

PROMOCIÓN DE SALUD Y DESARROLLO LOCAL

EL APOORTE DE LOS TÉCNICOS DE POSTAS DE SALUD RURAL



PROMOCIÓN DE SALUD Y DESARROLLO LOCAL

EL APOORTE DE LOS TÉCNICOS DE
POSTAS DE SALUD RURAL

EDITORAS

Judith Salinas Cubillos

Lorena Coronado Viguera

AUTORES

Judith Salinas Cubillos

Lorena Coronado Viguera

Gloria Araya Mollo

Margarita Rojas Riquelme

Gabriela Herman Kretschmer

Edith Montenegro Vergara

Fernando Vio del Río

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Mamarracho Comunicaciones
www.mamarracho.cl

© Derechos Reservados

ISBN 978-956-416-975-0

Santiago de Chile, 2024.



PROMOCIÓN DE SALUD Y DESARROLLO LOCAL

EL APOORTE DE LOS TÉCNICOS DE POSTAS DE SALUD RURAL



LISTA DE ABREVIATURAS

- ACHM.** Asociación Chilena de Municipalidades.
- APS.** Atención Primaria de Salud.
- CASEN.** Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.
- CECOSF.** Centro Comunitario de Salud Familiar.
- CESFAM.** Centro de Salud Familiar.
- CONFUSAM.** Confederación Nacional de Funcionarios y Funcionarias de la Salud Municipal.
- DEIS.** Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.
- DSS.** Determinantes Sociales de la Salud.
- ENS.** Encuesta Nacional de Salud.
- FONASA.** Fondo Nacional de Salud.
- GES.** Garantías Explícitas en Salud.
- JUNAEB.** Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
- MAS.** Más Adultos Mayores Autovalentes.
- MAIS.** Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.
- MINSAL.** Ministerio de Salud.
- OIRS.** Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias.
- OPS.** Organización Panamericana de la Salud.
- OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- PESPI.** Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas.
- PLADECO.** Plan de Desarrollo Comunal.
- PNAC.** Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- PS.** Promoción de Salud.
- PSR.** Posta de Salud Rural.
- REM.** Registro Estadístico Mensual.
- SEREMI.** Secretaría Regional Ministerial.
- SOME.** Servicio de Orientación Médico Estadístico.

NOTA

Esta publicación usa el sustantivo Técnico para referirse a una persona en tanto género masculino y femenino.

Asimismo, la denominación Técnicos corresponde a un término genérico que incluye a Auxiliares Paramédicos, Técnicos en Enfermería y Técnicos de Enfermería de Nivel Superior (TENS). Ello en atención a que la formación de TENS data del año 1999.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de numerosas personas que participaron en el proceso de validación de esta publicación, con valiosos comentarios y sugerencias, en especial a los y las siguientes profesionales del MINSAL, SEREMI de Salud, Servicios de Salud y Atención Primaria de Salud.

MINISTERIO DE SALUD

Juan Ilabaca Mendoza

Daniel Molina Mena

Claudia Padilla Rubio

Irma Vargas Palavicino

SEREMI DE SALUD

Débora Alvarado Figueroa, SEREMI de Salud Biobío.

Cristian Ceballos Zegpi, SEREMI de Salud Los Ríos.

Javiera Escobar Inostroza, SEREMI de Salud Maule.

Cecilia Guzmán Oñate, SEREMI de Salud Los Lagos.

Pamela Ossandón Palma, SEREMI de Salud Valparaíso.

Rafael Pozo Meléndez, SEREMI de Salud O'Higgins.

Luis Rodríguez Cárdenas, SEREMI de Salud Aysén.

SERVICIOS DE SALUD

Felipe Díaz Ponce, Servicio de Salud Coquimbo.

Marcela Jarvis Acevedo, Servicio de Salud Biobío.

María Paz Palacios Ortiz, Servicio de Salud O'Higgins.

Andrea Santana Sánchez, Servicio de Salud Los Ríos.

Sebastián Emilio Dalbez Mora, Servicio de Salud Aysén.

CENTROS DE SALUD FAMILIAR CESFAM Y DEPARTAMENTOS DE SALUD MUNICIPAL

Alberto Patricio Godoy Leiva, CESFAM Paredones.

Cristian Mauricio Gutiérrez Valenzuela, CESFAM Llay Llay.

Paula Andrea Hernández Quiroga, CESFAM San Fabián.

José Luis Núñez Contreras, CESFAM Rauco.

Edelmira Rojas Ibarra, CESFAM Codegua.

Vanessa Saldaña Machuca, Departamento de Salud Lolol.

Daniela Sanhueza Gloor, Departamento de Salud Municipal Loncoche.

Un especial reconocimiento a Tutoras Docentes: Gloria Araya, Roxana Garcés, Gabriela Herman y Margarita Rojas. Asimismo, a los académicos, profesores y al Equipo de la Dirección de Educación Continua del INTA: Angélica Gutiérrez, Paulina Rojas y Gonzalo Espinoza.

CAPÍTULO

01

CAPÍTULO

02

13
PRÓLOGO

14
PRESENTACIÓN

15
EXPERIENCIA DE
APRENDIZAJE DE LOS
TÉCNICOS

16
PRIMERA PARTE
**LA SALUD
COMUNITARIA EN
LAS POSTAS DE
SALUD RURAL**

18
**RURALIDAD EN CHILE
Y LAS POSTAS DE
SALUD RURAL**

RURALIDAD

POLÍTICA NACIONAL DE
DESARROLLO RURAL

POBREZA Y RURALIDAD

CALIDAD DE VIDA RURAL

ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD RURAL

LAS POSTAS DE SALUD
RURAL (PSR)

MAPA DEL CHILE RURAL

IDEAS FUERZA DEL
CAPÍTULO

30
**SITUACIÓN DE
SALUD Y NUTRICIÓN
EN CHILE PRE Y
POSPANDEMIA**

DESDE LA PREPANDEMIA A
LA POSPANDEMIA

TRANSICIÓN
EPIDEMIOLÓGICA

TRANSICIÓN NUTRICIONAL

DISMINUCIÓN DE LA
DESNUTRICIÓN

AUMENTO DE LA OBESIDAD
EN LA POBLACIÓN
ESCOLAR Y EN MENORES
DE 6 AÑOS

OBESIDAD EN
EMBARAZADAS

OBESIDAD EN ADULTOS

IDEAS FUERZA DEL
CAPÍTULO



CAPÍTULO

03

CAPÍTULO

04

CAPÍTULO

05

42

POBREZA Y DESARROLLO LOCAL

MAGNITUD DE LA POBREZA
RURAL

VULNERABILIDAD SOCIAL

¿Y QUÉ ENTENDEMOS POR
DESARROLLO LOCAL?

RURALIDAD Y DESARROLLO
LOCAL

IDEAS FUERZA DEL
CAPÍTULO

50

ATENCIÓN PRIMARIA Y MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

CHILE Y SU RED DE SALUD
PARA LA POBLACIÓN

PRINCIPIOS DEL MODELO
DE ATENCIÓN INTEGRAL
DE SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIO

EL MAIS EN LAS POSTAS DE
SALUD RURALES

PROMOCIÓN DE SALUD

LOS TÉCNICOS DE LAS
POSTAS DE SALUD RURAL Y
EL MAIS

IDEAS FUERZA DEL
CAPÍTULO

62

PROMOCIÓN DE SALUD Y COMUNIDADES RURALES

PROMOCIÓN DE SALUD Y
COMUNIDADES RURALES

PROMOCIÓN DE SALUD Y
EQUIDAD

DETERMINANTES SOCIALES
DE LA SALUD (DSS)

EL CUBO DE LA
PROMOCIÓN DE LA SALUD

LA PROMOCIÓN DE SALUD
EN ÁREAS RURALES

LOS TÉCNICOS DE LAS
POSTAS DE SALUD RURAL Y
LA PROMOCIÓN DE SALUD

IDEAS FUERZA DEL
CAPÍTULO

CAPÍTULO

06

CAPÍTULO

07

CAPÍTULO

08

74
**INTERSECTORIALIDAD
EN SALUD**

ACCIÓN INTERSECTORIAL

LA INTERSECTORIALIDAD Y
EL MAIS

LA INTERSECTORIALIDAD
EN LAS POLÍTICAS
PÚBLICAS

ELEMENTOS PARA EL
TRABAJO INTERSECTORIAL

LA INTERSECTORIALIDAD
EN LAS POSTAS DE SALUD
RURAL: UNA VISIÓN DE LOS
TÉCNICOS

LOS TÉCNICOS DE LAS
POSTAS DE SALUD RURAL Y
LA INTERSECTORIALIDAD

IDEAS FUERZA DEL
CAPÍTULO

86
**PARTICIPACIÓN
Y TRABAJO
COMUNITARIO**

NECESIDADES DE LA
COMUNIDAD

TRABAJO COMUNITARIO

METODOLOGÍAS Y
TÉCNICAS PARA EL
TRABAJO COMUNITARIO

LOS TÉCNICOS DE LAS
POSTAS DE SALUD RURAL Y
LA PARTICIPACIÓN

IDEAS FUERZA DEL
CAPÍTULO

96
**EDUCACIÓN Y
COMUNICACIÓN**

DESAFÍOS DE LA
EDUCACIÓN Y
COMUNICACIÓN EN SALUD

EDUCACIÓN PARA LA
SALUD

COMUNICACIÓN PARA LA
SALUD

ASPECTOS A CONSIDERAR
EN UNA ESTRATEGIA DE
COMUNICACIÓN EN SALUD

LOS TÉCNICOS DE LAS
POSTAS DE SALUD
RURAL Y SU TRABAJO
EN EDUCACIÓN Y
COMUNICACIÓN

IDEAS FUERZA DEL
CAPÍTULO



CAPÍTULO

09

CAPÍTULO

10

108

PROYECTOS LOCALES

RESOLVER UN PROBLEMA

ETAPAS DE UN PROYECTO

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

ETAPA DE FORMULACIÓN

ETAPA DE EJECUCIÓN

ETAPA DE EVALUACIÓN

LOS TÉCNICOS DE LAS
POSTAS DE SALUD RURAL
Y LAS PROPUESTAS DE
ACCIÓN

IDEAS FUERZA DEL
CAPÍTULO

120

EL CUIDADO DE LOS EQUIPOS DE SALUD RURAL

TRABAJO Y SALUD

CARACTERÍSTICAS DEL
TRABAJO EN EL ÁMBITO DE
LA SALUD

LA SALUD MENTAL DE LOS
Y LAS TRABAJADORAS DE
LA SALUD

EL ESTRÉS Y SU IMPACTO
EN SALUD

EL CUIDADO Y
AUTOCUIDADO DE LOS Y
LAS TRABAJADORAS DE LA
SALUD

FACTORES BÁSICOS DEL
AUTOCUIDADO

IDEAS FUERZA DEL
CAPÍTULO

130

SEGUNDA PARTE LOS TÉCNICOS Y SU APOORTE AL DESARROLLO LOCAL

LA LABOR DE LAS POSTAS
DE SALUD RURAL

PROPUESTAS DE ACCIÓN
LOCAL PARA PROMOVER
LA SALUD RURAL

135

TRABAJOS FINALES SELECCIONADOS

OBESIDAD Y SOBREPESO.

CONSUMO DE ALCOHOL Y
DROGAS, SALUD MENTAL.

MEDIOAMBIENTE

PERSONAS MAYORES
AUTOVALENTES

PREVENCIÓN DE
ENFERMEDADES

177

SEGUIMIENTO A LA
IMPLEMENTACIÓN DE
PROPUESTAS

179

ANEXOS



PRÓLOGO

Gracias a la alianza entre la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y la Asociación Chilena de Municipios (ACHM), con el objetivo de impulsar el desarrollo de la salud rural, el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile, reconocida institución académica en nuestro país, presenta una obra destacada en la que se revisan temas y propuestas de acción de promoción de la salud, función esencial de la salud pública. En esta ocasión, la experiencia de capacitación dirigida a Técnicos de Salud nos guía de manera práctica en la lógica de la participación local, proponiendo líneas de desarrollo en promoción, entendida como una necesidad de las políticas públicas de salud.

El documento de una manera ágil y clara realiza, en su primera parte, una actualización y sistematización acerca de la salud rural bajo el nombre de “la salud comunitaria en las Postas de Salud Rural”, haciendo la necesaria consideración a este establecimiento de salud, parte esencial de la atención primaria, que por décadas ha demostrado su valía para enfrentar la situación de salud de las poblaciones más apartadas y dispersas geográficamente en los territorios. Nadie podría negar el importante aporte de las Postas de Salud Rural en la ampliación de cobertura y calidad de la atención y el consiguiente efecto sobre los indicadores sanitarios, particularmente de aquellos asociados a la salud materno – infantil en nuestro país.

De la misma forma nos proporciona varias secciones, de consulta particular si el lector así lo requiere, que ilustran de manera muy actualizada, desde la ruralidad, pasando por la situación epidemiológica hasta el cuidado de los equipos de salud rural, cuestión tan importante para la continuidad de los cuidados de la población, pero pocas veces enfatizado en obras como esta. Especial atención debe ponerse en las consideraciones realizadas sobre la participación social y el trabajo comunitario, una necesidad muy sentida, principalmente en lo referido a los aspectos prácticos para llevarlo a cabo.

En la segunda parte del libro, se invita a explorar los aspectos prácticos derivados de la formación de recursos humanos en promoción de la salud. Estos aspectos, como mencionamos anteriormente,

son fruto de la actividad de formación realizada por los autores en colaboración con el equipo docente del INTA a lo largo de varios años. La sistematización de estas experiencias agrega un valor innegable al documento, proporcionando sugerencias prácticas y aplicables, que han sido probadas como parte de la actividad de formación. El enfoque ‘aprender haciendo’ se traduce en una serie de experiencias habilidosamente sistematizadas, que pueden servir de ejemplo para aquellos equipos de trabajo que buscan emprender iniciativas similares en su espacio local.

El libro recoge las propuestas ministeriales acerca de aspectos importantes del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, enriqueciéndolo con aportes propios del bagaje de sus autores, entregando propuestas desde la función universitaria hacia la gestión pública de salud en promoción y que pueden ser recogidas en cualquier instancia de la macro, meso o micro gestión del sistema de salud chileno. En este sentido es de particular importancia para la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, contar con aportes de este tipo para ponerlos a disposición de los equipos de salud que requieran esos elementos con base teórica, pero también muy prácticos y adaptables a cada espacio local.

Se pone a disposición de la comunidad una obra de gran valor académico de consulta, pero también muy práctico que viene a ser un aporte más del INTA de la Universidad de Chile en cumplimiento de su función institucional de servicio público.

Alentamos a los equipos de salud de todas las regiones del país a aprovechar los esfuerzos realizados tanto por los autores como por aquellos que, participando como estudiantes en los talleres de promoción de la salud, han contribuido a los contenidos de este libro. Estos esfuerzos se traducen en resultados tangibles gracias a la iniciativa conjunta del MINSAL, la ACHM y el INTA.

MSc. Juan Ilabaca Mendoza

Jefe Departamento de Gestión de los Cuidados
División de Atención Primaria
Ministerio de Salud

PRESENTACIÓN

La iniciativa de publicar este libro surge en el marco del programa de capacitación dirigido a los Técnicos de Postas de Salud Rural, con el fin de incentivar liderazgos en salud y desarrollar capacidades en Promoción de Salud.

El texto encierra un extraordinario valor para los Técnicos de las Postas de Salud Rural (PSR) que formaron parte de dicho programa de capacitación, el que fue realizado por la Universidad de Chile, durante 4 años, en el período 2018 al 2021, a través del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Experiencia educativa, que representa un hito institucional universitario que da cuenta de un compromiso de servicio público, al trasladar los espacios formativos a los lugares de trabajo de los equipos de salud de las comunas y rincones más alejados del país.

¿Qué encontrará en este libro?

- **Contenidos conceptuales y descripción de las metodologías** que se requieren para el trabajo en Promoción de Salud.
- **Diferentes perspectivas metodológicas para el trabajo local;** así como experiencias y saberes de los Técnicos en Promoción de Salud y del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.
- **Propuestas de acción local realizadas por los propios Técnicos** para mejorar la salud y contribuir al desarrollo en el ámbito de la salud de sus territorios.
- **Análisis sobre el rol y desafíos del trabajo** tanto de los Técnicos como de los Equipos de Salud que trabajan en el área rural.

El equipo docente imagina colectivamente esta publicación, teniendo presente la evaluación del programa en sus diferentes versiones, un análisis crítico de la trayectoria de la Promoción de Salud con los desafíos surgidos en pandemia COVID-19; y, en especial, preocupados por identificar oportunidades de transformación para promover la salud y favorecer la equidad desde las comunidades locales.

La definición de los contenidos de la capacitación estuvo basada en un estudio diagnóstico participativo realizado previamente sobre experiencias, funciones y competencias requeridas por los Técnicos para un trabajo en PS en la APS. Así, abarcó las temáticas de situación de

salud, Determinantes Sociales, Desarrollo Local, Promoción de Salud y Modelo de Salud Familiar y Comunitario, junto con metodologías educativas participativas y elaboración de proyectos locales. Cada capacitación finalizó con la elaboración de un trabajo final, consistente en una propuesta de acción local a implementar en el territorio de su PSR.

La duración de este programa fue de 150 horas académicas, realizadas en modalidad semipresencial, con actividades en la región de la cual pertenecían los Técnicos. El modelo pedagógico de “aprendizaje en red” permitió el intercambio de experiencias, la reflexión y el análisis grupal en la construcción del conocimiento. Los Técnicos realizaron talleres, ejercicios individuales y grupales en un proceso de evaluación continua aplicada a la práctica laboral; con el apoyo permanente de tutorías docentes.

En el período 2018-2021 se capacitaron 536 Técnicos (aproximadamente el 20% del total de Técnicos de las PSR del país), pertenecientes a 16 Servicios de Salud en 201 comunas, con la colaboración del Ministerio de Salud. Este programa docente, es parte de la formación de Posgrado y Educación Continua en Promoción de Salud (PS), que realiza el INTA desde hace más de dos décadas, mediante diversos cursos de perfeccionamiento, diplomas de Postítulo y Magíster; contribuyendo a la conformación de redes que intercambian experiencias y desarrollan iniciativas, así como, a la generación de políticas públicas saludables.

Deseamos aunar esfuerzos de divulgación de este libro a los Técnicos, equipos de salud y funcionarios de la APS vinculados al campo de la Promoción de la Salud y el Desarrollo Local en zonas rurales. Esperamos se creen espacios de análisis y discusión que contribuyan a fortalecer el trabajo en equipos y a desarrollar respuestas eficaces frente a los actuales problemas y necesidades de la población.

Nuestro reconocimiento a los Técnicos de las Postas de Salud Rural del país, por su liderazgo comunitario y por su gran labor comprometida e inspiradora para la Salud Pública y el Desarrollo Local.

MSc. Judith Salinas Cubillos

Profesora Asociada INTA

Directora Académica Educación Continua

EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE DE LOS TÉCNICOS



CRISTIAN CAMPOS
PSR COLONIA MANUEL RODRÍGUEZ (ANGOL), 2019

“Haber postulado a esta instancia de capacitación fue fundamental para poder adquirir conocimientos en promoción de la salud, que nos van a ayudar a reforzar y mantener una buena relación con nuestra población de la Posta de Salud Rural. También quiero decir que debiese haber más instancias como estas para poder seguir creciendo y adquiriendo conocimientos. Para nosotros y nuestros colegas de Malleco fue una linda experiencia, una linda instancia para poder conocer a mis colegas, sus realidades y de qué forma están trabajando y me gustó mucho que se destacara la función del Técnico en Enfermería del sector rural, que en la mayoría de los casos es integral, que ve a todo el ciclo vital y que somos un pilar fundamental para apoyar al equipo en temas de promoción, prevención y recuperación”.

ZOILA VARGAS REYES
PSR LA PANCHINA (LAS CABRAS), 2021

“Mi experiencia en este curso de promoción, un curso que fue destinado exclusivamente para nosotros, los Técnicos que trabajamos con nuestras comunidades rurales en este país. Este curso vino a renovar y fortalecer mi vocación de servicio, vino a darme mi propia identidad como Técnico, saber que yo soy siempre un conector entre mi equipo y mis comunidades y nos vino a entregar las herramientas necesarias para que yo pueda empoderar a mis comunidades a través de proyectos de promoción o prevención, para que ellos se empoderen y puedan enfrentar sus factores de riesgo junto a nuestro equipo de salud y, por supuesto, a la entrega de nosotros como Técnicos de sectores rurales. Muchas gracias a nuestros queridos docentes y a mis superiores, que me dieron esta oportunidad. Gracias, colegas”.



HUGO SEGURA
PSR ANILCO (VILLARRICA), 2018

“Nosotros teníamos muy poca capacitación, no teníamos acceso a ello, nosotros teníamos hambre de esto, los acogimos y eso se notó, ya que estamos con un equipo docente que es potente, juntamos dos potencias. Nosotros sacamos esto gracias al empeño, al entusiasmo que aquí mostramos y que lo hacemos día a día, aún en condiciones que no son las mejores... sacamos adelante lo que es la Salud Primaria mucho antes de que a alguien se le ocurriera darle un nombre. Así que también es importante dar las gracias al Servicio de Salud... ojalá que esto se pudiera transmitir y que no se olviden de nosotros. Nosotros estamos siempre ahí, nosotros estamos, como se dice: ‘al pie del cañón’ siempre”.

PRIMERA PARTE

LA SALUD COMUNITARIA EN LAS POSTAS DE SALUD RURAL

INTRODUCCIÓN

La Promoción de Salud, en tanto función esencial de la salud pública que contribuye a cambios transformadores de la sociedad, requiere de una constante generación de espacios de aprendizaje, desarrollo de habilidades, así como la creación de oportunidades y ambientes que favorezcan prácticas de salud positivas desde una concepción de derechos en salud.

Este avance en la conceptualización de la Promoción de Salud implica un aprendizaje teórico-práctico, interdisciplinario y colaborativo con los actores que intervienen a nivel país y también en las comunas y territorios; razón esta última, que ha motivado a un grupo de académicos del INTA de la Universidad de Chile, a realizar diferentes programas de capacitación y escribir este libro con temas seleccionados por los propios participantes de las numerosas experiencias educativas realizadas.

Así el Capítulo 1, titulado Ruralidad en Chile y las Postas de Salud Rural, permite reconocer características de la calidad de vida rural en el contexto de las orientaciones de la Política Nacional de Desarrollo Rural.

El Capítulo 2 presenta la Situación de Salud y Nutrición en Chile pre y pospandemia, señalando cambios demográficos y nutricionales; en especial, el aumento de la obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles y la epidemia del Coronavirus. Luego, el Capítulo 3 sobre Pobreza y Desarrollo Local, describe la cruda realidad de la pobreza y vulnerabilidad social.

El Capítulo 4 aborda la Atención Primaria y Modelo de Salud Familiar y Comunitario, sus principios y ejes de acción con su incorporación en la Atención Primaria de Salud Rural, seguido del capítulo sobre la conceptualización de la Promoción de Salud, desde un enfoque de determinantes sociales de la salud. Este quinto capítulo, también presenta su distinción con la prevención de la enfermedad y una herramienta práctica para la comprensión y el diseño de intervenciones, conocido como el Cubo de la Promoción de Salud.

Luego se presentan cuatro capítulos metodológicos, con el fin de apoyar a los Técnicos en la formulación e implementación de intervenciones más efectivas de Promoción de Salud en sus Postas de Salud Rural y territorios. De esta manera, se recorren conceptos, recursos y métodos de trabajo para llevar a la práctica la intersectorialidad, la participación y el trabajo comunitario, la educación y comunicación, y los proyectos locales. Todos ellos presentados en una estructura común, que incluye definiciones, herramientas aplicadas y el aporte de las experiencias locales, finalizando con ideas fuerza y referencias para profundizar el tema.

Finalmente, se incluye un capítulo 10 sobre el Cuidado de los Equipos de Salud, que tiene como objetivos, por una parte, el reflexionar sobre el cuidado, autocuidado y la salud mental de los y las trabajadoras de la salud, en especial en el mundo rural. Y por otra, plantearse interrogantes sobre el cómo podemos autocuidarnos, haciéndose cargo de sí mismo para acompañar a otros de una mejor forma, en un trabajo complejo y tremendamente demandante.

01

CAPÍTULO

RURALIDAD EN CHILE Y LAS POSTAS DE SALUD RURAL



Foto de Juan Manuel Núñez Méndez en unsplash.com

RURALIDAD

Según los datos del Censo 2017 y utilizando el criterio del INE para definir condición rural (límite de 2.000 personas por localidad poblada), la población chilena que vive en localidades rurales corresponde al 12,2% de la población país. Esta es una cifra similar al 12,7% que mostró la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2017 (CASEN) (1).

Sin embargo, aplicando el criterio internacional de ruralidad de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), el 25,5% de los chilenos vive en comunas rurales (263 de las 346 comunas). Se trata de un criterio que además de la densidad poblacional considera otros aspectos, como por ejemplo la distancia a centros urbanos y la superficie ocupada, lo que permite representar de una manera más cercana la real magnitud de la ruralidad. Esta población habita el 83% del territorio del país, dando cuenta de la extensión territorial en que reside la población rural de nuestro país.

A esta extensión, se agrega una diversidad que va desde comunas rurales de gran tamaño geográfico con alta dispersión y baja densidad poblacional, hasta comunas caracterizadas como urbanas con sectores rurales en el mismo territorio.

12,2%

de la población chilena vive en localidades rurales, según el INE.

CABE MENCIONAR QUE ESTAS ÁREAS ENFRENTAN DESAFÍOS COMUNES.

La migración de la población hacia áreas urbanas, los nuevos patrones de producción y comercialización para las materias primas, el menor suministro de bienes y servicios respecto a los centros urbanos, y la necesidad de una mayor valoración de su patrimonio cultural y natural.

POLÍTICA NACIONAL DE DESARROLLO RURAL (2)

En el año 2020, Chile promulga su Política Nacional de Desarrollo Rural (PNDR), después de un largo período de elaboración iniciado a fines de la década de los 80, que ha contado con la participación de diferentes sectores, organizaciones sociales y actores; presidido durante la mayor parte del tiempo por Comités Interministeriales, mediante la realización de diversos encuentros, talleres y reuniones de trabajo ampliadas.

El objetivo general de esta Política es mejorar la calidad de vida y aumentar las oportunidades de la población que habita en territorios rurales. Ello a través de la adopción gradual, planificada y sostenida de un paradigma que concibe un accionar público con enfoque territorial e integrado en distintos niveles, que propicie sinergias entre iniciativas públicas, privadas y de la sociedad civil, con el objeto de diversificar y potenciar el desarrollo de pueblos y ciudades de menor tamaño, resguardando el acervo natural y cultural esencial para su sostenibilidad territorial.

Tomando esto en consideración, se entiende por “territorio rural” aquel que se genera producto de la interrelación dinámica entre las personas, las actividades económicas y los recursos naturales, caracterizado principalmente por un poblamiento cuya densidad poblacional es inferior a 150 (hab./km²), con una población máxima de 50.000 habitantes, cuya unidad básica de organización y referencia es la comuna.



Al término de este capítulo, se presenta el Mapa de Chile Rural con el listado de las **263 comunas en que vive la población rural del país comunicado por la PNDR.**

Para clasificar las comunas de Chile, se realiza un análisis de la densidad de población a nivel de distrito censal y luego se agrega a nivel de comuna, proponiéndose tres categorías:

COMUNA PREDOMINANTEMENTE RURAL

Donde el 50% o más de la población, vive en distritos censales de menos de 150 habitantes por km², con un máximo de 50.000 habitantes (185 comunas).

COMUNA MIXTA

Donde entre el 25% y el 50% de su población, vive en distritos censales de menos de 150 habitantes por km², con un máximo de 100.000 habitantes (78 comunas).

COMUNA PREDOMINANTEMENTE URBANA

Donde el 25% o menos de la población, vive en distritos censales de menos de 150 habitantes por km², con un mínimo de 50.000 habitantes. Se incorporan a esta categoría, además del criterio de población máxima, las comunas que son capitales regionales (83 comunas).

POBREZA Y RURALIDAD

Si bien en las últimas décadas Chile ha mostrado avances sustantivos en términos de reducción de la pobreza, según los datos de la encuesta CASEN persisten grandes disparidades entre las áreas urbanas y rurales.

La medición de la pobreza en Chile se realiza desde 1987 a través del indicador de ingresos, y a partir del 2013 se agrega una medición multidimensional, dado que la pobreza no solo tiene que ver con tener capacidad económica, sino que también depende de la satisfacción de sus necesidades y derechos en las otras dimensiones de la vida, como son: educación, salud, trabajo y seguridad social, vivienda, el entorno en que viven y también su pertenencia a las redes sociales.

Entre los años 2006 y 2017, la pobreza medida por ingresos se redujo del 29,1% al 8,6%, en cifras promedio para todo el país. Esta disminución en las áreas rurales fue desde el 51,8% al 16,5%, mientras que en las áreas urbanas del 25,8% al 7,4%.

Por su parte, la medición de la pobreza multidimensional también da cuenta de una mayor incidencia en las áreas rurales: en ese mismo año 2017 alcanzó al 37,4% de la población rural, comparado con el 18,3% en áreas urbanas.

Posteriormente, durante la pandemia del COVID-19, se realiza una nueva encuesta CASEN, la que muestra un aumento de la pobreza por ingresos del 8,6% del año 2017 al 10,8% en el año 2020 para el total país, cifra significativamente mayor en las zonas rurales, donde alcanzó a un 13,8% de la población. Situación agravada por el aumento de migrantes de otros países, en precarias condiciones y búsqueda de oportunidades laborales en el campo.

Estos datos son solo una muestra de las brechas que nuestro mundo rural presenta hoy. La infografía siguiente, publicada por la PNDR muestra una radiografía de la ruralidad, con datos comparativos entre comunas urbanas y rurales, relacionados con la educación, jefatura de hogar, ingresos y empleo.

RADIOGRAFÍA DE LA RURALIDAD EN CHILE

PIRÁMIDE POBLACIONAL



POBLACIÓN
25,5%

de la población vive en territorios rurales (Censo, 2017).



TERRITORIO
83%

de la población nacional corresponde a comunas con alta ruralidad.

185 rurales
+78 mixtas



EDUCACIÓN

9,6 son los años de escolaridad promedio en comunas rurales.
vs
11,6 en comunas urbanas (Censo, 2017).



JEFATURA DE HOGAR

38% presenta jefatura femenina, comparado con el **43% urbano** (Censo, 2017).

INTERCULTURALIDAD

17%

de la población rural se considera perteneciente a un pueblo indígena, comparado con el **11% a nivel urbano** (Censo, 2017).

3%
Aymara



4%
Diaguita



82%
Mapuche



POBREZA

Pobreza multidimensional

37% rural
18% urbana

Pobreza por ingreso

17% rural
7% urbana

De las 100 comunas con mayores tasas de pobreza por ingreso, 99 son rurales (CASEN, 2017).



INGRESO

\$609.516

Ingreso promedio rural.

\$959.803

Ingreso promedio urbano.

36% más bajo es el promedio de ingresos por hogar en las zonas rurales que en las urbanas (CASEN, 2017).

APORTE PIB

13,8%

es el aporte del sector silvoagropecuario ampliado al PIB nacional (ODEPA, 2017).



EMPLEO

En las zonas rurales.



59%

Otros sectores

Construcción **7%**

Industria manufacturera **9%**

Comercio **11%**

41%

Sector silvoagropecuario y pesca.

(Enero 2019)

Fuente: Comisión Interministerial de Ciudad, Vivienda y Territorio (COMICIVT). Política Nacional de Desarrollo Rural, Santiago, Chile, 2020.

CALIDAD DE VIDA RURAL

Calidad de Vida Rural es el complemento entre las condiciones objetivas y la percepción de bienestar en lo social, económico y ambiental de la población rural, caracterizada por la diversidad de actividades, paisajes y prácticas culturales e identitarias propias de cada territorio (2).

Con la finalidad de dar seguimiento a la implementación y cumplimiento de los objetivos propuestos por la Política Nacional de Desarrollo Rural (PNDR), se crea el Sistema de Indicadores de Calidad de Vida Rural. Esta plataforma se estructura según los cuatro ámbitos de acción de la Política y contiene un conjunto de indicadores con información relevante que permite medir y evaluar regularmente la calidad de vida del territorio de las 263 comunas rurales y mixtas del país.

Cabe mencionar que las comunas cuentan con la línea base de una serie de indicadores, posible de acceder en

www.masvidarural.gob.cl

y que representan una valiosa información para el diseño, implementación y evaluación de los planes comunales de Promoción de Salud, así como para las acciones de la Atención Primaria de Salud Rural.

A modo de ejemplo, para ilustrar indicadores relacionados más directamente con las acciones de Promoción de Salud, vemos en los ámbitos de:

BIENESTAR SOCIAL

- **Indicador 1.** Porcentaje de población en situación de pobreza por ingresos.
- **Indicador 21.** Tiempo promedio en minutos al centro de salud primaria más cercano a la entidad rural.

SUSTENTABILIDAD MEDIOAMBIENTAL

- **Indicador 6.** Porcentaje de establecimientos educacionales de la comuna que cuentan con certificación ambiental escolar.

ÁMBITO DE CULTURA E IDENTIDAD

- **Indicador 2.** Número de organizaciones comunitarias cada 1.000 habitantes.

ÁMBITOS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE DESARROLLO RURAL (PNDR)



BIENESTAR SOCIAL

Disminuyendo las brechas de acceso a bienes y servicios.

SUSTENTABILIDAD MEDIOAMBIENTAL

Valorando los espacios naturales y gestionando sus riesgos.



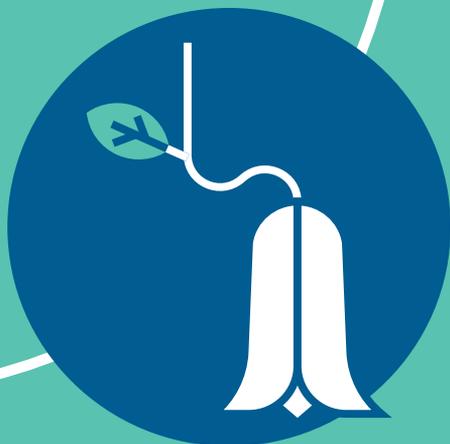


OPORTUNIDADES ECONÓMICAS

Mejorando el desempeño y dinamismo local.

CULTURA E IDENTIDAD

Resguardando y poniendo en valor su patrimonio material e inmaterial.



La descripción de cada indicador va acompañada de los resultados para cada comuna y total país.

Para ilustrar la riqueza de información que contiene el Sistema, se presenta el Indicador 1 de Pobreza.

INDICADOR 1 POBREZA

Descripción

El indicador corresponde al porcentaje de la población que se encuentra en situación de pobreza por ingresos a nivel comunal. Es calculado de manera directa por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia a partir de la medición periódica que realiza la Encuesta CASEN. La pobreza se mide a través de los ingresos que posee el hogar en consideración a la cantidad de personas que lo componen. De esta manera, un hogar es considerado pobre cuando su ingreso total se encuentra por debajo de la línea de la pobreza.

Principales resultados

Según la línea base del año 2017, las comunas con mayor porcentaje de la población en situación de pobreza por ingresos son: Cholchol (41,6%), Alto Biobío (39,73%) y Galvarino (37,29%); mientras que las comunas con menor porcentaje de la población en situación de pobreza por ingresos son Río Verde (0,72%), Timaukel (0,4%) y Torres del Paine (0,32%).

Según la segunda medición del año 2022, las comunas con mayor porcentaje de la población en situación de pobreza por ingresos son: Alto Biobío (28,93%), General Lagos (25,79%), Curarrehue (24,76%); mientras que las comunas con menor porcentaje de la población en situación de pobreza por ingresos son Laguna Blanca (4,93%), Cabo de Hornos (3,11%) y O'Higgins (1,41%).

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RURAL

La realidad de las redes de salud en los territorios rurales presenta una variedad de expresiones a lo largo del país. Actualmente, en una comuna puede coexistir un hospital comunitario dependiente del Servicio de Salud con PSR dependiente de los municipios, también PSR dependientes de CESFAM, como otras posibles combinaciones de la estructura administrativa.

Entre los desafíos del Sistema Público de Salud está el adaptar el sistema a las necesidades del medio rural promoviendo el acceso a una atención oportuna, de calidad y especializada en todo tipo de zonas rurales, a través de la Atención Primaria de Salud (APS).

Uno de los actores claves para la salud, es el personal de la APS, cuyo rol es y ha sido fundamental. Su quehacer se basa en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS), que es parte de las políticas de salud y se implementa a través de la extensa red integrada de establecimientos de salud pública de Chile (3).

RED APS

14.532.555 personas beneficiadas.



2.514 establecimientos de atención ambulatoria.

50%

1.177 POSTAS DE SALUD RURAL (PSR)

33%

CESFAM CENTROS DE SALUD FAMILIAR
CECOSF CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR
HOSPITALES COMUNITARIOS

17%

SERVICIOS DE URGENCIA EN APS

58.600 funcionarios contratados (4, 5) para el año 2017.





LAS POSTAS DE SALUD RURAL (PSR)

Las PSR están a cargo de las acciones de salud en materia de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud, y del seguimiento de la situación de salud de las comunidades rurales. Se localizan en sectores rurales de ciudades, pueblos, aldeas o caseríos; con mediana o baja concentración de población y dispersión geográfica. Es así como se ha reconocido la existencia de PSR con situaciones especiales como son las Postas Fronterizas, Insulares, en Altura o en situación de aislamiento geográfico (6).

La continuidad del cuidado en la PSR está a cargo de un Técnico permanente o residente en el lugar, capacitado para desempeñarse en estas funciones. Mientras que las atenciones profesionales son entregadas a través del sistema de rondas.

Los CESFAM realizan acciones de fomento, promoción y protección de la salud en su área poblacional, y prestan servicios de curación, tratamiento y rehabilitación. Están localizados en áreas urbanas y rurales de mayor concentración poblacional, cuentan con una amplia dotación de personal integrada por diferentes profesionales, Técnicos de Salud y funcionarios administrativos; que permiten otorgar a la comunidad las prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar.

En cuanto a los atributos del personal de salud,

se considera que sea receptivo a las necesidades y expectativas de la población, con un desempeño basado en sus conocimientos, habilidades y competencias. Entre las habilidades a fortalecer, se menciona con frecuencia las de liderazgo, de hecho, en la mayor parte de los centros de salud son percibidos como un líder que logra dirigir procesos o acciones que contribuyen al desarrollo de su localidad, siendo capaces de guiar al resto de la comunidad e influir en el entorno a favor de la salud. Estas habilidades son particularmente importantes y visibles en las PSR, ya que los Técnicos en su mayoría, pertenecen a las propias comunidades, destacando por su vocación de servicio y compromiso social.

Los roles y funciones de los Técnicos junto con las normas y orientaciones técnicas para el funcionamiento de las PSR, se encuentran en la Norma Técnica 0211 del 05 de mayo de 2021 en la cual se destaca como ejes centrales de acción, la Atención de Salud, el Modelo de Atención y el Desarrollo Local (Anexo 1).

MAPA DEL CHILE RURAL



Chile valora, reconoce y promueve su ruralidad como una cualidad distintiva, imprescindible y perdurable de la nación, integrando la rica diversidad de los territorios rurales al desarrollo sustentable, fomentado mayores oportunidades y mejor calidad de vida para sus habitantes, a través de un enfoque contemporáneo, robusto e integrador de los distintos segmentos que componen la ruralidad, lo cual permite enfrentar con solidez y confianza los desafíos sociales, económicos y ambientales que plantea el siglo XXI. De este modo, lo rural, sustentado en la diversidad y potencialidad de su patrimonio natural y cultural, es fuente de identidad y legado intergeneracional”.

De la Política de Desarrollo Rural 2020 (14-24).



