monitora de salud en el CESFAM Barros Luco (...) Así me fui involucrando, capacitándome, nos hacían capacitaciones respecto al área de salud (...) y ahí después me fui metiendo en este sistema, una cosa me llevó a la otra y estoy como dirigente social en salud, participando en el consejo de salud (...)”. (Fragmento 6, entrevista 2 B).

En el fragmento 6, la agente comunitaria relata sobre su participación social desde hace 20 años. Estas actividades la han motivado a integrar distas instancias de participación social y cómo esta participación facilitó su acercamiento a la labor de agente comunitario como una progresión de actividades.

2.3 Capacitación formal: En el fragmento 6, es posible identificar que la agente comunitaria 2B asigna importancia al hecho de recibir capacitación respecto de temas de salud. Esta apreciación es común entre todas las agentes entrevistadas, quienes han recibido formación especialmente en temas de salud.

“(…) yo hice el curso de la cruz roja, (…) aprendí hartas cosas con ellos. También hice un curso de resucitación cardíaca y también he hecho cursos por fuera, me gusta mucho ayudar a la gente” (Fragmento 7, entrevista 1 B).

“(evaluamos a las personas) por lo que estudiamos, y por lo que hemos aprendido, porque estoy chocha con el curso (…) es que yo pienso que, nunca esta demás estudiar, tenga la edad que tenga uno”. (Fragmento 8, entrevista 5 B)

“Un día llegó M, que viene de la Universidad de Chile, a invitarnos para hacer el curso de agentes comunitarios, así empezó mi historia y te cuento que ese fue un curso de capacitación de agentes comunitarios de pacientes crónicos y en forma paralela, él me comenta que se está haciendo el curso de agentes comunitarios en salud mental y me interesó y justo coincidía con que los dos cursos no se topaban, así que empecé a hacer los dos y te digo, me cambió la vida, estoy muy contenta con esto porque es lo que yo necesitaba, es con lo que yo quería llenar mis días y te das cuenta de como las cosas se van dando sin que uno las planifique tanto.” (Fragmento 9, entrevista 7 B)

Para las agentes comunitarias, el recibir capacitación formal es una necesidad para poder ayudar a otras personas. Las ocho agentes entrevistadas en su totalidad refieren haber recibido capacitaciones formales en temas de salud lo que les permite realizar

intervenciones especialmente en educación para la salud. El haber recibido estas capacitaciones también les entrega mayor seguridad al realizar sus intervenciones, debido a que les entrega un respaldo teórico de éstas, haciéndolas distintas a un apoyo desde el sentido común.

Además la realización de capacitaciones genera satisfacción en las agentes comunitarias, en tanto les entrega formalidad a su quehacer, que es visto por las agentes como una actividad de desarrollo personal y de servicio. Es importante destacar que una persona sólo puede ejercer como agente comunitario de salud si ha aprobado el curso de capacitación, por tanto se requiere de vocación y también de formación.

Al finalizar el curso de agentes comunitarios, desde la Universidad se realiza una ceremonia donde se entrega a los participantes un Diploma y su credencial de agentes comunitarios.

“(…) cuando hicimos el curso, ella (mi jefa) vino a mi graduación y le gustó mucho, me felicitó y me dijo que siguiera adelante, estoy re feliz” (Fragmento 10, entrevista 1B).

En el relato anterior, se puede observar que para la agente 1 B esta ceremonia se puede considerar como una instancia de reconocimiento e iniciación a una labor que le genera satisfacción, lo que además es posible corroborar en otros relatos de las agentes quienes refieren invitar a su graduación a sus familiares y personas significativas. En la ceremonia, los familiares y amigos les entregan algún regalo de reconocimiento y felicitaciones, lo que parece una instancia que les hace sentir orgullo.

2.4 Vivir en la comunidad: Esta característica es relevante en el contexto ambiental y social donde se desempeñan las agentes comunitarias.

“Era súper lógico, quién más que un vecino puede saber y detectar los casos y problemas de salud mental que hay en el vecindario o a lo mejor dos o cuatro cuadras más allá por la misma interacción que hay con los vecinos, uno se topa en los

negocios, en las panaderías o en la calle y uno conversa”
(Fragmento 11, entrevista 4 B).

En el relato, la agente comunitaria 4 B se refiere al acceso a la información que tienen los vecinos, que proviene de las interacciones cotidianas entre ellos y también a la posibilidad de identificar tempranamente factores de riesgo y factores protectores del vecindario, lo que permitiría realizar acciones de promoción y prevención de problemas de salud mental. El vivir en la comunidad permite que el agente comunitario conozca el terreno, las dificultades, los factores de riesgo, los factores protectores, los recursos y de esta manera poder utilizarlos como herramienta para la intervención.

2.5 Motivación y disposición para ayudar al otro: En sus relatos, las agentes comunitarias de salud describen que una de las características más relevantes para ejercer el trabajo de agente comunitario es la voluntariedad, lo que implica para ellas la presencia de una motivación por ayudar a otras personas o a la comunidad.

“(…) esto es como un trabajo en el fondo, sólo que a uno no le pagan y yo por eso estoy, porque me gusta este trabajo, me gusta comunicarme con las personas”. (Fragmento 12, entrevista 2 B).

“(…) así que después en el curso se les explicaba que era sin pago de nada, ni de locomoción ni de ninguna cosa. Ahí uno como puede tiene que llegar a las visitas. Ahí empecé y cada día me gusta más” (Fragmento 13, entrevista 3 B).

“(…) cuando ayudo a los demás me siento confortada (…) esto me da vitalidad, energía y todo. Me gusta ayudar a los demás y eso me hace sentir bien, feliz y contenta” (Fragmento 14, entrevista 6 B).

En las citas anteriores se destaca la mención a la ausencia de una remuneración monetaria para las agentes, lo que se suma a cierto gusto personal por el ejercicio de las tareas de agente comunitario de salud. Esta motivación parece provenir de la satisfacción personal que genera en las agentes comunitarias, según se puede extraer de las entrevistas a estas agentes, la posibilidad de relacionarse con otras personas y ofrecerles ayuda.

Por otro lado, en algunos casos esta motivación personal se ve atravesada por motivaciones de otro orden:

“(...) yo lo tengo como del alma esto, nadie me dice que vaya o que no vaya, yo lo hago porque pienso que es un don de dios”. (Fragmento 15, entrevista 1 B).

“(...) mientras conversábamos (con una vecina) ella me comentó que necesitaba encontrar un psicólogo infantil y ahí pensé que dios me había puesto en ese camino. Entonces le dije que yo iba a hablar con la psicóloga y ver qué se puede hacer(...)”(Fragmento 16, entrevista 6 B).

Como se puede leer en las citas anteriores, esta motivación también parece provenir de una responsabilidad o un deber religioso, en tanto dios le entregaría un don para que ellas lo compartan con las personas o se relatan como puestas por dios en el camino de una persona para prestarles ayuda.

“(Decido hacer una visita) Porque el tiempo en ese rato lo tengo, tengo libre y puedo estar relajada, entonces yo doy mi tiempo feliz, porque si ando corriendo, no podría hacerlo, entonces la persona igual necesita tiempo, estar relajada y que nosotros los escuchemos a ellos también, a veces se alargan tanto y ahí yo no le puedo decir " sabe señora, no me cuente

más porque tengo que ir a pagar la luz, o no sé, jajajaja"
(Fragmento 17, entrevista 1 B)

“Ahí (para hacer la visita) necesitamos organizarnos y ver el tiempo que tenemos para hacerlas todas (...) En mi casa saben que el día martes yo lo dedico sólo a mis actividades.”
(Fragmento 18, entrevista 6 B).

Esta motivación también parece considerar el destinar tiempo a la labor de agente comunitario. Las agentes tienen designado un tiempo a la semana para la realización de sus actividades con la comunidad.

2.6 Empatía: El trabajo del agente comunitario se realiza directamente con personas que se encuentran en una situación vital compleja y dolorosa. Para las agentes comunitarias es importante entender cómo se sienten las personas en esa situación, para poder entender de esta manera sus necesidades.

“(…) no es llegar y ser agente comunitario, hay que tener ciertas características, ya que algunas personas no tienen la misma paciencia, como por ejemplo para trabajar con pacientes postrados (...) hay que tener sensibilidad”
(Fragmento 19, entrevista 2 B).

En la cita anterior, la agente comunitaria 2 B, se refiere a situaciones de salud complejas que pueden estar viviendo las personas a quienes va a visitar, como es la situación de estar postrado y se refiere a la paciencia que es necesaria para escuchar, entendiendo que la situación puede ser dolorosa para la persona, lo que se puede desprender de la sensibilidad a la que alude la entrevistada.

2.7 Habilidad en comunicación y escucha: Esta capacidad se relaciona con la conexión afectiva con las personas, con la acogida y también con la capacidad de entender al otro para poder reconocer las necesidades expresadas por las personas.

Las agentes comunitarias de salud coinciden en que parte importante de su labor es escuchar las personas.

“Primero los escucho porque eso es primordial, porque no podemos llegar con un discurso propio sin saber qué es lo que ellos necesitan y qué es lo que necesitan exponernos. Escuchar cómo ellos abren su corazón, primero abren las puertas de su casa para recibirnos y después abren su corazón porque nos cuentan su intimidad, nos hacen cercanos a ellos, entonces creo que lo más importante es escucharlos.”
(Fragmento 20, entrevista 7 B).

En el texto, la entrevistada 7 B se refiere a la importancia de escuchar a las personas tanto para conocer al otro y reconocer sus necesidades como por la conexión afectiva que desarrollan entre ambos, donde la persona “abre su corazón” y siente la confianza de expresarle aspectos de su vida privada motivado por la actitud de escucha de la agente comunitaria. Se puede evidenciar que el escuchar a las personas es una tarea relevante de los agentes comunitarios, por tanto es importante para los agentes el desarrollar esta capacidad, así como también desarrollar habilidades en comunicación que considera la habilidad de expresar ideas de manera que las personas se sientan escuchadas y también para realizar intervenciones que tengan un impacto positivo en las personas.