Región de Valparaíso

- ▶ 36 Petorca
- ▶ 37 La Ligua
- ▶ 38 Cabildo
- ▶ 39 Putaendo
- ▶ 40 Santa María
- ▶ 41 San Esteban
- ▶ 42 Papudo
- ▶ 43 Zapallar
- ▶ 44 Nogales
- ▶ 45 Catemu
- ▶ 46 Panquehue
- ▶ 47 Puchuncaví
- ▶ 48 Quintero
- ▶ 49 Concón
- ▶ 50 La Cruz
- ▶ 51 Hijuelas
- ▶ 52 Llaillay
- ▶ 53 Rinconada
- ▶ 54 Calle Larga
- ▶ 55 Limache
- ▶ 56 Olmué
- ▶ 57 Casablanca
- ▶ 58 Algarrobo
- ▶ 59 El Quisco
- ▶ 60 El Tabo
- ▶ 61 Cartagena
- ▶ 62 Santo Domingo
- ▶ 63 Isla de Pascua
- ▶ 64 Juan Fernández

Región Metropolitana

- ▶ 65 Tiltil
- ▶ 66 Curacaví
- ▶ 67 María Pinto
- ▶ 68 El Monte
- ▶ 69 Calera de Tango
- ▶ 70 Isla de Maipo
- ▶ 71 Pirque
- ▶ 72 San José de Maipo
- ▶ 73 Paine
- ▶ 74 Alhué
- ▶ 75 San Pedro

Región de O'Higgins

- ▶ 76 Navidad
- ▶ 77 Litueche
- ▶ 78 Las Cabras
- ▶ 79 La Estrella
- ▶ 80 Peumo
- ▶ 81 Coltauco
- ▶ 82 Doñihue
- ▶ 83 Graneros
- ▶ 84 Mostazal
- ▶ 85 Codegua
- ▶ 86 Olivar
- ▶ 87 Requínoa
- ▶ 88 Coinco
- ▶ 89 Quinta de Tilcoco
- ▶ 90 Malloa
- ▶ 91 San Vicente
- ▶ 92 Palmilla
- ▶ 93 Pichidegua
- ▶ 94 Peralillo
- ▶ 95 Marchihue
- ▶ 96 Pichilemu
- ▶ 97 Paredones
- ▶ 98 Pumanque
- ▶ 99 Santa Cruz
- ▶ 100 Nancagua
- ▶ 101 Placilla
- ▶ 102 Chimbarongo
- ▶ 103 Chépica
- ▶ 104 Lolol

Región del Maule

- ▶ 105 Vichuquén
- ▶ 106 Licantén
- ▶ 107 Curepto
- ▶ 108 Hualañé
- ▶ 109 Rauco
- ▶ 110 Teno
- ▶ 111 Romeral
- ▶ 112 Sagrada Familia
- ▶ 113 Río Claro
- ▶ 114 Molina
- ▶ 115 Constitución
- ▶ 116 Pencahue
- ▶ 117 San Rafael
- ▶ 118 Maule
- ▶ 119 Pelarco
- ▶ 120 San Clemente
- ▶ 121 Colbún
- ▶ 122 Yerbas Buenas
- ▶ 123 Villa Alegre
- ▶ 124 San Javier
- ▶ 125 Empedrado
- ▶ 126 Chanco
- ▶ 127 Pelluhue
- ▶ 128 Cauquenes
- ▶ 129 Retiro
- ▶ 130 Longaví
- ▶ 131 Parral

Región del Ñuble

- ▶ 132 Cobquecura
- ▶ 133 Quirihue
- ▶ 134 Treguaco
- ▶ 135 Coelemu
- ▶ 136 Ránquil
- ▶ 137 Portezuelo
- ▶ 138 Ninhue
- ▶ 139 San Nicolás
- ▶ 140 San Carlos
- ▶ 141 Ñiquén
- ▶ 142 San Fabián
- ▶ 143 Coihueco
- ▶ 144 Chillán Viejo
- ▶ 145 Quillón
- ▶ 146 Bulnes
- ▶ 147 Pemuco
- ▶ 148 San Ignacio
- ▶ 149 El Carmen
- ▶ 150 Pinto
- ▶ 151 Yungay

Región del Biobío

- ▶ 152 Florida
- ▶ 153 Penco
- ▶ 154 Lota
- ▶ 155 Hualqui
- ▶ 156 Yumbel
- ▶ 157 Cabrero
- ▶ 158 Tucapel
- ▶ 159 Antuco
- ▶ 160 Quilleco
- ▶ 161 Laja
- ▶ 162 San Rosendo
- ▶ 163 Santa Juana
- ▶ 164 Arauco
- ▶ 165 Curanilahue
- ▶ 166 Nacimiento
- ▶ 167 Negrete
- ▶ 168 Mulchén
- ▶ 169 Quilaco
- ▶ 170 Santa Bárbara
- ▶ 171 Alto Biobío
- ▶ 172 Lebu
- ▶ 173 Los Álamos
- ▶ 174 Cañete
- ▶ 175 Contulmo
- ▶ 176 Tírúa

Región de La Araucanía

- ▶ 177 Renaico
- ▶ 178 Purén
- ▶ 179 Los Sauces
- ▶ 180 Ercilla
- ▶ 181 Collipulli
- ▶ 182 Lonquimay
- ▶ 183 Curacautín
- ▶ 184 Lautaro
- ▶ 185 Victoria
- ▶ 186 Perquenco
- ▶ 187 Traiguén
- ▶ 188 Galvarino
- ▶ 189 Lumaco
- ▶ 190 Carahue
- ▶ 191 Saavedra
- ▶ 192 Nueva Imperial
- ▶ 193 Chochol
- ▶ 194 Padre Las Casas
- ▶ 195 Vilcún
- ▶ 196 Melipeuco
- ▶ 197 Teodoro Schmidt
- ▶ 198 Toltén
- ▶ 199 Pitrufulquén
- ▶ 200 Freire
- ▶ 201 Cunco
- ▶ 202 Gorbea
- ▶ 203 Loncoche
- ▶ 204 Villarrica
- ▶ 205 Pucón
- ▶ 206 Curarrehue

Región de Los Ríos

- ▶ 207 Mariquina
- ▶ 208 Máfil
- ▶ 209 Lanco
- ▶ 210 Panguipulli
- ▶ 211 Los Lagos
- ▶ 212 Corral
- ▶ 213 La Unión
- ▶ 214 Paillaco
- ▶ 215 Futrono
- ▶ 216 Lago Ranco
- ▶ 217 Río Bueno

Región de Los Lagos

- ▶ 218 San Pablo
- ▶ 219 San Juan de la Costa
- ▶ 220 Puyehue
- ▶ 221 Puerto Octay
- ▶ 222 Río Negro
- ▶ 223 Purranque
- ▶ 224 Fresia
- ▶ 225 Frutillar
- ▶ 226 Puerto Varas
- ▶ 227 Llanquihue
- ▶ 228 Los Muermos
- ▶ 229 Maullín
- ▶ 230 Calbuco
- ▶ 231 Cochamó
- ▶ 232 Ancud
- ▶ 233 Quemchi
- ▶ 234 Hualaihué
- ▶ 235 Dalcahue
- ▶ 236 Castro
- ▶ 237 Curaco de Vélez
- ▶ 238 Quinchao
- ▶ 239 Puqueldón
- ▶ 240 Chonchi
- ▶ 241 Queilen
- ▶ 242 Quellón
- ▶ 243 Chaitén
- ▶ 244 Futaleufú
- ▶ 245 Palena

Región de Aysén

- ▶ 246 Guaitecas
- ▶ 247 Cisnes
- ▶ 248 Lago Verde
- ▶ 249 Aysén
- ▶ 250 Río Ibáñez
- ▶ 251 Chile Chico
- ▶ 252 Cochrane
- ▶ 253 Tortel
- ▶ 254 O'Higgins

Región de Magallanes

- ▶ 255 Natales
- ▶ 256 Torres del Paine
- ▶ 257 Laguna Blanca
- ▶ 258 San Gregorio
- ▶ 259 Primavera
- ▶ 260 Río Verde
- ▶ 261 Porvenir
- ▶ 262 Timaukel
- ▶ 263 Cabo de Hornos

Fuente: Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura.

IDEAS FUERZA DEL CAPÍTULO

01 Las disparidades existentes entre el mundo urbano y rural del país, se expresan entre otros indicadores, en las cifras de pobreza por ingreso y multidimensional. En el año 2017, esta medición mostró un 18,3% de población urbana versus un 37,4% de la población rural viviendo en condiciones de pobreza multidimensional.

02 La PNDR promulgada en el año 2020, contiene 4 ámbitos de acción: bienestar social, oportunidades económicas, sustentabilidad medioambiental, cultura e identidad.

03 La continuidad del cuidado de la salud en las zonas rurales está a cargo de los Técnicos que trabajan en las Postas de Salud Rural, quienes destacan por su liderazgo y compromiso con las comunidades.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Observatorio Social. Resultados Encuesta CASEN 2017. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
2. Comisión Interministerial de Ciudad, Vivienda y Territorio (COMICIVT). Política Nacional de Desarrollo Rural, Santiago, Chile, 2020. Disponible en: <https://www.masvidarural.gob.cl/politica-nacional-de-desarrollo-rural-3/>
3. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
4. Ministerio de Salud. Establecimientos de Salud por Servicio de Salud del país. Disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>
5. González, C., Castillo-Laborde, C., Matute, I. Eds. Serie de Salud Poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Santiago, Chile: CEPS, Fac. de Medicina. CAS-UDD. 2019.
6. Ministerio de Salud. Norma Técnica Postas de Salud Rural N° 0211, Santiago, Chile, 2021.



02

CAPÍTULO

SITUACIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN EN CHILE PRE Y POSPANDEMIA

DESDE LA PREPANDEMIA A LA POSPANDEMIA

En este capítulo se presenta una mirada general a las transformaciones en la situación de salud y de nutrición en Chile, desde la prepandemia a la pospandemia, señalando los cambios epidemiológicos más importantes basados en el concepto de transición epidemiológica y nutricional, hasta llegar a la situación actual. Todo esto en un contexto de cambios demográficos y del modo de vida de nuestra población.

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Por Transición Epidemiológica se entienden los cambios en el largo plazo en los patrones de mortalidad, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica y que por lo general se presentan junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas. En 1960, la mortalidad infantil era de 120 niños menores de un año que morían por cada 1.000 nacidos vivos, principalmente por diarreas, bronconeumonías, desnutrición y enfermedades infecciosas. La mortalidad materna era de 3 por mil nacidos vivos, es decir, más de tres madres morían durante el embarazo, parto o puerperio por cada mil niños que nacían vivos. Esto se producía por problemas en el parto (hemorragias, infecciones y eclampsia), mayoritariamente atendidos en las casas y luego progresivamente en maternidades, y muy especialmente por abortos sépticos realizados en forma clandestina en condiciones muy insalubres (1).

Esta situación epidemiológica de altísima mortalidad materna e infantil, junto con un predominio de enfermedades infecciosas tanto en niños (coqueluche, difteria, sarampión, varicela, poliomielitis) como en adultos (fiebre tifoidea, salmonelosis, tuberculosis, hidatidosis) corresponde a una etapa de pre transición epidemiológica. Se generaba en una situación ambiental adversa sin agua potable ni alcantarillado: según el Censo de 1970, solo el 58% de las personas que vivían en ciudades tenía acceso al agua potable en su casa y 35% a alcantarillado.

A mediados de los años 60, con el aumento de la red asistencial de los servicios de salud, se produjo el libre acceso de las personas a métodos anticonceptivos en consultorios, principalmente píldoras y dispositivos intrauterinos o DIU, con el objeto de prevenir el aborto que dieztaba a las mujeres, especialmente de nivel socioeconómico bajo.

120

niños/as menores de un año morían por cada 1.000 nacidos vivos en 1960.

58%

de las personas que vivían en ciudades, tenía acceso, en su casa, a agua potable en 1970.

Gracias al aumento de cobertura de la educación primaria, **el analfabetismo era solo de un 11%, según el Censo de 1970.**

Esta medida, junto con el aumento de la atención del parto en maternidades y el incremento de la cobertura de los controles prenatales, que llegó al 80% de las embarazadas, hizo que la mortalidad materna disminuyera en forma dramática en Chile, hasta llegar hoy a tener los mejores indicadores del mundo de atención materna, con una alta cobertura de controles prenatales y con solo 17 madres que mueren por cada 100.000 partos, en un país que tiene alrededor de 200.000 partos al año.

Con la mortalidad infantil sucedió algo similar. El riesgo de morir de los niños y niñas era cinco veces mayor en los hijos de madres analfabetas que en aquellas que tenían educación básica, y gracias al aumento de cobertura de la educación primaria, que se inició en la década del 40, el analfabetismo era solo de un 11%, según el Censo de 1970.

Gracias a un intenso programa iniciado por el Banco Interamericano de Desarrollo en la década del 60, se dotó de agua potable y alcantarillado a la gran mayoría de las ciudades del país y localidades rurales, siendo este un avance estructural fundamental para disminuir la mortalidad infantil por diarreas. Esto, junto al incremento de cobertura de los controles de salud preventivos y a la atención médica en consultorios y hospitales, más los programas alimentarios, inició la reducción de la altísima tasa de mortalidad infantil que en 1960 era 120 por mil nacidos vivos, a 20 en 1985, y a 7,8 el año 2002, cifra que se ha mantenido hasta el presente.

Estos cambios se produjeron en un período muy corto de tiempo, entre 1970 y 1990, pasando entonces el país de una situación de pretransición epidemiológica en los 70, a una de postransición en los 90, con un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes y problemas de salud mental (Cuadro 1).

CUADRO 1
CHILE: TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE 1970-2010.

CHILE EN LOS 70 PRETRANSICIÓN	CHILE ENTRE LOS 70 Y 90 TRANSICIÓN	CHILE DEL 90 AL 2010 POSTRANSICIÓN
Población joven.	Envejecimiento.	Predominio ECNT.
Problemas medio ambiente.	Urbanización creciente.	Congénitas y metabólicas en niños/as.
Ruralidad.	Aumentan factores de riesgo de ECNT.	Salud mental.
Predominan enfermedades materno infantiles y transmisibles.	Coexistencia enfermedades transmisibles con ECNT y accidentes.	Accidentes.

En los últimos 10 años, se han producido cambios importantes en Chile con envejecimiento acelerado de la población y aumento de las muertes por cáncer, desplazando a las enfermedades cardiovasculares como primera causa de muerte, siendo actualmente el segundo país en América del Sur, después de Uruguay, donde el cáncer supera a las enfermedades cardiovasculares como causa de muerte. Este fenómeno ha sido descrito como una cuarta etapa de transición (2).

TRANSICIÓN NUTRICIONAL

Se denomina Transición Nutricional a los cambios en la dieta y estado nutricional en las poblaciones y que también tiene tres fases: pretransición, transición y postransición (Cuadro 2). En Chile, este cambio fue aún más rápido que el de la transición epidemiológica, ya que en la década del 80 había desnutrición en Chile, agravada por

la crisis económica 1982-1986, la que disminuyó rápidamente a fines de la década del 80, para desaparecer en los inicios de la década de 1990, acompañado de un aumento explosivo de la obesidad, hiperlipidemias, diabetes y enfermedades relacionadas con la nutrición (cardiovasculares, cáncer).

CUADRO 2
ETAPAS Y CARACTERÍSTICAS DE LA TRANSICIÓN NUTRICIONAL EN CHILE.

	PRETRANSICIÓN	TRANSICIÓN	POSTTRANSICIÓN
CAMBIOS EN DIETA	<ul style="list-style-type: none"> • Cereales. • Tubérculos. • Vegetales. • Frutas. 	Aumento en el consumo de: <ul style="list-style-type: none"> • Azúcar. • Sal. • Grasas. • Alimentos procesados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido alto de grasa, azúcar y sal. • Bajo en fibra.
CAMBIOS EN ESTADO NUTRICIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Predominan deficiencias nutricionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coexisten deficiencias nutricionales con obesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad. • Hiperlipidemias.

DISMINUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

Paralelo a la disminución de la mortalidad infantil, se produjo la reducción hasta la erradicación de la desnutrición a fines de la década del 90. Los datos de desnutrición recolectados mediante encuestas, mostraban que más de un tercio de los niños tenían algún tipo de desnutrición en la década del 60, lo cual se correlacionaba bien con las altísimas tasas de mortalidad infantil.

La acción conjunta de Prevención Primaria, consistente en la entrega universal de alimentos a través del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), con educación en los controles de salud; más la Prevención Secundaria,

que consistía en la entrega de más alimentos, con mayor frecuencia de controles a niños y niñas con riesgo de desnutrir o desnutrición leve (PNAC focalizado), y la Prevención Terciaria, con la rehabilitación de los desnutridos moderados o severos en centros CONIN (3), llevó a la erradicación de la desnutrición en un período inferior a dos décadas entre los años 70 y 90, en una situación económica, social y política muy adversa, con dos crisis económicas (1974-1977 y 1982-1986) que golpearon fuertemente a los sectores más vulnerables.



AUMENTO DE LA OBESIDAD EN LA POBLACIÓN ESCOLAR Y EN MENORES DE 6 AÑOS

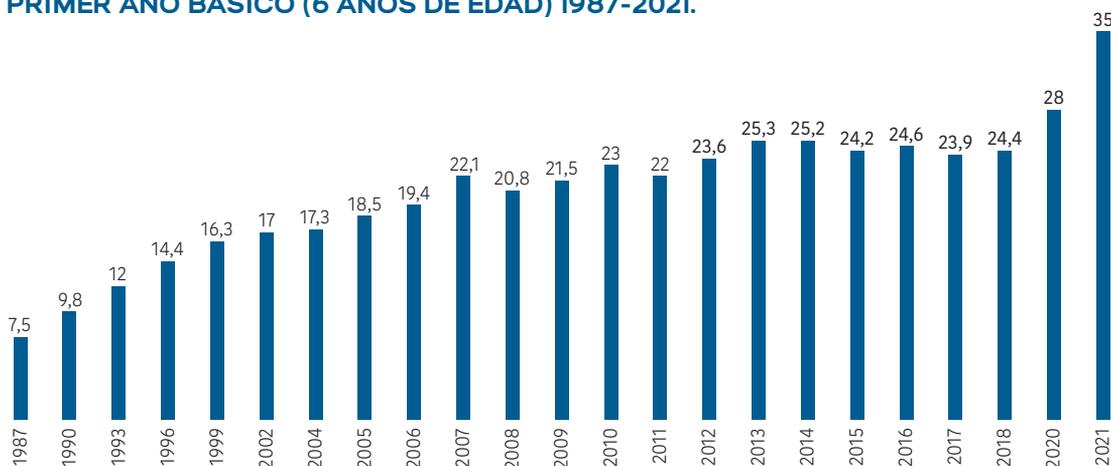
En forma paralela a la reducción y erradicación de la desnutrición, desde la recuperación económica del año 1987 en adelante, la obesidad que era baja en los 80, se incrementó en forma explosiva en los 90. Al disminuir la desocupación y con un mayor ingreso, las personas de nivel socioeconómico medio y bajo incrementaron el consumo masivo de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, en especial de alimentos procesados. Esto coincide con el cambio en el patrón de consumo a nivel mundial hacia alimentos industrializados en un mundo cada vez más global, lo cual inicia el aumento de la obesidad en todo el mundo. Como consecuencia, además de los alimentos procesados, se agrega la llegada de cadenas de comida rápida que implantaron en Chile el modelo de “dieta occidental”, que cambió los hábitos de muchos países en el mundo, como fueron los Latinoamericanos, China y la ex Unión Soviética, que en pocos años dejaron de alimentarse de acuerdo a sus hábitos ancestrales y comenzaron a hacerlo con los nuevos patrones provenientes del modelo norteamericano.

Este cambio en el patrón de alimentación y de la actividad física se vio influenciado a su vez por transformaciones en el modo de vida, con un mayor acceso a bienes de consumo como televisores y vehículos, extensión de la jornada laboral (hasta un promedio de 10 horas diarias de permanencia en el trabajo en la Región Metropolitana), con baja productividad, junto a prolongado tiempo de traslado al hogar, no quedando tiempo para la vida familiar, cocinar y menos aún para hacer actividad física. Con esto, aumentó el sedentarismo y se produjo la tormenta perfecta: aumento de ingesta de calorías, grasas, azúcar y sal, con disminución del gasto energético por menor actividad física (4). También aumentó en forma explosiva el consumo de tabaco y alcohol, la contaminación ambiental, el estrés y otros problemas psicosociales.

Es así como los datos del Mapa Nutricional de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) (5) comenzaron a mostrar un gran incremento de la obesidad en la población escolar (Figura 1).

A modo de ejemplo, veamos los datos del primer año básico: para el año 1987 hubo un 7,5% de obesidad, aumentando en 1996 a un 14,4% y 19,4% en el año 2006. Este aumento de la obesidad llega a un 24,8% en el año 2019, 28% en el 2020, 35% en el 2021 y un 29% en el 2022, con un fuerte incremento de la obesidad severa. Cabe destacar que el análisis del estado nutricional ha mostrado una brecha en el porcentaje de obesidad total (obesidad más obesidad severa) entre estudiantes de zonas urbanas y rurales, que se ha mantenido a lo largo de los años. Por ejemplo, el año 2022 el 25,8% de estudiantes de los cursos evaluados (prekínder, kínder, 1° básico, 5° básico y 1° medio) de zonas urbanas presentaban obesidad, cifra que aumentaba a 30,5% en establecimientos de zonas rurales.

FIGURA 1
**SERIE TEMPORAL PORCENTAJE DE OBESIDAD
 PRIMER AÑO BÁSICO (6 AÑOS DE EDAD) 1987-2021.**



30,5%

de los estudiantes de zonas rurales presentan obesidad.

67,6%

de las mujeres gestantes presentaban malnutrición por exceso el 2019.

Para la población infantil menor de 6 años, los datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del MINSAL (6), muestran que el año 2019 a nivel nacional un 35,1% presentaban malnutrición por exceso, de los cuales un 12,2% corresponden a obesidad y un 22,9% a sobrepeso, un 61,1% presentaba estado nutricional normal y un 3,3% malnutrición por déficit o desnutrición. Además, es posible observar que cuando niños y niñas avanzan en edad, la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa también aumenta. Consistentemente con los años anteriores al 2019, la prevalencia de obesidad es mayor en los hombres que en las mujeres y las mayores prevalencias de malnutrición por exceso se encuentran en la zona sur del país (Los Lagos, Aysén, Los Ríos, Araucanía, Magallanes, Ñuble, Biobío y Maule).

OBESIDAD EN EMBARAZADAS

En el caso de las mujeres gestantes, para el mismo año 2019, existe un 67,6% que presenta malnutrición por exceso (sobrepeso 32,6% y obesidad 35%), 29,4% estado nutricional normal y 3% bajo peso. En las embarazadas, la obesidad se incrementa con la edad y se ha mantenido al alza durante los últimos 10 años, desde 20% el año 2008 hasta un 35% en el 2019.

30,6%

de la población adulta de sectores rurales presenta obesidad en el 2017, cifra que se ha incrementado desde el 2003 en adelante.

OBESIDAD EN ADULTOS

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) (7) del Ministerio de Salud se realiza cada seis años y su población objetivo son personas mayores de 15 años, chilenas o extranjeras, de zonas urbanas y rurales de las quince regiones de Chile. Las Encuestas realizadas los años 2003, 2010-2011 y 2016-2017 han permitido conocer la evolución del estado nutricional de la población mayor de 15 años a partir de tres cortes transversales. La ENS 2003 mostró una prevalencia de 21,9% de obesidad, 1,3% de obesidad mórbida y 37,8% de sobrepeso, o sea 61% de la población con sobrepeso y obesidad. La ENS 2009-2010 mostró un aumento de la obesidad a 25,1% y del sobrepeso a 39,3%, la obesidad mórbida se duplicó a 2,3%, llegando a 66,7% de la población con sobrepeso y obesidad.

La última ENS 2016-2017 mostró un incremento de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) aún mayor que el esperado, llegando a 74,4% de la población. Lo grave es que este incremento fue en obesidad total (34,4%), ya que el sobrepeso se mantuvo estable, cercano al 40%.

La obesidad, incluyendo la obesidad mórbida, aumentó de 23,2% el 2003 a 34,4% el 2016, siendo esta diferencia estadísticamente significativa entre los tres años comparados (2003, 2009-2010 y 2016-2017).

En esta misma encuesta 2016-2017, se observó que la obesidad fue mayor en las mujeres (39,4%) que en hombres (30,3%) y mayor en el nivel socioeconómico bajo, medido por años de escolaridad menor a 8 años (40,2%), que en el socioeconómico alto, con más de 12 años de escolaridad (29,5%). Llama la atención que en los mayores de 65 años la obesidad se mantiene elevada (35,6%).

El análisis según zona de residencia, mostró que los sectores rurales presentan mayor prevalencia de obesidad (38,5%) que los sectores urbanos (30,6%), además de registrar un aumento significativo de obesidad respecto de los resultados de las ENS 2003 y 2009-2010.

COMORBILIDADES DE LA OBESIDAD: DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Como consecuencia directa del incremento de la obesidad en Chile, la diabetes tipo 2 se duplicó en 13 años, de 6,3% el 2003, 9,4% el 2009-2010 a 12,4% el 2016-2017, siendo esta diferencia significativa entre las tres encuestas.

En cambio, la hipertensión arterial se ha mantenido estable cercana a 27%, pero con un importante incremento después de los 45 años de edad, en que aumenta a 45,1% y especialmente después de los 65 años, en que la prevalencia es de 73,3%.

12,4%

mayores de 15 años presenta diabetes tipo 2 en el 2017.

73,3%

es la prevalencia de la hipertensión arterial entre las personas mayores de 65 años.

SITUACIÓN DURANTE LA PANDEMIA Y POSPANDEMIA

Con la pandemia del coronavirus, la situación epidemiológica y las principales causas de muerte cambian desde el año 2020 en adelante. El año 2020 la mortalidad por COVID-19 fue la tercera causa de muerte en Chile, después del cáncer y cardiovasculares, pero solo se consideraron 9 meses. Si la pandemia se hubiese iniciado en enero y se contabilizaran 12 meses, la mortalidad por COVID-19 superaría al resto de las enfermedades y se habría constituido como la primera causa de muerte en el país (2).

La transición epidemiológica y nutricional depende de los cambios demográficos y socioeconómicos. Dado que los nacimientos disminuyeron con la pandemia, y la mayor mortalidad por coronavirus hace prever cambios demográficos y una disminución de la expectativa de vida en muchos países, que se espera sea transitoria.

En los cambios epidemiológicos, lo más probable es que tengan que convivir por mucho tiempo las enfermedades crónicas y degenerativas con el COVID-19, sus mutaciones o variantes, con la posibilidad de que aparezcan nuevos virus y nuevas epidemias.

Por otra parte, los problemas de salud mental se han incrementado por el confinamiento prolongado y sobrecarga laboral en algunos

sectores, como el área de salud. Además, existe un gran número de personas que deben rehabilitarse pos-COVID, especialmente los que estuvieron intubados por largo tiempo. A esto se agrega la postergación en la atención preventiva y curativa de enfermedades como cáncer, patologías cardiovasculares, diabetes, enfermedades de salud mental y otras, que, al no haber sido controladas en forma oportuna, hacen prever un incremento en su prevalencia, incidencia y gravedad.

En los cambios nutricionales, la situación no es mejor. La pandemia ha llevado a la inseguridad alimentaria de los sectores más vulnerables. Esta inseguridad alimentaria produce dificultad de acceso físico y económico a alimentos más sanos, especialmente frutas, verduras, legumbres, pescado y lácteos. Las personas optan por consumir una alta cantidad de alimentos ultra procesados, farináceos y frituras que son de bajo costo y fácil acceso (8).

Esta situación, junto a la inactividad física producto de las cuarentenas, llevó a un incremento de la obesidad, especialmente en niños, niñas y adolescentes. Durante la pandemia de los años 2020 y 2021, con los estudiantes confinados en sus casas y sin actividades presenciales en escuelas, se recolectaron los datos del Mapa Nutricional en marzo de 2020 en 8.440 establecimientos y se lograron 736.369 encuestas válidas. En esta oportunidad, la gran mayoría de las mediciones fueron realizadas por los apoderados en sus hogares.

Los resultados mostraron que en primero básico hubo un aumento de la obesidad de un 24,8% (2019) a un 28% (2020),

pero lo más impactante fue que un 12% de los niños y niñas de prekínder, un 11% de kínder y un 10% en primero básico tenían obesidad severa (9), o sea un exceso de peso mayor a 3 desviaciones estándar de la mediana, es decir, del peso correspondiente para su edad. Esto es extraordinariamente grave y como lo dice el propio informe, constituye “un aumento sin precedentes de la obesidad, especialmente la obesidad severa”.

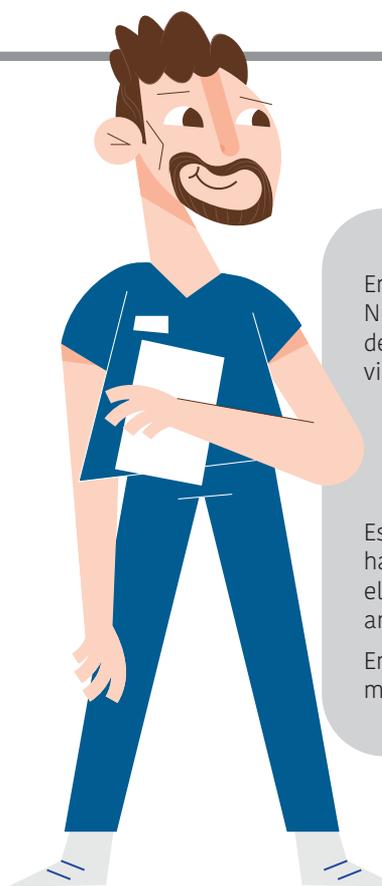


Foto MINEDUC.

Si extrapolamos los datos a todo el país, tendríamos aproximadamente 200.000 niños y niñas con obesidad severa, la mayor parte con prediabetes o diabetes 2, hipertensión arterial, hiperlipidemia e hiperglicemia, con grave riesgo para su salud presente y futura.

CUADRO 3
CAMBIOS DEMOGRÁFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y NUTRICIONALES POSTPANDEMIA.

CAMBIOS DEMOGRÁFICOS	CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS	CAMBIOS NUTRICIONALES
Disminución de nacimientos y envejecimiento de población.	Enfermedades crónicas y degenerativas con problemas de salud mental.	Consumo alimentos poco saludables y aumento del sedentarismo.
Aumento de mortalidad por coronavirus.	Enfermedades infecciosas producidas por el virus (variaciones del coronavirus) y la aparición de nuevos virus.	Aumento de obesidad infantil (especialmente la severa), obesidad y diabetes en adultos, con consecuencias en la salud y calidad de vida.



En octubre del año 2022, se dieron a conocer los datos del Mapa Nutricional de JUNAEB 2021 (10) realizado en los primeros meses de ese año. Considerando primer año básico, que es el dato que se viene midiendo desde 1987, la obesidad total aumentó en un:



Es decir, 10,2 puntos porcentuales desde el inicio de la pandemia hasta marzo 2021. En cambio, la desnutrición fue solo de un 2,6% el año 2021, dato que se mantuvo estable en relación con el año anterior 2020.

En la Figura 2 se observa el porcentaje de obesidad total (obesidad más obesidad severa) para otros cursos entre los años 2019 y 2022.



FIGURA 2
PORCENTAJE DE OBESIDAD TOTAL POR CURSO (AÑOS 2019, 2020, 2021 Y 2022).
MAPA NUTRICIONAL JUNAEB.

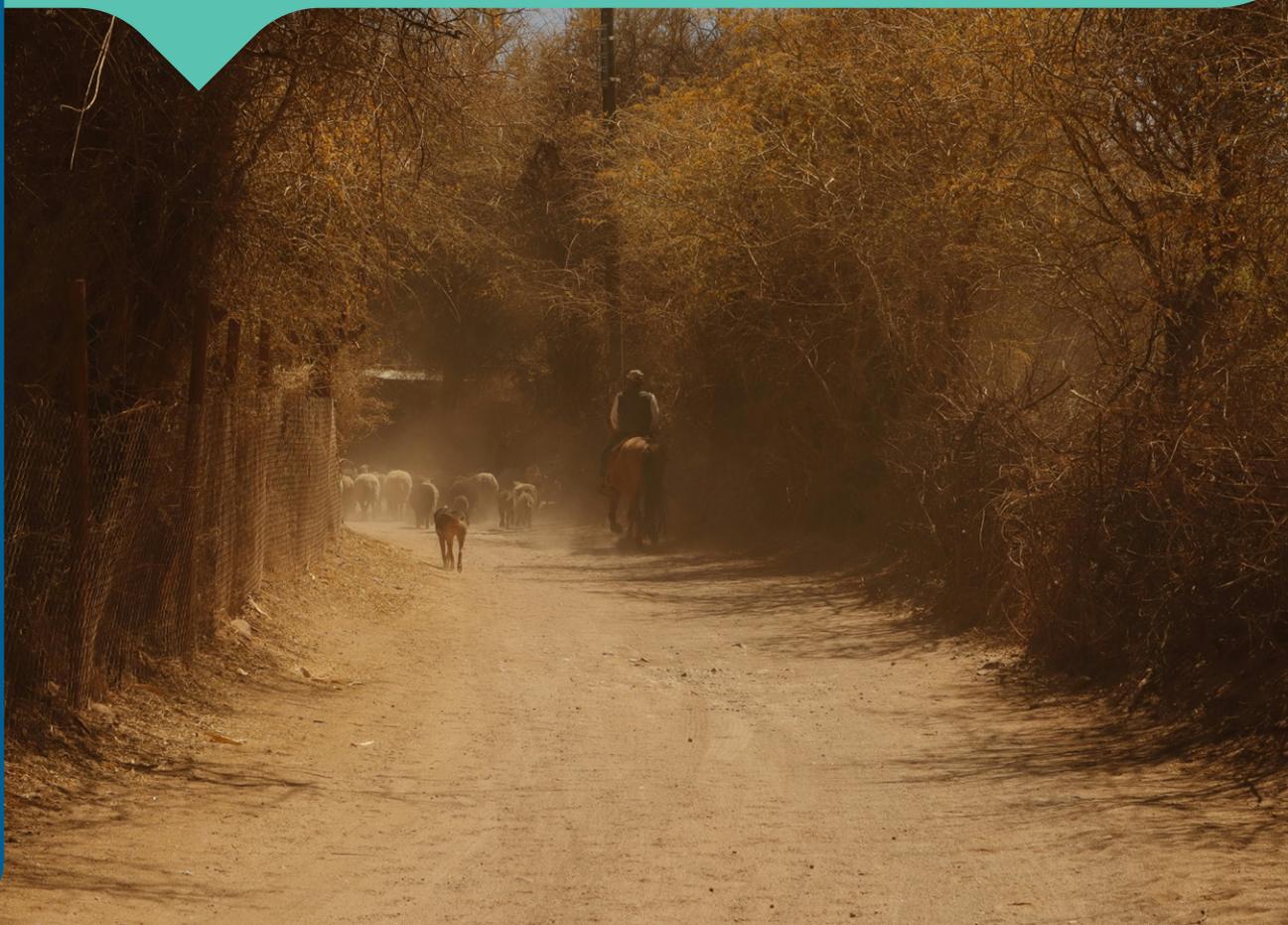


IDEAS FUERZA DEL CAPÍTULO

- 01** Nos encontramos frente a cambios demográficos, epidemiológicos y nutricionales significativos, en una situación compleja producida por la pandemia del coronavirus. Desde el año 2000 en adelante, estamos en la cuarta fase de la transición epidemiológica, con población muy envejecida.
- 02** La situación de salud muestra un aumento del cáncer, demencias y enfermedades degenerativas, junto a un incremento importante de la obesidad, especialmente de la obesidad infantil.
- 03** Las enfermedades infecciosas no son bacterianas, fácilmente tratables con antibióticos, sino virales, con la posibilidad de mutaciones y de aparición de nuevos virus.
- 04** Debemos anticiparnos y estar preparados para enfrentar la compleja situación sanitaria pospandemia, con una mayor demanda de salud que tensiona la capacidad de atención de nuestro sistema de salud.
- 05** Es necesario readecuar nuestras políticas públicas para que sean integrales, incorporando a todos los sectores, y fortalecer el sistema de salud, tanto público como privado. Aumentar el gasto en salud, con más y mejor formación del recurso humano.
- 06** Se requiere desarrollar una fuerte política promocional y preventiva en salud. La prevención de la obesidad, en particular de la obesidad infantil, es especialmente relevante.

REFERENCIAS

1. Vio del Rio, Fernando. De la desnutrición a la obesidad infantil ¿un camino sin retorno?. Primera edición. Santiago: Editorial Universitaria, 2022.
2. Vio del Rio, Fernando. De la obesidad al Coronavirus: una visión desde la Salud Pública. Primera edición. Talca: Universidad de Talca, 2020.
3. Monckeberg, Fernando. Después de superada la desnutrición es posible alcanzar el desarrollo. Experiencia Chilena 1953-2017. Santiago de Chile, 2020.
4. Albala C, Vio F, Kain J, Uauy R. Nutrition transition in Chile: determinants and consequences. Public Health Nutr, 2002, 123-28.
5. Mapa Nutricional de JUNAEB. Disponible en: <https://www.junaeb.cl/mapa-nutricional>
6. Ministerio de Salud. Vigilancia del estado nutricional de la población bajo control y de la lactancia materna en el sistema público de salud de Chile. Diciembre 2019. Primera edición: agosto de 2021.
7. Ministerio de Salud de Chile, 2017. Encuestas Nacionales de Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17>
8. PNUD, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile. Encuesta Social COVID-19. Informe N°6: “Inseguridad alimentaria durante la crisis sanitaria”.
9. JUNAEB. Mapa Nutricional 2020. Chile. Disponible en: <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2021/03/MapaNutricional2020.pdf>
10. JUNAEB Informe Mapa Nutricional 2021. Disponible en: https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2022/10/INFORME-MAPA-NUTRICIONAL-2021_FINAL.pdf



03

CAPÍTULO

POBREZA Y DESARROLLO LOCAL

MAGNITUD DE LA POBREZA RURAL

Vivir en condiciones de pobreza es una realidad compleja que ha aumentado considerablemente a consecuencia de la pandemia COVID-19. La medición de pobreza del país realizada en pandemia mediante la Encuesta CASEN, muestra que la pobreza por ingresos aumentó desde el 8,6% del año 2017 a un 10,8% en el año 2020, cifra significativamente mayor en las zonas rurales, donde alcanzó a un 13,8% de la población. Datos preliminares de la última medición de la encuesta CASEN año 2022, mostró una reducción de la pobreza al 6,5% para población total, manteniendo las diferencias de mayor pobreza en sectores rurales que urbanos (9,9% rural y 6,1% urbana) (1).

La pobreza es una condición que afecta a muchas personas, familias y comunidades en sus diferentes dimensiones de la vida, que limita desarrollar sus capacidades, satisfacer sus necesidades, realizarse e integrarse a la comunidad donde viven.

9,9%

de la población rural vive en condiciones de pobreza, según CASEN 2022.

ESTA SITUACIÓN DE POBREZA SE EXPRESA EN ENORMES DESIGUALDADES/INEQUIDADES, en la exclusión de miembros y grupos de una sociedad y en la vulnerabilidad social. Estas condiciones de vida deficitarias o insuficientes afectan con distinta intensidad a los hogares, dependiendo de factores como su distribución regional, urbano/rural, género, etnia o etapa del ciclo vital.

VULNERABILIDAD SOCIAL

La Vulnerabilidad Social es un concepto dinámico, que ha sido definido como un riesgo de daño o probabilidad de que personas, hogares o comunidades, experimenten un descenso importante en su nivel de bienestar o afecten su salud y la vida. Estos riesgos y peligros pueden ser de la propia comunidad, grupo o familia (pobreza y desempleo, entre otros) o externos (terremoto, desastre natural, crisis económica). Su capacidad de respuesta y resiliencia dependerá de las oportunidades, estrategias y políticas públicas para hacer frente a la crisis y peligros.

Frente a las desigualdades existentes, apremia fortalecer o construir políticas públicas más equitativas que enfrenten las diferentes situaciones de los grupos de mayor Vulnerabilidad Social, afectados por su condición de etnias, género, migraciones, inseguridad alimentaria, vejez u otros.

Apremia fortalecer o construir políticas públicas más equitativas.



Foto de Vero Manrique en unsplash.com

Y QUÉ ENTENDEMOS POR DESARROLLO LOCAL

Este se comprende como un proceso participativo en el que intervienen distintos actores y sectores de una localidad para definir una visión común de futuro, a partir de la cual se planifican y ejecutan acciones tendientes a impulsar las capacidades locales en pro de mejorar las condiciones de vida (económicas, socioculturales, ambientales y políticas) de los habitantes de una comuna (2).

Esta concepción concibe al municipio con mayor autonomía, siendo el protagonista de la concertación de actores y sectores, de la identificación de necesidades, planificación, ejecución y monitoreo de acciones propuestas desde el ámbito gubernamental y local. Para lo cual, es fundamental la participación social y el trabajo intersectorial en todo el ciclo de planificación local.

Los actores involucrados son el Estado y el Municipio a través de sus distintos departamentos: obras, vivienda, salud, educación, cultura, deportes y recreación; las organizaciones comunitarias, como por ejemplo: juntas de vecinos, clubes adulto mayor, grupos juveniles y deportivos; los productores, gremios, empresarios; y la sociedad civil: las ONG, Universidades y otros establecimientos educacionales. En definitiva, todos aquellos agentes que generan aporte en el campo político, económico, ambiental, social y cultural, tendiente a mejorar las potencialidades locales.

La APS al estar inserta en la realidad local de un municipio, forma parte importante del Desarrollo Local y mejora en la calidad de vida de los habitantes de una comuna. La Promoción de Salud y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS), comparten los aspectos claves del Enfoque de Desarrollo Local como es la planificación participativa, el empoderamiento y el trabajo intersectorial.

**La APS
forma parte
importante
del Desarrollo
Local** y mejora
en la calidad
de vida de los
habitantes de
una comuna.



RURALIDAD Y DESARROLLO LOCAL

No cabe duda, que los desafíos del Desarrollo Local difieren entre el mundo urbano y rural de nuestro país, por lo que comentaremos brevemente algunos elementos más propios del contexto rural al que pertenecen las PSR.

La ruralidad se puede considerar como un determinante social en sí misma, dado ciertas características particulares que posee, es un contexto sociocultural en el cual otros determinantes sociales adquieren mayor relevancia. De hecho, poblaciones con menor acceso a los servicios públicos y aislamiento geográfico, que poseen otros determinantes sociales (como puede ser la pobreza, etnia, menor acceso a educación, analfabetismo, trabajo temporal, vivienda precaria o migraciones), tienen peores indicadores de salud que poblaciones urbanas. Desde una perspectiva regional, esto se observa al analizar los valores del Índice de Desarrollo Humano por regiones y sus diferentes porcentajes de ruralidad, a mayor ruralidad menor valor del índice.

Cabe señalar que en muchas zonas rurales, estos determinantes sociales se vinculan con relaciones de poder de grandes actores empresariales, tales como: forestales, pesqueras, mineras o eléctricas, que inciden en el medioambiente, la contaminación, crisis hídrica y otros fenómenos naturales de gran impacto en la calidad de vida de sus habitantes. Esta situación, unida al impacto de la modernización, las migraciones y globalización, nos muestra un nuevo rostro de la ruralidad, con nuevos desafíos para la salud y el Desarrollo Local (3).

Las transformaciones del mundo rural se han caracterizado entre otros aspectos, por una revitalización de la identidad cultural, de la relación con sus territorios y con sus recursos naturales, así como mayor diversidad de actividades productivas, desarrollo de relaciones

25,5%

de la población total vive en territorios rurales.

83%

de las comunas tienen alta ruralidad.

sociales más amplias e interconectadas con la vida urbana, pero con una vida rural que sigue siendo un espacio diferenciado culturalmente con la ciudad y que encierra otras potencialidades para la salud. A modo de ejemplo, llama la atención fenómenos como el turismo ecológico que convive con situaciones de pobreza y exclusión, el aumento de jóvenes profesionales de sectores medios que ante las desventajas que perciben en la ciudad, migran al campo por la cercanía con la familia y la naturaleza.

Las cifras de ruralidad conocidas (25,5% de la población total vive en territorios rurales y el 83% de las comunas tienen alta ruralidad), nos muestran que Chile es más rural de lo que se piensa. Lo rural no está desapareciendo, lo que ha sucedido es que ha sido tradicionalmente subvalorado, tanto en su dimensión como en su potencial de desarrollo para el país y las regiones, y ha sufrido grandes transformaciones con diversificación de realidades.

Esta diversidad del mundo rural actual, unida a la mayor vulnerabilidad social, pobreza e inferiores condiciones de vida

de las comunidades usuarias de la APS, refuerza el rol y autonomía de los municipios para trabajar participativamente con los diferentes actores presentes en el territorio en pro de la Salud y Desarrollo Local.

Se vive una compleja realidad, que otorga un sello diferente al quehacer y actuales desafíos de la APS rural, la que incide directamente en el Trabajo Comunitario de las PSR, así como en el rol y liderazgo de los Técnicos en la construcción social de una salud local.



Este rol se visualiza en los relatos de los Técnicos, quienes reconocen su aporte para el bienestar de la comunidad y que se refleja en el testimonio de una participante del Curso de Promoción de Salud y Desarrollo Local el año 2021:



Hoy día quiero contar mi experiencia de haber participado en este curso de Promoción de la Salud y Desarrollo Local, impartido por INTA, quiero comentar que me pareció muy importante la relevancia que se le da al trabajo del Técnico Paramédico en las Postas de Salud Rural, especialmente en lo que tiene que ver con la promoción y la prevención, pero además el trabajo que debemos hacer con la comunidad, con el intersector y con el equipo, para que esto dé un buen resultado en la salud de las personas y sobre todo que provoque un impacto en el Desarrollo Local”.

Claudia Fuentes, PSR Puerto Ibáñez.

IDEAS FUERZA DEL CAPÍTULO

- 01** De acuerdo a CASEN, el año 2020 un 13,8% de la población rural vive la dura realidad de la pobreza por falta de ingresos, y al 2022 un 28% está en condiciones de pobreza multidimensional (insatisfacción en educación, salud, trabajo y otras carencias).
- 02** La ruralidad y su mayor Vulnerabilidad Social, refuerza el rol y autonomía de los municipios y del gobierno local para trabajar en forma participativa e intersectorial en pro de mejores condiciones de vida y del Desarrollo Local, siendo clave la acción de la APS rural.
- 03** En la diversidad rural, coexisten zonas con identidad cultural, recursos naturales y mayor diversidad productiva, con otras desconectadas y con características socioculturales y económicas que determinan los peores indicadores de salud.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Observatorio Social. Resultados Encuesta CASEN 2022. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>
2. Carvajal, A. Desarrollo Local. Manual Básico para Agentes de Desarrollo Local y otros actores. España, 2011. Disponible en: https://www.academia.edu/33914463/DESARROLLO_LOCAL_Manual_B%C3%A1sico_para_Agentes_de_Desarrollo_Local_y_otros_actores
3. Doble Espacio, Reportaje en Revista de la Escuela de Periodismo, Universidad de Chile, 2022. Disponible en: <https://doble-espacio.uchile.cl/2022/08/01/salud-rural-la-gran-desconocida-de-la-atencion-primaria/>



04

CAPÍTULO

ATENCIÓN PRIMARIA Y MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO



CHILE Y SU RED DE SALUD PARA LA POBLACIÓN

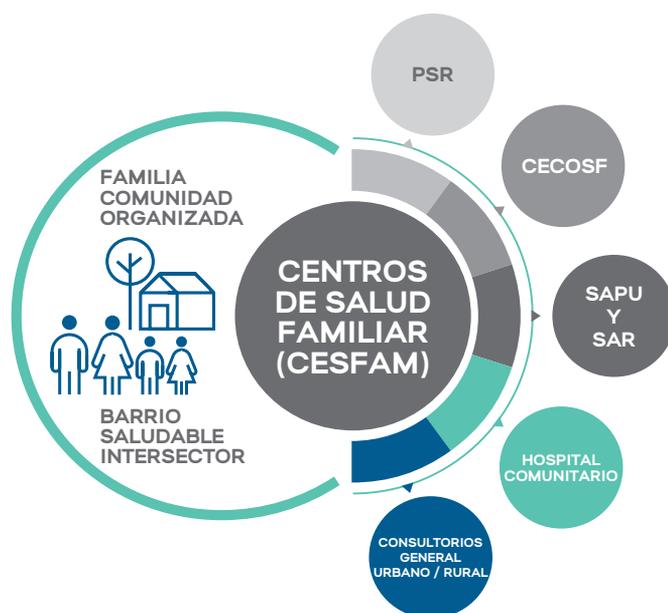
La Red Pública de Salud en Chile se organiza a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud, conformado por 29 Servicios de Salud, con atribuciones para desarrollar acciones integradas de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas.

A su vez, cada Servicio de Salud está constituido por un conjunto de establecimientos municipales de Atención Primaria de Salud (APS), junto con otros establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud, que le permita resolver las necesidades de salud de su población (1).

RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El siguiente esquema permite graficar los principales Establecimientos de Salud Primaria en un Servicio de Salud, que realizan acciones de tipo ambulatorias.

FIGURA 1
ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



Fuente: Ministerio de Salud, Chile.



Como se observa en la figura, la Atención Primaria es el eje y primer punto de acceso a nuestro sistema de salud, en especial para los sectores más vulnerables y alejados. Aquí se encuentran los Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y las Postas de Salud Rural (PSR).

En particular, en zonas rurales, las PSR son el primer contacto de las personas y familias, por lo que el rol de los equipos de salud rural es clave para mejorar el acceso cercano y oportuno a la atención de salud de sus comunidades, con acciones de promoción, prevención, recuperación de salud y continuidad de los cuidados. Para llevar a cabo estas acciones, la Norma Técnica Postas de Salud Rural del año 2021 define que el equipo de salud rural estará conformado por el o los Técnicos a cargo de la PSR más el equipo profesional de cabecera previsto para realizar la ronda rural (2).

La Atención Primaria, desde el año 2005, basa su accionar en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS), que guía el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación desde un enfoque biopsicosocial y espiritual de la salud (3).

Este modelo de atención se sustenta en tres principios básicos que se observan en la siguiente figura.

FIGURA 2
PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO.



PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

La implementación de los principios del MAIS, se efectúa en el marco de un trabajo en red y en equipo. A continuación, se revisa la conceptualización de estos principios y ejemplos de acciones que los Técnicos relacionan, identificadas en el marco del Curso de Capacitación de Promoción de Salud y Desarrollo Local.

Estos principios se revisan, en cuanto a conceptos y acciones, en el marco del **Curso de Capacitación de Promoción de Salud y Desarrollo Local**.



CENTRADO EN EL USUARIO

Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, desde su forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. El eje del proceso de atención está centrado en las personas, “en su integralidad física, mental, espiritual y social”. La persona es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural.

En opinión de los Técnicos, este principio se expresa mayormente en su quehacer, a través de la visita domiciliaria integral, actividad para conocer a la persona, su grupo familiar y redes sociales de apoyo en su medio, y así construir una relación de confianza y brindar atención. De igual manera, lo implementan en los diferentes controles de salud que realizan, la aplicación de encuestas y cartola familiar, y en el trabajo de educación con contenidos que sean pertinentes a su realidad.

INTEGRALIDAD

El concepto de Integralidad se puede definir desde al menos dos aproximaciones, que son complementarias. Una referida a los niveles de prevención, por ejemplo, comprender que una función de todo el sistema de salud es realizar acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

La otra aproximación o forma de entender la integralidad, es que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, desde una aproximación biopsicosocial espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables. Esto lleva a comprender que los problemas de salud son multidimensionales y, por tanto, a pensar en intervenciones que involucren todas estas dimensiones.

Los Técnicos en su práctica diaria reconocen la integralidad, principalmente al desarrollar acciones de promoción, prevención y curación, junto con el apoyo que otorgan a la rehabilitación, mediante talleres, citaciones, exámenes, controles y visitas. Asimismo, cuando buscan conocer las redes de apoyo y comunitarias que existen en su territorio.

CONTINUIDAD DEL CUIDADO

La Continuidad de la Atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, como el grado en que una serie de acciones para el cuidado de las personas se realizan en forma conectada o coordinada. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional. Significa brindar y resguardar el cuidado a través de la red asistencial, desde el domicilio a los centros hospitalarios, de forma que las acciones de cuidado del paciente estén coordinadas entre los establecimientos de salud, así como también la disposición de los equipos, las acciones de apoyo y administrativas.

Los Técnicos visualizan el principio de continuidad en la coordinación de interconsultas y procesos de derivación, en las atenciones poshospitalización, junto con las acciones de seguimiento del ciclo vital, visitas a la persona y su familia en la comunidad; como por ejemplo, visitas a puérperas y recién nacidos, evaluación periódica de postrados y sus cuidadores, junto con las atenciones de enfermería en la Posta o en el domicilio.

En este marco de trabajo, los Centros de Salud de Atención Primaria otorgan más de cien prestaciones en las diferentes etapas del ciclo vital, en ellos se debe tener presente, que el desafío del personal de salud es generar un verdadero “convencimiento” para adoptar conductas de autocuidado, en que las actividades de promoción y prevención, desarrolladas con cercanía hacia las personas y comunidades, son fundamentales para intentar cierta mejoría de la actual situación de salud.

En cuanto a la atención integral a personas con multimorbilidad crónica que requiere la entrega de cuidados centrados en las personas y sus familias, desde el año 2020, se incorpora dentro de las acciones a llevar a cabo en Atención Primaria la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en el Contexto de Multimorbilidad (ECICEP) (4), que viene a complementar al MAIS en la operacionalización de sus principios.

EL MAIS EN LAS POSTAS DE SALUD RURALES

Las PSR cumplen diversas tareas estratégicas para mantener la salud de sus comunidades, las que son complementarias. En primer lugar, se espera que sea la primera respuesta ante la necesidad de atención de salud de su población a cargo y que acompañe a las personas en el cuidado de su salud, resultando fundamental las acciones para facilitar el acceso a la atención y anticiparse al daño. Junto con esto, se plantea la aplicación del MAIS y contribución al Desarrollo Local.

Las PSR deben aplicar los principios del MAIS, por lo que el Técnico debe asumir la tarea de mantener la salud de las personas y familias de su territorio, contribuyendo, por ejemplo, a través de la generación de información sobre su población a cargo, aplicando mapas de riesgo, cartolas familiares, visitas domiciliarias, entre otras.

Estas actividades están orientadas a incorporar a la familia como foco de la atención en salud, desarrollando el cuidado continuo e integral de acuerdo con los factores de riesgo y protectores identificados en cada familia. Para ello, se utilizan diferentes instrumentos de abordaje y evaluación familiar, entre las cuales se encuentran (3):

Las PSR deben aplicar los principios del MAIS,
por lo que el Técnico debe asumir la tarea de
mantener la salud de las personas y familias
de su territorio.

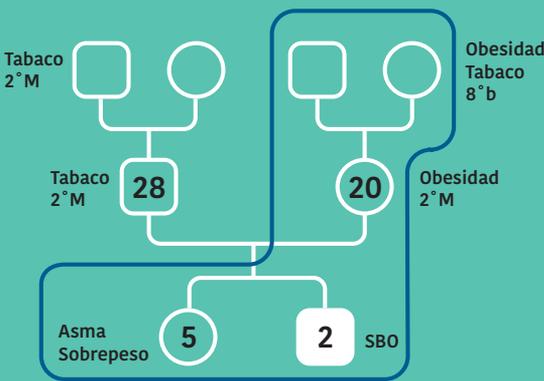
ENCUESTA DE FAMILIA

Que permita a cualquier miembro del equipo de salud obtener información resumida sobre las necesidades/problemas de salud de una familia, sus principales factores biopsicosociales de riesgo y de protección (ejemplo: hábitos, estado nutricional, escolaridad, presencia de patologías crónicas). Habitualmente, la encuesta familiar es de diseño local, debido a que son fruto del diagnóstico de salud y la priorización de problemas de la población a cargo.

Idealmente, la encuesta de familia es de cobertura universal, para tener un diagnóstico de salud familiar que alimente también la matriz de longitudinalidad e integralidad de los cuidados. La encuesta debe incluir Genograma y Ecomapa.

Idealmente, la encuesta de familia es de cobertura universal.

Genograma. Instrumento de evaluación familiar, en el que se gráfica y registra información de tres o más generaciones, destacando la presencia en sus miembros de factores de riesgo y protección.



Ecomapa. Es una herramienta que facilita reconocer la presencia de recursos de apoyo externos a la familia. Es importante identificar los principales componentes del Ecomapa: educación, trabajo, organizaciones comunitarias o del intersector en contacto con la familia, red de salud. Según la realidad local, pueden ser importantes otros elementos como el transporte público, en lugares que tengan dificultad en el acceso a los servicios de la comunidad. Es fundamental para reconocer los factores protectores y ambientales que pueden ser fuente de estrés y como herramienta para facilitar el trabajo intersectorial. Una sugerencia es graficarlo junto con la persona al momento de confeccionar el Genograma. Al igual que con el Genograma, el Ecomapa puede irse completando a medida que se tiene un mayor conocimiento de la familia.

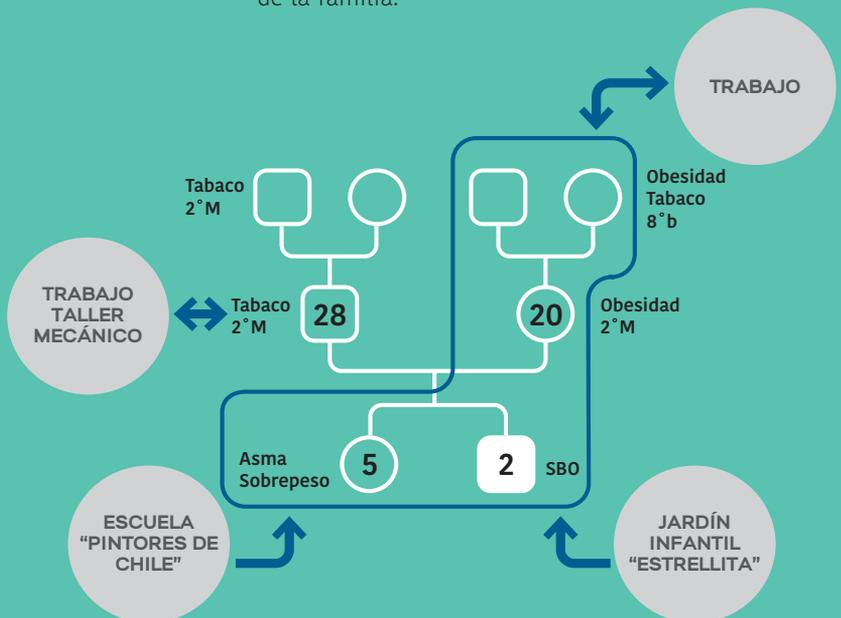




Foto de Luana Azevedo en unsplash.com

Otros instrumentos de uso por el equipo de salud son: el Apgar Familiar y el Círculo Familiar.

- **EL APGAR Familiar.** Es un cuestionario autoadministrado con cinco preguntas cerradas, para medir el grado de satisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento familiar.
- **Círculo Familiar.** Es una técnica que muestra en forma gráfica y esquemática el sistema relacional familiar, percibido por el miembro que la dibuja, ayudándole a ver relaciones y soluciones.

Los instrumentos anteriormente mencionados facilitan elaborar el plan de cuidado de acuerdo con los factores de riesgo y protectores identificados, plan que debe ser construido en conjunto con los integrantes de la familia, definiendo así las intervenciones requeridas.

La descripción de estos instrumentos, así como de otros para el abordaje familiar, se pueden encontrar en las Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria del Ministerio de Salud, disponible en el siguiente enlace

[Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria](https://www.minsa.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf)

<https://www.minsa.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

A través de la recopilación de información y realización de Cartolas Familiares, los Técnicos participantes del programa de capacitación, identificaron como factores de riesgo más frecuentes, el consumo de alcohol y drogas, bajo nivel educacional, precariedad laboral y pobreza, adultos mayores solos o familias con algún integrante dependiente.

DESARROLLO LOCAL Y PROMOCIÓN DE SALUD

Otra área de acción de las PSR es impulsar el Desarrollo Local, donde la Promoción de Salud adquiere especial relevancia. Se busca incorporar y potenciar acciones para la construcción de estilos de vida y entornos saludables, junto con fortalecer otros factores protectores de la salud. Para esto, los Técnicos de PSR ejecutan actividades, en el marco de los distintos programas que desarrollan y de Educación para la Salud y autocuidado a individuos, grupos y familias (2).

En esta línea, algunas de las actividades descritas por los Técnicos es la educación y entrega de material educativo, elaborado por los integrantes del equipo de salud, en base a la realidad de sus comunidades. También, la entrega de guías anticipatorias, con aspectos básicos a tener en cuenta en las etapas del ciclo vital y así prevenir riesgos, mejorar la adhesión a las indicaciones y ayudar a identificar cómo enfrentar las distintas etapas por las que pasa una familia. Momentos claves son el embarazo, menores de 1 año, menores de 1 a 5 años, adulto y adulto mayor.

Es importante señalar que en el trabajo diario de los Técnicos, la promoción y la prevención van de la mano, lo que constituye una oportunidad para incorporar acciones promocionales en instancias de diagnóstico precoz, como por ejemplo, el Control de Salud Integral del Adolescente (CLAP), el Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMP), el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). También resulta importante articular un conjunto de acciones específicas en familias evaluadas con riesgo leve a moderado, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.

Un ámbito de trabajo en Promoción de Salud, que apunta a reducir la población expuesta y/o vulnerable a condiciones sanitario ambientales desfavorables que afectan la salud y la calidad de vida dentro de su territorio, es el relacionado con los Planes Trienales de Promoción de Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables (5), que se ejecuta mediante convenios suscritos entre las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) con los municipios. Si bien el diseño y propuesta de actividades de este programa está a cargo de un equipo de promoción del municipio, es una instancia de trabajo con la que los equipos de salud rural podrían enlazar algunas de sus actividades para construir entornos físicos, sociales e informativos saludables en zonas rurales.

Un aspecto central en el trabajo en Promoción de Salud es la participación de la comunidad, que permita empoderar y ejercer los derechos de las personas o comunidades, incorporando sus opiniones en la gestión de salud. Para contribuir a ello, el equipo de salud en conjunto con la comunidad, realiza un diagnóstico participativo y elaboran propuestas de acción. Aquí, el gran desafío es lograr una buena convocatoria de los distintos grupos comunitarios y organismos locales, para poder contar con una representatividad de las características del territorio.

En el trabajo diario de los Técnicos, la promoción y la prevención van de la mano, lo que constituye una oportunidad para incorporar acciones promocionales en instancias de diagnóstico precoz.



El desafío para los equipos de salud es pasar de un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial que deje de realizar acciones “puertas adentro”.

En las PSR, la participación social se expresa a través de los Consejos de Desarrollo Local u otros comités, y en el Trabajo Comunitario que realizan los Técnicos, quienes se constituyen en actores clave que dinamizan y conectan a las comunidades con la Promoción de la Salud y del Desarrollo Local.

Tan relevante como la participación es la articulación intersectorial, para la resolución de problemas sociosanitarios de la comunidad local. Esto, por la multidimensionalidad de los problemas de salud, que obliga a los equipos a pensar intervenciones que aborden sus distintas causas. El trabajo con otros sectores resulta necesario y el Técnico puede servir de nexo de comunicación y coordinación entre ellos. Esto puede ser puesto en práctica en acciones como la formulación de proyectos comunitarios, que reflejen las necesidades reales y sentidas de las personas, a través del trabajo con distintas mesas territoriales y agrupaciones de la sociedad civil que forman parte de un territorio.

Asimismo, para la correcta implementación del MAIS es fundamental el trabajo en red, por medio de la articulación de acciones desde y hacia el intersector, permitiendo tener una mirada más allá del sector y así abordar los determinantes de la salud con un enfoque en todas las políticas. Para esto, se hace necesario mantener actualizado el catastro de organizaciones comunitarias, identificando a las personas a cargo y su ubicación en los mapas de cada territorio, recibiendo retroalimentación de quienes habitan los espacios y viven los problemas de salud, a través del uso de herramientas como los diagnósticos participativos.

El desafío para los equipos de salud es pasar de un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial que deje de realizar acciones “puertas adentro”, pasando a llevar a cabo un número importante de sus actividades en terreno, con atención de los equipos de salud en domicilio, centros comunitarios de adulto mayor, juntas de vecinos, establecimientos educacionales, interactuando permanentemente con los actores de la comunidad.



LOS TÉCNICOS DE LAS POSTAS DE SALUD RURAL Y EL MAIS

En base a lo señalado anteriormente, podemos concluir que el MAIS orienta el quehacer de la Atención Primaria, ya que es un modelo de salud que aborda en la complejidad a una comunidad que demanda mejores servicios y que enfrenta nuevos desafíos epidemiológicos. Una evaluación sobre su implementación en los diferentes tipos de establecimientos de la APS, mostró que los establecimientos de zonas rurales con bajo número de inscritos tienen un menor nivel de implementación del MAIS que aquellos de zonas urbanas (6). Si bien esto puede deberse a que la instalación y evaluación del modelo fue posterior en PSR, se recomienda desarrollar estrategias de acompañamiento a los Técnicos y equipos de salud rural, que les permita avanzar al fortalecimiento del modelo en sus territorios.

El rol del Técnico como “gestor-conector” es fundamental en el abordaje integral de la salud de los integrantes de las familias rurales. Su conocimiento del territorio y de las dinámicas que se generan al interior de las familias y sus comunidades, lo transforman

en el actor sanitario clave para la ejecución de las acciones del MAIS y el logro de las actividades y metas incluidas en ella.

Dentro de las tareas pendientes está el lograr una mayor participación que permita una real representatividad, inclusión, autonomía y diálogo, y cambiar el paradigma de quienes siguen basando su trabajo en la enfermedad, hacia uno efectivamente centrado en necesidades integrales de personas y comunidades que tenga como pilar la promoción y la prevención.

Además, es necesario mejorar la accesibilidad a los sectores rurales más apartados, no solo en lo geográfico e infraestructura, sino que brindando atención de calidad y oportuna al igual que en los sectores urbanos. Es fundamental no renunciar a generar soluciones locales en cada lugar de Trabajo Comunitario, que den cuenta de las situaciones que muchas veces son particulares de ese espacio solamente. En ese sentido, los Técnicos, que muchas veces forman parte de la misma comunidad, pueden tener una “mayor sensibilidad” hacia los problemas y generación colectiva de soluciones.

IDEAS FUERZA DEL CAPÍTULO

- 01** El modelo de atención se sustenta en tres **principios básicos**: centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado, que los Técnicos hacen propios a través del trabajo en equipo y en red.
- 02** Las **PSR** tienen la **tarea de brindar atención de salud**, así como apuntar al Desarrollo Local e implementar el MAIS, donde la Promoción de Salud es clave.
- 03** El rol del Técnico como **“gestor-conector”** es **fundamental** en el abordaje integral de la salud de los integrantes de las familias rurales y como actores claves en el Desarrollo Local.

REFERENCIAS

1. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Planificación y Programación en RED 2023. Ministerio de Salud. Santiago, 2022.
2. División de Atención Primaria. Norma Técnica Postas de Salud Rural N° 0211. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Santiago, 2021.
3. Orientaciones para la implementación del modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: dirigido a equipos de salud. Ministerio de Salud. Santiago, 2012.
4. Marco Operativo: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en Contexto de Multimorbilidad. Secretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. Santiago, 2021.
5. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. Orientaciones Técnicas de Planes Trienales de Promoción de la Salud 2022-2024. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Ministerio de Salud. Santiago, 2022.
6. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la Atención Primaria chilena. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:e160. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>.



05

CAPÍTULO

PROMOCIÓN DE SALUD Y COMUNIDADES RURALES

PROMOCIÓN DE SALUD Y COMUNIDADES RURALES

La Promoción de Salud ha sido definida como un proceso mediante el cual se crean capacidades para que los individuos y comunidades ejerzan un mayor control sobre los factores determinantes de su salud y poder mejorarla (1). Se trata de una conceptualización que mantiene plena vigencia, y que ha sido enriquecida y adaptada a diferentes culturas a lo largo de la historia reciente.

Se distingue por su carácter colectivo y comunitario.

LA PROMOCIÓN DE SALUD SE REALIZA DONDE LA GENTE VIVE, ESTUDIA Y TRABAJA.

Vale decir, en las familias, comunidades, comunas y territorios, también en las escuelas y los lugares de trabajo. Se distingue por su carácter colectivo y comunitario, aporta estrategias que implican cambios en los determinantes sociales (2), mediante una acción sobre las causas de los problemas de salud y las condiciones de vida. Desde una mirada global, está basada en la comprensión de la salud como un derecho humano fundamental, considerando de manera crítica las inequidades sociales y sanitarias.

CUADRO 1
¿CÓMO SE DIFERENCIA LA PROMOCIÓN DE SALUD DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD?

PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD	PROMOCIÓN DE SALUD
Evita enfermedades específicas, accidentes y causas de muerte.	Aumenta las habilidades y capacidades para la salud.
Actúa sobre grupos de riesgo, es focalizada.	Actúa sobre toda la población, sobre personas sanas o grupos de población.
Está basada en la historia natural de la enfermedad y en el daño.	Está basada en el bienestar, en la salud positiva y en la calidad de vida.
Puede ser asumida solo por el sector salud y no requiere necesariamente de participación social.	Es necesariamente intersectorial. Requiere de la participación y empoderamiento.
Ejemplo: Vacunas.	Ejemplo: Talleres para padres sobre habilidades para la vida, talleres "Nadie es Perfecto".

ALGO MÁS SOBRE LA PREVENCIÓN.

Cabe mencionar que, ante la enfermedad, se emplean tres tipos de esfuerzos preventivos con vistas a conseguir:

Que no aparezca (prevención primaria frente a las causas). Por ejemplo: vacunas y educación sanitaria; o sobre el medioambiente, es decir, saneamiento ambiental e higiene alimentaria.

Que se diagnostique y trate precozmente (prevención secundaria frente a la enfermedad en sus fases precoces). Por ejemplo: el PAP en mujeres, pruebas de laboratorio y exploraciones radiológicas para detectar una enfermedad.

Que se desarrollen capacidades para compensar las lesiones que se originen (prevención terciaria o rehabilitación, previene la incapacidad). Por ejemplo: la cesación del tabaquismo en una persona con Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC).

Inequidad no es sinónimo de desigualdad. La Inequidad lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles, entre poblaciones o grupos que ocupan diferentes posiciones en la jerarquía social.

PROMOCIÓN DE SALUD Y EQUIDAD

Para una comprensión de la Promoción de Salud, basada en los determinantes sociales de la salud, es necesario aclarar los conceptos de equidad e inequidad.

La equidad en salud es la ausencia de diferencias en el nivel de salud entre personas o grupos definidos de acuerdo con su nivel social o económico. En cambio, la inequidad se refiere a las diferencias sistemáticas de oportunidades para individuos y grupos. Estas diferencias tienden a pasar de una generación a otra, inhiben el desarrollo humano, el crecimiento económico y reducen el bienestar.

Inequidad no es sinónimo de desigualdad. La inequidad lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles, entre poblaciones o grupos que ocupan diferentes posiciones en la jerarquía social.

En base a estas ideas, se señala que la forma más segura de alcanzar la equidad en salud es evitando la enfermedad y poniendo al alcance de todos, los conocimientos e instrumentos que permitan mantener sana a la población.

El resultado de las diferentes políticas de salud no ha sido de acuerdo a lo esperado, por el contrario, la modernidad y sociedad del consumo, así como el aumento de las desigualdades y de los problemas socioeconómicos, han impactado negativamente la salud de las poblaciones, en especial a los grupos más vulnerables. Frente a esta realidad, a nivel internacional se ha insistido en la necesidad de adoptar medidas y estrategias de acción más efectivas que involucren a la sociedad en su conjunto. Los enfoques de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y de Salud en todas las políticas, impulsados por la OMS/OPS, con conceptos y metodologías para su implementación, aportan una visión colectiva y social de la salud (3). Estos enfoques han sido asumidos por el Gobierno de Chile e incorporados transversalmente en las diferentes políticas y programas de salud, especialmente en Promoción de Salud.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)

Los DSS son las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, como medioambiente y estructura social, vivienda, trabajo, educación, género, ingreso, incluyendo los estilos de vida (alimentación, actividad física, tabaco, alcohol, drogas, lo psicosocial y ambiental) y provisión de servicios de salud.

La Figura 1 muestra un modelo explicativo de cómo las inequidades en salud son resultado de los distintos factores causales, que además están interrelacionados.

Las personas se encuentran en el centro, en que, a nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y estilos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar mayores conductas de riesgo (por ejemplo, alimentación no saludable) y tienen mayores barreras económicas para vivir con modos o estilos de vida más sanos (menor acceso a parques y ciclo vías).

En los círculos más externos, la figura representa la influencia de las redes sociales y de la comunidad (un factor protector importante para la salud), y en el nivel siguiente, están los factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo. Aquí, por ejemplo, las malas condiciones de vivienda, las condiciones riesgosas del medio y un menor acceso a servicios sociales, crean riesgos diferenciales de salud para quienes se encuentran en una situación socioeconómica desfavorecida. En términos globales, el círculo de afuera que representa las condiciones económicas, culturales y ambientales, impacta el conjunto de la sociedad. Por ejemplo, el nivel de vida que logra un país, puede influir en la elección de una persona a la vivienda y trabajo, al tipo de relaciones sociales que establece, así como también en sus hábitos y conductas de alimentación.

A fin de formular políticas específicas, la OMS plantea un análisis de las relaciones entre estos DSS y la salud, diferenciándolos entre

determinantes estructurales e intermedios. Los determinantes intermedios atañen a toda la sociedad, tienen una relación más directa con la salud y el bienestar de las personas; entre los cuales están los servicios de salud y los

FIGURA 1
MODELO SOCIOECONÓMICO DE LA SALUD



estilos de vida. En cambio, los estructurales están directamente relacionados con el modelo de desarrollo económico de una nación y sus políticas económicas y sociales (4).

El enfoque de los DSS tiene una correspondencia directa con la Promoción de Salud, ya que consideran la salud en un contexto social y estructural donde transcurre la vida cotidiana. Esta visión es clave para comprender que los estilos de vida -en tanto la forma en que las personas viven, se alimentan, trabajan y se recrean- están determinados por sus condiciones de vida.

De esta manera, para lograr mejores niveles de salud y calidad de vida, se requiere actuar para modificar los estilos de vida y para realizar los cambios necesarios en la sociedad, que determinan estilos de vida poco saludables e impactan negativamente en la salud de la población chilena. Se trata de crear mayores oportunidades para vivir en contextos y entornos más saludables.

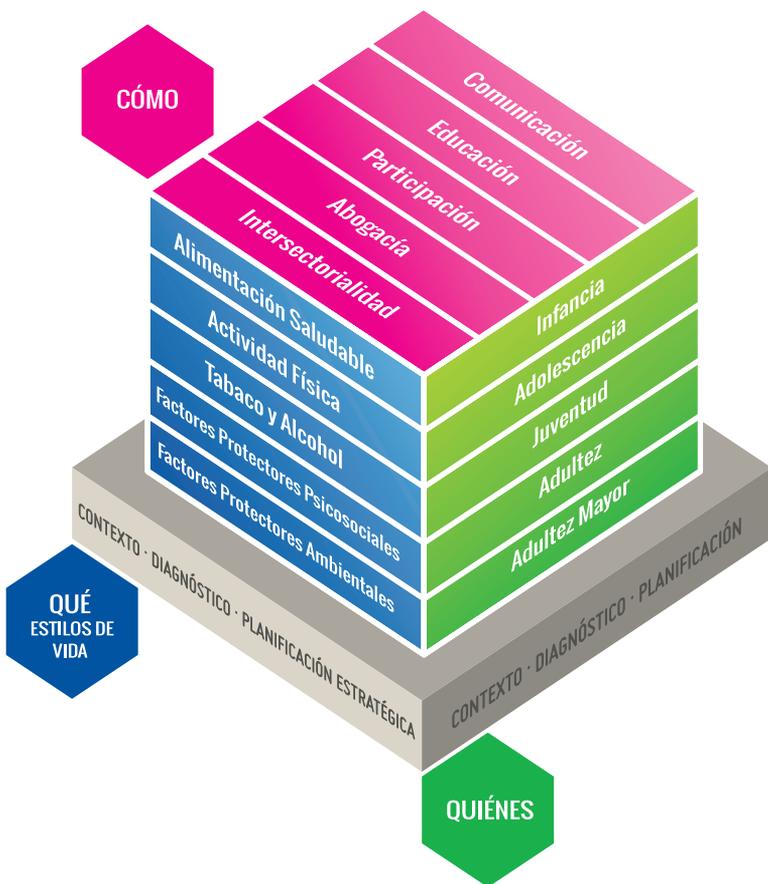
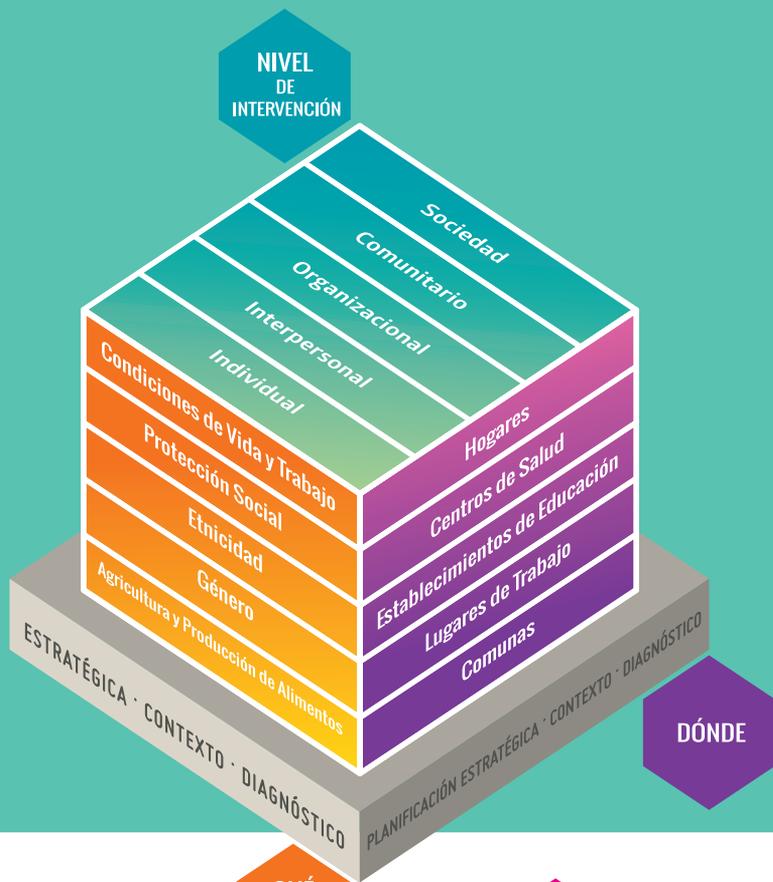


EL CUBO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Cubo de la Promoción de la Salud es un recurso pedagógico útil para la planificación integral de una intervención de Promoción de Salud (5). Esta planificación requiere definir en primer lugar el foco o el “Qué” a partir del diagnóstico de situación que tenemos:

- **Su relación con los DSS y los Estilos de Vida (¿Qué?).** Por ejemplo, la intervención se centrará sobre la alimentación y/o consumo de alcohol, las condiciones de la vivienda y/o de seguridad social de los adultos mayores.
- **Luego identificar cuáles son las metodologías más apropiadas (¿Cómo?).** Utilizando métodos y técnicas de distintas disciplinas (comunicación, educación, participación, entre otras).
- **Es fundamental tener claridad sobre el lugar o escenario de trabajo (¿Dónde?).** Las características del contexto local, por ejemplo, en un sector de la comuna “x” se caracteriza por “y” condiciones, y se trabajará con “z” personas.
- **En qué nivel de acción centraremos el trabajo.** En forma individual (a través de visitas domiciliarias, consejerías u otro), con las familias, agrupaciones organizadas o intervenciones educativas grupales o del gobierno local.

La selección de la metodología de trabajo (¿Cómo?) más apropiada, dependerá de las características del lugar, los objetivos de la intervención y las características de la población, tratando siempre de usar más de una metodología.



La evidencia científica nos ha demostrado que para obtener resultados en Promoción de Salud es necesario trabajar con multiestrategias y a todo nivel. La siguiente infografía, aporta a esta comprensión integral desde una visión ecológica o sistémica.

FIGURA 2
MODELO SOCIOECOLÓGICO



El comportamiento afecta y es afectado por múltiples niveles de influencia. Asimismo, los comportamientos individuales influyen en los entornos y los entornos sociales influyen en el comportamiento. Comprender esta relación entre los distintos niveles, nos plantea la necesidad de diseñar estrategias de promoción que incluyan distintos tipos de acciones y es lo que muestra el siguiente cuadro para tres temas de salud:

	ACTIVIDAD FÍSICA	ALIMENTACIÓN SALUDABLE	TABACO
POLÍTICAS	Ordenanza ciclocreceovías.	Ordenanza venta de alimentos no saludables cerca de colegios.	Ley del tabaco.
COMUNITARIA	Equipamiento comunitario para actividad física.	Talleres con organizaciones sociales de cocina saludable y compra en ferias libres.	Jornadas con líderes sociales y consultas ciudadanas.
ORGANIZACIONAL	Recreo activo en el proyecto educativo.	Alimentación saludable en el proyecto educativo.	Ambientes libres de humo de tabaco, en lugares de trabajo y programas de salud.
INTERPERSONAL	Pausas activas en lugares de trabajo.	Huertos familiares.	Apoyo de pares, cuidadores y padres de familia.
INDIVIDUAL	Consejería Vida Sana EMPA.	Programa Vida Sana en APS.	Consejería en Tabaco en EMPA.

EJEMPLO DE MULTIESTRATEGIAS, APLICADO A LA PROMOCIÓN DE SALUD CON PERSONAS MAYORES:

- **Una campaña de medios** puede ser útil para eliminar los estereotipos negativos sobre la vejez o, en otra situación, para sensibilizar sobre el problema de las personas mayores abandonadas.
- **Un proceso de participación** puede ayudarnos a identificar líderes, incentivar la solidaridad, crear grupos de apoyo y redes comunitarias. También, mediante la participación, se estimula el bienestar de las personas mayores, ayudándolas a superar la soledad.
- **Con la educación** se pueden realizar talleres para el desarrollo de habilidades, aumento de la confianza y autonomía; para el autocuidado y estilos de vida saludables, relacionados con la alimentación y actividad física.
- **La abogacía** contribuirá a que los tomadores de decisiones adopten medidas para una mayor inclusión de las personas mayores.
- **La intersectorialidad** nos permitirá hacer sinergia entre los distintos beneficios sociales a que pueden acceder los mayores y, por otra parte, articular programas de gobiernos, ONG, Universidades y otros que trabajan con ellos y ellas, movilizando recursos y voluntades para una coordinación eficaz, por ejemplo, acuerdos entre salud y deportes para la vida activa.

Las políticas de Promoción de Salud del MINSAL, han priorizado la estrategia de Comunas y Comunidades Saludables,

que se lleva a cabo a través de los Planes Comunales de Promoción de Salud y cuyo equipo gestor, por lo general, se ubica en algún establecimiento de APS o el municipio. Estos Planes, basados en el enfoque de DSS, priorizan la promoción de la alimentación saludable, actividad física y factores protectores psicosociales.

En el territorio es donde hay mayores potencialidades para construir salud y calidad de vida, desde la realidad de cada comunidad local. Para ello es fundamental conocerse y organizarse, de modo que en conjunto puedan analizar sus problemas de salud y buscar formas colectivas de enfrentarlos, a fin de proyectarse y ser más saludable.



LA PROMOCIÓN DE SALUD EN ÁREAS RURALES

En el ámbito de la Promoción de Salud, existen valiosas experiencias en el medio rural, las que con frecuencia tienen escasa visibilidad. Estas se caracterizan por su diversidad, por estar influenciadas por el contexto sociocultural y la actividad económica de los territorios. Estudios de sistematización de iniciativas comunitarias en territorios rurales, plantean como factor de éxito la pertinencia territorial y el liderazgo de los equipos de Atención Primaria de Salud Rural (Postas de Salud Rural y CESFAM).

Los programas para reducir la pobreza rural no han enfrentado eficazmente las inequidades entre el mundo urbano y rural; al contrario, estas desigualdades aumentaron a consecuencia de la pandemia de COVID-19. A nivel de formulación de políticas, el país cuenta con una reciente Política de Desarrollo Rural, orientada al desarrollo sustentable y que constituye un valioso marco para la Promoción de Salud Rural y el Desarrollo Local. Aunque esta política requiere de estrategias e instrumentos actualizados, que hagan posible su implementación y fortalecimiento de los programas ya existentes.

Por su parte, los gobiernos locales cuentan con una serie de iniciativas que favorecen el trabajo intersectorial de Promoción de Salud en el mundo rural, como son por ejemplo: los programas de INDAP (PRODESAL, PTI), FOSIS, Sernapesca y de otras dependencias de los Ministerios de Agricultura y Protección Social, además de entidades de educación y diversas actividades silvoagropecuarias. En suma, existe un potencial para la coordinación de representaciones locales que pudieran integrar los consejos o mesas de trabajo territorial, acorde a las características de cada comuna.

A su vez, los procesos de participación social varían según el contexto local, la densidad poblacional, su cultura, etnias y características geográficas. Con frecuencia, los equipos de APS pertenecen a las mismas comunidades en que trabajan, lo que facilita una posición estratégica para mejorar la salud y bienestar.