2.8 Habilidad para identificar problemas o necesidades de las personas: Esta habilidad, si bien se relaciona con la capacidad de escuchar, también se relaciona con herramientas entregadas en el curso de agentes comunitarios que se imparte en la Universidad.

“... (Evaluamos a las personas) por lo que estudiamos, y por lo que hemos aprendido, porque estoy *chocha* con el curso (...) me siento feliz en lo que estoy haciendo (como agente comunitaria), y agradecida de la facultad de medicina, que nos dio la posibilidad de hacer este curso.” (Fragmento 21, entrevista 5B)

La agente comunitaria 5B refiere que el haber realizado el curso, facilitó herramientas para poder trabajar con las personas, lo cual puede constatarse en la cita donde explica que lo que estudiaron y aprendieron en el curso les permite evaluar a las personas a quienes visita. Incluso describe sentirse “chocha” con el curso, concepto que engloba satisfacción y orgullo con la realización de éste, que le ha permitido desempeñar su trabajo como agente comunitaria, trabajo que, según comenta, la hace sentir feliz. Esto podría significar que las herramientas entregadas en el curso tienen un significado valioso para el desempeño del trabajo del agente comunitario.

Es posible observar en las entrevistas que el escuchar a las personas también facilita la identificación de problemas o necesidades de ellas, lo cual se puede apreciar en el siguiente fragmento:

“Primero los escucho porque eso es primordial, porque no podemos llegar con un discurso propio sin saber qué es lo que ellos necesitan y qué es lo que necesitan exponernos” (Fragmento 22, entrevista 7B).

En el fragmento 22, la agente comunitaria considera que es primordial saber lo que las personas necesitan a través de lo que ellas mismas les expresan, reflexionando respecto de realizar intervenciones sin considerar las necesidades o dificultades expresadas por las personas, en tanto refiere “no podemos llegar con un discurso propio sin saber lo que ellos necesitan”.

La habilidad para identificar los problemas de las personas, proviene por una parte, de un conocimiento teórico entregado en el curso de agentes comunitarios y por otra parte

de la habilidad de escuchar al otro, validando la necesidad expresada por ellos. Este aprendizaje también se complementa con la experiencia de un agente comunitario en la realización de intervenciones y que es compartida con otros agentes comunitarios con menos experiencia.

“(…) y a mí me tocó (hacer visitas) con una de las más antiguas, la señora V. y se aprende con ella también”

(Fragmento 23, entrevista 3B)

Como se puede observar, la agente comunitaria 3B refiere aprender de otra agente comunitaria con más experiencia, lo que podría interpretarse como un aprendizaje a través del modelaje de una agente con mayor experiencia.

La identificación de problemas o necesidades de las personas constituye una herramienta de las agentes comunitarias, que les permitirá posteriormente determinar una intervención planificada e individualizada a cada persona en conjunto con el equipo de salud, como se podrá apreciar en el Capítulo “Descripción del proceso de intervención de los agentes comunitarios”.

2.9 Habilidad de identificar aspectos positivos: Se relaciona con una actitud positiva del agente comunitario identificando las habilidades e intereses de las personas, lo cual permite trabajar con las capacidades que posee cada una de ellas, que a su vez infunde esperanza.

“(…) (la señora) quería encontrar trabajo y no ha podido. Y ese día le dije: “¿qué está haciendo usted? a ver cuénteme” Y ahí me dijo que quería hacer manualidades, porque había llegado su hija de Argentina (…) le había traído unas perlitas y le enseñó a hacer pulseras (…) le dije que podría hacer cositas para la navidad, que yo le podía regalar unas revistas que compré y quedó feliz.” (Fragmento 24, entrevista 3 B).

La agente comunitaria escucha a la persona del relato anterior con el objetivo de clarificar su problema. Esta persona le manifiesta su deseo por realizar algún trabajo para tener una actividad remunerada, sin embargo esto no había sido posible porque debía cuidar a su hijo que tenía una discapacidad psíquica. La agente comunitaria indaga en las habilidades e intereses de la persona para luego realizar una intervención desde la capacidad de esta persona, es decir, hacer manualidades, lo que al parecer tuvo un impacto positivo, si se considera que la persona “quedó feliz”, de acuerdo con su relato.

Esta habilidad también se relaciona con el promover la esperanza en el otro, a pesar de la dificultad.

“(…) muchas de las personas han tenido problemas de depresión u otras cosas más complicadas, han tenido duelos largos, entonces yo a veces les tiro estos mensajes, por ejemplo, el considerarnos exitosos siempre, (…) valorar cada éxito que tenemos en el día, hay que valorar todo, porque a veces nosotros no vemos los pequeños detalles de la vida, entonces creo que hay que cambiar eso de ver todo negativo porque los agentes comunitarios yo creo que tienen que estar siempre arriba, con ánimo y transmitir eso a las otras personas, porque si nos vamos a acercar a ellos nada más que a apoyarlos en la victimización y decirles "pobrecito" eso no es una gran ayuda” (Fragmento 25, entrevista 4B).

En el fragmento 25, la agente comunitaria promueve mensajes que inspiren el disfrutar detalles de la vida que hagan sentir satisfacción, considerándolos “éxitos”, como una forma de dar protagonismo a detalles que producen bienestar, lo que puede verse reflejado al expresar la agente 4B que “hay que valorar todo, porque a veces nosotros no vemos los pequeños detalles de la vida”. Para esta agente, esta habilidad es importante para el desempeño del agente comunitario, ya que el ver los “éxitos” cotidianos en desmedro de los aspectos negativos ayuda a mejorar el ánimo y de esta

manera este ánimo se puede transmitir a las personas como un proceso que se gesta desde la propia experiencia y que apoya al empoderamiento de las personas en su salud ya que si bien hay situaciones que no se pueden modificar, como la pérdida que generó un proceso de duelo o la sintomatología de la depresión, existen otros aspectos presentes en la vida de las personas que pueden ayudar a superar estas dificultades.

3. Descripción del proceso de intervención de los agentes comunitarios

Para que una persona llegue a ser agente comunitario de salud, debe haber recibido el curso de formación de agente comunitario que imparte el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur de la Universidad de Chile. Este curso se imparte de manera gratuita para los participantes.

Se realiza una convocatoria abierta a la comunidad que incluye organizaciones sociales comunitarias o grupos que realizan actividades de voluntariado. También desde el Equipo de Salud Mental del CESFAM, se realizan invitaciones a personas que reciben atención en el equipo o a sus familiares y que estén interesados en la participación en un voluntariado. Los agentes comunitarios también difunden esta convocatoria entre sus conocidos. Si bien es preferible que los agentes comunitarios estén inscritos en el CESFAM, esto no constituye una condición excluyente, ya que cualquier vecino del sector puede participar. El curso considera temáticas de problemas de salud mental y herramientas para la realización de visitas domiciliarias.

“En ese curso, empezamos por los problemas que hay en salud mental, después por los maltratos infantiles, la depresión, los duelos, las crisis, la demencia, la violencia intrafamiliar y de partida, lo que teníamos que hacer como agente comunitario; las visitas y que era algo voluntario”
(Fragmento 26, entrevista 3B).

Al finalizar el curso, se les entrega una credencial y un diploma de agente comunitario.

Las personas que finalizan el curso, en el caso de estar motivadas para continuar el trabajo de agentes comunitarios comienzan a asistir a las reuniones semanales de agentes comunitario. Estas reuniones se realizan los días miércoles a las 15:00 horas en un espacio que perteneció al antiguo Consultorio Barros Luco y que actualmente se encuentra habilitado para este fin.

Con el consentimiento de las agentes comunitarias y de la coordinadora del CESFAM, es posible asistir a una reunión realizada el 20 de julio de 2016.

En la reunión, se constata que este espacio es una oficina ubicada en dependencias de la Facultad de Medicina Campus Sur de la Universidad de Chile, que colinda con el antiguo Consultorio Barros Luco.

La oficina es un espacio que cuenta con una mesa de reuniones y sillas para aproximadamente 25 personas, un estante donde se guardan artículos de aseo y algunos fungibles y dos baños.

Tiene algunos cuadros en las paredes y las agentes comunitarias han llevado unos manteles que ponen en la mesa, donde además de escribir un acta, sirven té y algunas galletas.

A estas reuniones, asisten las agentes comunitarias y la coordinadora del CESFAM. La asistencia es registrada por la secretaria de acta, quién además realiza el acta de reuniones en un libro especial para este propósito.

La reunión comienza con una bienvenida, donde se comparte un té y galletas y se conversa sobre aspectos personales de cada una, se saludan con un abrazo y un beso, lo que podría indicar un grado de cercanía y pertenencia al grupo importante, lo que puede ser corroborado por la cantidad de tiempo que en este caso muchas de estas agentes comunitarias han tenido como participantes. Luego de ello, se presentan las actividades sociales en las que han participado y se proponen nuevas actividades.

Posteriormente se realiza una revisión de casos, correspondientes a las personas que han visitado. La coordinadora del CESFAM, realiza una contextualización del estado de salud de las personas que fueron visitadas y solicita nueva información a las agentes.

Las agentes comunitarias comentan sobre el estado de salud actual de las personas visitadas la semana anterior y las dificultades observadas, manifestando sus emociones en relación con la situación observada en la visita. La psicóloga coordinadora, da contención y guía a

las agentes comunitarias. Las otras agentes comunitarias también brindan su apoyo emocional a su compañera y se conversa en plenario sobre las dificultades presentadas, desde la empatía y la acogida hasta la fundamentación teórica:

“...a nosotros nos enseñaron que hay que dar apoyo, pero no siempre podemos solucionar todo” (Agente comunitaria, en reunión de agentes comunitarias).

En la cita anterior, una agente comunitaria respondía a otra agente que había manifestado su preocupación y tristeza por la persona a quien había visitado y su deseo de ayudar más en el caso. La agente, acogiendo la emoción de su compañera, entrega contención emocional apoyándose de la teoría revisada en el curso y mostrando un punto de vista distinto en cuanto a los límites de acción del agente comunitario.

Se ofrecen otras posibles soluciones a la situación planteada por la agente, entre ellas uso de la red asistencial, posibles derivaciones, uso de recursos de la Municipalidad y apoyo desde el equipo de Salud Mental para la agente que expone su caso.