Los programas para reducir la pobreza rural no han enfrentado eficazmente las inequidades entre el mundo urbano y rural; al contrario, **estas desigualdades aumentaron a consecuencia de la pandemia de COVID-19.**

LOS TÉCNICOS DE LAS POSTAS DE SALUD RURAL Y LA PROMOCIÓN DE SALUD

Precisamente, son los Técnicos de las PSR quienes poseen la mayor capacidad de conocer el funcionamiento de cada comunidad, de identificar los grupos de influencia y de poder, así como las familias desfavorecidas, las que a veces están ocultas bajo la idealización de lo rural. Sus habilidades para el Trabajo Comunitario, identificar fortalezas y carencias, reconocer las organizaciones de subsistencia, de apoyo, de cuidados y otras iniciativas, representan un enorme potencial para el Trabajo Comunitario y para realizar abogacía en la defensa del territorio de sus PSR ante el municipio y gobierno local (2).

Un atributo del mundo rural, facilitador del empoderamiento y creación de entornos más saludables, es el mayor sentido de solidaridad, de relaciones interpersonales más sólidas e interdependientes, en contraposición a las relaciones más formales, distantes y superficiales del medio urbano. Por lo general, a las comunidades rurales se les atribuye un tejido social más denso, formado por relaciones sociales más estrechas y tradicionales, y por redes de apoyo mutuo más ricas y eficaces, es decir, con un mayor capital social. Esto permite a las comunidades ser más resilientes y poseer mayor eficacia colectiva.

De esta manera, los Técnicos no solo son observadores y grandes conocedores de la realidad social y de su influencia en la salud de las personas, sino que también son líderes y actores claves para el propio sostenimiento de la comunidad, son conectores y gestores locales con gran capacidad de influir en las redes formales e informales que facilitan su desarrollo.

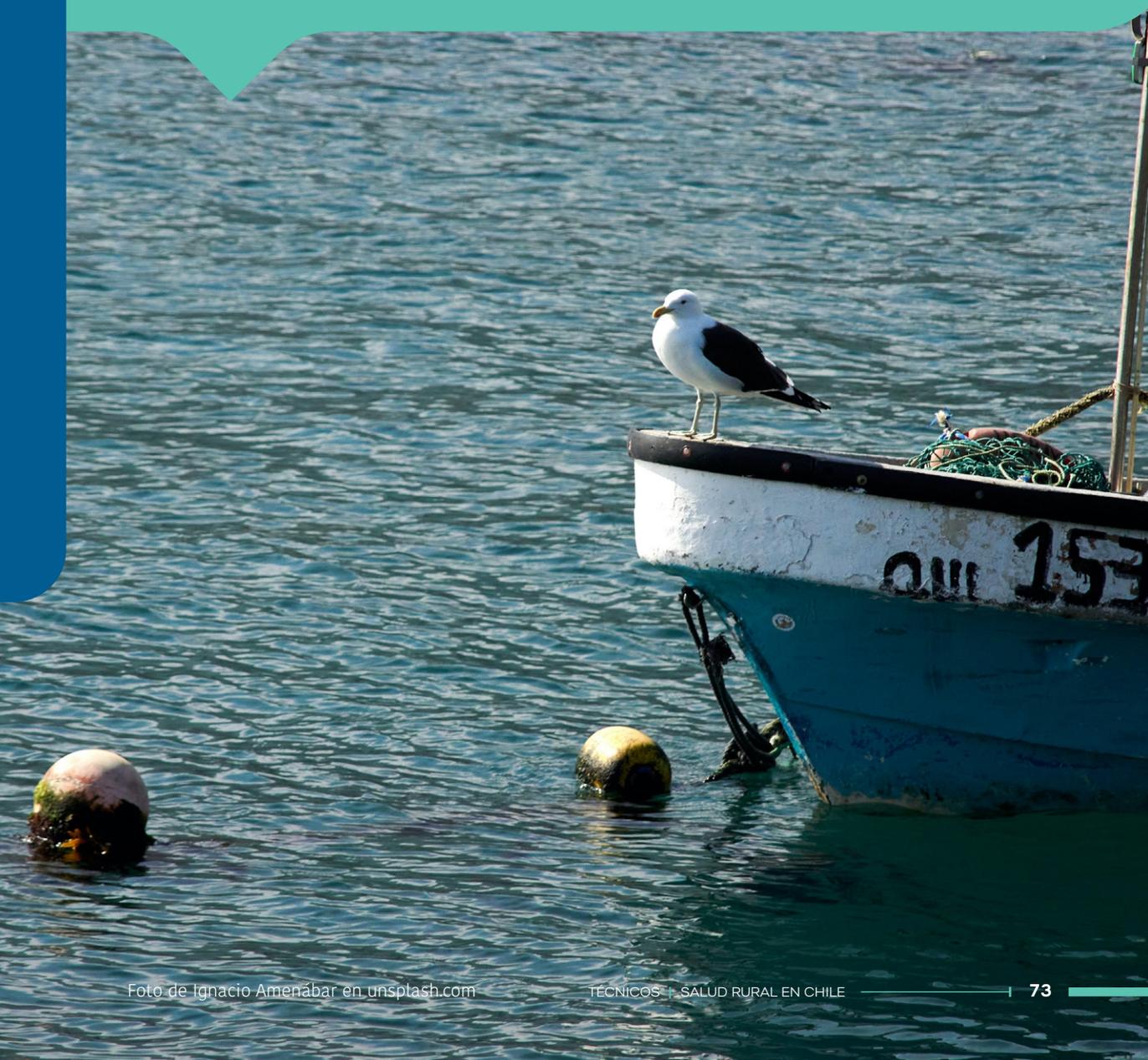


IDEAS FUERZA DEL CAPÍTULO

- 01** La Promoción de Salud crea capacidades y contribuye al Desarrollo Local, poniendo al alcance de las comunidades conocimientos y herramientas para desarrollar estilos de vida y entornos más saludables.
- 02** Para lograr intervenciones efectivas en Promoción de Salud se debe actuar integralmente, en forma participativa e intersectorial con metodologías apropiadas a la cultura local e incorporando los Determinantes Sociales de la Salud.
- 03** El Cubo de la Promoción de Salud es un recurso útil para planificar acciones a partir de los diagnósticos participativos en los territorios, mostrando en perspectiva una diversidad de metodologías y estrategias.
- 04** La APS se ha planteado el desafío de fortalecer la Promoción de Salud a través de sus distintas actividades, para crear factores protectores y disminuir los factores de riesgo de los problemas de salud actual, en especial en el mundo rural.

REFERENCIAS

1. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de Salud, Canadá 1986. Salud Pública Educ Salud 2001; 1 (1): 19-22. Disponible en: <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
2. MINSAL. Manual de Trabajo Comunitario Postas de Salud Rural. 2010.
3. OMS/CDSS. Subsanan las desigualdades sociales en una generación. OMS; 2008. Disponible en: <https://bit.ly/3B0Dwrl>
4. Vega, J., Solar, O., Irwin, A. Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Págs. 9-17. En: Determinantes Sociales de la Salud en Chile: En la Perspectiva de la Equidad. Jadue, L., Marín, F., Eds. Santiago, 2005.
5. Salinas, J. El Cubo de la Promoción de Salud. Un enfoque integrado para el diseño de intervenciones efectivas. Rev Chil Nutr 2018; 45(1): 71-79.



06

CAPÍTULO

INTER- SECTORIALIDAD EN SALUD

ACCIÓN INTERSECTORIAL

La necesidad de realizar un trabajo integrado con los distintos sectores para mejorar la salud de la población está presente desde hace varias décadas en los llamados a la acción, declaraciones y políticas de salud. En particular, el concepto de Acción Intersectorial se ha descrito formalmente en la década de 1970, cuando para abordar los problemas derivados de enfermedades infecciosas un grupo de la OMS reconoció la necesidad de un trabajo conjunto con los equipos a cargo de la gestión del agua en las localidades. Actualmente, cuando el escenario de salud está marcado por problemas de salud que en su origen conjugan tanto factores personales como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, la necesidad de colaboración entre distintos sectores para abordarlos permanece vigente y las respuestas que se generen tienen que ser obligadamente intersectoriales (1).

La necesidad de colaboración entre distintos sectores permanece vigente.

LA INTERSECTORIALIDAD PUEDE DEFINIRSE COMO EL TRABAJO COORDINADO Y COMPLEMENTARIO DE INSTITUCIONES REPRESENTATIVAS DE DISTINTOS SECTORES SOCIALES, mediante acciones destinadas total o parcialmente a transformar la situación de salud de una población y contribuir a su bienestar y calidad de vida (2). Los sectores llamados a este trabajo pueden ser del ámbito público (educación, salud, agricultura, vivienda, etc.), del ámbito privado, no gubernamental, los gobiernos locales y la comunidad organizada.

La intersectorialidad o interacción entre sectores, ha sido comprendida también de dos maneras:

- **Intrasector.** Que se refiere a la propia red de atención en salud integrada, en que se coordinan y complementan establecimientos de salud con diferentes funciones y complejidades.
- **Extrasector.** Que alude a la relación con sectores que no son de salud y que, por lo general, están presentes en el espacio local, tales como: organismos municipales, sector educación, agricultura, Carabineros, iglesias, deportes, ONG, empresas y organizaciones de la comunidad, entre otras.

Esta Acción Intersectorial, cuando es planificada y sostenida en el tiempo, asegura un mayor impacto sobre los problemas de salud que afectan a la población, en la medida que abordan sus causas. Un ejemplo de ello es el Plan de Desarrollo Local (PLADECO), en el cual se inserta el Plan de Salud Comunal, donde se identifican los principales problemas de salud de un territorio específico y su abordaje es priorizado en áreas de trabajo conjunto con varios sectores.

La Acción Intersectorial planificada y sostenida en el tiempo tiene mayor impacto sobre los problemas de salud que afectan a la población.



Foto de Priscilla Du Preez en unsplash.com

LA INTERSECTORIALIDAD Y EL MAIS

El quehacer de la red de salud se basa en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS), que señala que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centra su atención en las personas y sus familias. Prioriza actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Definiendo, a su vez, la Intersectorialidad y Territorialidad como ejes de acción para la implementación del MAIS en la Red de Atención Primaria (3).

Las orientaciones señalan que es fundamental el trabajo en red, por medio de la articulación de acciones desde y hacia el intersector. Para ello se hace necesario mantener actualizado el catastro de organizaciones comunitarias, identificando a las personas a cargo y su ubicación en los mapas territoriales. Asimismo, se propone la elaboración de planes de acción en conjunto con las organizaciones que se insertan en el territorio de la Posta de Salud Rural, priorizando y sistematizando el accionar en al menos dos instituciones con las cuales se debe establecer un trabajo continuo y colaborativo.

Por su parte, la Estrategia Nacional de Salud al 2030, describe la intersectorialidad como uno de los enfoques transversales básicos que permite vincular a los distintos actores, sectores e instituciones, estableciendo estrategias colaborativas e integrales. En este sentido, las Orientaciones para la Programación Anual de los Establecimientos de Salud plantean la necesidad de fortalecer la implementación en RED de la continuidad del cuidado, con foco en el fomento de factores protectores. Sugieren diversas acciones de participación del equipo de salud en redes intersectoriales, como por ejemplo en las entidades que proveen servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y entorno de apoyo. También, plantea la necesidad de trabajar desde la salud basada en el Modelo de Activos en Salud, en el que se identifican en el territorio los recursos que mejoran la capacidad de las personas, grupos, comunidades, sistemas sociales y/o instituciones, para mantener y sostener la salud y el bienestar, a través de acciones integrales, en las que la intersectorialidad juega un rol importante (4).

Es fundamental el trabajo en red, por medio de la articulación de acciones desde y hacia el intersector.

LA INTERSECTORIALIDAD EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

En las políticas públicas aún son escasos los ejemplos de una intersectorialidad efectiva, que impacten la salud y el bienestar de la población.

CHILE CRECE CONTIGO

En nuestro país, un caso exitoso es el Subsistema Chile Crece Contigo para la protección integral de la infancia, con el propósito de borrar las inequidades desde el comienzo de la vida. El Subsistema Chile Crece Contigo es una política pública intersectorial asumida como una tarea de Estado, que funciona en forma descentralizada desde el año 2007. Consiste en un sistema de intervenciones integrales que brindan protección de acuerdo a las características y necesidades particulares del desarrollo de cada niño, niña y su familia, en todas las comunas del país mediante beneficios garantizados universales y beneficios diferenciados según condiciones de vulnerabilidad.

En este sistema intervienen los Ministerios de Educación, Salud, Trabajo y Desarrollo Social, entre otros. Se ejecuta a través de redes comunales intersectoriales estrechamente coordinadas, articulando oportunamente las prestaciones y servicios que los niños, niñas y sus familias necesiten, garantizando la pertinencia de dichas prestaciones y servicios respecto de las características sociales en las que se desenvuelven.

La red básica del sistema está conformada por todos los organismos públicos o privados vinculados a la primera infancia y sus familias, que están presentes en el territorio (5), como:

- **Municipio.** Encargado/a Oficina de Infancia Comunal, Encargado/a Oficina Municipal de Información Laboral (OMIL), Encargado/a Departamento de Vivienda, Encargado/a Programa de Habilidades, Jefe/a de Departamento Municipal de Organizaciones Comunitarias, entre otros/as.
- **Centros de Salud.** Director/a del Departamento de Salud Municipal, Directores/as de Consultorios o CESFAM, Encargados/as de las Postas de Salud Rural, Encargada Programa Mujer, Encargado/a del Programa PADB (Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial), Encargado/a del Programa Infantil.
- **Educación.** Directores/as de Jardines Infantiles y Salas Cunas, representantes de colegios municipales como particulares subvencionados.

Una de las actividades que se desarrollan son los Talleres de Habilidades de Crianza para Cuidadores de niños y niñas en edades de 0 a 5 años, cuyo objetivo es promover habilidades parentales en adultos encargados del cuidado de niños pequeños, a través de aumento de conocimientos sobre desarrollo infantil y la promoción de conductas positivas en el manejo de niños y niñas. Este es un espacio de encuentro y de diálogo en el que los Técnicos de PSR pueden integrarse, gestionando en sus lugares de trabajo la realización de este taller de habilidades, contactándose con los facilitadores existentes en el Centro de Salud respectivo.



Un caso exitoso es el Sistema Chile Crece Contigo para la protección integral de la infancia, con el propósito de borrar las inequidades desde el comienzo de la vida.

PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL

Otro ejemplo de Acción Intersectorial es el Plan Nacional de Salud Bucal al 2030, que reconoce que las enfermedades bucales son crónicas, que comparten factores de riesgo con otras patologías prevalentes en nuestro país, y, por tanto, incluye como objetivo aumentar los niveles de intersectorialidad en salud bucal. Cabe señalar que la definición de la política de salud bucal se basó en el trabajo de una Mesa Nacional Intersectorial de Salud Bucal con la participación de representantes del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Fundación Integra, representantes de Facultades de Odontología y Sociedades Científicas.

Una evaluación realizada el año 2016 sobre el trabajo intersectorial de esta Mesa Nacional identificó que ha permitido el ajuste de la política y programas en la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia, y se ha generado una red más horizontal de trabajo entre los sectores (6). Actualmente, este trabajo se replica en la construcción de Mesas Regionales Intersectoriales, se ha reforzado la integración de representantes de la comunidad y promovido la creación de mesas a nivel comunal.



A nivel local, las comunas tienen el potencial de diseñar e implementar políticas intersectoriales. Sin embargo, son escasas las experiencias de carácter continuo y estable, que realizan intervenciones articuladas frente a objetivos comunes conjuntos. Para ilustrar el desafío del trabajo intersectorial podemos mencionar:

En la comuna de San Pablo, región de Los Lagos. El equipo de salud y los gestores culturales del Hospital Intercultural Pü Mullen de Quilacahuín, se distinguen por sus redes con las comunidades y organizaciones intersectoriales. Esta experiencia cuenta con el involucramiento activo de los Técnicos de la Posta de Salud Rural y de las 3 Estaciones Médico Rurales, quienes han logrado un clima de trabajo con respeto, colaboración y ayuda mutua.

En la comuna de Combarbalá, región de Coquimbo, se trabajó por fortalecer la participación en Promoción de Salud a través de la iniciativa “Si eres parte, te sientes parte”. Con el objetivo de empoderar a las organizaciones sociales se desarrollaron instancias de trabajo conjunto, con reuniones territoriales con actores comunitarios y representantes de los diversos departamentos municipales (DIDECO, Tránsito, Comunicaciones). Esto llevó al desarrollo de proyectos de equidad rural en los territorios de las diversas Postas de la comuna, que permitieron la realización de talleres de artesanía, talleres de técnicas culinarias saludables y un proyecto de emprendimiento para mujeres, entre otros.

ELEMENTOS PARA EL TRABAJO INTERSECTORIAL

Es necesario tener presente que la intersectorialidad debe ser pensada, planeada y programada como un proceso escalonado y progresivo que requiere cierta metodología. Parte de la necesidad del trabajo conjunto, generalmente respecto a un tema sensible para la comunidad. Es la realidad rural la que invita a que algún sector tome la iniciativa de un abordaje distinto del que habitualmente vienen realizando.

Un punto de inicio, entonces, es el encuentro alrededor de temas transversales que sean relevantes para la salud de la comunidad o para el Desarrollo Local. Una instancia en la que puede darse esta conversación e identificación de temas o problemas, es en el desarrollo de un diagnóstico participativo. También, puede producirse en diálogos con personas y actores claves de la comunidad que el Técnico convoque.

Es relevante señalar que el trabajo con otros sectores presenta resistencias que pueden dificultar la coordinación, entre las cuales se pueden mencionar la competencia entre sectores: “por qué me convocan si ellos no me mandan”; el trabajo cerrado dentro de los sectores: “mis objetivos son distintos a los tuyos”; la desconfianza con el otro sector: “no puedo compartir esa información” (7).

En relación con lo anterior, es importante considerar que el trabajo intersectorial involucra la relación con otros, por lo que se recomienda primero conocerse a sí mismo como representante de un sector. Vale decir, identificar qué objetivos se persigue, las capacidades del sector y con qué recursos se cuenta. Luego conocer también al otro sector, sus objetivos, el lenguaje que utiliza y las prioridades que tienen.

Se trata de crear actitudes favorables para el trabajo común, que neutralice la sensación de intromisión o de desconfianza y que, idealmente, se llegue a planificar conjuntamente. Para lograrlo es necesario avanzar en construir un lenguaje común, evitar desplazar a otros, crear motivación, respetar ritmos diferentes de participación, superando compartimentos y confrontaciones.

En el medio rural, la cercanía, los vínculos familiares y culturales, así como las relaciones

solidarias de las comunidades con un mayor conocimiento mutuo que en la ciudad, es un facilitador de este proceso.

Junto con esto, establecer espacios de encuentro es un aspecto que considerar, el que depende del contexto del tema a tratar y las dinámicas del territorio. La Posta de Salud Rural es un espacio de fácil acceso para la realización de reuniones, pero pueden existir otros escenarios formales e informales que faciliten el relacionamiento para el trabajo conjunto. En ocasiones, trasladar la conversación sobre un tema de salud a un espacio distinto al establecimiento de salud, puede generar mayor libertad para que representantes de otros sectores se expresen, por ejemplo, en sedes sociales, parroquias, escuela de la localidad, sede de los pescadores, entre otros espacios presentes en el sector.

TRABAJO COLABORATIVO

Una vez conectados representantes de sectores o entidades, se debe pasar al momento de transmitir la necesidad del trabajo colaborativo para tratar de responder juntos a un problema sentido. Una forma de concretar esta necesidad es la construcción de acuerdos para una acción conjunta, que puede ser para:

- **Responder a una emergencia.**
Por ejemplo, la compra y distribución de alimentos para personas mayores durante la pandemia COVID-19, o en caso de desastres naturales, como erupción volcánica, pronta evacuación de las personas con dependencia severa.
- **Ejecutar una actividad específica.**
- **Desarrollar un proyecto local.**
A través del diseño de una estrategia para alcanzar un objetivo relevante para la comunidad.

LA INTERSECTORIALIDAD EN LAS POSTAS DE SALUD RURAL: UNA VISIÓN DE LOS TÉCNICOS

En el marco de jornadas de trabajo en Promoción de Salud y Desarrollo Local durante los años 2018 y 2019, que contaron con la participación de más de 300 Técnicos de diferentes comunas del país, reconocieron que destinan tiempo importante a la coordinación intersectorial. En estas jornadas se compartió sobre su visión del trabajo en red y sobre experiencias locales, con el fin de:

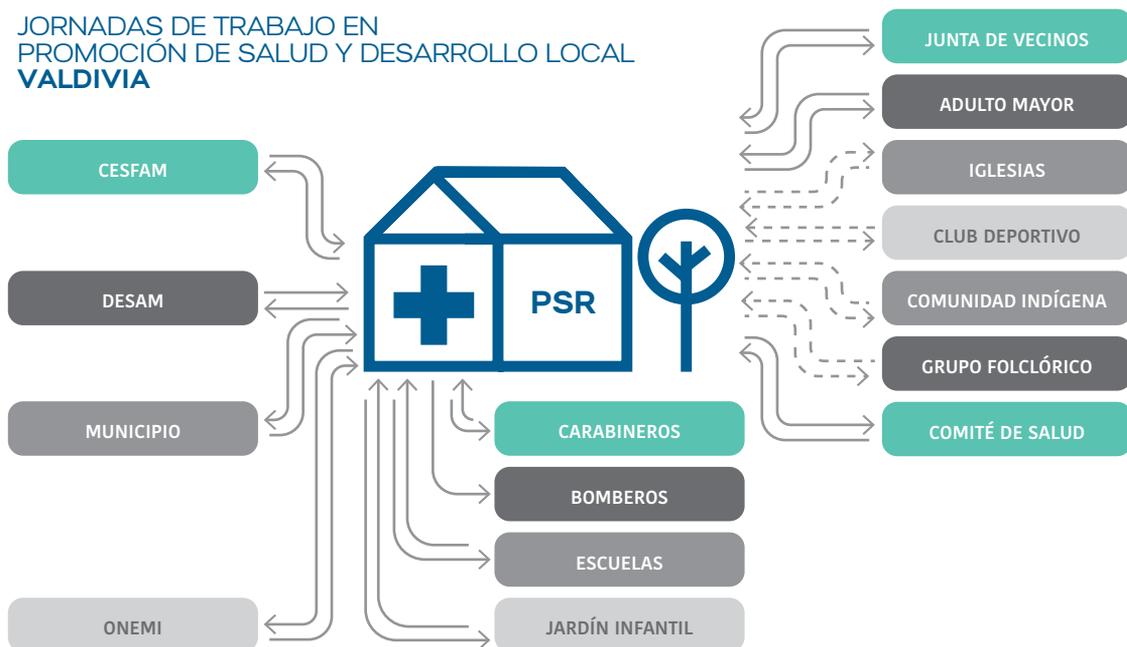
- Reconocer y analizar las redes sectoriales e intersectoriales que disponen, identificando los actores involucrados con las relaciones existentes en cada localidad.
- Consensuar aspectos claves para fortalecer su trabajo, siendo parte de las redes de APS.

La síntesis de la primera parte se representaba gráficamente en papelógrafos, los que después se compartían en plenarios. A modo de ejemplo, se ilustran algunos de ellos:

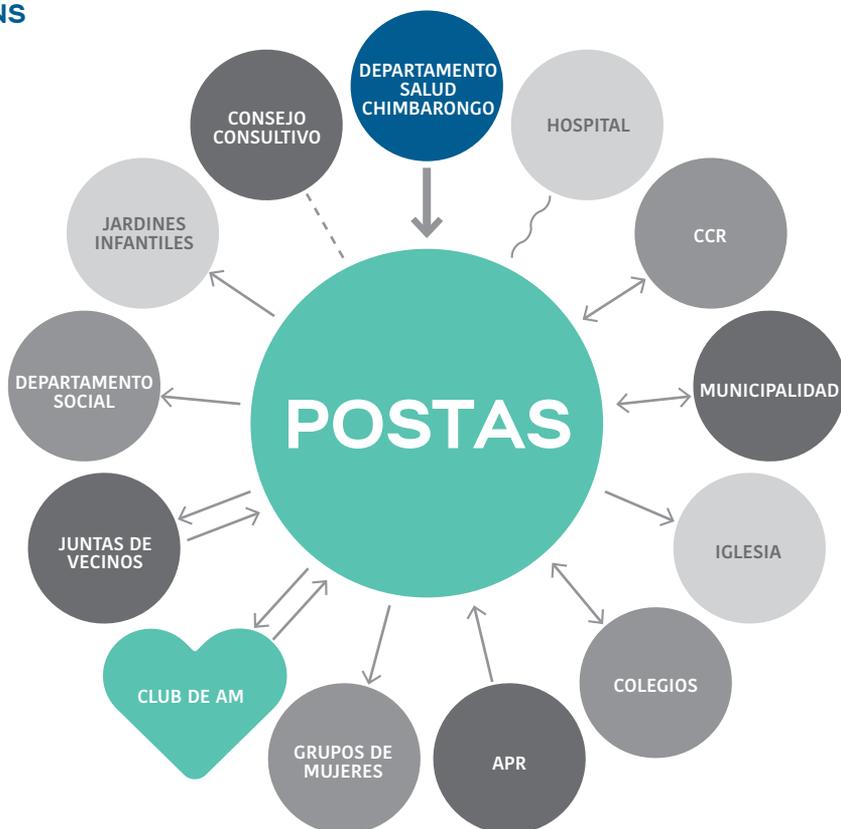
JORNADAS DE TRABAJO EN PROMOCIÓN DE SALUD Y DESARROLLO LOCAL COQUIMBO



JORNADAS DE TRABAJO EN PROMOCIÓN DE SALUD Y DESARROLLO LOCAL VALDIVIA



JORNADAS DE TRABAJO EN PROMOCIÓN DE SALUD Y DESARROLLO LOCAL O'HIGGINS



Cabe destacar la riqueza del trabajo realizado, la amplitud de actores identificados, el cómo visualizan las relaciones existentes, las características de colaboración o conflicto, cercanía o distancia; así como otros elementos que grafican las distintas interacciones que los Técnicos establecen en su trabajo cotidiano. En su conversación, analizaron qué factores dependen de los propios Técnicos y cuáles dependen de otros actores, planteando propuestas de reactivación para sus particulares realidades.

También, se identificaron factores claves para desarrollar redes de trabajo en las PSR, los que posteriormente fueron consolidados y agrupados por temáticas, dando cuenta de los siguientes ocho temas globales que en su opinión se requiere trabajar, para fortalecer un trabajo integrado de la red sectorial e intersectorial:

01 Comunicación permanente y efectiva con el intersector y la comunidad.

02 Empatía, relaciones interpersonales positivas y respeto.

03 Organización, planificación, liderazgo y trabajo en equipo.

04 Retroalimentación e información constante.

05 Responsabilidad y continuidad en el trabajo.

06 Conocimiento del Técnico de la comunidad e inserción en la comunidad.

07 Compromiso mutuo entre Técnicos y comunidad, confianza y cooperación.

08 Empoderamiento y participación colaborativa, objetivos en común con la comunidad.

Resulta relevante considerar estos elementos, dado que hay diversos factores que pueden demandar, condicionar y desencadenar una respuesta intersectorial. Entre estos destacan (8):

- Que exista la disposición del gobierno local para trabajar intersectorialmente, dar respuestas integradas y convocar al trabajo colectivo.
- Que exista reconocimiento de la necesidad del trabajo intersectorial en las políticas, reglamentación y orientaciones.
- Que existan personas con disposición para el trabajo participativo y cooperación mutua, lo que condiciona favorablemente el desarrollo de trabajo intersectorial.
- Que el análisis de la situación de salud de la comunidad, reconozca la influencia de los determinantes sociales, pues será más factible que las respuestas que se puedan generar, involucren a los sectores más allá de la salud.



LOS TÉCNICOS DE LAS POSTAS DE SALUD RURAL Y LA INTERSECTORIALIDAD

En su quehacer cotidiano los Técnicos establecen lazos con líderes, son un nexo activo con la comunidad, frecuentemente realizan entrevistas, invitaciones o citaciones. También, les preocupa activamente la coordinación entre municipio y salud, no solo por las derivaciones, sino que para crear confianzas y establecer un trabajo colaborativo. Un claro ejemplo fueron las actividades que realizaron en la pandemia de COVID-19, especialmente durante los años 2020 y 2021, sumándose o convocando a diversas iniciativas solidarias, de comunicación de riesgo con las distintas organizaciones de sus territorios.

Otra actividad intersectorial frecuente es coordinar acciones conjuntas salud-educación, para que adquieran un

carácter más permanente. Además del Trabajo Comunitario, donde se convoca a organizaciones, participa en reuniones y proyectos locales, así como preparando material informativo.

En esta línea, los Técnicos pueden asumir distintos roles, desde ser quien lidera el llamado al trabajo coordinado hasta ser un socio más en iniciativas provenientes de otros sectores:

- **Como líder.** En aquellos casos en que tiene el conocimiento sobre el tema y las medidas a tomar. Tal es el caso del papel jugado durante la pandemia de COVID-19, donde debió informar y articular la respuesta de salud en la comunidad.
- **Como negociador.** Cuando se tiene conocimiento del tema, de medidas eficaces, pero no controla el contexto donde se puede desarrollar. Aquí se puede mencionar, por ejemplo, el trabajo conjunto con escuelas para abordar problemas de alimentación no saludable.
- **Como socio.** Cuando reconoce el impacto que un problema tiene sobre la salud, pero no tiene conocimientos de cómo formular estrategias para abordarlo, ni el control para aplicarlas, pues provienen de otro sector. Se puede mencionar aquí la colaboración para mejorar condiciones de habitabilidad o reducir la deserción escolar.

Por último, en tiempo de pospandemia y crisis ambiental global, donde nos enfrentamos a nuevos desafíos epidemiológicos con una población que demanda más y mejores servicios, el rol del Técnico como “gestor-conector”, en ambientes de cooperación y confianza mutua, es fundamental para el abordaje integral de la salud de las familias rurales. Su conocimiento del territorio y de las dinámicas sociales que se generan en la comunidad, lo transforman en el actor sanitario clave para la ejecución de las acciones del MAIS, mediante un trabajo intersectorial que potencie su contribución al Desarrollo Local de los territorios rurales.



IDEAS FUERZA DEL CAPÍTULO

01 Los problemas de salud actuales tienen diversas **causas**, relacionadas con factores personales así como con las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan. El sector salud, por sí solo, no puede dar respuesta y requiere de la colaboración entre distintos sectores.

02 El Modelo de Atención de Salud Integral plantea la **intersectorialidad como eje de acción**, para el desarrollo de intervenciones que mejoren la salud de personas y comunidades.

03 En sectores rurales, los **Técnicos de las PSR han asumido distintos roles** en la articulación de intervenciones intersectoriales que fomenten la salud y el Desarrollo Local de sus comunidades.

REFERENCIAS

1. De Leeuw. Intersectoriality and health: a glossary. *J Epidemiol Community Health* 2022; 76:206-208
2. Salinas J. El cubo de la Promoción de Salud. Un enfoque integrado para el diseño de intervenciones efectivas. *Rev Chil Nutr* 2018;45(1):71-79.
3. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL. Chile, 2013.
4. Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2024. MINSAL. Chile, 2024.
5. Ministerio de Desarrollo Social. Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Orientaciones Técnicas para la Gestión de Redes Chile Crece Contigo, tercera edición, 2017.
6. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030. Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL. Chile, 2021.
7. Cunnil-Grau N. Resistencias a la colaboración interinstitucional. Aprendizajes para la implementación de las nuevas políticas sociales. *Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal* 2014; 14(23):7-32.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la intersectorialidad. MINSALUD. Colombia, 2016.



07

CAPÍTULO

PARTICIPACIÓN Y TRABAJO COMUNITARIO



NECESIDADES DE LA COMUNIDAD

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) posiciona a la participación como una estrategia clave para incorporar las necesidades y opiniones de las personas, e incidir así en las decisiones sobre aspectos que afectan su salud y de las comunidades.

Dado que el o los propósitos de la participación varían según el concepto que se utilice, es necesario preguntarse, ¿qué vamos a entender por participación en el ámbito del trabajo en salud?

De acuerdo a documentos y orientaciones técnicas, la Participación Social en Salud es definida como "... una estrategia de habilitación a las personas, para el ejercicio de poder decidir a nivel individual, familiar, grupal y comunitaria, en las temáticas sociosanitarias que les afectan en sus territorios" (1).

LEY 20.500 SOBRE ASOCIACIONES Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

En Chile, la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana, promueve y apoya iniciativas de la sociedad civil a participar en la gestión pública. Relacionado con esto, en el ámbito de salud, las orientaciones técnicas han descrito variados canales para fortalecer la participación, entre las cuales se cuentan (2):

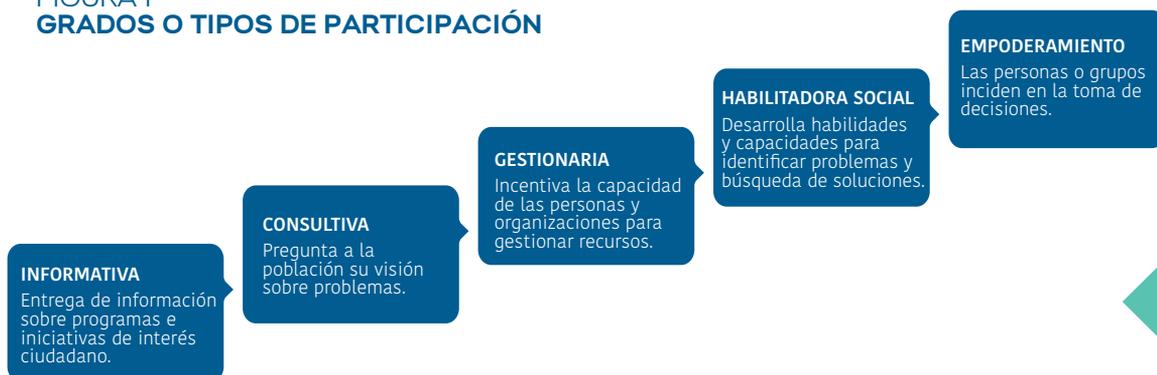
- **Ejercicio de derecho.** A través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias - OIRS.
- **Participación en Cuentas Públicas, Cartas de Derechos y Deberes.** Construidas con la comunidad organizada.
- **Consejos de Desarrollo Local, Consejos Consultivos y Comités Locales: instancias de participación a nivel de Dirección de Servicios de Salud, Hospitales y Centros de Salud Primaria.** En particular, el Consejo de Salud Local (CDL) es una instancia de participación entre los vecinos del sector, los miembros de organizaciones sociales con los funcionarios de los Centros de Salud Familiar.
- **Consejos Consultivos de Jóvenes, Cabildos y Parlamentos Infantojuveniles.** Conformados por representantes de usuarios/as organizados/as, organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud.
- **Participación en instancias de consulta ciudadana.** Con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud.
- **Participación en la evaluación y control social.** Sobre la gestión pública de salud.

En Promoción de Salud, la participación es descrita como una estrategia que permita a los actores sociales tener capacidades, habilidades y oportunidades para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo en salud.

La Participación Social en Salud es una estrategia de habilitación a las personas, para el ejercicio de poder decidir a nivel individual, familiar, grupal y comunitaria, en las temáticas sociosanitarias que les afectan en sus territorios.

Algunos autores señalan que un signo para determinar si una intervención es de Promoción de Salud o no, es si existe un proceso de empoderamiento de personas y comunidades. Esto abre la pregunta de qué índole es la participación que se implementa en las acciones de salud, para lo que la literatura describe diversos tipos o grados, según el objetivo que se busca. La figura siguiente permite graficar esta gradualidad (3):

FIGURA 1
GRADOS O TIPOS DE PARTICIPACIÓN



Podemos ver que las instancias como OIRS o Cuentas Públicas consideran la participación de las personas como usuarios y usuarias de un servicio que deben ser informados, descrito como un nivel básico de participación en la que la persona no ejerce mayor influencia sobre las decisiones del sistema. Señalar este punto es relevante porque se espera que la participación transite desde un modelo que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que recoge y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a incidir directamente en la toma de decisiones en materias que afectan a las personas y comunidades. Esto es particularmente importante en Promoción de Salud.

Respecto a la labor de las Postas de Salud Rurales (PSR), se plantea que estas cumplen con dos roles centrales, la Atención de Salud y Promoción del Desarrollo Local (4). Dentro de su primer rol se considera la ejecución de actividades de promoción y prevención con miras a la anticipación al daño, lo que sin duda requiere de personas y comunidades que tomen el control sobre las decisiones que afecten su salud. Aquí, la participación consultiva y vinculante es una estrategia para gatillar este proceso de empoderamiento.

Para contribuir al Desarrollo Local, los equipos de salud deben impulsar actividades de promoción, desarrollo comunitario y participación, desde la perspectiva de los DSS. Nos acercamos así a la participación comunitaria, imprescindible para transformar las circunstancias que determinan la salud de las poblaciones (5), y que permite construir una relación entre las personas y organizaciones con el equipo de salud en espacios distintos a donde se realiza la atención.

La participación comunitaria se construye a lo largo de un proceso, por lo que es necesario considerar recomendaciones, entre las cuales se mencionan: iniciar aproximándose a la comunidad, conocer sus creencias, formas de ver la realidad, organizaciones existentes y sus recursos; tratar de construir una visión común sobre la salud y el bienestar con la comunidad, ya que no siempre la visión del equipo de salud es coincidente con las de la comunidad; utilizar un lenguaje adecuado a la cultura de la comunidad y mantener canales de comunicación, lo que facilitará el adecuado acceso a la información sobre las iniciativas y trabajo que se realiza (6).

TRABAJO COMUNITARIO

El Trabajo Comunitario podría considerarse como una forma de participación social, que además del trabajo para, en y con la comunidad, espera generar un proceso de transformación. Pero cabe preguntarse, ¿qué entendemos por comunidad? Puede definirse como un conjunto de personas, organizaciones sociales e instituciones que tienen intereses comunes y comparten una visión similar de los problemas o necesidades que le aquejan o sobre una situación común. Si bien pueden habitar o no en el mismo sector geográfico determinado, se sienten parte de la comunidad.

Para llevar a cabo acciones que aborden las necesidades de salud de la comunidad, es necesario un trabajo para identificar sus problemas, elegir cursos de acción, ejecutarlos y evaluarlos. Una de las actividades que permite esto es el Diagnóstico Participativo, proceso mediante el cual las personas de la comunidad y el equipo de salud recogen y comparten información que permite conocer la situación de salud de la población, sus prioridades, las fortalezas y debilidades que poseen para enfrentar sus problemas, los recursos existentes y el problema sobre el que se quiere o debe actuar.

Algunos elementos a tener en cuenta en los Diagnósticos Participativos son:

- El conocimiento y experiencia de la comunidad son valorados y reconocidos.
- La comunidad y representantes de otras instituciones participan de todo el proceso.
- No es solo la identificación de problemas de salud, se debe avanzar en describir las causas y consecuencias de él.
- Además de recolectar información, es necesario analizarla para, en conjunto, sugerir áreas de acción y plantear objetivos.
- Requiere de metodologías participativas para su ejecución, que aseguren la participación real de las personas al momento que el equipo de salud realice el diagnóstico en una localidad.

En el marco del trabajo en Promoción de Salud, se requieren acciones individuales, colectivas e intersectoriales para mejorar y mantener la salud. Vale decir, considerar aspectos de las personas, familias, medio social, cultural, ambiental y de los servicios de salud en el desarrollo de estrategias. Esto es lo que propone el actual modelo de salud basado en activos, que se centra en las riquezas de las comunidades para tener salud, activando un proceso en que las personas jueguen un rol activo (7).



Las Metodologías Participativas buscan que las personas participen, opinen, analicen y propongan alternativas de solución a problemáticas que afectan al grupo, en un ambiente creativo, respetuoso y abierto.

METODOLOGÍAS Y TÉCNICAS PARA EL TRABAJO COMUNITARIO

Las Metodologías Participativas son un enfoque frecuentemente utilizado para el trabajo en salud, pues anima y fomenta que las personas se apropien de un tema y contribuyan con sus experiencias. Los participantes aportan de forma activa al proceso de enseñar y de aprender, en vez de recibir pasivamente la información de expertos de afuera (8). Si bien, han sido utilizadas para acciones educativas, también brindan un aporte para la reflexión en procesos de diagnóstico, planificación y evaluación participativos. Esto último, porque en ellas se busca que las personas participen, opinen, analicen y propongan alternativas de solución a problemáticas que afectan al grupo, en un ambiente creativo, respetuoso y abierto.

Estas metodologías parten siempre de la realidad, reflexionan sobre esta realidad y construyen nuevas formas de entenderla y actuar sobre ella (9). Dentro de sus características fundamentales están:

- Lúdica (aprender jugando).
- Reflexiva.
- Promueve diálogo, cuestionamiento y discusión.
- Creativa y flexible.
- Fomenta la pertenencia grupal.
- Formativa más que informativa (desarrollo de habilidades).
- Promueve el compromiso con el proceso y la realidad.

Una consideración central sobre el uso de metodologías participativas es un enfoque, por tanto, la utilización de una dinámica de animación al iniciar una sesión no es sinónimo de utilizar Metodologías Participativas. La dinámica es solo una técnica, pero debe estar en función de un proceso de formación u organización.



TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS PARA EL TRABAJO COMUNITARIO

En el Trabajo Comunitario algunas de las técnicas o herramientas más utilizadas son (10):

CONVOCATORIAS PARA EL TRABAJO COMUNITARIO

Actividad básica para el desarrollo de Trabajo Comunitario, que puede ser realizada en un primer momento por el equipo de salud y luego involucrar a las organizaciones de la comunidad. Esto es útil cuando se requiere convocar a grupos que habitualmente no participan, y la invitación hecha por parte de otras personas de la comunidad ya motivadas puede facilitar su integración.

Otras formas de convocatoria son a través de afiches en lugares de alto tránsito de personas, volantes, lienzos en lugares públicos, mensaje en programas de radios, redes sociales, invitaciones personalizadas cara a cara, en reuniones vía telefónica o mensajes de WhatsApp.

En cualquier caso, el contenido de la convocatoria debe ser claro y preciso, señalando para qué se convoca, a quiénes, dónde y cuándo. Además, considerar que no existe una forma única para convocar, por lo que se puede usar una combinación de formas según el contexto, aspectos culturales y la diversidad de organizaciones.

REUNIONES CON LA COMUNIDAD

Es un espacio donde se puede analizar una situación, tomar decisiones y planificar en conjunto actividades (6). Para mantener el interés y convocatoria de estas, se aconseja estructurarlas incluyendo los siguientes aspectos:

- **Planificación.** Donde se definan claramente los objetivos de la reunión, con qué información se debe contar, quiénes deben estar presentes, construir el programa de la reunión con otros/as, para asegurarse que esté bien enfocada y compartir el programa con anticipación con los/as invitados/as.
- **Organización.** Revisar aspectos logísticos, como el lugar, hora de inicio y término, pausas.
- **Conducción.** Que debe estar guiada por las reglas establecidas en conjunto, referidas, por ejemplo, a cómo moderar y facilitar la reunión. Para esto, algunas tareas son presentarse, dar espacio a la conversación, dirigir las presentaciones de forma que no se produzcan desvíos del tema de la reunión y mantener el rumbo.



LLUVIA DE IDEAS

Técnica de análisis general, que permite poner en común las ideas o conocimientos que cada participante tiene sobre un tema, para luego llegar a un acuerdo y conclusión. En el Diagnóstico Participativo, por ejemplo, se puede usar para recoger opiniones sobre los problemas de salud y luego hacer un ordenamiento de ellos o de las soluciones que se planteen.

MATRIZ DE PROBLEMAS

Técnica que permite priorizar problemas o temáticas de salud, de acuerdo a criterios como la importancia del problema para la comunidad, magnitud o qué tan común es, su gravedad, entre otros. El trabajo usando esta matriz permitirá ordenar los problemas e identificar cuál o cuáles son prioritarios de abordar.

SOCIOGRAMA

Puede considerarse como una técnica que permite el análisis de las interacciones grupales, ya que busca obtener de manera gráfica las distintas relaciones entre personas que conforman un grupo, poniendo así de manifiesto los lazos de influencia y de preferencia que existen en el mismo. En el caso de un proceso de Diagnóstico Participativo, permite identificar y caracterizar las relaciones entre los distintos actores y las posiciones de poder de quienes pueden apoyar u obstaculizar los acuerdos o los avances para implementar soluciones (3).

ÁRBOL DE PROBLEMAS

Técnica de análisis de problemas, que permite identificar sus causas y consecuencias, y posteriormente analizar sobre qué causas se deben dirigir las soluciones.

Esta técnica se basa en la utilización de un esquema en forma de árbol, ubicando en el tronco el problema, en las raíces sus causas y en sus ramas los efectos o consecuencias. Son frecuentemente utilizados en los Diagnósticos Participativos, para analizar un problema que ya ha sido priorizado, por tanto, se utilizan para describirlo de mejor forma.

En general sus pasos son:

- **Definir el problema central.** Vale decir, luego de la identificación, formularlo de forma clara y escrito en negativo. Por ejemplo: alta prevalencia de hipertensión, bajo nivel educacional, alta prevalencia de obesidad.
- **Definir los efectos o consecuencias del problema.** Identificar los efectos más importantes del problema en cuestión. Se trata de tener una idea del orden y gravedad de las consecuencias que tiene el problema que se ha detectado, lo que hace necesario la búsqueda de soluciones.
- **Identificar las causas.** Que se ubican en las raíces y que pueden estar relacionadas. Significa buscar qué elementos están o podrían estar provocándolo, intentando llegar a las causas primarias que están originando el problema.

LOS TÉCNICOS DE LAS POSTAS DE SALUD RURAL Y LA PARTICIPACIÓN

En el trabajo en zonas rurales se han desarrollado diversas acciones para promover la participación de la comunidad, siendo el Técnico de Posta Rural un actor principal del Trabajo Comunitario. Algunas de estas acciones son:

- **Insertar y conocer a la comunidad.** Relacionándose de forma horizontal, que le permita conocer su historia, experiencias, necesidades e identificar sus líderes y organizaciones existentes. Esta inserción y conocimiento es el punto inicial de cualquier Trabajo Comunitario.
- **Colaborar en la creación de organizaciones de la comunidad o fortalecer aquellas existentes.** Tales como grupos de personas mayores o junta de vecinos.
- **Fortalecer la relación con actores presentes en la comunidad.** Un aliado relevante para las acciones comunitarias en salud con las escuelas, lugar de reunión frecuente de la comunidad. Es posible también integrar a empresas privadas que se encuentran en la localidad, que además son fuente laboral de las personas de la comunidad.
- **Generar reuniones formales con las personas y organizaciones de la comunidad.** Donde puedan compartir opiniones y visiones de su situación de salud. Un ejemplo es la creación de una mesa de trabajo para abordar la problemática de micro basurales o perros callejeros, con reuniones periódicas de trabajo.
- **Incorporar a las personas y organizaciones de la comunidad.** En el diagnóstico, planificación y evaluación de acciones de Promoción de Salud.

En relación con el último punto, la Norma Técnica de PSR 2021 plantea que contar con un diagnóstico de salud, familiar, comunitario y participativo permitiría avanzar en la programación de actividades más acordes a las necesidades y característica de la población.

A partir de la participación y Trabajo Comunitario, se espera que grupos de la comunidad que comparten alguna necesidad o problema, traten activamente de identificar soluciones, tomen decisiones y definan estrategias para abordarlas. Se genera así un aprendizaje al reconocer que la salud está influenciada por diversos factores y determinantes sociales, haciendo evidente la necesidad de un trabajo colectivo (11).



IDEAS FUERZA DEL CAPÍTULO

- 01** **La Participación en Promoción de Salud debe permitir a los actores sociales tener capacidades, habilidades y oportunidades** para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas, en la perspectiva del desarrollo en salud.
- 02** **Las Postas de Salud Rurales deben colaborar a la Promoción del Desarrollo Local**, para lo que es clave desarrollar trabajo con la comunidad.
- 03** **Para abordar las necesidades de salud del territorio**, la comunidad debe integrarse activamente en la identificación de problemas, en la toma de decisiones y en la solución.
- 04** **Las Metodologías Participativas son un método y enfoque recomendable para el Trabajo Comunitario**, pues fomenta que las personas se apropien de un tema y contribuyan con sus experiencias.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. En el camino a Centro de Salud Familiar. Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales/MINSAL, 2008.
2. Ministerio de Salud. Orientaciones para la programación y planificación en Red 2022: Anexo 3 Participación Ciudadana en Atención Primaria. Chile: Ministerio de Salud, 2021.
3. Salinas J. El Cubo de la Promoción de Salud. Un enfoque integrado para el diseño de intervenciones efectivas. Rev Chil Nutr 2018; 45(1): 71-79.
4. Ministerio de Salud. Norma Técnica Postas de Salud Rural. Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales / MINSAL, 2021.
5. López-Bolaños L, Campos-Rivera M, Villanueva-Borbolla MA. Compromiso y participación comunitaria en salud: aprendizajes desde la sistematización de experiencias sociales. Salud Pública Mex 2018; 60:192-201.
6. Organización Panamericana de la Salud. Municipios y comunidades saludables: guía de los alcaldes para promover la calidad de vida. Washington: OPS, 2004.
7. García M, Cardo A, Barranco J, et al. Salud Comunitaria Basada en activos. España: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2018.
8. Departamento de Participación Social y Gestión Integral del Usuario. Guía metodologías participativas para facilitadores de grupos. Documento de trabajo. Chile: Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, 2017. Disponible en <https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2019/03/Gu%C3%ADa-de-metodolog%C3%ADas-participativas-para-Facilitadores-de-grupos.pdf>
9. Programa Atención Integral del Adolescente PAIA. Precisiones Metodológico-Técnicas: para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en la adolescencia. En: toques para estar en todas. Costa Rica: Caja Costa Costarricense de Seguro Social; 2000. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/todas/modulo%20socioeducativo.htm>
10. Fundación EPES. Manual de Trabajo Comunitario Postas de Salud Rural. Chile: MINSAL, 2010. Disponible en: https://epes.cl/wp-content/uploads/2022/04/Manual_de_Trabajo_Comunitario_Postas_de_Salud_Rural.pdf
11. Fundación EPES, División de Atención Primaria. Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF. Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales/MINSAL, 2016.



08

CAPÍTULO

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN



DESAFÍOS DE LA EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD

En la actualidad el sistema de salud se enfrenta al desafío de adaptar sus prácticas para abordar problemas derivados del envejecimiento de la población, predominio de cánceres, enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas. Es así como la Estrategia Nacional de Salud al 2030, define entre sus objetivos estratégicos y ejes el trabajo en relación con Entornos Saludables y las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (1). Este llamado al cambio y adecuación al nuevo escenario de salud resulta relevante, toda vez que el sistema sanitario se ha caracterizado por un funcionamiento centrado en la enfermedad, con mayor énfasis en el desarrollo de acciones curativas y rehabilitadoras.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En Atención Primaria de Salud la Educación para la Salud ocupa un espacio fundamental, en tanto es una estrategia que colabora en la Promoción de Salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, influyendo positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de las personas y comunidades, en relación con su salud.

La Educación para la Salud ha transitado por diversas formas, desde estar centrada en la transmisión de la información para el cambio de conductas a aquella que apunta a desarrollar un proceso de empoderamiento de las comunidades. En el marco del trabajo promocional, la OPS utiliza un enfoque de Educación para la Salud más integral, que dé cuenta de las necesidades actuales en salud, vale decir, mantener la salud con acciones de autocuidado, así como de construcción colectiva de la salud (2). Señala que aprendemos para vivir mejor, no solo en lo individual sino en lo grupal y colectivo, se espera así colaborar en fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

Hoy en día, la OMS plantea que la Educación para la Salud conduce a la Alfabetización en Salud, vale decir a generar conocimiento, motivación y competencias para acceder, comprender, evaluar y aplicar la información de salud, con el fin de tomar decisiones en la vida cotidiana en materia de salud, prevención de enfermedades y Promoción de Salud, para mantener o mejorar la calidad de vida a lo largo de la vida (3). Tiene efectos a nivel personal, pues permite que las personas puedan obtener y comprender información sobre salud y los servicios básicos, así como desde la mirada de salud pública (4). Esto último es relevante en el contexto de salud de comunidades afectadas por la contaminación, cambio climático y pérdida de biodiversidad, que requieren acciones integradas entre los organismos involucrados y una ciudadanía empoderada para construir un hábitat sostenible (5).

Aprendemos para vivir mejor, no solo en lo individual sino en lo grupal y colectivo.

Un enfoque fundamental en la educación de adultos es la Educación Popular, debido a que su metodología impulsa procesos tendientes a fortalecer la organización, rescatar los valores culturales de la población y generar prácticas orientadas hacia la autogestión, en aquellos aspectos relacionados con el mejoramiento de las condiciones de vida. De hecho, es posible observar que la Educación Popular, en el ámbito del modelo de salud familiar, posibilita una nueva forma de hacer, ya que parte del reconocimiento de la persona con sus saberes, prácticas y cultura (6).

ASPECTOS CLAVES EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Considerando estos y otros elementos, se señala que algunos aspectos claves para el trabajo de Educación para la Salud con personas adultas son (7):

- **Abordar conocimientos que sean de utilidad para el día a día, que sirva para el hoy.** Si los contenidos no son relevantes para los objetivos de la persona, es probable que abandone el taller o curso.
- **Reconocer que la persona tiene conocimientos y experiencias de vida.** Las que deben considerarse como punto de partida. El/la adulto/a entra al diálogo desde lo que ya sabe.
- **Considerar el aprendizaje de forma integral.** En el que están involucradas la cabeza (conocimientos), el corazón (emociones) y el cuerpo (habilidades).
- **Crear un ambiente de confianza.** Para que las personas puedan compartir sus ideas y experiencias.
- **Aplicar de forma inmediata lo aprendido.** Que la persona se dé cuenta que puede hacerlo, aumenta, también, la retención de lo aprendido. Las actividades educativas deben incluir el “aprender haciendo”, donde practiquen inmediatamente lo aprendido.

Es relevante señalar que los cambios de comportamiento no son instantáneos ni radicales, algunos son más dificultosos que otros, son distintos para todas las personas e incluso para la misma persona en distintos momentos o etapas de su vida. Las expectativas de los equipos de salud, respecto a los cambios de comportamiento, a menudo incluyen cambios que no coinciden con las situaciones, expectativas y decisiones de usuarios y usuarias, generando frustraciones.

La metodología de educación mayormente utilizada en los Centros de Salud y PSR ha sido el taller educativo, pues permite activar procesos de aprendizaje individual y colectivo que lleve a mejorar la salud. El taller es un lugar o momento donde se trabaja y elabora un producto de forma conjunta, se enseña y aprende realizando algo, recogiendo entonces la recomendación de aprender haciendo.

Actualmente, en el trabajo con población infantil y adolescente una estrategia de educación que ha adquirido relevancia es la motivación y desarrollo de competencias para una vida más sana a través de la Gamificación.

Los cambios de comportamiento no son instantáneos ni radicales, algunos son más dificultosos que otros, son distintos para todas las personas e incluso para la misma persona en distintos momentos o etapas de su vida.

TALLER EDUCATIVO

En el caso del Taller Educativo, el primer paso en la planificación de una sesión es conocer a quienes participan, sus características, cuáles son los temas que les moviliza a aprender, sus expectativas, recursos, experiencias previas, limitaciones, entre otras. Para el trabajo en APS, es recomendable indagar sobre la disponibilidad horaria de los y las participantes, que facilite la asistencia de población trabajadora, cuidadoras o jefas de hogar. Esta información, orientará no solo los temas a abordar, sino también las actividades de aprendizaje a desarrollar y la evaluación.

Luego, podemos describir 3 grandes momentos en un taller educativo:

01 Etapa inicial

Se recomienda preparar el lugar previamente, de manera que los participantes tengan contacto visual, que el espacio físico sea como para las actividades del taller.

Dar la bienvenida al taller y presentar sus objetivos de manera clara y sencilla. Se puede mencionar las actividades y mencionar los tiempos para cada actividad. Se puede acordar algunos principios básicos del taller, como el respeto y tolerancia.

Es relevante generar un clima de confianza y en el que las personas estén dispuestas al aprendizaje, introduciendo una dinámica de presentación adecuada al grupo. Luego, averiguar cómo viven o sienten el problema o tema, partir “de lo que saben, sienten y pueden hacer”.

02 Etapa central

Momento más creativo del taller, cuando se construyen los aprendizajes. Se realiza alguna dinámica para facilitar la adquisición de aprendizajes útiles para el día a día.

Se recomienda combinar actividades grupales centradas en la vida real de los participantes, que permitan alcanzar los objetivos.

03 Etapa final

Momento en el que se hace una evaluación del aprendizaje a través de una dinámica y síntesis final. Quienes participan pueden realizar una reflexión grupal y expresar un compromiso personal respecto a lo aprendido.

Una propuesta para ordenar la planificación de un taller educativo se observa en el Anexo 2.





COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

La Comunicación en Salud puede definirse como el arte y las técnicas para informar, influir y motivar al público sobre temas de salud relevantes desde la perspectiva individual, comunitaria e institucional (8). Al igual que la Educación para la Salud, la comunicación se ha realizado desde distintos enfoques, cumpliendo funciones como informar y persuadir a las personas sobre lo que debe hacer, mejorar la imagen de las organizaciones o consultar a las comunidades sobre iniciativas específicas. Pero los desafíos en salud actuales demandan, también, una Comunicación para la Salud, que no solo sea la transmisión vertical de ideas, sino que ayude a las personas a identificar sus problemas, apoye la movilización comunitaria para la salud e informe sobre prácticas saludables. Estos propósitos son similares al trabajo en Educación para la Salud, por lo que sin duda tiene un carácter sinérgico.

Dentro de los ámbitos de trabajo en comunicación, se mencionan, por ejemplo, tratar temas de salud en medios masivos, difusión científica, comunicación paciente-personal de salud y diseño de campañas de comunicación para la prevención de enfermedades. Así, la comunicación en salud, persigue distintos propósitos, como el cambio de conductas individual, influir en la sociedad para crear un entorno y cultura más saludable, fortalecer la acción colectiva para resolver un problema de salud, entre otros. A partir de esto, se pueden identificar estrategias distintas.

La comunicación interpersonal y grupal puede colaborar en el logro de cambios de conductas individuales e influir en un grupo para apoyar o sancionar un comportamiento, y, por tanto, que las personas adopten una conducta más saludable. Para esto, debe ponerse atención tanto en el contenido de lo que se dice (nivel de contenido) al igual de cómo se dice (nivel de relación). Cada gesto comunica, por ello es importante

Los actuales desafíos en salud demandan una comunicación que ayude a las personas a identificar sus problemas, apoye la movilización comunitaria para la salud e informe sobre prácticas saludables.



Foto de Chris Stenger en unsplash.com + IA

cuidar el tono de voz que se utiliza, la expresión facial, las posturas, la velocidad del mensaje y hasta la ubicación de las personas en un lugar (al centro, adelante, en un rincón). A veces decimos algo con palabras, pero expresamos lo contrario con el lenguaje corporal.

Recogiendo esto, en el desarrollo de la comunicación interpersonal se recomienda aplicar algunas habilidades como

- **Escuchar activamente, con disposición física, afectiva y psíquica.** Dar tiempo para escuchar, evitando fingir que se escucha o los prejuicios personales: “usted no sabe, no sea porfiada/o”; generalizaciones: “todas llegan tarde”; prejuicios sociales, interpretaciones, suposiciones, entre otras.
- **Responder con empatía.** Renunciando, en alguna medida, al punto de vista propio para “ponerse en el lugar del otro”.
- **Utilizar un lenguaje “inclusivo”.** Evitando expresiones discriminatorias, ofensivas o estereotipadas, por ejemplo, frente a una discapacidad: la “cieguita”; la pertenencia a un pueblo originario: la “india”; el color de la piel: “negrita”; los roles de género: “mijita”; la situación social: “pobre”, o en la actualidad el lenguaje sexista.

Por otro lado, la comunicación masiva puede contribuir a divulgar información en salud, a través, por ejemplo, de radios locales, carteles en lugares que congregan a la comunidad, pendones, entre otros.

En el ámbito de la Promoción de Salud, también es relevante la movilización social, a través de acciones de comunicación que permitan convocar voluntades para actuar sobre un asunto o problema de salud. Esto puede realizarse a través de conversaciones con grupos de la comunidad, líderes tradicionales, líderes de organizaciones vecinales, actores claves de instituciones presentes en el territorio u otras personas con poder de decisión.

Actualmente, ha adquirido importancia la comunicación a través de tecnologías de la información, por ejemplo, con el uso de aplicaciones que promuevan el autocuidado, uso de redes sociales con información en salud o para posicionar un asunto de salud en la comunidad.

ASPECTOS A CONSIDERAR EN UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN EN SALUD

El punto inicial, al momento de pensar en una acción de comunicación en salud, es conocer el problema de salud que se desea resolver, respondiendo preguntas como: ¿De qué problema se trata? ¿Cuáles son sus causas? ¿A quiénes afecta y cómo? ¿Cuáles son las opiniones de las personas al respecto? ¿Qué actividades se han hecho antes para abordarlo?, entre otras.

Esta definición del problema de salud permitirá plantear de forma más precisa los objetivos de la acción de comunicación que desea realizar, de modo que sean específicos y realizables. Estos objetivos pueden estar relacionados con aumentar conocimientos, cambiar creencias y/o demostrar alguna conducta.

En general, se plantea que los aspectos clave para lograr mayor efectividad con la comunicación en salud, son conocer a la audiencia a la que se dirige la acción de comunicación, identificar los medios apropiados y el mensaje (9).

Respecto a la audiencia, se suele identificar una audiencia o público primario, que es aquel con el que se debe trabajar en conjunto para modificar sus conocimientos, actitudes o prácticas; y una audiencia o público secundario, que será aquel que puede influir en la audiencia primaria, pero no son quienes deben tomar una decisión para hacerlo. A modo de ejemplo, en una campaña de comunicación para prevenir el consumo de drogas en adolescentes, el público primario son las y los jóvenes, y el público secundario sus apoderados/as y comunidad educativa.

Para conocer al público objetivo se recomienda realizar una caracterización de él, que incluya aspectos:

- **Físicos.** Sexo, edad, estado de salud, enfermedades más frecuentes, etc.
- **Conductuales.** A qué medios de comunicación tiene acceso y usan, participación en organizaciones, asistencias a centro de salud, otras características de sus estilos de vida, etc.
- **Demográficos.** Ocupación, ingresos, nivel de educación, lugar de residencia, lugar de trabajo, etc.
- **Psicográficos.** Conocimientos, actitudes, opiniones, creencias, etc.

Esta información ayudará a hacer una descripción más clara del público objetivo, facilitando la definición del contenido del mensaje que se desea entregar.

Los aspectos clave para lograr mayor efectividad con la comunicación en salud, son **conocer a la audiencia a la que se dirige la acción de comunicación, identificar los medios apropiados y el mensaje.**



Foto de Edwin Harvey en unsplash.com

Algunas recomendaciones para la construcción del mensaje son:

- **Que sean claros.** Evitando palabras técnicas.
- **Conceptualmente uniformes.** Definiendo las palabras más difíciles.
- **Que sean redundantes.** Vale decir, repitiendo y destacando los conceptos más importantes.
- **En tono positivo.** Evitando frases negativas y prohibiciones.
- **Creíbles.** Usando fuentes confiables para el público y mensaje centrado en ellas/ellos.
- **Breves.** Transmitir una o dos ideas máximo.
- **Que sean testimoniales.** Con situaciones reales de la vida cotidiana.

También, se aconseja tener en cuenta algunos elementos para la selección de los materiales en los que se va a transmitir el mensaje, entre los que destacan:

01 La comunidad debe participar en su construcción, que puede ser participando en la construcción del mensaje, elaborando el material propiamente tal o probándolo.

02 Los materiales deben incluir imágenes, lenguaje o narraciones del lugar, de forma que esté relacionado con la vida diaria de la comunidad.

03 Los materiales deben reforzarse, y para ello es aconsejable que el mensaje sea tratado a través de diversos materiales: afiches, folletos, discusiones grupales, entre otras.

04 Los materiales deben cambiar periódicamente.

05 Los materiales deben respetar las tradiciones culturales.

06 Es recomendable que los materiales sean sometidos a una prueba.

Las recomendaciones anteriores relevan que un aspecto en la planificación de acciones de comunicación en Promoción de Salud es que sea participativa, integrando a las personas y comunidades a lo largo de las actividades. El esquema a continuación, da algunos ejemplos de acciones que se pueden realizar de forma participativa.



En el escenario actual de cambio climático y enfermedades emergentes y reemergentes, ha cobrado especial importancia la Comunicación del Riesgo, que permita prepararse y responder ante situaciones de emergencias y desastres, con comportamientos positivos y decisiones fundamentadas. Dado que la APS es el primer contacto con la población, los equipos deben brindar información oportuna, clara y de utilidad para la toma de decisiones y las medidas a adoptar para protegerse a sí mismos, a su familia y su comunidad (10).

Más información sobre esta estrategia se puede encontrar en el siguiente enlace:

Manual de Comunicación del Riesgo en Emergencias y Desastres en Salud

<https://degreyd.minsa.cl/wp-content/uploads/2018/04/MANUAL-COMUNICACION-DE-RIESGO-MINSAL-Versi%C3%B3n-1.0-18-diciembre-2020.pdf>

LOS TÉCNICOS DE LAS POSTAS DE SALUD RURAL Y SU TRABAJO EN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

En la práctica, los Técnicos son articuladores y facilitadores de los procesos de aprendizaje de personas y comunidades, por ejemplo, en el acompañamiento de personas con dependencia severa y su atención por medio de visitas domiciliarias, como un trabajo sistemático con las familias inscritas y su colaboración en la creación de acciones a favor del desarrollo sustentable.

Las técnicas educativas más utilizadas con la comunidad para generar procesos educativos, que describen los Técnicos, son:

- **Sesiones educativas y taller.** En la que abordan un tema específico de salud, el número de sesiones dependerá de la complejidad del tema a tratar. Generalmente, las sesiones se organizan con metodología de taller.
- **Discusión en grupos.** Intercambio de ideas y experiencias, desarrolla solidaridad y tolerancia. Proporciona oportunidades para aclarar errores o mitos discretamente. Requiere de un moderador capacitado para que no se pierda el foco y evite que algunos participantes monopolicen la discusión.
- **Educación individual o familiar.** Instancia en que se establece una relación con la persona y familia, donde se ofrece información adecuada y adaptada a las necesidades. En ellas, se entrega material educativo en salud, como guías anticipatorias.
- **Presentación sobre un tema de salud.** Se utiliza en especial cuando se desea entregar conocimiento nuevo, vale decir, cuando la información es desconocida para las personas y no se puede introducir a partir de sus conocimientos y experiencias. Por tanto, su objetivo principal en la entrega de información. Un ejemplo claro de su utilización fue en contexto de pandemia, donde se necesitaba entregar información sobre el cuidado.

En Comunicación para la Salud, los Técnicos desarrollan su trabajo adecuando contenidos y mensajes de salud acorde al lenguaje, cultura y realidad social de la comunidad en la que trabajan, y seleccionan los medios apropiados para motivar a personas para mantener su salud sobre temas que afectan a la comunidad. Durante la pandemia, los Técnicos también asumieron un rol protagónico en la comunicación a la población sobre las medidas de protección personal y familiar.

IDEAS FUERZA DEL CAPÍTULO

- 01** **La Educación para la Salud debe apuntar a mantener la salud con acciones de autocuidado,** así como de construcción colectiva de la salud.
- 02** **La educación con adultos debe partir de las experiencias y conocimientos de las personas,** incluyendo el análisis del entorno en que ellas viven y se desarrollan.
- 03** **La Comunicación para la Salud** permite compartir conocimientos y prácticas que puedan conducir a una mejor salud.
- 04** **Para mayor efectividad de las acciones de comunicación es clave identificar con claridad el objetivo a lograr,** conocer la audiencia y seleccionar los mensajes y medios apropiados a ella.
- 05** **La Educación y la Comunicación para la Salud son metodologías básicas** y actúan de forma sinérgica para mejorar la salud personal y de las comunidades.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030. Chile: Subsecretaría de Salud Pública/MINSAL, 2022.
2. Organización Panamericana de la Salud. Documento conceptual: Educación para la Salud con enfoque integral. Concurso de Experiencias significativas de Promoción de Salud en la Región de las Américas. Washington: OPS/OMS; 2017. Revisado 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>
3. Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12:80
4. Shahid et al. Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. BMC Health Service Research 2022; 22:148
5. Barra R, Salazar O, Zilic F, Zilic M. Antropoceno, alfabetización en salud y hábitat sostenible. En: Universidad Central Marta Abreu. Nuevos escenarios en América Latina. 1ª edición. Cuba: Editorial Samuel Feijóo; 2022
6. Vivero L. La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar. Cienc enferm. 2013; 19(3):11-116
7. Walker R, Montero L. Principios Generales de la Educación de Adultos. Rev Chil Med Fam. 2004; 5(2):65-7
8. Organización Panamericana de la Salud. Herramientas de Comunicación para el Desarrollo de Entornos Saludables. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud n°46. Washington: OPS; 2006.
9. Organización Panamericana de la Salud. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington: OPS/Fundación Kellogg, 2001.
10. Ministerio de Salud. Manual de Comunicación del Riesgo en Emergencias y Desastres en Salud. Mesa de Comunicación del Riesgo, MINSAL. Santiago, 2020.



09

CAPÍTULO

PROYECTOS LOCALES

Foto de Juan Manuel Núñez Méndez en unsplash.com

RESOLVER UN PROBLEMA

Se espera que las Postas de Salud Rural contribuyan a la satisfacción de la necesidad de salud de su comunidad, a través de acciones individuales, comunitarias e intersectoriales. A modo de ejemplo, una PSR puede desarrollar Trabajo Comunitario en educación ambiental, vigilancia ambiental, implementación de huertos alimentarios, entre otros. Una forma de abordar esta tarea es generar proyectos, que, a través de la ejecución de una serie de actividades, lleve a resolver un problema y así colaborar a una mejor salud y calidad de vida de sus comunidades (1).

En general, un proyecto se define como un conjunto de actividades que están orientadas al logro de un objetivo o fin, y que están condicionadas por un entorno político, social y económico (2).

Y EN PARTICULAR, AQUELLOS PROYECTOS QUE APORTAN AL DESARROLLO COMUNITARIO SON LOS PROYECTOS LOCALES, que se espera sean planteados y gestionados por la misma comunidad. Por ello, los Proyectos Locales son muy cercanos a los denominados proyectos comunitarios, los que pueden definirse como un conjunto programado de actividades orientadas a lograr uno o varios objetivos, para dar respuesta a una necesidad o problema de la comunidad (3).

Un Proyecto Local es aquel que aborda necesidades de la comunidad.

La característica distintiva de este tipo de proyectos es que responden a problemas identificados por la comunidad o relevantes para el Desarrollo Local, por lo que no es secundario preguntarse quiénes planifican, con qué criterios y prioridades. La OPS, el año 1999, relevó la importancia de integrar la visión, experiencia e intereses de la comunidad afectada, en todos los momentos del proceso de planificación, para dar respuesta a sus problemas, utilizando y desarrollando sus propias capacidades. Esta forma de trabajo, pone en el centro la participación comunitaria y el trabajo coordinado con los diferentes sectores que actúan en la localidad (4).

El involucramiento de actores de la comunidad y/o sus destinatarios, puede estar en las distintas etapas que sigue todo proyecto, vale decir:

- En el momento inicial de acercamiento y conocimiento de la comunidad.
- En la definición de soluciones o cómo intervenir.
- En la ejecución de las actividades.
- En la evaluación y comunicación de resultados.

La mayor integración permitirá una mejor adecuación del proyecto al contexto local y sus particularidades, además de aumentar la pertinencia cultural y territorial.

Por otra parte, dado el carácter multifactorial de los problemas de salud que afectan actualmente las comunidades rurales, se requiere de esfuerzos de distintos sectores para su resolución. Esto posiciona a la intersectorialidad como un pilar básico en la formulación de proyectos locales.

Esta forma de trabajo, pone en el centro la **participación comunitaria y el trabajo coordinado con los diferentes sectores que actúan en la localidad.**

Por ejemplo, un proyecto que busca fomentar un estilo de vida saludable en la población adulta de una comunidad rural, integró a sus actividades al Comité de Salud, la Junta de Vecinos, la iglesia, una agrupación indígena y una agrupación de adultos mayores, ya que el ambiente físico y social tiene una gran influencia en las decisiones que las personas tomen sobre su salud.

Los proyectos locales o comunitarios requieren de una gestión participativa, vale decir, involucrar a la comunidad en las distintas etapas del proyecto.

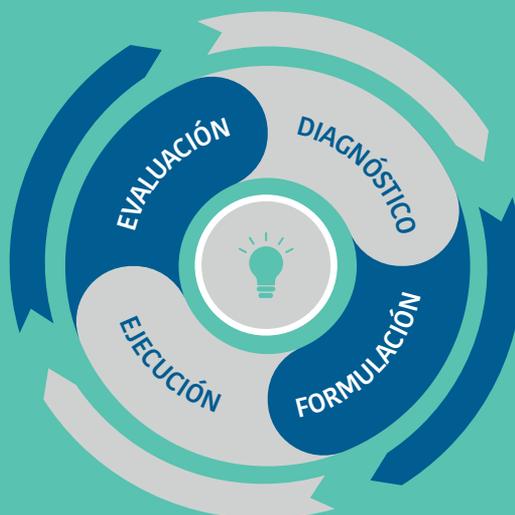
ETAPAS DE UN PROYECTO

Para la realización de un proyecto, debemos seguir una serie de pasos que permitan transformar una idea para resolver un problema, a la implementación de la solución. Como lo muestra la infografía inferior, un proyecto se inicia con un *diagnóstico* donde se identifica y describe el problema o la situación inicial negativa que se desea transformar. En la *formulación* de la intervención se plantean los objetivos, actividades y definen los recursos necesarios para dar solución al problema. Elementos de estas dos etapas son las que se incluyen en formularios de postulación a proyectos.

La *ejecución* es la puesta en marcha de la solución, que incluye el monitoreo de las actividades, para que se realicen de acuerdo con lo planificado y/o ajustarlas de ser necesario.

Finalmente, en la *evaluación-cierre* se identifica el logro de los objetivos. Es recomendable efectuar reuniones finales con la comunidad, para compartir experiencias durante la realización del proyecto y comunicar los resultados.

Como se mencionó anteriormente, los proyectos locales o comunitarios requieren de una gestión participativa, vale decir, involucrar a la comunidad en las distintas etapas del proyecto.



ETAPA DE DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es el primer momento de la planificación, donde se intenta conocer una situación negativa que interesa transformar. Cuando este proceso se realiza a través de un trabajo organizado y compartido con la comunidad, hablamos de Diagnóstico Participativo. Esta instancia de trabajo, permite la identificación de problemas con la comunidad, que luego pueden ser abordados a través de un proyecto comunitario.

EN ESTA ETAPA SE ESPERA RESPONDER A PREGUNTAS BÁSICAS COMO:

- ¿Existe un problema? ¿Cuál es?
- ¿Qué magnitud tiene? ¿Se cuenta con información adecuada?
- ¿Quiénes están afectados?
- ¿Cuál es el entorno demográfico, geográfico, económico y social del problema?
- ¿Cuáles son sus principales causas y consecuencias?
- ¿Cuáles son los actores relevantes del problema?
- ¿Qué oferta existe para solucionarlo? ¿Cuáles son las principales dificultades para enfrentarlo?

Desde la mirada de la Promoción de Salud y su contribución al Desarrollo Local, estas respuestas deben considerar el enfoque de determinantes sociales, vale decir, considerar que los problemas de salud y sus causas, están condicionadas por el contexto social en que las personas y comunidades viven y se desarrollan.

CÓMO RESPONDER A ESTAS PREGUNTAS

Una opción es recurrir a información recolectada por otros organismos o instituciones, y que contiene datos útiles para describir el problema. En este caso, podemos mencionar informes de las Encuestas Nacionales de Salud, bases de datos de características sociales (CASEN), estadísticas de población (CENSO), estadísticas de salud (REM), Cartolas Familiares, entre otros. En especial mencionar documentos, estudios y diagnósticos sectoriales que se generan en el municipio con información de la comuna y sus localidades: Planes de Desarrollo Comunal (PLADECO), Plan de Salud Comunal, Plan de Educación Municipal, etc. A este tipo de fuente, elaborada por otros y que se usan para el proyecto, se les denomina Fuente Secundaria.

Si no existe información previa, es desactualizada o se necesitan otros datos, es posible que el propio equipo a cargo del proyecto, levante y recolecte datos para su propósito. A esto se denomina Fuente Primaria.



Foto de Dylan Gillis en unsplash.com

A modo de ejemplo de Fuente Primaria, para describir un determinado problema se puede realizar:

- **Entrevista con el/la encargado/a de un Programa del Establecimiento de Salud**, para obtener información sobre su magnitud, quiénes están más afectados y qué acciones se han realizado previamente. Es lo que podemos denominar opinión de expertos/as.
- **Entrevista con profesor/a de la Escuela o líderes comunitarios**, sobre condiciones sociales donde ocurre un problema.
- **Reuniones con líderes comunitarios e integrantes de la comunidad**, para analizar las causas del problema y sus consecuencias.

Los indicadores iniciales mostrarán cómo es la situación previa al proyecto, lo que comúnmente se denomina **Línea Base, y es sobre esta línea que se hace la comparación para evaluar los resultados del proyecto (5).**

Otras técnicas posibles para recoger información desde la perspectiva de la comunidad, pueden ser la observación en base a una pauta, entrevistas grupales, asambleas o talleres grupales, grupos focales, lluvia de ideas, entre otras.

Si lo que se requiere es recolectar datos cuantificables como información estadística, epidemiológica, de caracterización social y económica, se pueden utilizar técnicas como encuestas o cuestionarios con preguntas y respuestas cerradas, registros clínicos, test de medición, entre otros.

Es importante señalar que esta información inicial para describir y precisar la magnitud del problema, facilitará posteriormente la evaluación. Estos son los indicadores que mostrarán cómo es la situación previa al proyecto, lo que comúnmente se denomina Línea Base, y es sobre esta línea que se hace la comparación para evaluar los resultados del proyecto (5).

Luego, en el diseño de un proyecto, un ejercicio importante es el análisis de las causas que generan el problema a abordar y sus efectos. En la medida que se tenga claridad sobre las causas, se podrá colaborar de mejor forma en la resolución del problema.

EL ÁRBOL DE PROBLEMAS

Un método frecuentemente utilizado para analizar causas y efectos es el Árbol de Problemas, que sugiere los siguientes pasos (6):

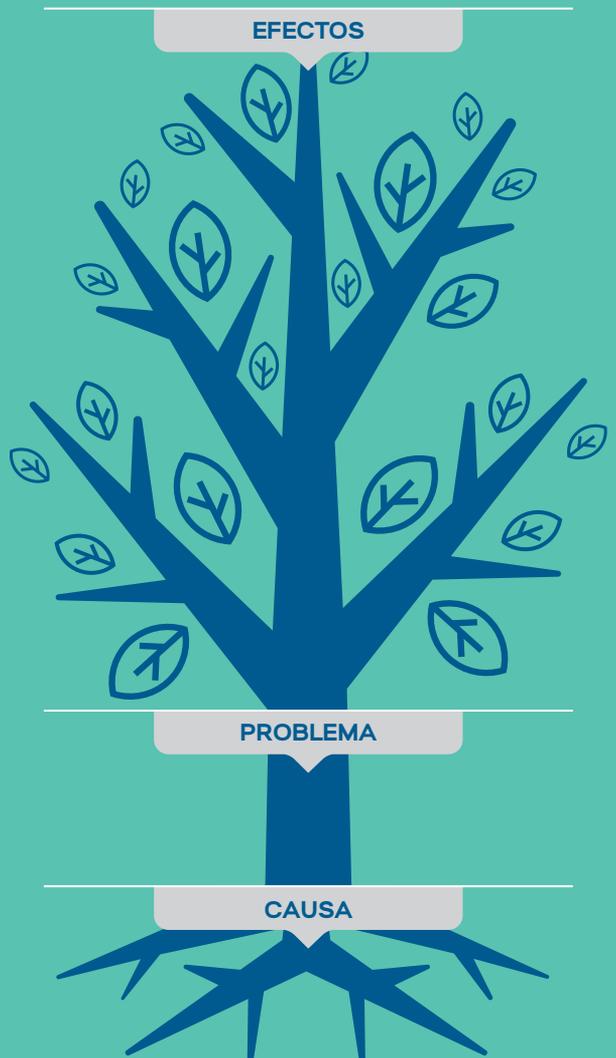
01 Formular el problema en estado negativo. El problema es una situación deficitaria que se desea modificar, por ello su formulación debe estar descrita en negativo. Por ejemplo, la alimentación no es un problema, sino un tema de salud. Alimentación no saludable en niños y niñas de una escuela determinada es el problema, pues señala la situación negativa que se espera modificar con el proyecto.

Se recomienda, también, no confundir el problema con la ausencia de una solución. No es lo mismo decir “falta de instalaciones para la práctica deportiva” (falta de solución), que decir “alta tasa de sedentarismo en personas adultas de un área específica”.

02 Definir los efectos más importantes del problema en cuestión.

03 Anotar las causas del problema central detectado. Esto significa buscar qué elementos están o podrían estar provocando el problema, considerando en este análisis de causas el Enfoque de Determinantes Sociales.

04 Una vez que tanto el problema central, las causas y los efectos están identificados, se construyen los “Diagramas del árbol de efectos y causas” asociados al problema.



Se puede revisar el árbol dibujado todas las veces que sea necesario, hasta asegurarse que las causas representen causas y los efectos representen efectos, que el problema central esté correctamente definido y que las relaciones (causales) estén correctamente expresadas.

Para profundizar en el diagnóstico del problema, es relevante también poder identificar quiénes tienen influencia e interés en resolver el problema, vale decir los actores claves en el desarrollo y resultado del proyecto, y que puedan involucrarse en él. Es una oportunidad para la construcción conjunta entre los equipos de salud y la comunidad.

ETAPA DE FORMULACIÓN

En términos generales, en esta etapa se define la estrategia de solución, lo que se quiere lograr con el proyecto, las actividades necesarias, el plan de trabajo y la estimación de recursos.

La definición de lo que se quiere lograr con el proyecto, vale decir el planteamiento de objetivos, es clave en la formulación de un proyecto, por lo que algunas recomendaciones para su redacción son:

- **Utilizar un lenguaje comprensible y preciso.** Preciso, por ejemplo, respecto de quiénes serán las/os beneficiarias/os y lo que se espera lograr.
- **Estar centrados en los destinatarios de la acción** y reflejar los resultados que se espera que estos alcancen, como resultado de la misma.
- **Utilizar un solo verbo y un contenido en cada objetivo.** No incluir varios verbos, lo que hará que esté uniendo varios objetivos en uno.
- **Ser realistas.** Que los objetivos puedan lograrse en el tiempo, recursos y condiciones del contexto, bajo las cuales se realizará el proyecto.
- **Que los objetivos sean medibles.** Un ejercicio orientador es que, al momento de redactar el objetivo, nos preguntemos cómo posteriormente se va a medir su resultado.

Para el logro de los objetivos planteados, se deben realizar una serie de actividades y contar con una lista detallada de ellas, pues son el punto de partida para la elaboración de un plan de ejecución con un cronograma del proyecto. Para cada actividad es necesario, también, estimar los recursos requeridos para realizarla. Resulta fundamental contar con la programación detallada de las actividades mediante un cronograma, así como el detalle de los recursos financieros a utilizar en el proyecto, por medio de un presupuesto. Este plan de ejecución y estimación de recursos, facilitará realizar posteriormente un monitoreo del proyecto, que permita reducir la diferencia entre lo que se planificó y la ejecución.