En la reunión, la coordinadora presenta también nuevos casos para realización de visitas domiciliarias.

Para la derivación de personas a las que puedan realizar estas visitas, se considera el criterio de la coordinadora y también de los miembros del equipo de salud mental.

Cuando los profesionales del equipo de salud mental consideran que alguna de las personas que están en tratamiento con ellos se beneficiaría de la visita de un agente comunitario, se contactan con la coordinadora y le presentan el caso. La coordinadora presenta los nuevos casos en la reunión semanal que realizan las agentes comunitarias y se coordinan las visitas. En estas reuniones la coordinadora del CESFAM presenta nuevos casos y se define la dupla de agentes comunitarias que asistirá a la visita, quienes voluntariamente se ofrecen para realizarla.

El grupo ha determinado que las duplas sean integradas por una agente comunitaria “antigua”, es decir, que tenga más de un año de experiencia, y por otra “nueva”, entendida como la agente comunitaria que tiene menos de un año de experiencia.

“Hemos hecho varias visitas, yo las hago con una compañera antigua, porque hay algunas que llevan más de tres años y a mí me tocó con una de las más antiguas, la señora V. y se aprende con ella también” (Fragmento 27, entrevista 3B).

En el Fragmento 27, la agente comunitaria hace referencia a esta conformación de duplas entre una agente “antigua” y una “nueva”. En este caso, la agente 3B es la “nueva” y que según se puede desprender de la entrevista, se beneficia de la experiencia de la agente antigua, en tanto refiere que aprende de esta agente.

En las reuniones, la coordinadora hace entrega de hojas de Consentimiento Informado y hoja de Informe de Actividad de agente comunitario, como insumo para las visitas.

Otra actividad relevante la constituye el compartir artículos sobre temas de interés para los agentes comunitarios y se entrega información sobre instancias de participación social y comunitaria con el fin de propiciar su asistencia a éstas.

Se realiza cierre de la reunión a través de un breve resumen de actividades y la coordinación logística entre las agentes para la asistencia a las distintas actividades en la comunidad.

4. Actividades realizadas por los agentes comunitarios de salud

Las agentes comunitarias del CESFAM Barros Luco realizan en el contexto de esta labor, actividades en la comunidad y actividades de intervención con las personas en su entorno familiar. En este sentido, se ha decidido describir las actividades de las agentes comunitarias clasificándolas como actividades comunitarias y actividades de intervención individual.

4.1 Actividades comunitarias: Corresponden a aquellas intervenciones realizadas por las agentes comunitarias que tienen un impacto en la comunidad. En esta categoría se distinguen dos subcategorías que son la Participación social y Actividades de Prevención y Promoción de la salud en la comunidad, las que se describirán a continuación.

4.1.1 Participación social: Dentro de las actividades comunitarias se encuentran la participación en Mesas territoriales de agentes comunitarios de salud, lo que fue posible corroborar en la observación de campo de la reunión semanal de agentes comunitarias y organización de actividades comunitarias de prevención en salud, referidas por las agentes en las entrevistas.

Las Mesas territoriales de agentes comunitarios, son concejos donde se reúnen los agentes comunitarios de distintas comunas del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

De acuerdo con lo observado en la reunión semanal de agentes comunitarias, los temas revisados en la Mesa territorial se socializan en esta reunión para ser discutidos por el grupo.

Una de las agentes que asiste a la Mesa territorial lee el acta de reuniones de dicha actividad, donde se informa sobre temas relacionados con las actividades de formación de agentes comunitarios, por ejemplo, se informa del inicio del curso de agentes comunitarios de dos comunas rurales del área sur.

De acuerdo con el relato, además en las Mesas Territoriales se comparten experiencias realizadas por distintos grupos de agentes comunitarios, en un contexto de socialización y difusión de buenas prácticas, como fue posible observar en el relato de experiencias realizadas por un grupo de agentes de un CESFAM, en el cual se describe una intervención con adultos mayores a través de la música, con la cual han obtenido resultados exitosos. Otro relato referido en la reunión, da cuenta de la experiencia de otro grupo de agentes que se encontraba trabajado con un grupo de personas con síndrome de cansancio del rol de cuidador.

Otra de las actividades de la mesa territorial descrita por la agente comunitaria, es la coordinación de los Encuentros de agentes comunitarios, que corresponde a una actividad principalmente de autocuidado para los agentes comunitarios que se desempeñan en CESFAM de comunas pertenecientes a comunas de la zona Sur de Santiago. En la Mesa se define el grupo de agentes comunitarios que organizarán el Encuentro.

La organización consiste en coordinar un lugar físico para el encuentro, la programación de las actividades que presentará cada grupo de agentes comunitarios y la organización del almuerzo y colaciones.

Las agentes comunitarias explican que dentro de las actividades del encuentro que se han realizado con anterioridad se incluyen talleres de masaje, de medicinas complementarias y presentaciones de actos artísticos realizados por los propios agentes comunitarios.

Finalmente, la agente describe que en las mesas territoriales se realiza la difusión de actividades de formación, por ejemplo, se informa de la realización de un taller de teatro del oprimido.

4.1.2 Actividades de Prevención y Promoción de la salud en la comunidad: Las agentes comunitarias realizan actividades de prevención y promoción de salud, como son la organización de campañas de vacunación en algunos barrios de la Comuna de San Miguel en coordinación con el CESFAM y actividades de apoyo social a grupos vulnerables.

“El mes pasado, en junio, fuimos a visitar el Hogar Alborada, donde hay 21 abuelitos, y les llevamos cositas, queques, dulcecitos, y que se yo; y todas participamos, en apoyarlos, en hacerles cariño (...)” (Fragmento 28, entrevista 5 B)

“Visitamos hogares de ancianos, ahora estamos visitando un hogar de ancianos en que la mayoría tiene demencia senil, los acompañamos, conversamos porque ellos están muy solos (...)” (Fragmento 29, entrevista 7 B)

En los fragmentos 28 y 29 las agentes describen actividades de apoyo social en una Residencia de adultos mayores que constituyen acciones de promoción de salud en grupos vulnerables como lo es el grupo de adultos mayores institucionalizados. Las agentes han planificado visitas bimensuales a la Residencia con actividades sociorecreativas y de apoyo emocional para los residentes acordes a las necesidades identificadas en la primera visita.

“(...) como era la primera vez que íbamos, solamente visitamos, les llevamos cositas para comer, de todas maneras preguntamos antes que cosas se podían llevar.

Queremos ir otra vez y ahí planificar más cosas, por ejemplo cantarles alguna canción o algo más entretenido y preparado, algo en lo que ellos puedan participar”. (Fragmento 30, entrevista 2 B)

En el fragmento 30, la agente comunitaria refiere “solamente visitamos” dejando entrever que en la primera visita era importante conocer el grupo de adultos mayores y el lugar, para planificar posteriormente actividades acordes a las características de los adultos mayores y sus posibilidades, enfatizando en la importancia de realizar actividades en las que los adultos mayores puedan participar. La importancia de que los adultos mayores puedan participar, parece derivar de la identificación de la necesidad de actividades recreativas y de tiempo libre que observaron las agentes en la primera visita, lo cual puede ser aseverado en tanto la agente plantea la necesidad de planificar actividades más entretenidas, como cantar, donde los adultos mayores puedan participar, enfatizando desde el lenguaje corporal con las manos la oración “ellos puedan participar”.

Las agentes también describen intervenciones de prevención terciaria en las Residencias de adultos mayores, a través de la evaluación de la adherencia al tratamiento y seguimiento de su tratamiento en el CESFAM.

“(…) bueno las veces que me ha tocado ir (a la residencia de adultos mayores), es escuchar a las personas, y ver si están con los remedios, si están viniendo a las consultas, digamos... quien las trae, porque como son a veces postrados, no tienen locomoción para venir... entonces no se toman los remedios, o compran los remedios y les salen caros. Al menos donde fui, (...) conversamos con una paciente y ella nos contó su caso. Y de ahí, S. (coordinadora de los agentes comunitarios del CESFAM) hizo los trámites para solucionar el problema. Supimos en la segunda vuelta, de que ya la había visto el médico, ya estaba con remedios, y ya estaba mejor”. (Fragmento 31, entrevista 5 B).

En el fragmento 31, la agente 5 B describe una intervención para prevenir el abandono de tratamiento, identificando distintos factores de riesgo como es el estar postrado o poseer un nivel de dependencia que impida asistir a los controles médicos de manera autónoma, lo que repercute en la ausencia a controles con la consiguiente discontinuidad en el retiro de fármacos. Luego de la identificación del problema, se contactan con la coordinadora de los agentes comunitarios para activar la red de atención desde la cual se organiza una intervención para la realización de una atención de salud de rescate. Las agentes comunitarias realizan un seguimiento de la situación, corroborando que la atención de rescate había sido realizada, que la persona estaba recibiendo su tratamiento farmacológico y evalúan la condición de salud de la paciente.

4.2 Actividades de intervención individual

Las actividades de intervención individual son aquellas actividades realizadas por las agentes comunitarias que involucran intervenciones con personas considerando su contexto familiar. Estas actividades se desarrollan principalmente a través de visitas domiciliarias, sin embargo se describirá también intervenciones realizadas por las agentes ante consultas espontáneas de personas de la comunidad, que reconocen su labor a través de distintos medios.

En las visitas domiciliarias, la primera tarea que realizan es el establecimiento de un vínculo de cuidado con las personas con quienes van a trabajar, apoyándose de sus habilidades interpersonales, como empatía y escucha activa.

“(…) la gente nos abre las puertas de su hogar, nosotros entramos y aunque no somos psicólogas, nosotros escuchamos mucho los problemas de ellos, a veces las enfermedades o la soledad, dentro de la soledad viene la depresión y por la depresión afloran muchas enfermedades, entonces nosotros vamos trabajando con ellos, ayudándoles”.

(Fragmento 32, entrevista 7B).

En el fragmento 32 la agente comunitaria explica que las personas abren las puertas de su hogar, utilizando esta frase como metáfora de un espacio íntimo que las personas aceptan compartir con ellas, probablemente generado a través de la acogida que ellas realizan de los problemas que les comentan estas personas, lo cual se puede evidenciar en el relato donde refiere que al entrar en la casa ella escucha los problemas y van trabajando en conjunto con las personas como una forma de ayudarlos.