En esta etapa de formulación es importante incluir, también, la propuesta sobre cómo evaluaremos la intervención que realizaremos e identificar qué información es necesaria recolectar durante la ejecución del proyecto. Por ejemplo, si se plantea evaluar la satisfacción del público objetivo con talleres educativos, será necesario elaborar una encuesta de satisfacción y aplicarla al finalizar las actividades.

En el momento de la formulación del proyecto, es recomendable pensar también en la implementación de la propuesta, dado que los proyectos no se ejecutan en vacío. Realizar un análisis del contexto donde será ejecutado, permitirá identificar las condiciones externas e internas que pueden facilitar o no su realización. De esta manera, es posible adecuar las actividades o recomendar acciones para enfrentar situaciones que puedan afectar al proyecto.



ETAPA DE EJECUCIÓN

Momento en el que se realizan las actividades, con el fin de alcanzar paulatinamente los objetivos planteados en la formulación. El equipo ejecutor del proyecto determinará las formas, procedimientos y normas que les resulten más apropiadas para llevar a cabo las actividades programadas, considerando:

- **Asegurar la calidad de la intervención.** Es recomendable contar con un plan de contingencia.
- **Aprovechar oportunidades** que permitan fortalecer la intervención y aumentar el impacto esperado.
- **Comunicar los progresos de la intervención,** elaborar informes o presentaciones para la comunidad o autoridades.

Un aspecto central en la ejecución del proyecto es la organización del equipo, que debe responder a las preguntas ¿con quiénes se trabajará? y ¿quién va a hacer qué?, por lo que es necesario conformar un equipo de trabajo, identificando funciones y responsabilidades de cada uno. Puede ser útil la construcción de un organigrama.

En la fase de ejecución se lleva a cabo el monitoreo, examen periódico que se efectúa durante la implementación del proyecto. Algunos aspectos que considerar en este monitoreo son: identificar si las actividades se están realizando a tiempo, si están llegando al público objetivo los avances físicos, uso de recursos y dar retroalimentación a las personas involucradas. Este último elemento es importante en Promoción de Salud, pues permite la comunicación del proyecto a la comunidad.

Realizar un análisis del contexto donde será ejecutado el proyecto, permitirá **identificar las condiciones externas e internas que pueden facilitar o no su realización.**

ETAPA DE EVALUACIÓN

Si bien se suele describir como una etapa final, ya que frecuentemente se centra en evaluar los resultados, es importante señalar que la evaluación es una actividad que se puede realizar durante todas las etapas del proyecto. De hecho, la evaluación debe ser planteada en la etapa de formulación.

Hay diversas formas de nombrar los tipos de evaluaciones, pero una clasificación común es la que se basa en los momentos del ciclo del proyecto en la que se realiza y el tipo de información que reúne (7).

EVALUACIÓN DE PROCESO

Realizada durante la fase de ejecución del proyecto, recoge información para medir cuán bien se están desarrollando las actividades. Es complementaria al monitoreo, pues ambas miden cómo está funcionando una intervención y si se está implementando de acuerdo a lo planeado. Aspectos de participación y satisfacción de una intervención, podrán ser considerados una evaluación de procesos, siempre que esto no esté explicitado como objetivo de una intervención.

Ejemplos de aspectos del proceso que se pueden evaluar son: ¿Se ejecuta el proyecto como se esperaba? ¿Se llegó al grupo objetivo? ¿Cuál es la satisfacción de las personas con las actividades? ¿Cuál es el grado de participación de la comunidad?, entre otros.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Medición del logro de los objetivos de la intervención una vez finalizada la intervención. Por ejemplo, cambios en comportamientos, conocimientos y actitudes, normativos y organizacionales.

EVALUACIÓN DE IMPACTO

Evaluación a mayor tiempo de concluida una intervención o sus efectos a largo plazo. Busca apreciar en qué medida o cuánto de los cambios observados en los resultados, se deben a la intervención o a otros factores. Incluye conocer cuáles son sus efectos directos, indirectos y no esperados.

Algunos aspectos de resultados e impacto a evaluar en un proyecto se pueden observar en el siguiente ejemplo:

Un proyecto planteó como objetivo fomentar estilos de vida saludables en las personas mayores de una comunidad. Para evaluar sus resultados respondió a preguntas como: ¿La comunidad tiene más conocimientos sobre alimentación saludable? ¿Se habilitaron espacios adecuados para la práctica de actividad física? ¿Existe mayor sensibilización de la comunidad sobre un estilo de vida más activo? Mientras que a mediano plazo, se levantó información para responder a las preguntas: ¿Aumentó la actividad física en personas mayores? ¿Aumentó el consumo de frutas, verduras y legumbres en las personas?

Como se señaló al comienzo de este capítulo, los proyectos locales pueden ser una forma de concretar planes de acción para mejorar la salud y calidad de vida de la comunidad, así como también una instancia de articulación intersectorial para la resolución de problemas de la población a cargo.

FONDOS DE POSTULACIÓN

Una oportunidad para fomentar el desarrollo comunitario es la postulación a diversos fondos de financiamiento, entre los que podemos señalar:

- **Fondos de Desarrollo Vecinal (FONDEVE).**
- **Fondo de Desarrollo Comunal (FONDECO).**
- **Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR).**
- **Fondo Nacional para el Fomento del Deporte.**
- **Fondo de Fortalecimiento de Organizaciones de Interés Público.**
- **Fondo Nacional del Adulto Mayor del Servicio Nacional del Adulto Mayor.**
- **Concursos propios del sector salud.**

Para información sobre estos y otros fondos, el Gobierno de Chile ha dispuesto el sitio web

www.fondos.gob.cl

Si bien estos fondos tienen formularios de postulación distintos, en ellos se debe responder a las tareas similares, con mayor o menor desarrollo según el organismo:

Identificación precisa de un problema o necesidad a resolver o satisfacer.

Análisis de las causas que provocan ese problema.

Identificación de los objetivos y de quiénes serán beneficiados por el proyecto.

Identificación de los recursos necesarios y disponibles.

Necesidad de plantear una estrategia/metodología.

Plantear actividades y su organización en el tiempo.

Definir modos en que evaluaremos su desarrollo.



LOS TÉCNICOS DE LAS POSTAS DE SALUD RURAL Y LAS PROPUESTAS DE ACCIÓN

Los equipos de salud rural pueden ejercer un rol relevante en la construcción de propuestas de acción local, vale decir, pueden ser activos en la formulación de iniciativas, contribuir a generar propuestas de solución, participar en la ejecución de proyectos o acompañar a organizaciones en la elaboración de proyectos. En este último punto, por ejemplo, los Técnicos de Postas de Salud Rural pueden colaborar a organizaciones vecinales en la formación de

Proyectos de Fondo de Desarrollo Comunal para mejorar el equipamiento de una sede vecinal y, así, facilitar la realización de sesiones de actividad física para personas mayores.

Para ejemplificar elementos del diagnóstico y formulación de un proyecto, se recomienda revisar los ejemplos de propuestas de acción local en la segunda parte de este libro. Estas fueron desarrolladas por los Técnicos en el marco de Cursos de Capacitación en Promoción de Salud y Desarrollo Local entre los años 2018 a 2021.

IDEAS FUERZA DEL CAPÍTULO

- 01** Una tarea de las Postas de Salud Rural es contribuir a la satisfacción de la necesidad de salud de su comunidad y aportar al Desarrollo Local, que puede ser realizado a través de Proyectos Locales.
- 02** Los Proyectos Locales o comunitarios abordan necesidades de la comunidad, que se espera sean planteados y gestionados por la misma comunidad.
- 03** Los Proyectos Locales tienen distintas etapas y deben ser realizados de forma participativa y con articulación intersectorial.
- 04** Existen fondos públicos disponibles para postular proyectos comunitarios, y con ellos mejorar la salud y calidad de vida de las personas y la comunidad.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Norma Técnica Postas de Salud Rural. Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales - MINSAL; 2021.
2. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Bases conceptuales para el ciclo de cursos sobre gerencia de proyectos y programas. Chile: ILPES, CEPAL; 2003.
3. Ministerio de Salud. Manual de Trabajo Comunitario Postas de Salud Rural. Chile: Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL; 2010.
4. Organización Panamericana de la Salud. Planificación Local Participativa. Serie Paltex Ejecutores Programas de Salud N°41. Washington: OPS/OMS; 1999.
5. Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables. Formulación de proyectos: Una herramienta para la gestión de políticas públicas. Argentina: Ministerio de Salud; 2016.
6. Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social. En Metodología general de identificación, preparación y evaluación de proyectos de inversión pública. Serie Manuales N°39. Chile: ILPES-CEPAL; 2005.
7. Salinas, J. Guía para la evaluación de intervenciones de Promoción de Salud: Informe Técnico Docente. Chile: INTA - Universidad de Chile; 2012.



10

CAPÍTULO

EL CUIDADO DE LOS EQUIPOS DE SALUD RURAL



TRABAJO Y SALUD

El trabajo es fundamental en la vida de las personas, posibilita el desarrollo de proyectos de vida individuales y colectivos. Si a una jornada laboral de 44 horas a la semana, le sumamos las horas de traslado, podemos afirmar que, una persona está ocupada en sus funciones laborales la mitad de un día hábil. El resto lo destina a las actividades de descanso/dormir, estar con la familia, práctica de hobbies y deportes, etc.

ENTONCES, LA DETERMINACIÓN DEL TRABAJO EN LA SALUD DE LAS PERSONAS ES TRASCENDENTAL, INCIDE TANTO EN SUS CUERPOS, COMO EN LA VIDA AFECTIVA, PSÍQUICA, SOCIAL Y COMUNITARIA (1).

CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La salud pública y su red de establecimientos, son un espacio cultural particular que determina e influye en las personas que trabajan en esta área. Algunas de las características del trabajo en este ámbito son:

- **Existe una gran presión asistencial.** Con una demanda creciente de usuarios.
- **El centro y foco del trabajo del personal de salud son las personas y sus familias.** Es la materialidad de sus cuerpos, de sus relaciones humanas, de sus dolores físicos y emocionales.
- **El trabajo en salud es esencialmente relacional.** Se da con personas y entre personas. Sus resultados se ven afectados por la calidad y tipo de relación que se establezca.
- **Debemos mantenernos “ceranos afectivamente”.** Con “escucha activa”, pero “emocionalmente distantes”, ejercicio mental emocional que resulta complejo.
- **El sistema de turnos.** Que conflictúa la relación entre trabajo y la vida personal.
- **Dificultad para ausentarse.** Porque hay horas agendadas o porque el ausentismo de algún miembro del equipo genera sobrecarga en el trabajo de los y las demás.
- **Uso intensivo de tecnologías de información y comunicación.** Lo que impide definir límites entre momentos de trabajo y no trabajo.

La salud pública y su red de establecimientos, son **un espacio cultural particular que determina e influye en las personas que trabajan en esta área.**

75%

de los Técnicos de PSR (entre 2018 y 2019), señala que el nivel de carga mental y emocional de su trabajo es elevado.

73%

de los trabajadores de salud presentaron síntomas depresivos de leves a graves durante el 2021.

A las características anteriores, podemos sumar otras propias del trabajo de Equipos de Salud Rural, tales como: ejercen un multirrol (promoción, prevención, curación, acompañamiento, contención, coordinación); trabajan solos/as y otros/as tienen un compañero Técnico de apoyo; forman parte de la comunidad en que trabajan; residen en la misma comuna en que trabajan, incluso algunos viven en la Posta de Salud Rural; tienen “horarios definidos” y turnos extensos, “siempre listos y dispuestos”; los lugares de trabajo muchas veces no cuentan con las condiciones óptimas; muchas PSR se encuentran en lugares de difícil acceso y con infraestructura deficiente.

Este vínculo de apoyo integral a la comunidad, implica un gran esfuerzo de comprensión, contención y soluciones a personas que están pasando por una situación de enfermedad, dolor, sufrimiento, aislamiento y, muchas veces, pobreza y vulnerabilidad.

Como conclusión, es un trabajo emocionalmente desgastante, con alto componente vocacional, estrecho vínculo con los usuarios y dificultades para conciliar la vida laboral/personal, todo lo cual impacta en la salud mental de los y las trabajadoras de salud, llegando a sufrir patologías tales como: estrés laboral, sobrecarga mental, agotamiento emocional, trastorno ansioso depresivo, síndrome de Burnout, entre otras. Y es, en este escenario, que el cuidado y autocuidado de los equipos de salud es factor clave en la consolidación del Modelo de Salud Familiar y de un óptimo funcionamiento de la Atención Primaria de Salud.

LA SALUD MENTAL DE LOS Y LAS TRABAJADORAS DE LA SALUD

El Ministerio de Salud en sus Orientaciones para la Programación en Red del año 2023 y 2024, ha incluido un eje de acción en torno a la salud mental del personal de salud, dado que un alto porcentaje de las y los trabajadores de la salud en Chile experimentan síntomas de malestar psicológico (2). El diagnóstico realizado el año 2023 señala que: “El deterioro en la salud mental no se explica de forma excluyente por las condiciones laborales y el trabajo tampoco es percibido como un factor protector. Durante la última década han aumentado condiciones laborales inestables, precarización del empleo y factores de riesgo en el trabajo, alta exposición a tecnologías de información y telecomunicaciones, infodemia, teletrabajo, exigencias de adaptación a nuevas funciones, y desafíos en la conciliación entre trabajo y familia. Los factores anteriormente expuestos, afectan en la salud mental y bienestar psicosocial de trabajadores de la salud, generando

síntomas de estrés sostenido, sobrecarga mental, agotamiento emocional, interferencia en la vida personal ante la exigencia de labores de atención a otros, sintomatología depresiva y ansiosa, aumento de enfermedades crónicas y consumo de medicamentos” (3).

Resultados de un estudio realizado con trabajadores de la salud en Chile, señala síntomas de depresión (66%), ansiedad (74%), insomnio (65%) y distrés (56%). Las mujeres presentan medidas más elevadas que los hombres en todas las variables evaluadas y el personal expuesto al tratamiento y contacto directo de pacientes COVID-19, presenta mayor sintomatología que otros profesionales (4).

Otro estudio realizado en Chile el año 2021, en contexto de pandemia, señala que un 73% de los trabajadores de salud presentaron síntomas depresivos de leves a graves y un 51% manifestó



necesitar apoyo psicológico. Mayor prevalencia en percepción de condiciones de riesgo en funcionarios de APS v/s hospitales. Mayor frecuencia de problemas de salud mental en mujeres trabajadoras de la salud. Solo un tercio de los trabajadores y trabajadoras que sienten necesitar ayuda psicológica, manifiestan que la han recibido (5).

Una encuesta realizada a los Técnicos de PSR en el marco del programa de capacitación realizado durante los años 2018 y 2019, señala que un 75% siente que el nivel de carga mental y emocional de su trabajo es elevado, solo un 39% logra desconectarse mentalmente de su trabajo al estar fuera de este y solo un 32% reconoce la existencia de espacios de autocuidado en su centro de salud. Considerándose, estos tres últimos, factores de riesgo para la salud mental de los equipos de salud rural.

La situación de pandemia por COVID-19 ha causado problemas de salud mental en los funcionarios de salud: estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, irritabilidad

y miedo. Estos problemas también afectan la atención, el entendimiento y la habilidad para tomar decisiones, lo que puede tener un efecto duradero en el bienestar general de las y los trabajadores (6).

Por otro lado, también se han descrito factores protectores para la salud mental en situación de emergencia y catástrofe, como la pandemia:

- La vocación por el servicio público: el sentido y significado otorgado al trabajo que desempeñan.
- El compromiso, solidaridad, voluntad, alegría y unidad dentro de los equipos.
- Cualidades personales como el optimismo y la resiliencia.
- Valoración de lo local como territorio propio, que les permite mantener cercanía y satisfacción en la atención de salud con sus comunidades.
- Competencias humanas y técnico-profesionales que poseen para actuar.

EL ESTRÉS Y SU IMPACTO EN SALUD

Todo el mundo siente estrés a veces. Un poco de estrés no es un problema, pero un nivel muy alto tiene a menudo efectos sobre el cuerpo. Cualquier persona, en cualquier lugar, puede sufrir mucho estrés. Este mayor estrés tiene muchas causas, como las dificultades personales (por ejemplo, conflictos con los seres queridos, soledad, falta de ingresos, preocupación por el futuro), los problemas en el trabajo (por ejemplo, conflictos con los compañeros, alto nivel de exigencia o inseguridad laboral) o la presencia de amenazas importantes en la comunidad (por ejemplo, violencia, enfermedades, falta de oportunidades económicas).

En las últimas décadas se ha observado un incremento importante de los problemas relacionados con el estrés. En general, se trata de una relación entre el individuo y su entorno, percibida como amenazante o desbordante de sus recursos personales, que pone en peligro su bienestar y lo hace sentirse preocupado o amenazado por la vida. En el ámbito del trabajo, este estrés laboral crónico puede derivar en el Síndrome de Desgaste Profesional o Burnout.

Las personas que establecen relaciones de ayuda, pueden desarrollar mayormente este desgaste emocional,

que conlleva a una disminución de la realización personal. Las definiciones del Burnout muestran los diversos elementos que lo componen, al señalar que se trata de:

- **Una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.**
- **Una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivación,** vivido por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo.
- **Vaciamiento crónico de los recursos de afrontamiento,** como consecuencia de la prolongada exposición a la demanda de cargas emocionales.

Entre los factores que desencadenan este desgaste emocional se citan:

- Ambiente físico del trabajo, las funciones que realiza, clima laboral y relacional con los usuarios.
- Edad, personalidad, número de hijos o personas de su dependencia y relación trabajo-familia, entre otras.

En resumen, este síndrome resulta de una discrepancia entre las expectativas e ideales individuales y la dura realidad de la vida ocupacional cotidiana.

Una pregunta que surge es: ¿Mi trabajo actual como Técnico, cómo influye (para bien o para mal) en mi modo de ser, en mi crecimiento personal y con mi familia?



EL CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE LOS Y LAS TRABAJADORAS DE LA SALUD

Los equipos de salud familiar son equipos que establecen relaciones continuas con sus familias a cargo y tienen la responsabilidad del cuidado de largo plazo. Entendido así, son equipos que cuidan y necesitan ser cuidados.

Como señala el Directorio de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar (7): “El cuidado de los equipos es el conjunto de acciones efectuadas por los administradores e instituciones en pro de la salud de sus trabajadores... Y el autocuidado es el conjunto de acciones que cada trabajador y los equipos efectúan por sí mismos, para preservar o recuperar su salud”.

La puesta en marcha de medidas de autocuidado físico y emocional, es una dimensión clave para prevenir y dar respuesta a los problemas de salud mental, derivados del estrés que con frecuencia están sometidos los equipos de salud. Estas acciones incluyen estrategias para manejar el estrés, fomentar estilos de vida saludables, adquirir un mayor conocimiento de uno mismo y mejorar las habilidades de comunicación.

Por lo general, las personas tenemos capacidades para poder afrontar el agotamiento y desgaste emocional que suele ocurrir en el trabajo. Considerarlas, permite generar acciones que contribuyan a cuidarnos, a poder acompañar a los demás y revalorar el sentido del trabajo. Para ello, se requieren acciones dirigidas en el ámbito personal y colectivo. Una aproximación es preguntarse: ¿Cómo estoy? ¿Qué estoy sintiendo? Para ir tomando conciencia sobre lo que necesitamos con mayor precisión y tomar decisiones que ayuden a cuidarse.

Resulta fundamental ponerse en contacto con otras compañeras y compañeros de la APS o con otras personas, así como compartir y conversar con otros. Otro recurso importante, es generar espacios de colaboración y cuidado mutuo para sobrellevar los períodos de vulnerabilidad y hacer frente a las necesidades que surjan en momentos de dificultad. Dificultades que pueden deberse, por ejemplo, a exigencias institucionales, problemas personales o familiares, relaciones complejas con los usuarios y comunidad, o de la misma pandemia, entre otras.

Como se ha señalado al comienzo de este capítulo, la prevalencia de problemas de salud mental ha aumentado en Chile, y en trabajadores y trabajadoras de la salud se señala que el 67% de las enfermedades profesionales son patologías de salud mental (2). Esto ha hecho necesario que el Ministerio de Salud desarrolle la Estrategia Integral para la Gestión de la Salud Mental de los Trabajadores de la Salud.

La estrategia “SaludableMente” para funcionarios y funcionarias de APS, se sostiene en un diagnóstico territorial actualizado del bienestar de las y los trabajadores de salud, que oriente el diseño de un Plan Comunal de Salud Mental. Se espera con esto, contribuir a la protección de la salud mental de los trabajadores de la salud y la promoción de ambientes laborales saludables.



El cuidado de los equipos es el conjunto de acciones efectuadas por los administradores e instituciones en pro de la salud de sus trabajadores... Y el autocuidado es el conjunto de acciones que cada trabajador y los equipos efectúan por sí mismos, para preservar o recuperar su salud”.

Del Directorio de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar

FACTORES BÁSICOS DEL AUTOCUIDADO

El cuidado tiene 3 direcciones o sentidos, recibir cuidados, dar cuidados y cuidar de mí mismo. El cuidado de los demás no es sustentable y está incompleto si no se ancla en el cuidar de nosotros mismos.

Es importante que reflexionemos y tengamos presente que estamos inmersos en una cultura del “Hacer” (de la productividad), donde el cuidado es visto como un evento aislado o una pérdida de tiempo. Siempre nos falta tiempo y

dejamos necesidades personales desatendidas, lo normalizamos y podemos llegar a sentirnos agotados, amargados y resentidos.

Esto va deteriorando nuestra capacidad de atender a las necesidades de los demás (automatizamos nuestra propia práctica y la manera de relacionarnos, nos deshumanizamos).

El esquema que se observa a continuación, destaca algunos elementos básicos para el autocuidado:





Considerando las características propias del trabajo de los Técnicos de Postas de Salud Rural y APS, la pregunta que nos surge entonces es ¿cómo podemos autocuidarnos?:

- **Teniendo más claridad, apertura y estar menos interferidos** (celular, redes sociales, e-mail, etc.). Detenernos y autoobservarnos con amabilidad y cariño.
- **Reconocer qué nos tiene cansados, tristes, frustrados, enojados**, y, desde esa consciencia, puedo hacer cambios y regularme emocionalmente.
- **Cuidar las necesidades básicas.** El personal sanitario suele pensar que siempre hay que estar disponible para el otro y que sus necesidades son secundarias, sin pensar que no comer y no descansar produce agotamiento.
- **Hacer un autoanálisis y revisar cómo están las distintas esferas importantes de mi vida.** Preguntarme: ¿Cómo estoy con mi familia, pareja, hijos/as? ¿Estoy otorgando el tiempo necesario a cada uno de ellos? Lo mismo con mis amigos y mi participación en el entorno comunitario. Revisar, también, si me estoy dando tiempo para la práctica de mis hobbies, para la entretención, descanso y relajación. Y, finalmente, reflexionar cómo siento que estoy en mi trabajo. A partir de este análisis, puedo proponerme mejoras en áreas que considere están deficitarias, dedicando semanalmente un espacio de tiempo de calidad (aunque sea breve) a todos los ámbitos anteriormente señalados.
- **Revisar qué momentos, actividades y situaciones de mi vida me hacen sentir tranquilo/a, calmado/a, protegido/a y conectado/a.** O buscar experiencias nuevas que me aporten estas emociones. Entre algunas alternativas están la meditación, la práctica de yoga, descansar, prácticas de relajación y respiración, el contacto con la naturaleza, con nuestras mascotas, con la familia y amigos, leer o escuchar música, entre tantas otras.
- **Revisar las modalidades de trabajo cotidiano y rediseñar las tareas o maneras de hacer las cosas, organizar, ordenar.** Fijarse objetivos de trabajo reales y posibles de alcanzar. Aumentar mi competencia profesional capacitándome. Desconectarme mentalmente del trabajo cuando estoy fuera de mi horario laboral.

Lo que se propone es plantearnos el autocuidado como un modo de ser, es decir, incorporarlo en nuestra vida (familiarizarnos, ejercitarlo). Permanecer conscientes de quién somos, sin fines utilitarios, egoístas, competitivos, sino con el propósito de mejorar nuestra sensación de bienestar, alegría, entendimiento, compasión. Se vincula, así, con hacernos responsables de nosotros mismos y cuidar de nuestra vida momento a momento. Al hacernos cargo de nosotros mismos, podremos hacernos cargo en mejor forma de los demás, poniendo en práctica la autoobservación, autoanálisis, cuidar las necesidades básicas e incluir en nuestra rutina actividades que me hagan sentir tranquilo/a, protegido/a, conectado/a.

IDEAS FUERZA DEL CAPÍTULO

- 01** El trabajo en el sector salud tiene particularidades que influyen en la salud de sus trabajadores, implica un gran esfuerzo de comprensión, contención y soluciones a personas que están pasando por situaciones de vulnerabilidad.
- 02** Impacta en la salud mental de los trabajadores de salud, en los que es frecuente observar estrés laboral, sobrecarga mental, agotamiento emocional, trastornos ansioso depresivos y síndrome de Burnout.
- 03** El cuidado y autocuidado de los equipos de salud es un factor clave para un óptimo funcionamiento de la Atención Primaria de Salud.
- 04** Las medidas de autocuidado físico y emocional incluyen estrategias para manejar el estrés, fomentar estilos de vida saludables, adquirir un mayor conocimiento de uno mismo y mejorar las habilidades de comunicación.
- 05** Es necesario plantearse el autocuidado como un modo de ser. Al hacernos cargo de nosotros mismos, podremos hacernos cargo en mejor forma de los demás.

REFERENCIAS

1. SIAD, 2020. "Soy funcionario/a de la salud... ¿me cuido! Relación del trabajo en salud y el cuidado de sí mismo".
2. MINSAL, Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, 2024.
3. MINSAL, Orientaciones para la Planificación y Programación en Red Anexo: 19 Consideraciones en torno a la salud mental del personal de salud en las organizaciones de la red pública, 2023.
4. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Urizar A, Zapata A, Irrázaval M. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. Rev méd Chile 2020; 148(8): 1121-1127.
5. Alvarado R, Ramírez J, Lanio I, Cortés M, Aguirre J, Bedregal P et al . El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. Rev. méd. Chile 2021; 149(8):1205-1214.
6. Kang L et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus, 2020. The Lancet Psychiatry 2020; 7.
7. Sociedad Chilena de Medicina Familiar Cuidado y autocuidado de los equipos de Atención Primaria en el modelo de salud familiar. Revista SOCHIMEF Vol. 10 Núm. 1, 2011.



SEGUNDA PARTE

LOS TÉCNICOS Y SU APORTE AL DESARROLLO LOCAL



LA LABOR DE LAS POSTAS DE SALUD RURAL

Las PSR tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural y territorial, desarrollando estrategias enfocadas a aumentar la cobertura de acciones sanitarias y a la Promoción del Desarrollo Local, por lo que se consideran parte de la Red Integrada de Salud, así como de la Red Intersectorial.

En particular, los Técnicos de PSR son el primer contacto de las comunidades rurales con el sistema de salud, por lo que deben trasladar su conocimiento sobre los estilos de vida, la cultura y condiciones de vida de su población a las acciones que realizan para mejorar y mantener la salud. Se espera así, que los equipos de salud rural conjuguen en su trabajo la atención de salud, el abordaje de las condiciones sociales que determinan el nivel de salud de su población y la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

El llamado a mantener la salud de la población a cargo requiere fortalecer la Promoción de Salud con enfoque de DSS, lo que muestra una brecha entre lo descrito en sus conceptos y orientaciones técnicas, con las acciones promocionales que se realizan en concreto con las comunidades. Vale decir, entre una Promoción de Salud orientada a la construcción de entornos saludables y una Promoción de Salud enfocada a los estilos de vida.

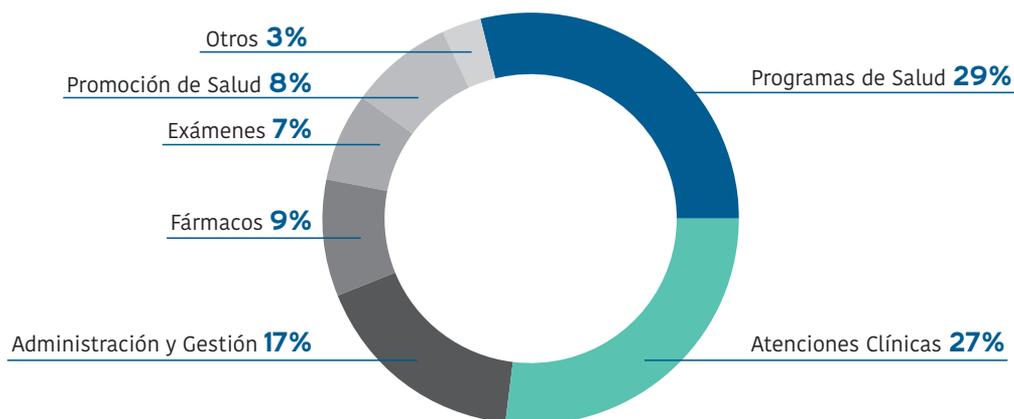
Esta distancia entre la Promoción de Salud desde lo teórico-conceptual y desde la práctica, se reflejó en una encuesta con 150 Técnicos de PSR de los Servicios de Coquimbo, Maule, Araucanía Sur, Reloncaví y Chiloé (1), sobre las funciones que realizaban con mayor frecuencia durante el último año. En dicho estudio, se observó que el 73% de las funciones descritas tenían relación con la ejecución de actividades propias de los programas de salud (PACAM, EMPA, EFAM, Controles, VD, PNI, entre otros), la atención clínica/de urgencia (curaciones, primeros auxilios, control de signos, traslados, técnicas de enfermería, entre otras) y funciones administrativas (REM, actualización de tarjeteros, preparar rondas, agendar horas, labores de mantención, entre otras), con acciones a nivel individual-familiar, principalmente.

73%

de las funciones de los Técnicos tenían relación con los programas de salud, la atención clínica, atención de urgencia y labores administrativas.

En total, se registraron 1.508 funciones o actividades, con un promedio de 10 funciones por Técnico, las que fueron agrupadas en las 7 categorías del gráfico siguiente.

PRINCIPALES FUNCIONES O ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS TÉCNICOS EN LA PSR



Al contrastar estas funciones reportadas por los Técnicos, con las funciones establecidas en la norma técnica, se observó una baja correspondencia. Para ello se utilizó como criterio de mención alta, cuando más del 75% de los Técnicos mencionaron haber realizado dicha actividad; mención media entre el 50% y 75% de los Técnicos; mención baja del 25% al 50% de los Técnicos y muy baja menos del 25%.

Actividades relacionadas con Promoción de Salud o que constituyeran un espacio para avanzar en el trabajo promocional fueron escasamente mencionadas. Por ejemplo, solo una parte menor de los Técnicos de PSR señaló tener participación en diagnósticos locales participativos y elaboración de planes de acción, instancias donde podrían incluirse la mirada de salud desde la perspectiva de los determinantes sociales y del derecho a la salud a través de la Promoción de Salud. Estos datos confirman la mayor dedicación a tareas programáticas y de atención clínica.

Un punto a destacar es que los Técnicos se reconocen como nexo entre el equipo de salud y la comunidad, lo que es una oportunidad

para el trabajo intersectorial con enfoque de DSS orientada a la construcción de entornos saludables y la participación más activa de la comunidad.

En este escenario, las actividades de aprendizaje del Curso de Promoción de Salud y Desarrollo Local para Técnicos de PSR, buscaban que plantearan propuestas para mantener y mejorar la salud de su comunidad a través de acciones promocionales con una mirada sobre el contexto social en el que las comunidades rurales viven, considerando las capacidades reales y la factibilidad técnica de poder llevarlas a cabo. Por ello, el curso contenía la revisión del enfoque de DSS y elementos sobre Desarrollo Local y pobreza, que permitieran abrir el marco de trabajo de la Promoción de Salud más allá de los estilos de vida, sin olvidar la realidad concreta del trabajo de los Técnicos.

Para el equipo docente implicó la problematización del trabajo en Promoción de Salud, desde la práctica en contextos rurales, discusión que permanece abierta para otros espacios y equipos de salud.

PROPUESTAS DE ACCIÓN LOCAL PARA PROMOVER LA SALUD RURAL

El Curso de Capacitación en Promoción de Salud y Desarrollo Local 2018 a 2021, trabajó con Técnicos de los siguientes 16 Servicios de Salud: Atacama, Coquimbo, Viña del Mar-Quillota, Valparaíso-San Antonio, O'Higgins, Maule, Biobío, Ñuble, Arauco, Valdivia, Osorno, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Reloncaví, Chiloé y Aysén.

La actividad de finalización de este programa de formación, consistió en la elaboración de una Propuesta de Acción Local de Prevención o Promoción de Salud, que contribuyera al Desarrollo Local y pudiera ser implementada desde la labor en APS, trabajo aplicado a la realidad local de cada participante.

Para su formulación se utilizó un formato que recogió y adaptó elementos del formulario de Proyectos Comunitarios de Salud Rural. (2)

SE LLEGÓ ASÍ A UN FORMATO QUE INCLUÍA LOS SIGUIENTES ÍTEMS:

- **Identificación del problema de salud o necesidad.**
- **Descripción del problema: antecedentes del entorno geográfico, social o económico.**
- **Beneficiarios y descripción de la población objetivo.**
- **Justificación o fundamentación del problema, causas y consecuencias.**
- **Propuesta de solución para el problema identificado: objetivos, metodologías y actividades.**
- **Actores involucrados.**
- **Carta Gantt.**
- **Reflexión final sobre la contribución de su propuesta al Desarrollo Local.**

Se identificaron todas las problemáticas o temas de salud que abordaron las propuestas de acción local presentadas durante los cursos de capacitación 2018-2021, para orientar una primera selección de trabajos finales que reflejara la distribución de problemas que afectan a las comunidades rurales y que con mayor frecuencia abordaron los Técnicos.

Luego de esta primera identificación, se seleccionaron aquellas propuestas que representaban en mayor medida la aplicación de contenidos del curso, con planteamiento de actividades pertinentes a su realidad local. También se consideró la coherencia entre estas actividades y los objetivos, así como la identificación de otros sectores/actores para su ejecución.

De acuerdo con estos elementos, y una muy difícil selección, se identificó un grupo de propuestas que permitieran ilustrar los 5 temas o problemas más abordados, cuyo desarrollo tuviera elementos de aplicación del curso.



El siguiente cuadro, muestra estas 5 principales problemáticas con el número de trabajos seleccionados para esta publicación y las comunas de ubicación territorial.

TEMAS	N° DE TRABAJOS	COMUNAS	
• Obesidad y sobrepeso.	15	<ul style="list-style-type: none"> • Salamanca • Yumbel • Ñiquén • Río Bueno • Osorno • Diego de Almagro • Puchuncaví • San Antonio 	<ul style="list-style-type: none"> • San Vicente de Tagua Tagua • Traiguén • Quellón • Chile Chico • Río Ibáñez • Santa Cruz • Puerto Cisnes
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol y drogas. • Salud mental. 	7	<ul style="list-style-type: none"> • Los Vilos • Laja • Toltén • Ancud 	<ul style="list-style-type: none"> • Longaví • Hijuelas • Vallenar
• Medioambiente	5	<ul style="list-style-type: none"> • Nueva Imperial • Olmué • Quinchao 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaitén • San Fabián de Alico
• Personas mayores autovalentes.	3	<ul style="list-style-type: none"> • Cartagena • Los Álamos 	<ul style="list-style-type: none"> • Río Negro
• Prevención de enfermedades.	7	<ul style="list-style-type: none"> • Tirúa • Constitución • Rauco, • Lonquimay 	<ul style="list-style-type: none"> • Purén • Cochamó • Corral

En esta segunda parte del libro se presentan estos 37 trabajos finales seleccionados,

descritos en una ficha resumen con los aspectos metodológicos a incluir en el desarrollo de las iniciativas comunitarias para la salud.

Esta presentación tiene por objetivo compartir con otros Técnicos de Postas de Salud Rural y Equipos de Salud Rural, algunas propuestas de acción que contienen elementos para fortalecer la Promoción de Salud para la construcción de entornos saludables. Por tanto, son propuestas que, partiendo de la realidad del quehacer de los Técnicos, plantearon acciones de Promoción de Salud con mayor intersectorialidad y/o que avanzan en incluir acciones a nivel comunitario.

REFERENCIAS

1. Informe estudio detección necesidades de capacitación Técnicos de Postas de Salud Rural de la Atención Primaria de Salud. INTA, Universidad de Chile, 2019.
2. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas y Guía Metodológica Programa de Salud Rural 2015. Gobierno de Chile, 2015.



TEMA

OBESIDAD Y SOBREPESO

SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 64 AÑOS

LT/Comuna/Región/SS

PSR SAN AGUSTÍN

Comuna Salamanca - Región Coquimbo - Servicio de Salud Coquimbo

Autor/a

ROMINA SAAVEDRA ÁLAMOS

Problema abordado

En la localidad de San Agustín, Huanque y Zapallar, hay una población de 578 personas, de las cuales más del 50% presenta problemas de sobrepeso y obesidad. El grupo etario predominante es el de mujeres de 20-64 años, con un total de **153 mujeres, de las cuales 34 tienen sobrepeso y 95 tienen obesidad, es decir el 84,3%**.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

La localidad de San Agustín se encuentra a 18 km de la ciudad de Salamanca, el transporte es escaso (solo 3 veces por semana) y caro, lo que dificulta el poder acceder a alimentos más saludables, esto sumado a la escasa oferta local.

El poder adquisitivo de la población es bajo, ya que no tienen trabajos bien remunerados, esto debido a la baja escolaridad, la mayor parte de la población femenina realiza labores domésticas sin remuneración o tienen algunos oficios que le generan escasos recursos.

Esta zona, debido a sus características geográficas, se dedica principalmente a la ganadería (en menor escala) y ha ido abandonando el cultivo de verduras, en parte por problemas del recurso hídrico como también por falta de interés.

Causas del problema

Los estilos de vida poco saludables: **mala alimentación, bajo consumo de frutas y verduras, escasa práctica de actividad física, baja escolaridad y bajos ingresos económicos.**

Objetivo y actividades

Conocer los beneficios de la alimentación saludable a través de educación y talleres prácticos.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Talleres de alimentación saludable, que incluyan preparación de recetas saludables y que utilicen productos cultivados por ellas mismas.
- Talleres sobre la importancia de la actividad física.

Objetivo y actividades

Generar espacios comunitarios para la realización de actividad física y de participación comunitaria.

Metodologías

- Comunicación, intersectorialidad y participación.

Actividades

- Concurso "Recetas saludables".
- Realización "Huerto comunitario", PSR San Agustín.
- Caminatas grupales.
- Clases de baile entretenido y zumba.

Objetivo y actividades

Sensibilizar a la población beneficiaria sobre las consecuencias de prácticas poco saludables.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Talleres de sensibilización.

Organizaciones

- JJ.VV.
- Depto. Salud Municipal Salamanca.
- Consejo consultivo.
- Encargada vivero de Salamanca.

Contribución esperada

- Proporcionar profesionales kinesiólogo y nutricionista, para realizar talleres de actividad física y alimentación saludable.
- Colaboración con guías turísticos, para que muestren rutas arqueológicas de la localidad y así realizar caminatas grupales.
- Dar a conocer a la comunidad, instituciones locales, las actividades que se realizarán y sus fechas.
- Realizar pequeña educación en la preparación de almácigos y posterior siembra, además de facilitar algunas semillas de hortalizas.

Logros o resultados esperados



Creo que esta propuesta contribuye al Modelo de Atención Integral, porque busca que las mujeres beneficiarias puedan mejorar su calidad de vida y que, a través de la participación en las distintas actividades, puedan lograr ser más activas en el cuidado de su salud. Además, es un trabajo que se realiza con la comunidad, en donde participan además de las beneficiarias directas, sus familias. Se logra además realizar un trabajo intersectorial en donde intervienen Municipio, Departamento de Salud, instituciones locales, para poder cumplir con los objetivos propuestos y mejorar la calidad de vida, disminuir los factores de riesgo y empoderar en el autocuidado de su salud a las mujeres beneficiarias y que ellas puedan replicar sus conocimientos y experiencias en su grupo familiar.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

LT/Comuna/Región/SS

PSR RERE

Comuna Yumbel - Región Biobío - Servicio de Salud Biobío

Autor/a

MIZRAIM ALARCÓN QUINTUL

Problema abordado

Obesidad. Afecta mayormente a 8 niños y 57 adultos mayores aproximadamente, siendo estos, dos grupos etarios de riesgo, especialmente el grupo infantil, siendo este uno de los grupos donde podemos moldear los hábitos.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

En cuanto a la geografía, puedo mencionar que nos encontramos en un territorio alejado a 21 km de la ciudad, sin cobertura de señales telefónicas, con población rural distante entre sí. Sector en donde la ocupación es la agricultura, la ganadería y la fabricación de vinos y aguardiente. Cabe mencionar que la gran mayoría de la población no presenta estudios básicos ni medios completos e incluso existen usuarios que son analfabetos. Además, hoy en día, al no haber fuente laboral como en las grandes ciudades, se está viendo mucho como comunidad dormitorio, es decir, salen a trabajar fuera y regresan a descansar y muchas veces solo los días libres.

Causas del problema

Baja escolaridad en adultos mayores y elevado índice de analfabetismo, por lo que no se puede concretar la educación de manera escrita.

Aislamiento geográfico que gatilla obesidad, ya que por la distancia que existe entre usuarios, cuesta reunir la población para inculcar estilos de vida saludables.

El hábito e incredibilidad de las personas son un rol fundamental para la incorporación a la educación que se quiere entregar, además de la falta de redes de apoyo.