Las actividades de intervención individual identificadas en este estudio fueron clasificadas en 6 subcategorías:

1. Apoyo emocional.
2. Apoyo social.
3. Apoyo al tratamiento.
4. Apoyo espiritual.
5. Orientación en la red de salud.
6. Actividades recreativas y de tiempo libre.

4.2.1. Apoyo emocional: Las agentes comunitarias coinciden en que una de las principales funciones que ellas realizan en las visitas domiciliarias es el acompañamiento. En este acompañamiento las agentes dan contención a las personas que, de acuerdo con las entrevistas, se sienten solas, están pasando por situaciones dolorosas o complejas, como es el cuidado de otra persona con una enfermedad crónica que lleva a la discapacidad.

“(…) lo que mayormente impactaba (de la labor de los agentes comunitarios) era este tema del acompañamiento que han hecho con estos pacientes que están solos, con los usuarios adultos mayores que están solos, que son los que más necesitan”. (Fragmento 33, entrevista 2 A)

En la cita anterior un profesional del CESFAM, reconoce que una de las principales labores de las agentes comunitarias es el acompañamiento terapéutico, especialmente con adultos mayores sin redes de apoyo, lo que coincide con la visión de las agentes comunitarias que refieren que dentro de las principales tareas que realizan en cuanto al acompañamiento, se

encuentran el escucharlos, conversar sobre sus problemas, brindarles apoyo, acompañarlos cuando están solos e infundir esperanza.

“Bueno, nosotros visitamos a las personas, conversamos, dejamos que ellas hablen un poco y vemos sus necesidades y sus falencias de algo, por ejemplo de amistad, de conversar, de un dolor que tengan, desorden de los remedios, sus preocupaciones. También ellos se quejan de la familia que no los van a ver, ahí nosotros estamos para apoyarlos.”
(Fragmento 34, entrevista 1B)

“(…) nuestra principal función es el acompañamiento, el tiempo que uno le puede dedicar a la gente y estar con ellos, escucharlos” (Fragmento 35, entrevista 7B)

En los extractos 34 y 35, las agentes explican que su función en las visitas domiciliarias es el acompañamiento, que incluye el conversar sobre sus problemas o el acompañarlos en la soledad, lo cual se ve manifiesto en el fragmento 34, donde la agente comunitaria refiere que como agentes comunitarios entregan apoyo a las personas a quienes sus familiares no van a visitar y que se sienten abandonados por su familia.

“(…) (ayudo a) estas personas que yo las veo solas o con penita o que necesitan a alguien que les diga vamos a salir adelante, vamos a formar un mejor estado de vida, de vivir la vida con mas alegría, y toda esa onda (…)” (Fragmento 36, entrevista 5B)

Dentro del apoyo emocional, se considera también el infundir esperanza y optimismo especialmente en las personas que se sienten solas o tristes, según describe la agente comunitaria 5B en el fragmento 36.

4.2.2. Apoyo social: Muchas de las personas a las que realizan visitas domiciliarias presentan una escasa red de apoyo social, por lo que las agentes también cumplen una función en la gestión de recursos en la red asistencial y otras instancias en la comunidad.

“(…) algunas personas que están en el extranjero me pidieron si podía echarles una miradita o hacerle una supervisión con las atenciones médicas a los padres que son muy ancianos, (...) yo fui (al CESFAM) y consulté que había que hacer en ese caso y conseguí atención domiciliaria de asistente social y de equipo para que fueran a evaluar, entonces más que visitar en esos dos casos, yo fui como un enlace”. (Fragmento 37, entrevista 4B)

En el fragmento 37, se ejemplifica un caso de gestión de recursos en la red asistencial por parte de una agente comunitaria, para la visita domiciliaria de un adulto mayor que se encontraba solo porque su hijo estaba en el extranjero.

“Le dije que tratara de conseguir (a V., la agente comunitaria con quien hace dupla) que le regalaran algunas sopitas (“Años dorados”) porque ella apenas traga y esas sopas tienen tanta vitamina que si se toma un plato de eso, en vez de las otras cosas que no come nada, le va a servir y le encantaron. Yo le llevé bombillas y la V. le consiguió las sopas (...) Yo le dije a la hija que viera eso en el CESFAM (la solicitud de sopas para el adulto mayor), así como tramitaron para una silla con la presidenta y le llegó hace poquito y justo le llegó en el momento que ella está más inmóvil (...)” (Fragmento 38, entrevista 3B)

En el fragmento anterior, es posible apreciar dos ejemplos de gestiones. El primero con el CESFAM, al gestionar una primera ración de alimento fortificado para el adulto mayor,

para posteriormente orientar a la hija de la paciente para que realice la gestión en el CESFAM y le entreguen definitivamente la sopa. En el segundo ejemplo se trabaja con otras instancias comunitarias desde el intersector, donde las agentes comunitarias apoyan la gestión de una silla de ruedas para la paciente.

4.2.3. Apoyo al tratamiento: Dentro de las intervenciones de apoyo al tratamiento se puede observar en las entrevistas que las agentes comunitarias comentan que en las visitas domiciliarias deben evaluar si las personas están siguiendo su tratamiento farmacológico según la indicación médica, si están asistiendo a sus controles de salud.

“ (Nuestra labor) es más como acompañamiento que se le hace a los enfermos, ver que se estén tomando los medicamentos, que estén haciendo su tratamiento, si están al día en los controles y viendo si va evolucionando o no porque nosotros tenemos que entregar un informe que se agrega a la ficha, nosotros hacemos el trabajo que no hacen los profesionales, nosotros somos como un brazo del CESFAM”
(Fragmento 39, entrevista 2B)

En el fragmento anterior la agente comunitaria explica que en las visitas ella evalúa que la persona esté cumpliendo con el tratamiento farmacológico indicado y también que esté asistiendo a los controles de salud, ambos elementos centrales en la adherencia al tratamiento. Otra forma de apoyar el tratamiento es evaluar la evolución que va teniendo la persona, la cual queda registrada en un informe que es anexado en la ficha, facilitando de esta manera una visión de la progresión de la persona en el tiempo.

“(…) le preguntamos si se están tomando los medicamentos, si la han ido a ver (desde el CESFAM), porque ella está postrada y es joven (…) yo siempre trato de preguntarle como está comiendo, si es que me da permiso para pasar a su baño para ver si tiene algo a donde la apoyen, para afirmarse y

nunca se han negado en ninguna parte”. (Fragmento 40, entrevista 3B)

En el fragmento 40 la agente comunitaria evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico y además evalúa si se han realizado las visitas domiciliarias desde el CESFAM. En el relato de la agente es posible observar una intervención en el tratamiento no farmacológico, como lo es la alimentación y también en la gestión de riesgos, como es evaluar la presencia de manillas de apoyo en el baño para la paciente del caso relatado, que se encuentra en una situación de discapacidad física por una enfermedad crónica.

4.2.4. Apoyo espiritual: En el caso de personas que tienen alguna creencia religiosa, las agentes ofrecen hacer oraciones, como una forma de apoyo espiritual.

“Yo siempre le tomo las piernas, le hago cariñito y siempre al final hacemos una oración” (Fragmento 41, entrevista 3B)

En el fragmento anterior, la agente describe que finaliza la visita a una persona que se encuentra con una discapacidad física, con una oración, como una forma de dar apoyo o consuelo a través de la oración.

“(…) cuando fallece alguien, ya me ha pasado, les ayudo con los papeles, le hago oraciones cuando fallece el papá o la mamá y también abrazo a la gente que está con el dolor”.
(Fragmento 42, entrevista 1B)

En este fragmento también se puede observar que la agente utiliza la oración como una forma de dar consuelo en un momento de pérdida.

4.2.5 Orientación en la red de salud: Las agentes comunitarias orientan a las personas respecto de los dispositivos a los cuales deben acudir de acuerdo con las necesidades. En casos en que les parece que la situación es más grave se les orienta a buscar servicios de urgencia, como SAPU o Servicio de Urgencia del Barros Luco. En casos que identifican un

problema que no constituye una urgencia, se orienta a pedir hora a un profesional del CESFAM.

“(…) cuando yo estaba en Argentina, me llamó una señora por whatsapp de que le estaba saliendo sangre por los ojos, era una señora de Haití (…) yo le dije que le pidiera a alguien que la llevara al Barros Luco, ella vive en Lo Vial. Le dije que la llevaran a emergencias en el Barros Luco y quédese todo el día hasta que la atiendan porque en esta fecha está todo lleno (…) A ella le dieron una receta y no la entendía, así que cuando yo llegué a Chile le dije que la iba a ir a ver y fui y ahí estaba el papel del médico, ella me dijo que no le habían dado ningún remedio y yo le expliqué que no le habían dado remedios porque se tenía que hacer unos exámenes primero”
(Fragmento 43, entrevista 1B)

En el relato, la agente orienta a la persona a acudir al servicio de urgencias, ya que la condición de salud lo ameritaba y luego la orienta respecto al dispositivo al que debe acudir, en este caso el CDT del Barros Luco, para que pueda realizarse los exámenes solicitados y así continuar con su tratamiento.

“(…) (entrego) apoyos emocionales, y también de que busquen ayuda (profesional en el CESFAM) (…) Pero yo no soy médico, así que necesito que vayan solas a sus Doctores, y las acompaño, voy a tratar con una persona que esta con problemas ahora, de que vaya a pedir hora al psicólogo”.
(Fragmento 44, entrevista 5B)

En la cita anterior, la agente comunitaria relata que orienta a las personas a que acudan al CESFAM a pedir una hora de atención, según sus necesidades. Las motiva a que busquen una hora con profesionales y les presta apoyo acompañándolas en caso necesario.

4.2.6 Actividades recreativas y de tiempo libre: Otra de las actividades realizadas por las agentes comunitarias en las visitas domiciliarias, se relaciona con el desarrollo de actividades recreativas y de tiempo libre. Las agentes identifican los intereses de las personas y proponen realizar distintas actividades de tiempo libre, como juegos de salón, pasatiempos o manualidades.

“Al principio conversábamos y después V. propuso que le lleváramos un juego de lotería para que jugáramos y estaban súper contentas (...) La sobrina antes de cuidar a la tía, cuidaba a su madre, entonces tiene una historia de cuidadora hace mucho tiempo, entonces cuando las vamos a ver ella nos abraza y se pone muy contenta”. (Fragmento 45, entrevista 8B)

En el fragmento 45 la agente comunitaria, explica que una de las intervenciones realizadas en una visita a dos personas es el hacer un juego de lotería. Esta actividad permite a la sobrina del relato, un momento de esparcimiento en el contexto de una persona que está al cuidado de su tía con Alzheimer. Esta intervención, según se puede apreciar en el relato, podría generar bienestar para esta familia, en tanto expresa la agente que estaban súper contentas. Además la agente comunitaria describe que al llegar a la visita, la sobrina las saluda con un abrazo, lo que puede indicar un grado de cercanía o afecto y además la agente percibe que “se pone muy contenta” cuando llegan, lo cual apoya aún más la hipótesis de este grado de cercanía genera bienestar en esta persona.

“(…) el niño también es bueno para las manualidades, pinta muy bonito, hace cuadritos y pensé que podrían hacer algo entre los dos (con la madre), le va a servir a ella y el niño la puede ayudar (...) Y también les pregunto, por ejemplo, en el caso de ella fueron las perlas, en el caso de la T., de repente puede leer muy bien y le gusta hacer esas sopas de letras y las revistas (...) así que le junté hartas y se las llevé y estaba tan

contenta porque me dijo que hace muchos años que ella no veía una revista”. (Fragmento 46, entrevista 3B)

En relación con lo expresado por la agente comunitaria en el fragmento 46, se puede observar que la agente identifica habilidades e intereses de las personas y desde ahí propone la realización de manualidades y otros pasatiempos. La agente interpreta que la realización de estas actividades aporta al bienestar de las personas, en tanto percibe que las personas se alegran cuando ella les facilita un pasatiempo.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El grupo de agentes comunitarias del CESFAM Barros Luco comienza a formarse entre los años 2010 y 2012, fecha en la que se realizan los primeros cursos de formación de agentes comunitarios impartido por un proyecto del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur de la Universidad de Chile. De ese grupo se formaron cuatro agentes que han continuado su labor hasta la actualidad, sumándose a ellas progresivamente entre los años 2013 y 2015 seis agentes más. Actualmente las agentes constituyen un grupo de diez mujeres de entre 62 y 80 años.

Si bien siete de las ocho entrevistadas refieren tener diagnóstico de enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes mellitus y una de ellas tiene antecedentes de cáncer, todas son autovalentes, realizando sus actividades de la vida diaria de manera autónoma.

Todas ellas cuentan con una red de apoyo familiar o social que reconocen su labor como agentes comunitarios, así como también se puede observar en la interacción entre ellas durante las reuniones, muestras de afecto como saludarse con un abrazo o preguntar por aspectos de la vida personal o familiar de ellas, verbalizaciones de alegría de encontrarse con cada una de ellas, etc. lo que podría indicar cercanía, pertenencia al grupo y también parece indicar satisfacción y goce de estar en ese espacio. En este contexto, este espacio también podría constituir una red de apoyo social para las agentes comunitarias, en tanto parecieran haber desarrollado lazos afectivos entre ellas, además de permanecer en el grupo.

Dentro de las características más relevantes que presentan y comparten las agentes comunitarias destacan el haber recibido capacitación formal de agente comunitario, el vivir en la comunidad donde desempeñan sus labores, la autonomía, la participación social, la motivación y disposición para ayudar a otros, empatía, habilidades en comunicación y escucha, para identificar aspectos positivos y también para identificar problemas o necesidades de las personas. Todas estas características coinciden con la literatura revisada; Faya (2012) describe que los agentes comunitarios de salud están constituidos mayoritariamente por grupos de mujeres que viven dentro de la comunidad en la que trabajan y son reconocidas también por esta comunidad. Esta característica también es

mencionada por Pallas et al. (2013) quien además agrega que el reconocimiento del agente comunitario por parte de la comunidad constituye un factor que facilita la sostenibilidad en el tiempo de los programas de agentes comunitarios.

El vivir en la comunidad, además, favorece que el agente comunitario sea un nexo entre el servicio de salud y la comunidad, en tanto acerca los servicios de salud a la comunidad, incluso puede apoyar en la implementación de políticas públicas en ésta (Pallas et al., 2013; Bornstein et al., 2014), pero también realiza un nexo llevando las necesidades sentidas o demandas de la comunidad a los servicios de salud, considerando su participación en mesas territoriales de agentes comunitarios y en reuniones con el equipo de salud. Este concepto se desarrollará más adelante.

Otra de las características que destaca en los agentes comunitarios es su capacidad de empatía y la motivación y disposición para ayudar a otros, así como también sus habilidades de comunicación. Estas características facilitan por una parte, el establecimiento de un vínculo de cuidado con las personas y por otra, el desarrollo de su labor en cuanto a educación para la salud, apoyo emocional, social e incluso espiritual.

Actualmente, para llegar a ser agente comunitario una persona debe realizar el curso impartido desde el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur de la Universidad de Chile. Dentro de los contenidos revisados en el curso se considera especialmente temáticas de salud mental relevantes en la situación actual y que forman parte de las prioridades establecidas en el Plan Nacional del año 2000, vigente en la actualidad, como son depresión, violencia intrafamiliar, Alzheimer y otras demencias, entre otros. Dentro del curso, también se revisan herramientas para la realización de visitas domiciliarias y se describen las actividades que se espera que realicen. Si bien al finalizar este curso, los agentes comunitarios reciben una certificación que los acredita en el CESFAM como agentes comunitarios, esta certificación carece de reconocimiento formal a nivel central, como ocurre en el caso de los profesionales de salud, quienes cuentan con un registro en la Superintendencia de Salud una vez que han recibido su título profesional.

En la literatura es posible encontrar evidencia respecto de lo fundamental que resulta la realización de cursos de capacitación como agente comunitario, tanto para la efectividad de

las intervenciones como para la continuidad y sostenibilidad en el tiempo de estos programas.

Pallas et al. (2013) afirma que para que los programas de agentes comunitarios sean sustentables en el tiempo se requiere del desarrollo de programas efectivos que incluyan capacitación, supervisión, motivación y financiamiento adecuados. Sanders et al. (2012) a su vez, sugiere que el trabajo de los agentes comunitarios puede desarrollarse con una mayor efectividad y teniendo un mayor impacto en la comunidad cuando han recibido capacitación formal como agentes, pero además reciben cursos anuales de capacitación en temáticas específicas de acuerdo con las necesidades locales.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Al considerar el trabajo del agente comunitario como una metodología de intervención comunitaria, resulta fundamental regularizar y definir a nivel central o a nivel del Servicio de Salud, los cursos de formación de los agentes comunitarios, tanto en sus contenidos mínimos como en la certificación entregada, ya que esto sería un aporte a la regulación de las funciones de los agentes comunitarios, como sucede en Brasil, donde existen ordenanzas y leyes, como la Ley 10.50715 y Ley 11.35016, que regulan y definen la labor del agente comunitario (Bornstein et al., 2014). La importancia de la regulación del agente comunitario radica en una mayor claridad, tanto para los equipos de salud como para la comunidad y los propios agentes, de las actividades y responsabilidades que los agentes pueden asumir. Las leyes brasileñas anteriormente mencionadas, se refieren principalmente a actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, utilizando para ello la educación como herramienta esencial (Bornstein et al., 2014).

Esta definición de funciones delimita las responsabilidades que corresponden al equipo de salud y a los agentes comunitarios, lo que puede tener consecuencias legales en casos de situaciones psicosociales muy complejas en las que los agentes comunitarios carecieran de herramientas o elementos que les permitieran manejar exitosamente dichas situaciones y pudieran tener consecuencias graves.

Del mismo modo, el apoyo continuo a los agentes comunitarios desde el equipo de salud mental del CESFAM a través de reuniones de casos, como sucede en las reuniones semanales de agentes comunitarios, así como también otros cursos de formación relativos a temas de salud realizados en la comunidad, son apreciados y reconocidos por las agentes comunitarias del CESFAM, en tanto son valorados como herramientas para poder ejercer su labor de agentes. Esta situación coincide con Pallas et al. (2013) quien afirma que dentro de los factores que facilitan la sostenibilidad en el tiempo de los agentes comunitarios, destaca el haber recibido capacitación y supervisión constante desde los equipos de salud.

En relación con las actividades realizadas por las agentes comunitarias del CESFAM Barros Luco se identificaron dos categorías; actividades comunitarias y actividades de intervención individual.

Las actividades comunitarias corresponden a aquellas realizadas por las agentes en la comunidad y que promueven la participación comunitaria y el empoderamiento de la comunidad. Dentro de las actividades comunitarias destacan actividades de participación social, como es la participación en mesas territoriales de agentes comunitarios y actividades de promoción y prevención en la comunidad, por ejemplo la organización de campañas de vacunación en barrios determinados. En este sentido, las agentes comunitarias se consideran “un brazo del CESFAM”, como se mencionó anteriormente.

Este concepto es interesante en cuanto las agentes funcionan como un nexo entre la comunidad y el servicio de salud, idea que es compartida por diversos autores (Bornstein et al., 2014; Pallas, 2013; Álvarez y Barco, 2004).

Este nexo o “brazo” puede ser entendido como una relación bidireccional, en la cual las agentes extienden servicios de salud, que históricamente han estado definidos para profesionales de salud, hacia la comunidad como por ejemplo las visitas domiciliarias, rescate de pacientes inasistentes a controles, seguimiento de pacientes, entre otros y por otro lado las agentes también transmiten las necesidades y problemáticas de la comunidad al CESFAM, ya sea en la Mesa Territorial o en las reuniones semanales de agentes comunitarios. En el caso de las agentes del CESFAM, estas demandas también podrían ser evidenciadas en otras instancias de participación social como por ejemplo en el Consejo de Desarrollo Local, del cual tres de ellas participaban.