Objetivo y actividades

Educar a niños (as) y adultos mayores en estilos de vida saludables.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Realizar intervención educativa directamente en colegio, generando un impacto en los niños para poder tener un cambio y generar hábitos.
- Educar en sala de espera de la posta, a adultos mayores, reforzando estilos de vida saludables.
- Reunión con club de adulto mayor, realizando monitoreo y educación de reforzamiento de estilos de vida saludables.

Objetivo y actividades

Sensibilizar a la población en riesgos y consecuencias en relación a la obesidad.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Elaboración de recetas en grupos, con elementos saludables que se encuentran de manera fácil.
- Reunir insumos por parte de los usuarios que serán necesarios para la preparación de recetas y refrescos saludables.
- Preparación de jugos y comidas saludables elaboradas por gente de la misma población con materia prima que se encuentra en el mismo sector.

Objetivo y actividades

Generar espacios de recreación y actividad física para la comunidad y las familias en riesgo.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Realizar bailes entretenidos con adultos mayores y niños, creando hábitos de actividad física.
- Realizar intervención matutina en sala de espera a los usuarios en día de ronda médica, tomando como factor sorpresa el educar mediante la expresión corporal.
- Organizar caminatas, creando hábitos de perseverancia en mantener estilos de vida saludables, así ayudando a niños y especialmente a adultos mayores a tener actividad física.

Organizaciones

- J.J.VV.
- Colegios.

Contribución esperada

- Entrega masiva y colectiva de información en las reuniones, o bien aprovechando las mismas para entregar educación masiva.
- Gestión y coordinación a través de las directrices educacionales, para entregar información y realizar actividades relevantes y pertinentes a estilos de vida saludables en relación a la obesidad.



Logros o resultados esperados

Como principal resultado se espera generar hábitos en estilos de vida saludables y concientizar a la población en la disminución de enfermedades cardiovasculares, con esto poder tener una población infantil y adulta sana y con una mejor calidad de vida.

CAMINANDO POR UNA MEJOR SALUD

LT/Comuna/Región/SS

PSR LA GLORIA

Comuna Ñiquén - Región Ñuble - Servicio de Salud Ñuble

Autor/a

PEDRO LLAULÉN GALLINA

Problema abordado

Mal nutrición por exceso. Afecta diferentes grupos etarios que se controlan en nuestro establecimiento de salud y sobre todo a la **población adolescentes y adulta**. La población adulta mayor no se ve tan afectada, debido a que mantienen un estado nutricional relativamente normal.

Tiempo de ejecución

10 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Hay un aumento significativo de esta problemática en mi comunidad de La Gloria, San Jorge y Tiuquilemu. Son sectores rurales de escasos recursos y poco Desarrollo Local. Sus habitantes poseen en su mayoría baja escolaridad y los jóvenes se ven obligados abandonar el sector en busca de mejores oportunidades educacionales y laborales.

La principal actividad económica es la agricultura y ganadería, siendo esta la principal fuente de ingreso familiar, la cual se ha visto afectada este último tiempo, ya que no es estable y las familias solo se ven beneficiadas de esta actividad de manera temporal en los meses de diciembre a marzo.

Causas del problema

Las personas mantienen un estilo de vida inadecuado, tanto en su alimentación como en la actividad que realizan en su vida cotidiana, lo que repercute en la salud del grupo familiar.

Escaso proceso participativo, los usuarios no se hacen responsables de sus problemas de salud.

Objetivo y actividades

Sensibilizar a la comunidad con respecto a un mejor estilo de vida saludable, poniendo énfasis en la población en control y sana de la posta de La Gloria.

Metodologías

- Comunicación.

Actividades

- Convocar a la comunidad a través de diferentes tipos de informaciones como: diagnósticos participativos, reuniones, afiches, informaciones radiales, etc.

Objetivo y actividades

Fomentar una alimentación más saludable para prevenir el sobrepeso y la obesidad.

Metodologías

- Educación, comunicación y abogacía.

Actividades

- Realizar talleres educativos a las familias y comunidad en general, por medio de materiales audiovisuales, afiches, kioscos saludables, muestras gastronómicas, utilizando los recursos existentes a nivel local.
- Involucrar en la participación a las diferentes autoridades y líderes comunitarios.

Objetivo y actividades

Difundir la importancia de la actividad física como factor protector de una buena salud.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Organizar actividades físicas, recreativas y talleres deportivos programados, como: caminatas saludables, cicletadas, olimpiadas saludables. Donde haya participación de las familias, personal de salud y otras entidades por medio de un trabajo programado y evaluado.

Organizaciones

- J.J.VV.
- Equipo de salud.
- Colegio de La Gloria, San Jorge.
- Liceo de Tiuquilemu.

Contribución esperada

- Ser nexo de coordinación, participación y motivadores en sus instituciones para el desarrollo de las actividades.
- Realizar un diagnóstico participativo y elaborar un programa para abordarlo durante el año.
- Que los docentes contribuyan con el empoderamiento entre los niños, apoderados y la comunidad, colaborando en el desarrollo de actividades físicas, recreativas y talleres educativos.

Logros o resultados esperados



Sensibilizar a las personas para que ellos sean los responsables del cuidado de su salud, tanto a nivel personal, familiar y comunitario, respetando sus condiciones económicas, culturales y sociales.

Incentivar a las autoridades y al personal de salud para que adquieran mayor compromiso y participación con las comunidades y las familias en el trabajo de promoción y prevención de la salud y de las ECNT.

Tratar de crear o insertar un programa de promoción y prevención a nivel local con las autoridades comunales, salud y educación de una forma permanente y sostenible en el tiempo, de esta manera lograr disminuir los índices de ingresos al programa de salud cardiovascular o a otros programas existentes, y, de esta manera, tratar de tener una población más saludable y principalmente disminuir el sobrepeso y la obesidad.

AUMENTAR FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS A ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA DISMINUCIÓN DE ÍNDICES DE OBESIDAD

LT/Comuna/Región/SS

PSR CAYURRUCA

Comuna Río Bueno - Región Los Ríos - Servicio de Salud Valdivia

Autor/a

YESENIA CIFUENTES GONZÁLEZ

Problema abordado

Altos índices de obesidad y sedentarismo en la población sin patologías crónicas. La obesidad es un factor de riesgo que influye enormemente para llegar a la condición de desarrollar patologías cardiovasculares, con mayor prevalencia entre las edades de 20 a 45 años, donde se repite la tendencia de malos hábitos alimentarios y muy poca actividad física.

Tiempo de ejecución

8 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

En el sector donde nos encontramos, hay bajo ingreso económico familiar y poca información para adoptar hábitos de cocina saludable, también pocos espacios de áreas verdes donde realizar actividades al aire libre. Dado el alto índice de obesidad, en nuestra población de pacientes que no poseen alguna patología crónica, es necesario poder disminuir el consumo de alimentos con alto contenido de calorías, grasas saturadas, azúcares y sodio, con el fin de poder prevenir que lleguen a adquirir esta condición crónica debido a la mala calidad de vida que llevan a diario.

Causas del problema

Bajo ingreso económico familiar, donde uno o dos integrantes aportan para los gastos.

Malos hábitos alimentarios, dada la poca información sobre cómo preparar estos de manera saludable y en las porciones adecuadas.

Sedentarismo, falta de talleres de actividad física, recreación y áreas verdes donde poder llevar a cabo clases y muestras de ejercicios que ayuden a mejorar la calidad de vida.

Objetivo y actividades

Realizar un Trabajo Comunitario para generar una amplia participación ciudadana.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Distribuir afiches de promoción de actividades.
- Realizar diagnósticos participativos con la comunidad.
- Dar a conocer a cada usuario/a los logros obtenidos.

Objetivo y actividades

Educar y enseñar a la población mejoras de los hábitos alimentarios.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Talleres educativos con enfoque nutricional.
- Talleres educativos sobre posibles riesgos de mantener una vida con obesidad.
- Realizar actividades recreativas en familia con la comunidad.

Objetivo y actividades

Fortalecer las necesidades mentales o sentimentales.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Talleres grupales dirigidos a núcleos familiares.
- Talleres de apoyo psicológico.
- Realizar charlas educativas y participativas, sobre el valor de la vida y la importancia del apoyo de la familia, amigos o vecinos.

Organizaciones

- Municipalidad.
- J.J.VV.
- Escuela.

Contribución esperada

- Contribuir con aporte monetario para talleres de actividad física, alimentación saludable, mejoramiento de áreas verdes y dar a conocer estos talleres a la comunidad.
- Difundir actividades a través de afiches, redes sociales, crear conciencia de lo favorable que es mejorar hábitos de salud.
- Desarrollar intervención que involucre a estudiantes, padres y apoderados, relacionada con la comunicación, educación y actividad física, para mejorar la calidad de vida.

Logros o resultados esperados



Proporcionar herramientas de información y educación, además de acciones estructurales estables en el tiempo. Mejorar estilos de vida saludables tanto en los núcleos familiares elegidos como en la comunidad en general. Disminuir el consumo de alimentos procesados con alto contenido de calorías, grasas saturadas, azúcares y sodio. Sensibilizar sobre la importancia de la alimentación saludable en la familia. Aumentar acceso a la práctica de actividad física en la comunidad rural. Fomentar la participación de padres, apoderados y estudiantes en actividades asociadas a mejorar la calidad de salud, comunicación y salud mental de cada individuo. Aumentar factores protectores asociados a estilos de vida saludables en la comunidad, para disminuir la probabilidad de adquirir patologías cardiovasculares. Disminución en índices de obesidad o sobrepeso en los integrantes de los núcleos familiares elegidos.

AYUDANDO A CRECER SANO

LT/Comuna/Región/SS

PSR PICHIDAMAS

Comuna Osorno - Región Los Lagos - Servicio de Salud Osorno

Autor/a

CRISTIAN RADATT ALVARADO

Problema abordado

Obesidad. En Posta Pichidamas, tenemos un total de 500 personas inscritas, de las cuales un gran porcentaje presenta obesidad, siendo mayormente afectados adultos mayores y niños. **Los niños de 0 a 10 años presentan un 25% de obesidad**, siendo muy común que sus padres o hermanos también presenten algún grado de sobrepeso u obesidad.

Tiempo de ejecución

10 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

El sector de Pichidamas también se le conoce como Ñadi Pichidamas, que significa “suelos pocos profundos”, es decir, suelos inundados la mayoría del año. La Posta cuenta con un pequeño lugar para realizar ejercicios, pero no en gran número. Existe escasa locomoción para trasladarse a la Posta y las familias no poseen movilización propia, ya que son de escasos recursos. El sector que es netamente rural (con inviernos lluviosos), no cuenta con lugares habilitados para realizar deporte (gimnasios o espacios techados), incluso los colegios tampoco tienen grandes patios.

Causas del problema

Mala alimentación. La mayoría de los pacientes comenta en sus controles su forma de vivir y alimentarse, dándonos cuenta que su alimentación está basada en grandes consumos de grasas y azúcares. También podemos darnos cuenta que en su mayoría, han cambiado los alimentos que se producen en el campo por alimentos traídos de la ciudad.

Sedentarismo. La gran población rural, al no producir su alimentación y comprarla en la ciudad, está dejando de realizar labores cotidianas, como trabajar la tierra y producir sus alimentos.

Factor socioeconómico. La mayoría de nuestras familias no poseen muchos recursos, en su mayoría viven de pensiones de gracia o básicas y sueldos mínimos.

Objetivo y actividades

Limitar la ingesta energética, procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Evaluación nutricional por profesional.
- Charla de alimentación por nutricionista y Técnicos.
- Proyecto de huerto, realizado por un agrónomo y charla con psicóloga.
- Taller de cocina saludable con chef contratado.

Objetivo y actividades

Aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Evaluación nutricional por profesional médico.
- Charla psicóloga.
- Charla de alimentación por nutricionista y Técnicos.
- Taller de cocina saludable con chef contratado.
- Feria saludable organizada por Técnicos.

Objetivo y actividades

Realizar actividad física periódica.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Evaluación por profesionales médico, kinesiólogo.
- Talleres de actividad física, profesor de educación física, kinesiólogo.
- Charlas educativas con profesionales.
- Caminata familiar organizada por Técnicos.

Organizaciones

- J.J.VV.
- Comunidades indígenas.
- Comité de salud.
- Municipalidad.
- Carabineros.
- Empresa privada Nestlé-CMPC.

Contribución esperada

- Aportes en incentivar a sus miembros a participar.
- Facilitar la sede para los talleres de cocina y en la contratación de profesionales: chef, monitor de educación física y agrónomo para confección de huerto.
- Además de colaborar con insumos para la actividad de cocina y huertos.
- Seguridad para realizar las actividades por parte de Carabineros.

Logros o resultados esperados



En esta propuesta se espera lograr que el grupo familiar del niño o niña con obesidad, logre entender la importancia de erradicar la obesidad en sus integrantes, en especial de los niños. Crear conciencia del daño que provoca una mala alimentación y hábitos de sedentarismo en un niño/a. Esperamos lograr una pérdida de peso en menores de edad, bajar los índices de colesterol y azúcares en cada uno de los integrantes del grupo familiar. Esperamos fomentar buenos hábitos de alimentación y una actividad física familiar constante.

HUERTO COMUNITARIO

LT/Comuna/Región/SS

PSR INCA DE ORO

Comuna Diego de Almagro - Región Atacama - Servicio de Salud Atacama

Autor/a

LUISA SANTANDER VILLAGRA

Problema abordado

Obesidad. Debido a la mala alimentación de la población de Inca de Oro.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

La localidad Inca de Oro está ubicada en el desierto de Atacama y las condiciones geográficas no son las óptimas para el cultivo de hortalizas, porque la tierra contiene muchos minerales. La principal actividad económica es la minería, que, lamentablemente, contamina el ambiente, tanto las pocas napas de agua que existen como también el suelo. En la localidad contamos con una escuela de enseñanza básica, un jardín infantil, una Delegación Municipal, un Cuerpo de Bomberos, un Retén y la Posta, en donde yo trabajo. También contamos con un gimnasio techado, administrado por la Junta de Vecinos y la plaza del pueblo, en donde se realizan los desfiles, que cuenta con una zona de juegos infantiles y otra para ejercicios.

Causas del problema

La comodidad y el tiempo. Hoy en día las familias no se dan el tiempo necesario para realizar labores como cocinar o cultivar un minihuerto en sus hogares.

Las frutas y verduras que llegan no son del todo frescas y, en esta parte del país, es muy cara. Por este motivo las familias recurren al consumo de comida preparada y no opta por comer sano.

El desierto es muy árido y la tierra está llena de minerales. Pero eso se puede modificar, reciclando la propia basura orgánica que sirve de fertilizante y así arreglar un poco el suelo para que sea apto para el cultivo.

Objetivo y actividades

Concientizar sobre consecuencias de la mala alimentación.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Participación de nutricionista en charla sobre los beneficios de una alimentación saludable.
- Participación de enfermera en charla sobre enfermedades que pueden derivar de una mala alimentación.
- Kinesiólogo realiza charla sobre los daños que produce en nuestro cuerpo una mala alimentación.

Objetivo y actividades

Crear huerto comunitario.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Fabricar un invernadero para poder cultivar hortalizas todo el año.
- Construir sitio de almacenamiento de basura orgánica, para crear nuestro propio fertilizante y así mejorar la tierra para cultivar.
- Sembrar semillas, armar almárcigos y responsabilizar a las familias participantes en el mantenimiento de estos.

Objetivo y actividades

Capacitar a familias en preparación de comidas saludables.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Buscar, junto con las familias participantes, recetas que sean de su agrado para preparar.
- Realizar taller de cocina, utilizando vegetales que se cosecharán del huerto.
- Degustar las preparaciones con el resto de la comunidad, para que se animen a participar del proyecto.

Organizaciones

- J.J.VV.
- Municipalidad.
- Empresas privadas.

Contribución esperada

- Contribuir con recintos, tanto para realizar talleres como para realizar huerto comunitario.
- Contribuir en implementación y recursos para realizar huerto comunitario.
- Cooperar económicamente para la compra de materiales requeridos para la realización de proyecto.



Logros o resultados esperados

Disminuir el consumo de comida no saludable en la localidad de Inca de Oro. Ayudar e incentivar el cultivo de hortalizas en familias de la localidad. Disminuir el alto gasto económico que demanda alimentarse sanamente. Generar lazos y red de apoyo entre los vecinos de la comunidad. Acercar a las personas al Centro de Salud Posta Inca de Oro. Generar la participación e integrar a más familias al proyecto.

MUJERES EMPODERADAS EN SALUD

LT/Comuna/Región/SS

PSR MAITENCILLO

Comuna Puchuncaví - Región Valparaíso - Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

Autor/a

EVELYN BARRIENTOS YÁÑEZ

Problema abordado

Problema de salud a nivel comunal y sectorial de **obesidad y sobrepeso**, con una propuesta de prevención y Promoción de Salud dirigida a la población adulta femenina.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

La Posta de Salud Rural se encuentra ubicada en la comuna de Puchuncaví. La situación socioeconómica de los usuarios/as es baja y media. Sus ingresos son por labores de trabajo doméstico, puestos de artesanía, restaurantes, caleta de pescadores, grandes cadenas de supermercados y cadena de ferretería. Se observa que este condicionante de la salud influye significativamente en el incremento de personas y familias con sobrepeso y obesidad.

En cuanto al ámbito social, es importante señalar que la cultura también es determinante de la existencia de este problema de salud. En general, este problema afecta directamente a quienes lo presentan, así como indirectamente a los familiares, vecinos y comunidad del sector.

Causas del problema

Las mujeres trabajan fuera de su casa y, con ello, pueden aumentar su estabilidad económica, pero muchas veces descuidan su salud, **aumentando el sedentarismo** por el poco tiempo que tienen libre y que dedican a sus casas y familias. Lo anterior se genera principalmente, por una mala educación de generación en generación, escasez de tiempo y dedicación al trabajo.

Otra razón relevante de mencionar es que, si no se interviene desde un enfoque preventivo y promocional, este problema puede llevar a la aparición de **enfermedades crónicas no transmisibles** u otras, incluso manifestándose de forma transgeneracional.

Objetivo y actividades

Capacitar a mujeres en hábitos alimenticios saludables.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Campaña por redes sociales sobre alimentación saludable, Técnico residente.
- Entrega de Recetario Saludable a participantes, Técnico residente.
- Taller de cocina en sede de Junta de Vecinos, alimentos saludables, a cargo de la nutricionista y Técnicos del equipo de salud de la PSR Maitencillo.

Objetivo y actividades

Realizar clases y ejercicios en gimnasio de establecimiento educacional y otros sectores.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Control de peso, talla e IMC al inicio de la primera clase, luego evaluar peso semana por medio y al finalizar la intervención.
- Se creará una carpeta con la información de cada participante.
- Clases con profesor de baile entrenado en gimnasio de Escuela Maitencillo.
- Caminatas guiadas por Técnicos.

Objetivo y actividades

Incentivar la práctica de actividad física en espacios públicos.

Metodologías

- Comunicación.

Actividades

- Práctica de ejercicios en nuestra playa y promover el autocuidado con profesor de educación física y apoyado por Técnicos.
- Ejercicios de estiramiento y elongación con kinesiólogo del equipo del CESFAM de Puchuncaví apoyado por Técnicos.

Organizaciones

- J.J.VV.
- Educación.
- Municipalidad.

Contribución esperada

- Colaborar con infraestructura del gimnasio y profesor de educación física.
- Aportar con sedes y sus dependencias, para los talleres de cocina saludable.
- Solicitar recursos económicos para costear

sueldo de profesional que imparte clases de actividad física y baile entrenado, y los insumos de cocina para el taller.

- Locomoción para los profesores y equipo de salud que participará en el proyecto.

Logros o resultados esperados



Disminuir la obesidad y el sobrepeso en el grupo a intervenir, y contribuir a que se den cuenta que tenemos lugares donde podemos practicar actividad física, sin necesidad de un gimnasio o dinero. Se pueden organizar los tiempos para ello, las mujeres son muy activas y pueden ordenar muy bien sus actividades.

Realmente, se necesita sumar el ejercicio a la rutina de ellas y, por supuesto, a sus familias, junto con una alimentación más saludable, para así cambiar el sedentarismo y las prácticas poco saludables, que no ayudan en su salud y la de los suyos.

Con esta propuesta se espera lograr los cambios deseados, al educar a las mujeres que son el núcleo de las familias y empoderarlas a hacer el cambio en sus hogares.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: COMO UNA DE LAS RESPUESTAS CENTRALES A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN

LT/Comuna/Región/SS

EMR MALVILLA

Comuna San Antonio - Región Valparaíso - Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

Autor/a

NICOLE LÓPEZ ARAYA

Problema abordado

El problema más generalizado y latente que se detectó es el **sobrepeso y obesidad**. Este porcentaje ha aumentado considerablemente en los últimos años, presentando una prevalencia alta y creciente desde los primeros años de vida.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Malvilla es un pueblo a las afueras del puerto de San Antonio, a 3 km al interior de la carretera Autopista del Sol. Su población es de 200 habitantes, mayormente adulta mayor, de los cuales 150 se atienden en la Estación Médico Rural de forma periódica. Muchos de ellos viven solos, alejados de la ciudad, del comercio y de cualquier actividad saludable o centros de recreación.

Es una población unida, donde sus miembros se ayudan mutuamente, es económicamente estable, sin embargo, hay un porcentaje importante de familias vulnerables tanto en lo económico como en su escasa red de apoyo.

Causas del problema

El pueblo no cuenta con un espacio al aire libre para realizar actividad física, con áreas verdes, juegos infantiles para niños y máquinas de ejercicios para adultos y adultos mayores adaptadas a sus necesidades.

Debido a la lejanía con la ciudad, **no hay fácil y rápido acceso a adquirir productos saludables** para llevar una buena y balanceada alimentación.

La población mayor no cuenta con actividades de recreación o talleres donde realizar algún tipo de actividad física, favoreciendo, a su vez, la salud mental.

Objetivo y actividades

Estimular actividad física al aire libre.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Caminatas familiares al aire libre por los alrededores del pueblo.
- Realización de diferentes tipos de deportes y campeonatos para niños menores de 8 años.
- Utilización de plazas y juegos infantiles en la población infantil.
- Talleres para combatir el sedentarismo y favorecer la actividad músculo-esquelética.

Objetivo y actividades

Educar de forma didáctica, reforzando el autocuidado y disminuyendo los factores de riesgo.

Metodologías

- Comunicación y educación.

Actividades

- Taller educativo para padres con sus hijos, impartido por nutricionista de posta.
- Imprimir y repartir afiches, trípticos y guías anticipatorias, informando sobre los factores de riesgo que influyen en nuestra salud.
- Crear un espacio en redes sociales, donde constantemente se suba información actualizada de salud y de interés para la población.

Objetivo y actividades

Entregar conocimientos de alimentación saludable a los padres y madres con hijos menores a 8 años.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Taller de cocina, adaptado al estilo de vida actual, donde se enseñe a cocinar de forma rápida, segura y saludable.
- Capacitación teórica sobre calorías y contenido nutricional, y talleres didácticos para el desarrollo óptimo de niñas y niños.
- Cocina básica, con el fin de aprender haciendo, y así conocer frutas, verduras y diferentes productos que aportan nutrientes a una balanceada alimentación.

Organizaciones

- J.J.V.
- Municipalidad.
- Empresa privada CONTOPSA.

Contribución esperada

- Organizar distintas actividades físicas y de entretención para la población.
- Contar con instalaciones y dependencias para realizar talleres o charlas educativas.
- Colaboración del municipio en la realización y mantención de áreas verdes, plazas y juegos infantiles.
- Aporte de premios para los niños y niñas participantes en actividades deportivas y campeonatos.

Logros o resultados esperados



Después de las 8 semanas de un arduo programa, donde nos enfocaremos especialmente en la población infantil, su desarrollo, su estado nutricional y los posibles factores de riesgos a los que están expuestos, esperamos tener una población infantil sana, eutrófica, bajando los índices de sobrepeso y obesidad en nuestra comunidad. Aportando de igual manera una educación completa a los padres y madres, para que posean las herramientas para velar por la salud física y mental de sus hijos. Son los padres y madres los que día a día tendrán que mantener y mejorar, con sus hijos, los hábitos que aprendan en este programa.

OBESIDAD EN ADOLESCENTES

LT/Comuna/Región/SS

PSR EL TAMBO

Comuna San Vicente de Tagua Tagua - Región O'Higgins - Servicio de Salud O'Higgins

Autor/a

CLAUDIA NAVARRO CAMILO

Problema abordado

A nivel mundial, se ha incrementando la obesidad, especialmente la infantil. Esto no solo se debe a los malos hábitos de alimentación o al estilo de vida que caracteriza a la población, sino que se ha agudizado a raíz del contexto sanitario siendo la limitación de libertades individuales un factor predisponente.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

El sector de El Tambo cuenta con Cuerpo de Bomberos, Retén de Carabineros, Cruz Roja, 2 parroquias católicas y variadas organizaciones comunitarias, como dos agrupaciones de adultos mayores, centros de madres (trabajan mayoritariamente manualidades), clubes deportivos y club de tejos.

La población inscrita en la PSR El Tambo es de 5.000 pacientes aproximadamente, el 10% de los cuales equivale al grupo etario en estudio. De los 74 niños y niñas inscritas en la unidad de salud, el 70% padece obesidad, lo cual vuelve las cifras más preocupantes aún.

Causas del problema

La obesidad es una enfermedad muy relacionada con bullying escolar, donde gran parte del grupo en estudio lo sufre y es el factor de mayor incidencia, porque pueden ocasionar trastornos en la conducta alimentaria en los adolescentes y esto gatilla, a su vez, en trastornos del ánimo, como la depresión. En cuanto a lo cultural, se refiere a las costumbres arraigadas de generación en generación, algunas de estas son la **ingesta excesiva de carbohidratos y grasas saturadas**, como es el pan, las bebidas gasificadas, el alcohol a temprana edad y gran variedad de golosinas.

Objetivo y actividades

Promover estilos de vida saludables.

Metodologías

- Comunicación y educación.

Actividades

- Talleres o ferias informativas abiertas a la comunidad para recibir información de diferentes áreas de la salud sobre el tema. También, se puede sumar diagnósticos rápidos, como medidas de insulina, etc.
- Charlas de educación alimenticia con profesionales afines.
- Entrega de folletería con información de alimentos saludables y recetas.

Objetivo y actividades

Fomento de la actividad física.

Metodologías

- Participación e intersectorialidad.

Actividades

- Actividad física gratuita promovida por el Centro de Salud y la Municipalidad, en lugares como multicanchas o gimnasios públicos.
- Caminatas o senderismo, aprovechando los recursos naturales de la zona.
- Incorporar a colegios de la comunidad para realizar talleres deportivos e incentivar a que cada uno elija la actividad en la cual se sientan cómodos.

Objetivo y actividades

Brindar apoyo psicoemocional.

Metodologías

- Prestación de salud y educación.

Actividades

- Incorporar psicólogos a las evaluaciones de los individuos, para que reciban atención inmediata.
- Charlas de profesionales en colegios e instituciones para fomentar la normalización de los cuerpos, el amor propio y así intentar erradicar el bullying.
- Enseñar la importancia de la contención emocional por parte de la familia en este tipo de enfermedades, para lograr una mejora de los pacientes.

Organizaciones

- Colegios de básica y media.
- Municipalidad.
- Dirigentes vecinales.

Contribución esperada

- Facilitando espacios físicos.
- Colaborando en la masificación de información en su población cautiva.
- Facilitando medios como: radio, TV, prensa, folletería.
- Aporte del Depto. de Deporte Municipal.
- Los dirigentes vecinales aportan con espacios para llevar a cabo nuestras actividades: canchas, parques, plazas, centros de madres, sedes, entre otros.

Logros o resultados esperados



Las ideas planteadas tienen como objetivo abordar la problemática de la obesidad, desde su raíz y, también, entenderla como un conjunto de aristas. Por ello, se considera fundamental el apoyo psicológico en conjunto con el físico y el nutricional. Es importante entender que la obesidad es una enfermedad, como otras que están presentes en dentro de nuestra comunidad y que una de las principales falencias es la familia y las costumbres arraigadas en cada una de ellas, al igual que el colegio como institución, donde el bullying es un punto dominante en la depresión que sufren las personas con esta enfermedad.

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN POBLACIÓN INFANTIL

LT/Comuna/Región/SS

PSR VILLA QUILQUÉN

Comuna Traiguén - Región Araucanía - Servicio de Salud Araucanía Norte

Autor/a

ÁNGELA MUÑOZ SAAVEDRA

Problema abordado

Sobrepeso y obesidad infantil. Afecta al 50% del grupo etario de 0 a 9 años.

Tiempo de ejecución

2 años

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Estos niños pertenecen a familias mayoritariamente de escasos recursos, con baja escolaridad y con factores de riesgo propios del contexto rural regional, que destaca, lamentablemente, por poseer el mayor índice de pobreza del país, con dificultades de acceso a los servicios básicos y a la recreación, dispersión geográfica, caminos en mal estado, escasez y mala calidad de agua potable, poca conectividad, entre los determinantes más frecuentes.

Causas del problema

Malos hábitos alimenticios que se transmiten generacionalmente.

Sedentarismo.

Estilos de crianza que no fomentan estilos de vida saludables.

Objetivo y actividades

Fomentar la alimentación saludable en la vida diaria de las familias del sector.

Metodologías

- Comunicación, educación, participación e intersectorialidad.

Actividades

- Diálogos ciudadanos en las escuelas y jardines infantiles sobre la ley 20.606 de etiquetado de alimentos.
- Implementación de huertos en las escuelas.
- Realización de charlas educativas y capacitaciones sobre el tema de alimentación saludable con el Centro de Padres de la escuela y jardín infantil.

Objetivo y actividades

Promover la participación de las familias en los distintos espacios que se ofrecen en la comunidad para la actividad física y el deporte.

Metodologías

- Intersectorialidad, abogacía y comunicación.

Actividades

- Coordinar y gestionar con la Municipalidad, la implementación de circuitos de máquinas y juegos infantiles, en lugares estratégicos y con entorno grato y atractivo.
- Crear un programa de actividad física para toda la familia, dirigido por un monitor o profesor de educación física, que promueva el uso de las plazas activas.
- Promover el juego al aire libre y el deporte, a través de talleres extracurriculares en las escuelas, además de las horas de educación física.

Objetivo y actividades

Concientizar a los padres y cuidadores la importancia de incorporar en la crianza los estilos de vida saludables, como un valor fundamental en el desarrollo integral de sus hijos e hijas.

Metodologías

- Educación y comunicación.

Actividades

- Educaciones grupales en escuela, jardín y Posta, dirigidas a los padres y cuidadores sobre estilos de vida saludables.
- Visitas domiciliarias integrales, por el equipo de salud, a familias con hijos con sobrepeso y obesidad para realizar trabajo conjunto en pro de aumentar la actividad física y cambiar hábitos alimenticios.
- Incorporar en los talleres del Chile Crece Contigo (ChCC), la educación a padres en estilos de vida saludables y la importancia de enseñarlos a los propios hijos.

Organizaciones

- Escuela.
- Comité de Salud.
- Posta de Salud Rural.

Contribución esperada

- Fomentar la actividad física y el deporte, y concientizar sobre el valor de ambos en la salud.
- Generación de proyectos con la comunidad, para la implementación de plazas activas

y otras acciones relacionadas con la actividad física y el deporte.

- Educación individual y grupal, que contribuya a la instauración de estilos de vida más saludables en las personas.

Logros o resultados esperados



Con esta propuesta de intervención, se espera que las familias focalizadas incorporen en su diario vivir estilos de vida más saludables, que conlleven a disminuir los índices de sobrepeso y obesidad infantil en un plazo de 2 años, implicando disminuir también los riesgos de sufrir enfermedades cardiovasculares y de salud mental al largo plazo. Esto significa, además, que las familias reflexionen y tomen conciencia sobre el estado actual de salud integral de cada uno de sus integrantes, sobre todo de los más pequeños, para que así instauren un cambio significativo en la forma de vivir y de relacionarse con su entorno y comunidad, modificando los hábitos alimenticios gradualmente y dedicando mayor tiempo a la actividad física y el deporte, pero no solo como una mera indicación para mejorar la salud, sino como una forma válida y placentera de compartir y pasar el tiempo con la familia, vecinos y amigos, mejorando la calidad de vida de toda la población en cuestión.

OBESIDAD

LT/Comuna/Región/SS

PSR ISLA CAILIN

Comuna Quellón - Región Chiloé - Servicio de Salud Chiloé

Autor/a

INGRID COLIVORO CUMIN

Problema abordado

El problema detectado en la comunidad de Isla Cailin es la **obesidad**. Afecta principalmente a niños de 1 a 6 años y adultos de 20 a 64 años, con mayor prevalencia en mujeres de 20 a 60 años.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Sector de difícil acceso geográfico, territorio isleño, las casas se encuentran muy alejadas unas de otras, debiendo transitar en algunos sectores solo por vía marítima. No existen instituciones públicas en el medio inmediato (no hay Cuerpo de Bomberos, Carabineros, un supermercado o negocio cerca). Se puede salir de la isla tres veces a la semana, en transporte marítimo público.

En el sector isleño no se cuenta con agua potable, cada vecino tiene agua por medio de pozos o vertientes. El año 2017, se instalaron conexiones eléctricas y hoy toda la isla cuenta con luz durante el día y la noche. La mayoría de las familias solo dependen económicamente del jefe de hogar, muchos de ellos tienen trabajos esporádicos y dependen del mar, las mujeres no tienen un ingreso, son por lo general dueñas de casa y están al cuidado de los hijos. Un bajo porcentaje vive, además, de la agricultura.

Causas del problema

Bajo índice de escolaridad. Escolaridad básica incompleta, también analfabetismo, lo que dificulta el acceso a la información de estilos de vida saludables.

Pobreza. Familias que no tienen ingreso fijo, trabajos esporádicos.

Alimentación inadecuada. Mucha comida chatarra, rápida y contundente (ej.: papas), y no en función de mejorar la salud de sus hijos. Culturalmente consumen porciones abundantes de alimentos, está asociado a que mayor es el "cariño" que se da y se recibe. Creencias de la cultura chilota ancestral, actualmente prevalece el sedentarismo en las familias.

Falta de espacios para actividad física. El factor climático es determinante para realizar ejercicios, no hay gimnasios techados para realizar actividades al aire libre, cuando el clima no lo permite.

Objetivo y actividades

Disminuir hábitos de alimentación no saludable.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Talleres de cocina con productos saludables de la isla.
- Talleres sobre los efectos positivos de una buena alimentación y de los efectos negativos de una mala alimentación, con invitados que comentarán sus experiencias buenas y malas respecto a su alimentación y sus consecuencias.

Objetivo y actividades

Contribuir en favorecer espacios para la realización de actividad física y así disminuir el sedentarismo.

Metodologías

- Participación.

Actividades

- Bailes entretenidos en la Posta.

Objetivo y actividades

Integrar a la comunidad en espacios comunitarios disponibles en el sector (Posta de Salud).

Metodologías

- Participación.

Actividades

- Corrida familiar.

Organizaciones

- J.J.V.V.
- Equipo de salud.

Contribución esperada

- Colaboración en la educación de una alimentación saludable.
- Motivar e informar a la población de la isla, para que participe en las diferentes actividades.

Logros o resultados esperados



Esta propuesta es una gran estrategia para el Desarrollo Local, ya que a través de los talleres de cocina pueden surgir ideas de emprendimiento para las mujeres de la isla y se instala un nuevo medio de entretenimiento. De esta manera, logran pensar en otras cosas que no sean solo estar en la casa. También, será beneficioso para la participación, la unión y el trabajo en conjunto de la comunidad, para así lograr cosas que beneficien a la isla. Unido al desarrollo como comunidad, está el desarrollo personal, ya que, a través de la alimentación saludable y actividad física podemos prevenir muchas enfermedades a futuro.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES POR MAL NUTRICIÓN Y OBESIDAD EN MENORES DE PUERTO BERTRAND

LT/Comuna/Región/SS

PSR PUERTO BERTRAND

Comuna Chile Chico - Región Aysén - Servicio de Salud Aysén

Autor/a

ALEJANDRO MANZO MOLINA

Problema abordado

Aumento latente, y más aún por pandemia COVID-19, del **sobrepeso**, acompañado del sedentarismo que perjudica el desarrollo motor; problemáticas en la salud mental, que baja el rendimiento académico, aumentado la frustración en niños, niñas y su ambiente familiar.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Aumentar el sobrepeso genera problemas personales en la actividad física de los menores, esto influye en que no puedan realizar o terminar algunas acciones, generando baja autoestima y provocando que disminuyan sus calificaciones por frustración.

Las familias no cuentan con la educación suficiente para optar a una mejor fuente laboral, entendiéndose, además, las dificultades con que contamos para acceder a alimentos saludables a un valor razonable y el hecho de no cumplir a cabalidad las políticas públicas presentadas al gobierno, provocan una permanente problemática en la comunidad, afectando socialmente a la población juvenil.

Causas del problema

Falta de espacios públicos para la libre actividad física y recreativa.

La baja cantidad de horas a la semana destinada a la actividad física en los establecimientos educacionales.

La falta de compromiso del intersector para fomentar el deporte de manera competitiva, recreativa y de esparcimiento familiar, generando mayores oportunidades en sectores rurales.

Objetivo y actividades

Realizar talleres en jornada de clases de Elige Vivir Sano.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Trabajo investigativo de los distintos productos alimenticios a disposición en el comercio y sus componentes descritos en etiquetado, según ley de alimentos.
- Clases visuales y teóricas de manejo y conocimiento nutricional de un individuo en sus distintas etapas de desarrollo.
- Evaluación final al grupo familiar con temas proporcionados en el semestre.

Objetivo y actividades

Realizar un diagnóstico participativo con Centro de Padres y Apoderados y el equipo interdisciplinario escolar.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Recabar información de padres y apoderados, complementando el trabajo realizado por el equipo interdisciplinario escolar en conjunto con PSR, para organizar un enfoque personal en los escolares.
- Planificación de los distintos talleres, en un trabajo colaborativo entre padres, madres y equipo interdisciplinario escolar.
- Demostración a la comunidad de los cambios y avances logrados en los escolares, la importancia de mejorar la calidad de vida del grupo familiar.

Objetivo y actividades

Trabajar entre escuela y PSR, en control escolar, joven sano.

Metodologías

- Procedimientos de APS y participación.

Actividades

- Controles en el inicio de clases en espacio físico estudiantil, como Espacio Amigable.
- Control según ciclo vital, para realizar examen completo en Posta, con el apoyo del equipo multidisciplinario en la APS.
- Trabajo físico según necesidad de cada estudiante, previo a evaluación mediante test de resistencia.

Organizaciones

- J.J.VV.
- Municipalidad.
- Comité local de la infancia.

Contribución esperada

- Realización de talleres con padres y apoderados.
- Colaboración en espacios físicos y artículos deportivos.
- Postulación a proyecto en representatividad legal a mejoras urbanas.

Logros o resultados esperados



Cambios en la salud y estilos de vida apoyados por el mejoramiento de espacios específicos para niños y habitantes de la localidad. También la participación de la comunidad mediante los diagnósticos para identificar los problemas y debilidades de nuestra localidad, de esta manera mejorar la coordinación con abastecimiento de mercadería saludable y tener mejores opciones en la alimentación, el trabajo en comunidad para seguir fortaleciendo los espacios públicos y del intersector.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA: MAYORES CON MEJOR SALUD

LT/Comuna/Región/SS

PSR PUERTO IBÁÑEZ

Comuna Río Ibáñez - Región Aysén - Servicio de Salud Aysén

Autor/a

MARÍA CLAUDIA FUENTES CATALÁN

Problema abordado

La **obesidad y sobrepeso** son situaciones que marcan un precedente muy importante en el ámbito de la salud en nuestra comunidad.

Tiempo de ejecución

7 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

De la población total, alrededor del 25% corresponde a adultos mayores, cuya situación socioeconómica se encuentra, en su mayoría, bajo el quintil de ingresos, siendo el 87,9% proveniente del sistema de subsidios estatales. El 3,3% de ellos están bajo la línea de la pobreza, y el 22,2% catalogados en pobreza multidimensional.

Según CASEN 2017, el 12,9% son analfabetos y el resto con baja escolaridad. Gran parte de las personas mayores, son de avanzada edad (sobre los 80 años), muchos de ellos viven solos y son portadores de ECNT.

Causas del problema

Malas prácticas alimenticias, la alimentación se basa en productos como carnes rojas, carbohidratos, pan, fideos, arroz y tomar mate, hábito muy arraigado culturalmente.

Muchas de las personas mayores, **no realizan actividad física en forma regular**, ya que consideran que los quehaceres propios del hogar, como barrer, cortar leña, sembrar, son suficientes. Por otro lado, muchos de ellos sufren problemas osteoarticulares, como artrosis de caderas, rodillas, etc., lo que les impide realizar caminatas o ejercicios y prefieren quedarse quietos para evitar dolencias.

Escasa sociabilidad entre pares, la situación de no saber leer o no poder hacerlo por problemas visuales, afecta en que puedan leer indicaciones escritas u otras lecturas, y al estar solos no tienen la motivación.

Objetivo y actividades

Realizar reuniones informativas y de coordinación con distintas entidades.

Metodologías

- Intersectorialidad y comunicación.

Actividades

- Reunión informativa con el Club Adulto Mayor y otros adultos mayores de la localidad.
- Presentación de iniciativa al Equipo de Salud, incluyendo a nutricionista y kinesióloga.
- Reunión con DIDECO y la Oficina del Adulto Mayor, para solicitar colaboración en el desarrollo de las actividades.
- Plantear proyecto a empresa privada, para solicitar apoyo económico.

Objetivo y actividades

Difundir proyecto en distintas instancias.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Difusión de la actividad en Radio FM local.
- Compartir recetas saludables en programa radial, dirigido a adultos mayores.
- Video con imágenes recopiladas de la actividad y compartir en redes sociales.
- Spot publicitario, realizado por los adultos mayores participantes, acerca de alimentación saludable y actividad física.

Objetivo y actividades

Realizar talleres con el Club AM y otros adultos mayores de la localidad.

Metodologías

- Educación, comunicación y participación.