En el caso de este CESFAM, en particular, al ser una experiencia reciente, los ejemplos de retroalimentación desde el CESFAM hacia la comunidad son limitados, dentro de los cuales cabe destacar la campaña de vacunación de influenza que se organizó en dos barrios de agentes comunitarias, lo cual benefició la cobertura de la vacuna en población objetivo, facilitando el acceso. Sin embargo, resulta interesante evaluar en el mediano y largo plazo, en futuras investigaciones, el impacto de la articulación entre la Comunidad y el Centro de Salud a través de los agentes comunitarios y compararlo con otras experiencias comunitarias en comunas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Sur, donde se desempeñan agentes comunitarios que han sido formados conjuntamente con las agentes de San Miguel.

Este vínculo o nexo entre el CESFAM y la Comunidad puede ser abordado desde el Enfoque Comunitario (Martínez, 2006), considerando una articulación entre lo institucional y lo comunitario a través del Programa de Agentes Comunitarios, que se encuentra en un periodo de incipiente, pero progresivo, desarrollo en el CESFAM. En este contexto es importante destacar que este programa reconoce las capacidades de la comunidad para enfrentar eficazmente actividades de promoción de salud, prevención en sus tres niveles y también de rehabilitación.

De acuerdo con el enfoque comunitario (Martínez, 2004) el desarrollo del programa de agentes comunitarios constituye una estrategia participativa donde se articula lo institucional y lo comunitario, en tanto los agentes comunitarios pueden ser reclutados por los mismos agentes comunitarios con mayor experiencia, por otros líderes comunitarios o por profesionales de salud del CESFAM en distintos espacios de participación.

Además en este programa se valida el conocimiento tradicional y las habilidades propias de los agentes, lo cual es fundamental para la validación de las intervenciones de estos por parte de la comunidad (Singh et al., 2015). Sin embargo para poder desempeñar formalmente su labor, los agentes deben contar con la realización del curso de formación de agentes comunitarios que es impartido anualmente por la Universidad de Chile, el cual se encuentra reconocido por los Centros de Salud Familiar del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Existen además otras dos instancias en donde se articula el CESFAM con la comunidad a través de los agentes comunitarios, que corresponden a la reunión semanal de agentes comunitarios, que se realiza en las dependencias del antiguo Consultorio Barros Luco, (actualmente perteneciente al Campus Sur de Medicina de la Universidad de Chile) y un espacio en algunas reuniones de Sector del equipo de Salud Mental del CESFAM. En estas instancias, se realiza un seguimiento de los casos asignados a los agentes comunitarios donde el CESFAM recibe información respecto de los resultados de las intervenciones de los agentes, en tanto los agentes comunitarios reciben una retroalimentación y pueden expresar sus inquietudes y entregar sus propuestas de cuidados, según el caso. En la reunión semanal de agentes comunitarios, además, se informa y coordina actividades en la

comunidad y se realiza un informe respecto de las reuniones de la Mesa Territorial de Agentes Comunitarios.

La segunda categoría de actividades la conforman las actividades de intervención individual. Estas actividades si bien están dirigidas a una persona o caso índice que ha sido previamente definido, tienen un enfoque familiar en tanto las agentes trabajan con una persona (caso índice) en su contexto familiar y ambiental considerando los determinantes sociales que intervienen en cada familia. Dentro de estas actividades se encuentran el brindar apoyo emocional y social a las personas, actividades que son percibidas como fundamentales por las agentes comunitarias y se relacionan con la capacidad de empatía, de escuchar al otro y con la disposición para ayudar.

Otra actividad que realizan las agentes comunitarias como una intervención individual, pero que deviene del reconocimiento que tienen desde la comunidad y sus miembros, corresponde a las consultas o solicitudes de ayuda espontáneas por parte de personas de la comunidad. Estas solicitudes son realizadas vía telefónica o bien en actividades cotidianas como un viaje en micro o la compra en el almacén y consisten en solicitud de orientación en la red de salud o búsqueda de apoyo emocional.

En relación con la solicitud de orientación en la red de atención de salud, o dicho de otro modo, cuál es el dispositivo de salud al que les corresponde consultar en casos determinados, el papel de las agentes consiste en guiar a las personas a solicitar atención en el dispositivo de la red que pueda de la mejor manera ayudarla a resolver su problema. Estas intervenciones son beneficiosas para las personas, pero también podrían serlo para los servicios de salud, en tanto las personas se dirigen al dispositivo que además de entregar tratamiento adecuado facilitará el seguimiento del problema de salud, resolviendo su situación y los Centros de Salud contarían con un apoyo en la comunidad que facilite la gestión en red de los servicios de salud, a través de la educación.

Las agentes también reciben solicitudes de apoyo de personas que están en situaciones dolorosas o conflictivas y que no necesariamente corresponden a patología de salud mental, como es el caso de crisis como término de una relación de pareja u otros problemas. Cabe destacar que las agentes, al haber recibido formación en cuanto a violencia intrafamiliar y

otros problemas de salud mental, además de escuchar y apoyar emocionalmente a las personas, las orientan a la búsqueda de apoyo profesional en el CESFAM.

La percepción de los profesionales del equipo de salud mental del CESFAM que trabajan directamente con las agentes comunitarias respecto de su labor es esencialmente positiva, destacando el apoyo social, el acompañamiento terapéutico o la realización de visitas domiciliarias como una forma de continuidad del cuidado. Estas actividades, que históricamente han sido de responsabilidad de los profesionales de salud, se han visto limitadas para el equipo de salud pero son consideradas y valoradas como parte importante del cuidado de las personas. Por tanto, el desarrollo de programas de agentes comunitarios se puede considerar como un aporte a la continuidad de cuidados, especialmente para personas con problemas de salud de baja y mediana complejidad. Sin embargo, al ser intervenciones recientes, resulta interesante realizar en el futuro investigaciones respecto del impacto a mediano y largo plazo de las intervenciones de las agentes, especialmente considerando aspectos de calidad de vida como bienestar físico, social y emocional de las personas y sus familias con quienes han trabajado las agentes.

En consideración de las actividades que realizan las agentes comunitarias, el rol social de estas agentes se puede observar en tres ámbitos de desarrollo; en la comunidad, en el CESFAM y como nexo entre el CESFAM y la comunidad.

En la comunidad las agentes tienen un rol de apoyo social, en cuanto tienen la capacidad de contener, escuchar y acompañar a personas y sus familias en las visitas domiciliarias o grupos de la comunidad como por ejemplo adultos mayores institucionalizados. Este apoyo social, en ocasiones, también considera la gestión de recursos con el CESFAM y con el intersector, como ocurre en casos en que se realizan gestiones con la Municipalidad o con centros culturales para la realización de actividades comunitarias.

También en este ámbito, las agentes cumplen un rol de educadoras, considerando las intervenciones educativas que realizan de manera individual en las visitas domiciliarias y también la orientación que brindan respecto a la red de salud. Jardim y Lancman (2009), se refieren a este respecto a un rol transformador en la comunidad, el cual estaría dado por el impacto de las intervenciones educativas en el largo plazo. Sin embargo, en esta investigación, las intervenciones educativas en la comunidad son recientes, por lo que se

sugiere realizar una investigación posterior para evaluar el impacto de las intervenciones educativas en el largo plazo y de esta manera contar con elementos que permitan validar el rol transformador.

En el CESFAM, las agentes tienen un rol colaborador en la continuidad de los cuidados, en tanto realizan intervenciones que les han sido delegadas por los profesionales de salud del equipo de salud mental, como visitas domiciliarias de rescate en el caso de pacientes inasistentes y de seguimiento y continuidad del cuidado, en el caso de visitas domiciliarias de intervención. En la literatura existen estudios que describen la administración de tratamiento por parte de los agentes comunitarios (Singh et al., 2015; Hohl et al., 2016; Marabelli y Magosso, 2006), sin embargo en el caso de las agentes del CESFAM Barros Luco esta labor en el tratamiento se centra más bien en evaluar si la persona está recibiendo su tratamiento y en el caso de no estarlo recibiendo evaluar las razones por las cuales no lo ha recibido, orientar a la búsqueda de tratamiento o a la continuidad del mismo e informar sobre estas situaciones al CESFAM, para que se tomen decisiones respecto de los cuidados que requiere cada caso.

En un tercer ámbito, dado entre el CESFAM y la comunidad, se encuentra un rol integrador en tanto constituye un nexo entre ambos que permite un intercambio de recursos, favorece el empoderamiento y la participación de la comunidad en asuntos de salud, especialmente en relación con temáticas relevantes para la comunidad. Del mismo modo, como ocurre en el caso del rol educador/transformador, al ser una experiencia reciente, se sugiere evaluar el impacto en el largo plazo del rol integrador, con el fin de evaluar cambios significativos en la relación entre la institución y la comunidad.

Por otro lado, en este ámbito es posible observar un rol de promotor de salud en cuanto realiza actividades de promoción de salud o de prevención primaria, como sucede por ejemplo en el caso de visitas al Hogar de adultos mayores, donde realizan actividades recreativas para los adultos mayores como una forma de control del riesgo en grupos vulnerables. En este caso la labor del agente comunitario se desarrolla como un nexo entre el CESFAM y la comunidad con un impacto en ambos contextos.

El Modelo actual de la atención primaria de salud tiene una visión integral de la persona considerada en su contexto social y familiar de manera inherente, donde las personas y

comunidades tienen un rol activo en las acciones y decisiones respecto de su salud contemplando sus necesidades y promoviendo su participación social.

Es en este contexto que los agentes comunitarios de salud tienen asidero en el modelo, considerando que representan un nexo entre las necesidades de las comunidades y los servicios de la red de atención constituyendo una forma de intervención comunitaria abordable desde el Enfoque Comunitario (Martínez, 2006).

La relación entre el equipo de salud mental y los agentes comunitarios como parte de la comunidad se articula en el desarrollo de proyectos de intervención social, tal como se puede observar en las actividades comunitarias de prevención y promoción de la salud realizadas por los agentes como las actividades de apoyo social a grupos vulnerables o la organización de campañas de vacunación en un barrio. Otro espacio en el cual la intervención social se hace visible es en las mesas territoriales de agentes comunitarios, donde se discuten buenas prácticas y se comparten experiencias con el objetivo de poder difundirlas y replicarlas en otros grupos de agentes comunitarios con el apoyo de los equipos de salud del CESFAM.

Estos espacios se han ido desarrollando de manera progresiva en los últimos dos años, lo que coincide con una sistematización de las actividades realizadas por las agentes, en tanto son presentadas al equipo de salud mental, se integran en algunos espacios en las reuniones mensuales de equipo del CESFAM y se instaura un registro para sus actividades, lo que podría sugerir que la visibilización y socialización de la labor del agente comunitario por parte del equipo de salud mental ha favorecido el reconocimiento de los agentes comunitarios como parte de un sistema comunitario conectado territorialmente, con capacidades para la prevención y promoción de la salud, lo cual puede ser observable en tanto progresivamente se van incorporando y sugiriendo intervenciones comunitarias a las agentes comunitarias del CESFAM.

En este sentido y considerando las diversas intervenciones tanto comunitarias como individuales que realizan las agentes comunitarias, resulta interesante desarrollar la idea de la formación del agente comunitario de salud como una metodología de intervención comunitaria desde el enfoque comunitario (Martínez, 2006), lo cual potenciaría la figura del

agente comunitario, además de favorecer la sistematización y continuidad en las intervenciones en el mediano y largo plazo.

Este grupo de agentes comunitarios se desarrolla con el apoyo del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, a través de la realización de una capacitación formal a las personas motivadas para la realización de actividades como agentes comunitarios a través de una convocatoria abierta a la comunidad.

Es posible observar que existe cierta continuidad en las agentes comunitarias más antiguas que se formaron entre los años 2012 y 2014. Esta continuidad resulta fundamental para la sustentabilidad del programa de agentes comunitarios en el mediano y largo plazo.

Pallas et al. (2013) identifican algunos elementos que afectan la sustentabilidad de los programas de agentes comunitarios y los clasifican en tres categorías, que son manejo y diseño del programa de agentes comunitarios, ajuste en la comunidad y la integración con el entorno más amplio.

En cuanto al diseño y manejo del programa, se refiere no sólo a los contenidos, sino que el programa debe haber sido validado por la comunidad, así como también deben contar con apoyo y supervisión desde los servicios de salud. Por otro lado Singh et al. (2015) y Hohl et al. (2016) se refieren a la continuidad de las capacitaciones en el tiempo, de acuerdo con necesidades locales. En el caso de las agentes comunitarias del CESFAM Barros Luco, se puede observar en las entrevistas que otorgan un valor especial para el desempeño de su trabajo como agentes comunitarias, al curso de formación impartido por la Universidad de Chile, reconociendo además lo trascendente que resulta para ellas el haber realizado cursos de capacitación respecto de otras temáticas de salud. En este contexto, se sugiere el desarrollo de programas de capacitación por parte del equipo del CESFAM, respecto de temas de salud que sean relevantes para el trabajo de las agentes, en tanto constituyan herramientas para la intervención o bien profundicen en contenidos previamente revisados, como por ejemplo, educación para la salud y educación popular.

Del mismo modo, las agentes valoran el espacio de las reuniones semanales como una instancia donde pueden evaluar sus intervenciones, recibir apoyo y retroalimentación y plantear propuestas de cuidado. Estas instancias de supervisión y apoyo favorecen la

sustentabilidad de los programas (Pallas et al., 2015). En cuanto al apoyo, Pallas et al. (2015) sostiene que para mantener la motivación de los agentes comunitarios, se requiere de incentivos no materiales, pero también se requiere de incentivos materiales. A este respecto, cabe destacar que las agentes comunitarias si bien relevan su motivación intrínseca por ayudar al otro, no cuentan con financiamiento para la realización de sus actividades, ni con sistemas de movilización o transporte. Esta situación puede generar dificultades en el largo plazo en la continuidad de las intervenciones.

Finalmente y en consideración a lo expuesto, para abordar más profundamente el fenómeno de los agentes comunitarios de salud, se sugiere realizar investigaciones que analicen la continuidad de las intervenciones de estos agentes considerando las dificultades que presentan en el desempeño de su rol y también la satisfacción usuaria de las personas que reciben la atención de los agentes comunitarios, así como el impacto en el mediano y largo plazo que tienen las intervenciones de estos agentes.

REFERENCIAS

- Álvarez L. (2009) Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 8 (17): 69-79. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2657>
- Álvarez R. y Barcos, I. (2004). Experiencia en el diseño y la ejecución del programa de formación de promotores comunitarios de salud en el contexto de la misión Barrio Adentro. *Rev Cubana Medicina Geneneral Integral* 20(5-6). Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0864-21252004000500018ylng=es.
- Aguilar, M. (2002) La Participación Comunitaria en Salud: ¿mito o Realidad?: Evaluación de Experiencias en Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos S.A.
- Agyapong, V. O., Osei, A., Mcloughlin, D. M., y McAuliffe, E. (2016). Task shifting-perception of stake holders about adequacy of training and supervision for community mental health workers in Ghana. *Health Policy And Planning*, 31(5), 645-655. doi:10.1093/heapol/czv114
- Bornstein V, Morel C, Pereira I y Lopes M. (2014) Challenges and prospects of Health Popular Education in its contribution to the praxis of Community Health Agents. *Interface Comunicación, Salud y Educación*. 18 (2):1327-1340.
- Campbell, J. D., Brooks, M., Hosokawa, P., Robinson, J., Song, L., y Krieger, J. (2015). Community Health Worker Home Visits for Medicaid-Enrolled Children With Asthma: Effects on Asthma Outcomes and Costs. *American Journal Of Public Health*, 105(11), 2366-2372. doi:10.2105/AJPH.2015.302685

- De Jesus, A., Dos Anjos Santos, F., Rodrigues, V., Nery, A., Machado, J., y Couto, T. (2014). Community health agent role: users' knowledge. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(2), 239-244.
- Deutsch, M. Y Krauss, R. (1997) Teorías en Psicología Social. Mexico D.F.: Editoral Paidós.
- División Jurídica Ministerio de Salud (2015) Resolución Exenta N°31 Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud. Santiago de Chile.
- Dois, A., Ojeda, I., Vargas, I., Larrea, M., Quiroz, M., Rodríguez, M., Varela, M., Niveló, M. Mercado, R., Menares, V. (2012) Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Faya, A. (2012). Las agentes comunitarias de salud en el Brasil contemporáneo: la "policía amiga" de las madres pobres. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, 1 (12), 92-126. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872012000600005>
- Ferrer I., Borroto T., Sánchez M., Álvarez J. (2001) La participación de la comunidad en salud. *Rev Cubana Med General Integral*. 17(3): 268-273. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0864-21252001000300011yln=es.
- Goffman, E. (1994) La presentación de la persona en la vida cotidiana (3ª edición). Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández, R., Fernández, C. Y Baptista, P. (2010) Metodología de la Investigación (5ª edición). México D.F. : McGraw Hill.

Herrera, M. y Soriano M. (2004) La teoría de la acción social en Erving Goffman. Universidad de Granada, Departamento de Sociología. Recuperado de: www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/25784/25618

Hohl, S. D., Thompson, B., Krok-Schoen, J. L., Weier, R. C., Martin, M., Bone, L., McCarthy, W. J., et al. (2016). Characterizing community health workers on research teams: Results from the centers for population health and health disparities. *American Journal of Public Health*, 106(4), 664-670. American Public Health Association Inc.

Huicho, L., Dávila, M., Gonzales, F., Drasbek, C. y Bryce, J. (2005) Expansión de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en el Perú y su asociación con indicadores de salud. *An. Fac. med.* 66 (4). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1025-55832005000400007yln=esynrm=iso.24

Jaramillo, A., Hidalgo, C., Armijo, I., Hayden, V., Santis, R. y Lasagna, A. (2014). Aspectos Clave en el Desempeño Exitoso de Agentes Comunitarios en Intervenciones de Outreach con Jóvenes Consumidores de Drogas. *Psyche*, 23(1), 1-14. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0718-22282014000100005yln=esytlng=es.10.7764/psykhe.23.1.666.

Kroeger, A. Y Luna, R. (1992) Atención Primaria de Salud. Principios y métodos. México D.F.: Pax.

Landers, S., y Levinson, M. (2016). Mounting Evidence of the Effectiveness and Versatility of Community Health Workers. *American Journal Of Public Health*, 106(4), 591-592. doi:10.2105/AJPH.2016.303099

Lawn, S., Delany, T., Pulvirenti, M., Smith, A., y McMillan, J. (2015). A qualitative study examining the presence and consequences of moral framings in patients' and mental health

workers' experiences of community treatment orders. *BMC Psychiatry*, 15274. doi:10.1186/s12888-015-0653-0

León, M. (2002). La atención comunitaria en salud mental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(5), 340-342. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0864-212520022000500009yln=esytlng=pt.

Mangwi Ayiasi, R., Atuyambe, L. M., Kiguli, J., Garimoi Orach, C., Kolsteren, P., y Criel, B. (2015). Use of mobile phone consultations during home visits by Community Health Workers for maternal and newborn care: community experiences from Masindi and Kiryandongo districts, Uganda. *BMC Public Health*, 15560. doi:10.1186/s12889-015-1939-3

Maquera, J. y Hernandez, G. (2012) Conocimientos sobre tuberculosis en agentes comunitarios de salud en Tacna, Perú. *Acta méd. peruana, Lima*. 29 (2): pp 64-72. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1728-591720120002200003yln=esynrm=iso

Marabeli, A. Y Magosso, A. (2006) Agente comunitario de salud: Una revisión de literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem, Brasil*, 14 (6). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es_v14n6a19.pdf

Martínez, V. (2006) El Enfoque Comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad las intervenciones sociales. Santiago: LOM.

Mazarrasa A. L. (2003). Salud pública y enfermería comunitaria (2a. ed.). Madrid, España: McGraw-Hill.

Miller, N. P., Amouzou, A., Hazel, E., Degeffie, T., Legesse, H., Tafesse, M., y ... Bryce, J. (2015). Assessing the Quality of Sick Child Care Provided by Community Health Workers. *Plos One*, 10(11), e0142010. doi:10.1371/journal.pone.0142010

Ministerio de Salud de Perú (2009) Documento Técnico: Preparando al Agente Comunitario de Salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes y de las niñas y niños menores de 5 años (El manual del Agente Comunitario). Recuperado de: <http://bvspers.paho.org/texcom/aiepi/aiepiderechos/manualACS.pdf?ua=1>

Minsal (2009) Manual de Participación en Salud “Reflexiones y herramientas para la acción social en Chile”. Recuperado de: http://www.redcimas.org/wordpress/wpcontent/uploads/2012/08/m_MINSAL_MANUALdeSALUD.pdf

Minsal (2015) Orientaciones para la Planificación y Programación en Red Año 2015. Recuperado de: http://web.minsal.cl/sites/default/files/OPPR_2015.pdf

Montenegro, M. (2001). Conocimientos, Agentes y Articulaciones. Una mirada situada a la Intervención Social. *Athenea Digital. Revista De Pensamiento E Investigación Social*, 1. doi:<http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n0.17>

Nelson, S., Money, E., y Petersen, R. (2016). Community Health Workers: An Integral Part of an Integrated Health Care Team. *North Carolina Medical Journal*, 77(2), 129-130. doi:10.18043/nmc.77.2.129

OMS (s.f.) Atención primaria de salud. Recuperado de: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

OMS (2004) Informe sobre la salud en el mundo. Cambiemos el rumbo de la Historia. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2004/chapter3/es/index5.html>

- OMS (1989) Mejoramiento de la labor de los agentes de salud comunitarios en la atención primaria de salud. Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_780_spa.pdf
- OMS (1978) Alma Ata 1978 Atención Primaria de Salud. Ginebra, Suiza. Recuperado de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- OPS (2010) Manual del Agente Comunitario de Salud. Manual del Facilitador. Recuperado de: <http://www.ops.int/who/Agente-Comun-Salud-Guia-Facilitador-LR.pdf>
- Pallas S., Minhas D, Pérez-Escanilla R., Taylor L., Curry L. Y Bradley E. (2013) Community Health Workers in Low- and Middle-Income Countries: What Do We Know About Scaling Up and Sustainability?. *American Journal of Public Health*, 103 (5), e1–e9. Recuperado de: <http://recursosbiblioteca.unab.cl:2678>
- Parsons, T. (1968) La estructura de la acción social. Tomo I (2º Edición). Madrid: Ediciones Guadarrama.
- Pedraza D., Figueroa D., Rocha A., Dantas C., y Sales, M. (2016). O Trabalho educativo do agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares em dois Municípios do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(Suppl. 1), 105-117. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00024>
- Pinzón C., Díaz-Quijano, D., Yáñez I., y Catalina, D. (2015). Efectividad de los trabajadores comunitarios en medidas preventivas para salud maternal e infantil en países de bajos y medianos ingresos: revisión sistemática de la literatura. (Spanish). *Salud Uninorte*, 31(2), 309-328. doi:10.14482/sun.30.1.4309

- Rachlis, B., Naanyu, V., Wachira, J., Genberg, B., Koech, B., Kamene, R., ... Braitstein, P. (2016). Community Perceptions of Community Health Workers (CHWs) and Their Roles in Management for HIV, Tuberculosis and Hypertension in Western Kenya. *Plos One*, 11(2), e0149412–e0149412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149412>
- Retrepo, O. y Vega, R. (2009) Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud - APS. Bogotá: para la muestra un botón. *Rev. Gerenc. Polit. Salud Bogotá*. 8 (16): 153-164. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a09.pdf>
- Rojas, E., Gerber, B. S., Tilton, J., Rapacki, L., y Sharp, L. K. (2015). Pharmacists' perspectives on collaborating with community health workers in diabetes care. *Journal Of The American Pharmacists Association: Japha*, 55(4), 429-433. doi:10.1331/JAPhA.2015.14123
- Romeo, D. (2007) Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. *Rev Cubana Med General Integral*. 23(3): . Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300013&lng=es.
- Sanders, D; Labonté, R; Packer, C y Schaay, N. (2012). Dimensiones comunitarias de la Atención Primaria Integral de Salud. *Saúde en Debate*. 36 (94) p. 473-481. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a18v36n94.pdf>
- Santos, C. D., y Farias Filho, M. C. (2016). Community Health Workers: a perspective of the social capital. *Ciência y Saúde Coletiva*, 21(5), 1659-1668. doi:10.1590/1413-81232015215.23332015
- Servicio de Salud Maule (2008) Manual de Apoyo a la Implementación de Centros Comunitarios De Salud Familiar. Recuperado de: http://ssmaule.redsalud.gob.cl/index2.php?option=com_docman...1

- Servicio de Salud Metropolitano Norte (s.f.) Atención Primaria. Recuperado de: http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
- Singh D., Cumming R. y Negin J. (2015) Acceptability and trust of community health workers offering maternal and newborn health education in rural Uganda. *Health Education Research*; 30 (6): 947-958.
- Sintes, R. y Pina, I. (2015). Estrategia metodológica para la formación de promotores comunitarios de salud. (Spanish). *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 31(2), 182-195.
- Smith, M. V., y Kruse-Austin, A. (2015). A gender-informed model to train community health workers in maternal mental health. *Evaluation And Program Planning*, 5159-62. doi:10.1016/j.evalprogplan.2014.12.008
- Streubert, H y Carpenter, D. (2011) *Qualitative research in Nursing. Advancing the humanistic Imperative*. (5th edition). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Valles, M. (1999) *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez M., Silva M., Campos E., Pereira A., Diniz A. y Veras I (2002) Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil: Una aproximación cualitativa. *Rev. Esp. Salud Publica*; 76(5): 585-594. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500018&lng=es.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN

Señor(a) _____ RUT: _____

Quiero invitarlo(a) a participar como voluntario(a) en esta investigación titulada: **“Rol Social de los Agentes Comunitarios de Salud de un Cesfam de la Comuna de San Miguel, Santiago de Chile”**, a realizarse en las dependencias del Cesfam Barros Luco. La investigadora responsable de esta investigación es Natalia Beamin Santander.

Objetivos

El objetivo del estudio es conocer el rol que ejercen los Agentes Comunitarios de Salud del Cesfam Barros Luco, desde la mirada de los propios Agentes Comunitarios y también desde la mirada de los equipos territoriales multidisciplinarios.

Procedimientos

Los procedimientos acá descritos forman parte del protocolo de la investigación. Al participar de este estudio, usted aceptará que se realicen los siguientes procedimientos:

- Participar de una entrevista individual, la cual puede ser grabada en el caso de que usted lo permita. La entrevista será transcrita.
- La investigadora le hará llegar la transcripción de la entrevista para verificar que la transcripción sea un fiel reflejo de lo conversado en la entrevista. En el caso de que usted considere que alguna idea descrita en la entrevista no corresponde a lo que usted quería expresar, la investigadora rectificará la idea para que usted la valide.

Riesgos

La investigación no presentará ningún riesgo para su integridad física o mental.

Beneficios

La participación en la investigación otorga una oportunidad de expresar los sentimientos y vivencias respecto de la labor como Agente Comunitario de Salud.

El estudio tendrá una resonancia a nivel social, considerando que la visibilización del rol del Agente Comunitario de Salud es un aporte tanto para la comunidad y los propios agentes comunitarios como para los servicios de salud, en tanto es una figura que si bien es reconocida no se encuentra definida desde un marco legal.

Costos

La presente investigación no tendrá costo alguno para usted.

Confidencialidad

Los responsables del estudio garantizan que la información obtenida se mantendrá de manera confidencial y anónima. Los resultados obtenidos serán presentados y publicados en forma general preservando siempre la confidencialidad de sus datos personales.

Voluntariedad

Su participación en esta investigación es absolutamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o retirarse del estudio sin necesidad de expresar razón alguna. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho.

Preguntas

Si tiene preguntas acerca de esta investigación o respecto de sus derechos como participante de ésta, puede contactar al email o llamar a la investigadora del estudio:

Enfermera Natalia Beamin Santander

Email: nbeamin@gmail.com

Teléfono: 226618396

Fecha: _____

Firma del investigador

Firma participante

Firma Director Establecimiento (Ministro de fe)/o su
delegado _____

Consentimiento informado para usuarios del CESFAM



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
CAMPUS SUR

Estimado Usuario:

Con el objetivo de mejorar nuestra atención, proyectándola hacia los hogares para efectuar el seguimiento y apoyo ,es que con su consentimiento y aceptación ,podrían visitarlo uno o dos Agentes Comunitarias(os) en fechas fijadas por Uds., y las veces convenidas entre ambas partes

Si Ud., acepta, favor de firmar en la parte inferior.

Agradeciendo de antemano.

Ps. Gladys Montecinos

Ps.Solange Oliveira.

Coord. Facultad de Medicina Sur.
Universidad de Chile

Coordinadora de A.C
Cesfam Barros Luco.
Comuna San Migue.

Yo... ..CI... ..y número
de Ficha... .. acepto ser visitada por la(s)
Agente(s) Comunitarias

Desde... ..Hasta... ..

Firma... ..

Fecha... ..

INFORME POR ACTIVIDAD DE AGENTE COMUNITARIO

Nombre del usuario:
 Ficha N°:
 Cefsam en que está inscrito:
 Responsable terapéutico en Cosam, Cefsam o CDT:
 Nombre Agente comunitario:
 Fecha:

1.- Impresión general:

Considerando su experiencia, señale cuál es en este momento la gravedad del trastorno psíquico de este paciente.

0	No evaluado.
1	Normal, ningún trastorno.
2	Al límite de la enfermedad.
3	Levemente enfermo.
4	Moderadamente enfermo.
5	Marcadamente enfermo.
6	Gravemente enfermo.
7	Extremadamente enfermo.

2.- Observaciones en terreno:

	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
Familia apoya					
Hace labores domésticas					
Tiene trabajo					
Maneja dinero					
Tiene pareja					
Tiene amigos					
Cumple indicaciones					
Molestias con los medicamentos					
Asiste a control médico					
Asiste a control otros profesionales					
Participa en actividades o grupos de su comunidad. Cuáles.					

3.- Descripción de la visita:

.....

4.- Acuerdos tomados con el usuario:

.....