Actividades

- Taller mensual de preparación de platos saludables, incluyendo PACAM, frutas y verduras.
- Talleres semanales de actividad física para adultos mayores.
- Feria local de preparaciones saludables y actividad física.
- Recetario local.

Organizaciones

- DIDECO Río Ibáñez.
- Club de Adultos Mayores.
- PSR Puerto Ibáñez.
- Empresa privada.

Contribución esperada

- Financiamiento de Profesor Educación Física.
- Cooperación en difusión, impresión y logística.
- Participación de los socios y cuidadores.
- Proveer de sede para realizar los talleres nutricionales (nutricionista).
- Talleres preparación de platos saludables con PACAM, frutas, verduras (Técnicos).
- Financiamiento de ingredientes para los talleres de alimentación.

Logros o resultados esperados



Se espera que los adultos mayores y cuidadores, logren incorporar en su dieta diaria productos PACAM, frutas y verduras, mediante la preparación de distintas recetas culinarias. Plasmarán estos conocimientos en un recetario realizado por ellos, y terminarán con una Feria Saludable para mostrar sus nuevas preparaciones y los beneficios para su salud.

En actividad física, se espera que los participantes adquieran habilidades para realizar actividades 3 veces a la semana, con movimiento articular, caminatas y otras, para mejorar su estado nutricional y compensar enfermedades crónicas.

Es importante socializar con sus pares a través de los distintos talleres y ser parte activa de la promoción a través de sus spot, recetarios y Feria Saludable, otorgándole un espacio de participación en la comunidad.

MALNUTRICIÓN POR EXCESO

LT/Comuna/Región/SS

PSR ISLA DE YÁQUIL

Comuna Santa Cruz - Región O'Higgins - Servicio de Salud O'Higgins

Autor/a

CRISTINA LIZAMA ALARCÓN

Problema abordado

Uno de los problemas que más aqueja en mi sector Isla de Yáquil es la **malnutrición por exceso**.

Tiempo de ejecución

10 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

La malnutrición por exceso afecta en todas las edades tanto a niños como adultos, tenemos un aumento en los índices de obesidad infantil en menores de 6 años de un 14,8% (en el año 2018) a un 15,1% (en el año 2019), en la adolescencia tenemos 20,7% con obesidad.

Tal como lo demuestran los valores indicados anteriormente, a la población que más afecta la obesidad es a jóvenes y adultos. Las personas con un nivel socioeconómico más bajo, son las más afectadas por el problema, ya que tienen menos acceso a una alimentación saludable.

Causas del problema

El sedentarismo es una causa por la cual se ve el aumento de malnutrición por exceso, ya que las personas ahora prefieren movilizarse más en transporte motorizado que en bicicleta o simplemente caminar. A esto se agrega la tecnología, ya que ahora las personas prefieren entretenerse con celulares, videos juegos, etc. que salir a realizar actividad física.

Malos hábitos alimenticios de las familias aquí en el sector, porque tienden a comer alimentación con grasas como los chicharrones, cocinar con grasa del animal, etc. Además, se come mucha comida rápida por la falta de tiempo y es lo más accesible que, hoy en día, tienen las familias, porque la comida saludable es de más alto costo.

Objetivo y actividades

Realizar actividad física masiva para la comunidad.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Caminatas a cada cerro del sector, en distintos días.
- Corrida familiar en la plaza del sector.
- Clases de actividad física con un profesor en distintos horarios, para que todos puedan participar.

Objetivo y actividades

Educar a las familias de la escuela y comunidad en alimentación saludable.

Metodologías

- Educación, comunicación y participación.

Actividades

- Educación en la escuela a los estudiantes, apoderados y profesores sobre alimentación saludable.
- Preparación de platos saludables, por parte de la comunidad, con la asesoría de un chef.
- Taller de alimentación saludable organizado con a la Junta de Vecinos.

Objetivo y actividades

Ejecutar campaña de difusión a través de medios audiovisuales.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Trípticos sobre alimentación y actividad física para ser repartidos.
- Video sobre alimentación saludable y actividad física.
- Intervención en radios para hablar sobre los riesgos de la malnutrición por exceso, los beneficios de los estilos de vida adecuados y alimentación saludable.

Organizaciones

- Escuela de Isla Yáquil.
- Municipalidad Santa Cruz.
- J.J.VV.

Contribución esperada

- Que la escuela nos facilite un salón para realizar las reuniones y actividades educativas.
- Colaborar con máquinas de ejercicios para poder realizar las clases de actividad física de mejor manera.
- Facilitarnos el gimnasio techado del sector, para poder realizar las clases de actividad física en distintos horarios.

Logros o resultados esperados



Esperamos lograr con esta propuesta de acción, que los niños, apoderados y profesores de la escuela del sector Isla de Yáquil puedan mejorar su estilo de vida, alimentación y su malnutrición por exceso, ya que este problema trae muchas consecuencias en su vida cotidiana, tanto el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles que puede afectar a niños y adultos, como también puede afectar la autoestima de cada uno.

Por eso es importante que las personas puedan mejorar el estilo de vida y que puedan poner en práctica todo lo aprendido en la propuesta de acción con el chef, los talleres educativos y las clases de actividad física, para ir disminuyendo la prevalencia de las personas con malnutrición por exceso.

INVERNADERO SUSTENTABLE

LT/Comuna/Región/SS

PSR PUERTO GALA

Comuna Puerto Cisnes - Región Aysén - Servicio de Salud Aysén

Autor/a

EDGAR BUSTAMANTE AVENDAÑO

Problema abordado

Escasez de alimentos saludables como verduras y frutas. Esto dada la poca conectividad con el continente, hace que estos productos tan necesarios para la comunidad y su salud sean realmente un problema para la calidad de vida y de salud.

Tiempo de ejecución

12 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Esta problemática lamentablemente afecta a toda la localidad, estamos hablando de una población de aproximadamente 300 personas, donde la geografía es un problema constante, ya que es una isla con muy escasa conectividad y se agrega el factor climático, impidiendo que la barcaza pase o se retrase. Estamos hablando de retrasos que pueden llegar a una semana, en la cual no hay abastecimiento de productos esenciales para esta localidad.

La economía de la isla se basa mayormente en la pesca artesanal, principalmente de merluza austral, que se extrae durante todo el año, excepto en agosto en donde rige la veda de este producto. En invierno, se complica la actividad pesquera debido al mal tiempo. El 90% de la población se dedica exclusivamente a la pesca, ya que las fuentes laborales son escasas.

Causas del problema

Mala alimentación.

Bajo alcance de los alimentos.

Baja conectividad de recurso.

Objetivo y actividades

Reunir a la comunidad con un mismo objetivo en común.

Metodologías

- Educación y comunicación.

Actividades

- Charlas informativas.
- Conformación de equipos de trabajos.
- Captación de recursos.

Objetivo y actividades

Capacitar a las personas para crear y contribuir en la construcción del invernadero.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Se traza la búsqueda del terreno, junto a la J.J.VV.
- Cursos de cultivos y construcción de invernadero.
- Prácticas en comunidad.

Objetivo y actividades

Ejecutar proyecto de construcción y usos de invernadero.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Ejecución y construcción.
- Sembrar.
- Evaluación y cuidado del invernadero.

Organizaciones

- Municipalidad Puerto Cisnes.
- J.J.VV.
- Escuela.
- Salmonera Aqua Chile.

Contribución esperada

- Capacitaciones, ayuda técnica en invernaderos y lograr un aporte financiero.
- Ceder terreno para la construcción de invernadero.
- Involucrar a los estudiantes en este proyecto.
- Aporte financiero.

Logros o resultados esperados



El propósito de este proyecto es mitigar la escasez de alimentos esenciales dentro de nuestra nutrición, con este proyecto daríamos solución a la problemática planteada al principio, ya que le otorgaríamos las herramientas necesarias a la comunidad, para cultivar sus propios alimentos sin necesidad de esperar el abastecimiento, que a veces es escaso.

Los resultados esperables serían el autosustento de la población y, a la vez, un cambio alimenticio que favorezca su vida a largo plazo, en salud y calidad de vida.



TEMA

CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

SALUD MENTAL

Foto de Gianfranco Grenar en unsplash.com

ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL

LT/Comuna/Región/SS

PSR GUANGALÍ

Comuna Los Vilos - Región Coquimbo - Servicio de Salud Coquimbo

Autor/a

SOLANGE TORRES ALVARADO

Problema abordado

Incremento de personas con enfermedades de salud mental. Teniendo en cuenta que tenemos una población de 1.032 personas, 164 padecen de alguna patología y se encuentran bajo control, afectando mayormente a mujeres y adultos mayores.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Esta comunidad se caracteriza por la existencia de familias nucleares con numerosa cantidad de hijos, en donde el rol predominante del hombre es de proveedor y jefe de hogar, lo que conlleva al sometimiento de las mujeres a ser dueñas de casa y falta de independencia económica. Las mujeres no pueden desenvolverse como ellas quieren y se les imponen ciertos comportamientos por parte de la misma comunidad en que viven.

La presencia del tráfico de drogas, dificulta el desarrollo óptimo del diario vivir de las familias, ya que debido al miedo se centran en sus hogares, no generando redes. Así también, esta fuente laboral ilegal, provoca enfermedades mentales que estas familias no reconocen y no son tratadas de manera óptima, ya que la PSR está a 47 km del primer centro de referencia (hospital).

Causas del problema

Baja tasa de nivel de estudios de la población.

La cultura machista arraigada en la comunidad.

Estructura y dinámica familiar.

Factores de riesgo de su entorno social.

Las presiones de la vida diaria.

Los problemas físicos y poco acceso de oportunidades laborales.

Falta de redes de apoyo sociales y familiares.

Eventos vitales estresantes.

Objetivo y actividades

Fomentar el bienestar personal y familiar de las personas que padecen de alguna enfermedad mental e incrementar la participación social de la comunidad, con respecto a la mejoría de la salud mental y física.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Escuela de primer nivel del Programa Ecológico en Psiquiatría.
- Talleres enfocados en prevención y Promoción de Salud mental.

Objetivo y actividades

Identificar quienes puedan requerir más apoyo y asistencia a los grupos de autoayuda, para lograr entregar herramientas y habilidades para el autocuidado y fortalecer las redes de apoyo.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Generar instancias de autocuidado con familias que son activas en programa de salud mental.
- Participación de consejo consultivo de la Posta para generar proyectos que mejoren las condiciones de vida sanitaria de la población.
- Actividades masivas de promoción de la salud mental.

Objetivo y actividades

Fortalecer la red de instituciones y oferta de servicios, para alentar estilos de vida saludables y promover la salud mental.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Generar un grupo de autoayuda con profesionales del Programa Ecológico.
- Talleres en organizaciones comunitarias de la comunidad de promoción y prevención de la salud mental, con técnicas para romper el hielo, dinámicas, juegos, trabajo colaborativo, etc.

Organizaciones

- PSR.
- Organizaciones comunitarias.
- Equipo de salud mental.
- Equipo de salud.

Contribución esperada

- Captación de potenciales familias y coordinación con organizaciones comunitarias y líderes de la comunidad, registro de la bitácora, estadístico y rescate de inasistentes.
- Supervisar y apoyar el autocuidado de quien coordina el grupo, con herramientas técnicas para desarrollar esa tarea.
- Difusión de invitación, postulación de proyectos, ampliar redes de apoyo, facilitar espacio físico.

Logros o resultados esperados



Propuesta que conecta al equipo de salud con la comunidad, haciendo una conexión más cercana, con oportunidades de aprendizaje entre Salud y Comunidad, ya que tiene un fin terapéutico, que aborda diferentes áreas como el encuentro con las familias, ampliación de redes comunitarias/familiares, cambio de conductas y participación de integrantes del equipo en actividades de Promoción y Prevención. Generar espacio para líderes positivos comunitarios y acceso a escuela de primer nivel, siendo certificados como Trabajador Socio Comunitario, fomentando la interacción entre familias dispersas geográficamente y de distinto grupo etario, fortaleciendo principios y valores, a la vez es un aporte a la Prevención y Promoción de la Salud de las familias.

SIN DROGAS NI ALCOHOL TENGO UN MEJOR FUTURO

LT/Comuna/Región/SS

PSR SANTA ELENA

Comuna Laja - Región Biobío - Servicio de Salud Biobío

Autor/a

BETSABÉ TOLEDO CONTRERAS

Problema abordado

Aumento en el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes. Afecta mayormente a los adolescentes, entre edades de 11 a 19 años.

Tiempo de ejecución

12 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Falta de espacios de esparcimiento.
Situación económica precaria.
Nuestra población está en zonas dispersas, debido a la situación geográfica.

Causas del problema

Los jóvenes utilizan espacios comunitarios para realizar actividades de consumo de alcohol y drogas, canchas de fútbol, plazas, corridas de caballos, corridas de perros, etc.
Aumento de violencia entre pares cuando hay consumo. Bajo rendimiento escolar en el día a día, trae conflicto en la comunidad escolar y familiar, se vulneran sus derechos y es la mayor causa de posibles abusos. Incurrir en delitos para abastecer su necesidad, hay mayor probabilidad de hurto, VIF, entre otros.

Objetivo y actividades

Educar en los riesgos que afectan a la salud, en relación al consumo del alcohol y drogas.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Reunión con Directores de Colegios, Presidente de JJ.VV., para analizar problemática y posibles soluciones.
- Talleres educativos a niños, niñas y adolescentes sobre los daños del consumo de alcohol y drogas.
- Charlas a padres en JJ.VV. sobre el consumo de alcohol y drogas de adolescentes y dentro del núcleo familiar.

Objetivo y actividades

Fortalecer vínculos afectivos familiares.

Metodologías

- Educación y comunicación.

Actividades

- Feria educativa como el "Día de la Familia", donde pueda involucrarse todo el núcleo familiar.
- Taller educativo para mejorar el apego del adolescente con la familia.
- Reunión a nivel escolar con los apoderados, para fomentar los vínculos entre padres y los adolescentes.

Objetivo y actividades

Potenciar la participación de los adolescentes en la comunidad.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Actividades medioambientales, como: campañas de reciclaje, acciones de cuidado y mejoramiento de áreas verdes (plantar árboles, flores, etc.), entre otras.
- Actividades de recreación artística, como: tocatas, concursos de Hip-Hop, juegos inflables, muralismo, etc.
- Actividades deportivas, por ejemplo: corrida juvenil, campeonato de ping-pong, cicletadas, etc.

Organizaciones

- Escuelas Las Ciénagas.
- Escuela Francisco Zattera Guelfi F-984.
- JJ.VV. Santa Elena.

Contribución esperada

- Educar sobre las buenas convivencias con sus pares, reducción del bullying, enseñar el respeto a la familia y educar sobre la VIF, el consumo y efectos del alcohol y drogas en la salud.
- Empoderar a nuestra comunidad y entregarles herramientas acerca de detectar o identificar los factores de riesgo en sus familias sobre alcohol y drogas, y prevenir el consumo a temprana edad, para ayudarlos a reducir o mejorar su calidad de vida a nivel familiar.



Logros o resultados esperados

Concientizar a las familias y a la comunidad. Bajar los niveles de consumo del alcohol y drogas en los adolescentes y familias. Aplicar una encuesta anónima sobre el consumo de alcohol y drogas y tener datos medibles dentro de los grupos intervenidos, para verificar si se cumplió el objetivo.

ALCOHOLISMO

LT/Comuna/Región/SS

PSR PURALACO

Comuna Toltén - Región Araucanía - Servicio de Salud Araucanía Sur

Autor/a

ALICIA CABRAL QUIDEL

Problema abordado

Se ha identificado al **alcoholismo** como un problema de salud complejo y persistente en el territorio. Corresponde a un problema multicausal y determinado por distintos factores que están ajenos a los centros de salud y, más bien, se localizan y desarrollan en el ámbito comunitario y familiar.

Tiempo de ejecución

12 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Se trata de un problema multicausal con determinantes como la pobreza y el contexto rural que favorece su invisibilización, por la proliferación de cantinas clandestinas y expendio ilegal de bebidas alcohólicas. Hombres jóvenes, sin oportunidades laborales ni estudios, ven en el alcohol una forma de evadir problemas. También, se asocia al deporte los fines de semana y el posterior "tercer tiempo", donde llegan a altas horas de la noche a su casa, circulando en estado de ebriedad a pie o en bicicleta por caminos rurales, lo que aumenta el riesgo de lesiones y traumatismos, que llegan a la consulta cada lunes a la Posta. Se suman las características laborales estacionarias de los hombres jefes de hogar, dependientes de faenas y trabajo pesado asociado a la ingesta de alcohol.

Es decir, tenemos múltiples espacios donde los hombres socializan por medio del alcohol y que, en general, están fuera del alcance de la atención de salud y la influencia de la PSR. Adicionalmente, para los equipos multidisciplinarios es difícil acceder a las visitas domiciliarias, que favorecen un adecuado y oportuno seguimiento a las familias que tienen vulnerabilidad social y se encuentran en una situación de desventaja socioeconómica, educativa y cultural.

Causas del problema

El contexto socioeconómico y cultural en el que está inmersa la población, caracterizada por aumento de la cesantía, trabajos informales esporádicos, la naturalización del consumo excesivo de alcohol y, en general, el contexto deprimido económicamente, que obliga a las familias a depender de subsidios de subsistencia y trabajos esporádicos. Así también, una población masculina que asocia el trabajo y el descanso con el consumo del alcohol.

Objetivo y actividades

Implementar un plan educativo en espacios de educación formal y comunitario, en asociación y acuerdo con organizaciones locales y colegios.

Metodologías

- Educación y comunicación.

Actividades

- Reuniones con director y docentes de colegio rural para planificación y adecuación de contenidos.
- Charla educativa para cada nivel, durante el año 2019.
- Dos charlas educativas con Centro de Padres y Apoderados de escuela.
- Reunión técnica de evaluación con docentes.

Objetivo y actividades

Socializar información oportuna y pertinente en espacios comunitarios, incluyendo eventos deportivos y espacios de acuerdos y consensos de la comunidad.

Metodologías

- Difusión y participación.

Actividades

- Reuniones con grupo de mujeres, que aborden la experiencia del problema alcohólico, prevención y recursos comunitarios asociados.
- Reuniones de análisis con grupos de iglesias, para compartir estrategias que aborden el alcoholismo y problemas asociados.
- Reuniones con comunidades.

Objetivo y actividades

Activación de redes de prevención del alcoholismo, para abordar de manera intersectorial el problema.

Metodologías

- Intersectorialidad.

Actividades

- Coordinación con SEREMI de Salud, el control de bares clandestinos.
- Coordinación con Carabineros, el control de bares clandestinos y venta ilegal de alcohol.
- Coordinación con SENDA, el apoyo de acciones preventivas y promocionales.

Organizaciones

- Equipo de salud PSR.
- Grupo de mujeres.
- Escuela.
- Pastor evangélico.
- Club deportivo.

Contribución esperada

- Planificar y supervisar el cumplimiento del plan y los recursos necesarios.
- Entrevistas con los actores involucrados.
- Reuniones técnicas de planificación.
- Reunión de acuerdos de intención y presentación del plan.
- Diálogo colaborativo para implementar charlas y entrega de material informativo en los eventos deportivos.

Logros o resultados esperados



La propuesta se inscribe dentro de una estrategia de Desarrollo Local, asumiendo la necesidad de enfocar un problema de salud complejo, en tanto problema social, y vinculado a distintas dimensiones de la realidad social rural e indígena que inciden en el fenómeno del alcoholismo, en un contexto de pobreza, desempleo y el entorno, donde todos los sectores públicos están involucrados para su abordaje integral. Es a partir de esta realidad, que postulamos incluir al intersector, a través del ámbito educacional, SEREMI de Salud y orden público, así como entidades comunitarias: grupos de mujeres, Juntas de Vecinos, Comité de Deportes e iglesias, quienes, de hecho, son los que colaboran de manera más efectiva en la prevención y abordaje del alcoholismo en contextos rurales y de pobreza, donde el Estado y el sistema de salud no tiene mucha efectividad.

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL A TEMPRANA EDAD

LT/Comuna/Región/SS

PSR QUETALMAHUE

Comuna Ancud - Región Los Lagos - Servicio de Salud Chiloé

Autor/a

XIMENA AMPUERO MUÑOZ

Problema abordado

Consumo de alcohol a temprana edad. De acuerdo a datos estadísticos, el 60,2% de la población de hombres, entre 18 y 60 años, tiene problemas de consumo excesivo de alcohol.

Tiempo de ejecución

8 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

El radio de acción de la Posta es de 1.367 personas, 705 son hombres, correspondiente al 51,6% de la población.

El 46,1% están en el rango de 18 a 60 años, que es donde se determinó el mayor problema de control de ingesta de alcohol.

Causas del problema

Alta población masculina, pescadores artesanales (caleta de pescadores). **Bajo estatus socioeconómico. Fácil acceso al alcohol. Presión de los mismos grupos sociales (torneos de fútbol).** Exposición al alcohol a temprana edad. Expendio de bebidas alcohólicas ilegales.

Objetivo y actividades

Educar sobre los riesgos del consumo de alcohol en exceso y la importancia de mantener un consumo de bajo riesgo.

Metodologías

- Educación y comunicación.

Actividades

- Formación de voluntariado, donde los mismos jóvenes puedan ayudar a concientizar a sus pares en esta problemática.
- Talleres y charlas donde se muestren las consecuencias del consumo de alcohol en exceso, de manera tal que se logre tomar conciencia del daño que se pueden provocar ellos mismos como a otras personas.
- Campañas de sensibilización y prevención, utilizando estética y mensajes claros sobre las consecuencias que derivan del consumo de alcohol en exceso.

Objetivo y actividades

Generar alianzas estratégicas con diferentes entes para la prevención del consumo de alcohol a temprana edad.

Metodologías

- Participación e intersectorialidad.

Actividades

- Actividades socioeducativas de ocio y tiempo libre junto a la comunidad, espacios deportivos, escuelas de verano, campamentos y torneos de fútbol y otros deportes, pero de manera saludable.
- Trabajo en conjunto con Carabineros, para lograr mayor fiscalización a expendios de bebidas alcohólicas ilegales y bajar la tasa de existencia de estos.

Objetivo y actividades

Evaluar el nivel de riesgo y consumo de alcohol aplicando herramientas de tamizaje (AUDIT).

Metodologías

- Participación y atención de salud.

Actividades

- Reuniones con la comunidad para analizar esta problemática, causas, consecuencias y posibles soluciones
- Aplicación de EMP en caletas de pescadores, organizaciones comunitarias, espacios comunitarios y colegios.
- Fiscalización de locales de expendio de alcohol.
- Proyectos de índole preventivos frente al consumo de alcohol.

Organizaciones

- Escuelas.
- CESFAM Manuel Ferreira.
- ONG vinculadas a la prevención del consumo de alcohol en exceso.

Contribución esperada

- Colaborar en la educación a la comunidad, especialmente en la formación de un voluntariado.
- Brindar el apoyo en la realización de las actividades recreativas y deportivas
- Realización de prestaciones de salud y fiscalizaciones en lugares de expendio de bebidas alcohólicas.

Logros o resultados esperados



Este proyecto tiene como finalidad ayudar a la prevención del consumo de alcohol a temprana edad, se mencionan diferentes maneras de afrontar este problema y se cumple este objetivo al dar a conocer las diferentes medidas que se pueden adoptar, al igual que las diferentes actividades que se pueden establecer con actores multisectoriales que ayuden a mejorar las cifras alarmantes que tenemos como comunidad sobre el consumo excesivo de alcohol, sobre todo en menores. También con este proyecto se quiere aportar al desarrollo de soluciones conjuntas con la comunidad, a hacerlas participantes activos de sus propios problemas y, en conjunto, buscar soluciones a las diversas problemáticas que tienen o puedan tener a futuro también.

AUMENTO DE LAS ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL

LT/Comuna/Región/SS

EMR LOMAS DE POLCURA

Comuna Longaví - Región Maule - Servicio de Salud Maule

Autor/a

WILLIAMS MORALES ALARCÓN

Problema abordado

El aumento de las enfermedades de salud mental en los usuarios, entre el rango de 25 a 50 años de edad. De acuerdo a la investigación diagnóstica realizada, los problemas de salud mental afectan alrededor de 102 personas, el 78% corresponde a población femenina y el 12% a población masculina, la cual pertenece a la edad escolar.

Tiempo de ejecución

12 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Alta vulnerabilidad social, debido a la alta discriminación laboral femenina y económica, dado el aumento de cesantía a nivel provincial y progresivo aumento de maquinaria industrial para realizar trabajos agrícolas.

La principal actividad económica radica en la agricultura a pequeña escala y la instalación de empresas de monocultivos, las que otorgan trabajos temporales a los habitantes de la localidad. Nivel educacional incompleto.

Causas del problema

La mayor causa de los problemas de salud mental hoy en día son las exigencias sociales, **la economía, escolaridad incompleta (por causas económicas, no de posibilidades), baja participación social, redes de apoyo escasas, embarazo adolescente y drogadicción.**

Objetivo y actividades

Identificar por parte del equipo de salud la brecha salud mental, reales gatillantes de esta patología.

Metodologías

- Participación e intersectorialidad.

Actividades

- Reuniones con pedagogos y psicóloga educacional del establecimiento, para reconocer conductas de los y las estudiantes.
- Encuestas dirigidas a los y las estudiantes referentes a su situación emocional, interfamiliar y visión de futuro.
- Apoyo informativo (talleres) y emocional, en conjunto con psicóloga del establecimiento para los y las estudiantes, en general, y con el mismo énfasis, con casos reconocidos o alterados.

Objetivo y actividades

Crear instancias o foros participativos trimestrales con colegio y docentes.

Metodologías

- Participación y comunicación.

Actividades

- Mesa de trabajo para reconocer reales o principales temas que les aquejan y poder trabajarlos.
- Establecer un trabajo sólido en conjunto, para masificar información al resto de la comunidad mediante publicidad, redes sociales, dípticos, reuniones masivas, etc.

Objetivo y actividades

Intervenir en centros u organizaciones del sector, entregando herramientas para el reconocimiento y autoevaluación de primeros síntomas.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Intensificar apoyo educacional e informativo a grupos intersectoriales juveniles ya existentes.
- Crear nuevos centros de participación social juvenil.
- Designar comités de ayuda interna y externa, para apoyo de posibles casos con problemas de salud mental en grupos juveniles y para el sector en general.

Organizaciones

- Escuela G-55.
- Comité de salud "La Esperanza de Polcura".

Contribución esperada

- Colaboración en la entrega de educación a los y las estudiantes.
- Gestionar las instancias de participación e información a la comunidad educativa en general.

Logros o resultados esperados



La salud mental hoy en día se mantiene a la deriva, por no tener políticas activas en la prevención de estas patologías. El ser o estar, también implica el cómo debemos vivir, del cómo nos sentimos con nosotros mismos para cuidarnos de todo lo que hoy mantiene al país en penumbra, por las condiciones de vida y las principales causas de muerte en Chile.

Esta propuesta busca contribuir en el cuidado de nuestra salud emocional, para que el comienzo de una segunda etapa en la vida no tenga estrés de por medio, debido a nuestras preocupaciones, nuestras dudas, la incertidumbre de un futuro, el qué hacer o cómo hacer.

Además de ser un trabajo en conjunto con el intersector, quienes tienen la vivencia por ser adultos y, a la vez, padres de la gran mayoría de las personas afectadas. Lo que hace que sea una labor más de apego, monitoreo y participación en conjunto.

PLAN COMUNITARIO SOBRE DROGAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

LT/Comuna/Región/SS

PSR VILLA PRAT

Comuna Hijuelas - Región Valparaíso - Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

Autor/a

IRENE ARAOS DELGADO

Problema abordado

Consumo problemático de drogas en la comuna de Hijuelas y sus sectores.

Tiempo de ejecución

12 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

A nivel comunal, existen 25 personas controladas por drogadicción en una población total de 17.988 habitantes, pero muchas de ellas no están insertas en este programa.

La mayoría se encuentran en etapa escolar y otras, por deserción escolar, realizan trabajos, principalmente agrícolas, en lugares alejados del sector y que, muchas veces, es donde más consumo de drogas se observa. Debido a la escolaridad incompleta, no pueden optar a mejores trabajos y, por tanto, pertenecen a nivel socioeconómico bajo.

Causas del problema

Falta de afecto familiar. Los padres de familia de nuestra localidad fueron criados bajo la creencia que no es necesario entregar cariño, cuidados, protección y crear apego, creen que los hijos deben aprender solos sobre la vida.

Círculo de amistades. Muchas veces los jóvenes por curiosidad de experimentar en lo desconocido no seleccionan bien sus amistades y esto los lleva por el mal camino.

Baja o nula escolaridad. Este es un factor importante que influye en muchos ámbitos y oportunidades en la vida. En nuestra localidad existe una deserción escolar alta.

Ausencia de centro recreativos, esparcimiento y autocuidado. Los jóvenes, hoy en día, no cuentan con lugares para desarrollar actividades recreativas o de autocuidado, debido a esto muchas veces se interesan por conocer otro tipo de distracciones.

Objetivo y actividades

Educar a la comunidad o familias en temática de drogas y sus consecuencias.

Metodologías

- Educación y comunicación.

Actividades

- Charlas y talleres impartidos en colegios, centros de adultos y J.J.VV., para educar a la comunidad sobre tipos de drogas que existen y sus efectos.
- Material educativo, como: trípticos, afiches y videos, para ser entregados a nivel comunal.
- Intervenir en la comunidad de forma activa, para que se logre inclusión de jóvenes y adultos de riesgo, y puedan tener mejores oportunidades en su desarrollo personal.

Objetivo y actividades

Generar espacios para realizar actividad física.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Grupos que realicen actividad física en las distintas canchas del sector y talleres de apoyo en el ámbito laboral a jóvenes (ej.: taller de carpintería, construcción, artesanías, etc.).
- Talleres de deporte para la importancia del autocuidado.
- Salida anual para conocer el entorno próximo y las actividades que se realizan en el mismo, ej.: senderismo, trekking, entre otros.

Objetivo y actividades

Fortalecer las redes de apoyo de los jóvenes, a través de grupos de autoayuda.

Metodologías

- Educación, comunicación y participación.

Actividades

- Talleres de salud mental a las familias afectadas con este problema, para comprender la importancia de vínculos afectivos entre sus pares y entorno.
- Talleres de dibujo, música, cocina, entre otros, para fortalecer las habilidades de los jóvenes.
- Talleres, charlas y ferias, a cargo del equipo de salud, que expongan los tratamientos impartidos en la Posta y sus beneficios para incorporar a familias y comunidad.

Organizaciones

- J.J.VV.
- Escuelas.
- Municipalidad.
- Salud.
- Empresas privadas.

Contribución esperada

- Apoyo monetario para contratar personal capacitado, para impartir los talleres de carpintería, artesanías, construcción, cocina, dibujo, música, deportes, entre otros.
- Que faciliten sus sedes para los distintos tipos de talleres, charlas, ferias, etc.
- Incorporación en sus planificaciones educacionales, clases sobre drogadicción.
- Apoyo de vehículos municipales para traslado del personal que apoyará en las distintas actividades a realizar.
- Compromiso del equipo multidisciplinario, para entregar todos los conocimientos y apoyo a la comunidad de Villa Prat y comuna en general.

Logros o resultados esperados



Este proyecto busca lograr mayor conciencia en la sociedad sobre el consumo problemático de drogas y sus consecuencias en la vida adolescente, por lo cual se ha decidido implementar este proyecto que contendrá las herramientas necesarias sobre la prevención, causas, consecuencias de la drogadicción y, también, incentivar los estilos de vida saludables en nuestros jóvenes.

EDUCACIÓN DE VIDA SALUDABLE Y LAS CONSECUENCIAS DEL ALCOHOL

LT/Comuna/Región/SS

PSR HACIENDA VENTANAS

Comuna Vallenar - Región Atacama - Servicio de Salud Atacama

Autor/a

PAULINA MENESES JOFRÉ

Problema abordado

Existe un problema a nivel local que es el **alto consumo de bebidas alcohólicas** por los residentes del sector rural de Hacienda Ventanas. El inicio de alto consumo de bebidas alcohólicas se ve desde muy temprana edad y se vuelve costumbre estar en estado etílico a mayor edad.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Mediante diagnósticos participativos con la comunidad de Hacienda Ventanas, se vio reflejada la preocupación por el alto consumo de bebidas alcohólicas de los residentes.

Este recinto privado se encuentra a 11 km de la ciudad de Vallenar, y en él residen los trabajadores de la hacienda, quienes cuentan con una casa con los suministros básicos, proporcionada por los dueños del lugar. La mayor parte de los trabajadores solo tienen enseñanza básica y un nivel económico bajo. Actualmente, no existe control de Carabineros, lo que es aprovechado por los residentes para desarrollar fiestas durante los fines de semana y conducir bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad, poniendo en peligro su vida y las de los demás.

Causas del problema

Falta de áreas de esparcimiento sano. Al no tener actividades o lugares de esparcimiento, los residentes recurren al consumo de alcohol y actividades poco saludables.

La normalización de consumo de bebidas alcohólicas. Los jóvenes, al igual que sus padres, no pueden pasar un buen momento durante el fin de semana, sin la presencia de alcohol.

Poco control policial en las localidades rurales.

Objetivo y actividades

Sensibilizar a la comunidad acerca de los daños que causa el consumo de alcohol.

Metodologías

- Comunicación.

Actividades

- Reuniones con la comunidad para mostrar, de forma gráfica, los daños que causa el excesivo consumo de alcohol.

Objetivo y actividades

Realización de actividades deportivas y recreativas.

Metodologías

- Participación y comunicación.

Actividades

- Actividades recreativas durante el fin de semana, como campeonatos de fútbol y caminatas saludables, donde se entreguen trípticos informativos de autocuidado y de los peligros del consumo de alcohol.

Objetivo y actividades

Educar acerca de las leyes que regulan el alto consumo del alcohol.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- En actividades en conjunto con Carabineros, se realizará educación en terreno, lugares de trabajo, etc. sobre las leyes existentes que regulan el conducir bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad.

Organizaciones

- Carabineros.
- Empresa dueña de Hacienda Ventanas.

Contribución esperada

- Educación a la comunidad sobre las diferentes leyes y penas que rigen actualmente, para las personas encontradas manejando bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad.
- Facilitar la realización de actividades deportivas y de educación, ya que este lugar es un recinto privado.

Logros o resultados esperados



Concientizar acerca de los daños que causa el excesivo consumo de alcohol en el cuerpo y de los riesgos que implican el manejar bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad, y que conozcan las penas legales como la Ley Tolerancia 0 y la Ley Emilia, que existen frente a esta situación.



Foto de Conscious Design en unsplash.com

TEMA

MEDIO- AMBIENTE

MICROBASURALES Y CONTAMINACIÓN POR RESIDUOS

LT/Comuna/Región/SS

PSR MIRAMAR

Comuna Nueva Imperial - Región Araucanía - Servicio de Salud Araucanía Sur

Autor/a

LUIS ESPINOZA VÁSQUEZ

Problema abordado

Microbasurales y contaminación por residuos en camino público, desde el sector Los Notros a sector San José de la comuna de Nueva Imperial.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

En nuestro sector, los cursos de aguas son muy escasos, por lo que las familias utilizan agua de napas subterráneas para consumo y para riego de hortalizas. Con la presencia de microbasurales, éstas se pueden contaminar, así como los cursos de agua natural.

Los ingresos de la mayor parte de las familias se sustentan en la crianza de animales, cultivo de hortalizas, trabajos en leña y otros.

Otra consecuencia de la acumulación de basura, es la proliferación de perros vagos que atacan sus ganados, lo que afecta sus ingresos familiares.

Causas del problema

No contar con un vertedero en la comuna de Nueva Imperial ni Temuco.

Falta de contenedores en km 0, donde termina el pavimento e inicia camino de ripio.

Poca conciencia y respeto de las personas por el medioambiente y familias que a diario viven en el sector.

Poca o nula fiscalización por parte de quien corresponde.

Objetivo y actividades

Educar e informar a la comunidad y visitantes sobre el impacto negativo en la salud y el medioambiente por la contaminación y residuos.

Metodologías

- Educación y comunicación.

Actividades

- Campaña educativa sobre la importancia de nuestro medioambiente a organizaciones y visitantes.
- Entrega de volantes alusivos al tema a conductores y organizaciones.
- Entrega de contenidos educativos a comunidad escolar y apoderados.

Objetivo y actividades

Formar alianzas de trabajo intersectorial con Municipio, Empresa Forestal, colegios y comunidades.

Metodologías

- Intersectorialidad y comunicación.

Actividades

- Formar equipo intersectorial para análisis y solución del problema.
- Reunión con dirigentes y otros actores del sector.
- Formar equipo de trabajo.
- Presentar problema al municipio y forestal.
- Difusión de la actividad en radio y diario local.

Objetivo y actividades

Acondicionar espacio para la instalación de contenedores, para el depósito de basura.

Metodologías

- Intersectorialidad y participación.

Actividades

- Instalar contenedores en km 0 y km 25.
- Coordinación con municipio la recolección y retiro de basura en camión del sector.
- Coordinación con municipio la instalación de 2 contenedores.
- Coordinar con municipio el vaciado periódico de los contenedores.

Organizaciones

- Colegio Codihue 217.
- PSR Miramar.
- Centro padres y apoderados.
- J.J.VV.
- Forestales Guarda Bosque.

Contribución esperada

- Coordinar con estudiantes la creación y confección de volantes.
- Entrega de temas educativos y coordinar la difusión en radio y diario local.
- Recolectar y coordinar traslado de basura hasta km 0.
- Coordinar entrega de guantes y sacos para recolección de la basura.

Logros o resultados esperados



Con esta propuesta se pretende fomentar hábitos de cuidado y protección de nuestro medioambiente, creando conciencia en estudiantes, vecinos y apoderados de la importancia de nuestros recursos y la importancia que tenemos nosotros en el cuidado y administración de estos.

RECICLA TU BASURA Y TENDRÁS MEJOR VIDA

LT/Comuna/Región/SS

PSR LA VEGA

Comuna Olmué - Región Valparaíso - Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

Autor/a

EVELYN TOLEDO ÓRDENES

Problema abordado

Uno de los problemas que se ha identificado en la comunidad de La Vega, es el tema de la "Basura".

Tiempo de ejecución

12 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Este problema afecta a todos los comuneros y vecinos de la localidad de La Vega, comuna de Olmué, zona rural que habitan 900 personas entre hombres, mujeres y niños en su mayor parte, con bajos recursos económicos y donde en el último tiempo la basura ha sido un tema de conversación y también de conflictos.

La localidad cuenta con una escuela rural con matrículas de 96 niños, dos Juntas Vecinales, dos clubes deportivos y un Comité de Salud activo.

El tema de la basura se ha vuelto un gran problema, de cómo mantenerla ordenada en los contenedores, ya que el camión que la recolecta pasa 2 días a la semana y está a cargo de la municipalidad de Olmué.

Causas del problema

Falta de cultura y/o conocimiento ambiental.

Falta de un programa o interés por el reciclaje.

Falta de un espacio físico, en cada punto del sector, protegido o cerrado para mantener la basura.

Objetivo y actividades

Capacitar en reciclaje y medioambiente.

Metodologías

- Educación, comunicación e intersectorialidad.

Actividades

- Talleres educativos.
- Campaña comunicacional, entregar folletos, asistir a la radio, etc.
- Mesa de trabajo medioambiental, con participación de la comunidad y encargado de aseo del municipio.

Objetivo y actividades

Construir contenedores tipo jaulas.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Solicitar ayuda al municipio en materiales.
- Convocar e informar a los vecinos.
- Solicitar colaboración de los comuneros.

Objetivo y actividades

Implementar operativos de limpieza 2 veces al año.

Metodologías

- Comunicación.

Actividades

- Solicitar colaboración de los comuneros.
- Difusión de día del operativo por redes sociales.
- Coordinar con municipio el retiro de basura.

Organizaciones

- Municipio.
- Escuela.
- J.J.VV.

Contribución esperada

- Aporte con recursos para un profesor de medioambiente y materiales para construcción de jaulas.
- Talleres educativos sobre medioambiente, incentivar el reciclaje en casa.
- Participación de vecinos en talleres educativos y mano de obra, para construcción de jaulas.



Logros o resultados esperados

Espero lograr una mejor conciencia para que nuestros niños y niñas tengan una mejor calidad de vida, evitar los conflictos entre vecinos, conservar la basura de una forma ordenada, evitar las enfermedades infecciosas, conservar la poca agua que nos queda en los esteros, mejorar la calidad de aire, evitar los incendios en verano y, por sobre todo, tener una buena salud y prevenir lo mal que nos afecta psicológicamente ver nuestro entorno feo.

INEXISTENCIA DE SISTEMA DE RECOLECCIÓN Y ELIMINACIÓN DE BASURA

LT/Comuna/Región/SS

PSR ISLA LLINGUA

Comuna Quinchao - Región Los Lagos - Servicio de Salud Chiloé

Autor/a

MIGUEL VELOSO BENÍTEZ

Problema abordado

Inexistencia de sistema de recolección y eliminación de basura en la isla. Problema que afecta a todos los habitantes de los tres sectores de Isla de Llingua (La Capilla, Mautén y Cailihue).

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Llingua es una isla de 4,4 Km² a 3 millas náuticas (4 km) de Achao, capital comunal. Las personas son oriundas de la misma y de las islas aledañas. La población, en su gran mayoría, es adulta y adulta mayor, emigración de la juventud para continuación de estudios. No existen fuentes laborales en el lugar. Única vía de ingreso y salida es la marítima, transporte subsidiado por el Estado. Actividad principal es la agricultura de autoconsumo y la pesca artesanal. Esta última, actualmente no aporta muchos recursos económicos, debido a los períodos de veda y el auge de la pesca industrial en la zona. Las mujeres se dedican a la artesanía en fibra vegetal.

Causas del problema

Ausencia de política de educación sanitaria ambiental, que fomente la responsabilidad social de la población respecto de la eliminación de basura y reciclaje.

A nivel comunal, **no se han establecido políticas públicas** orientadas a implementar contenedores de basura, residuos voluminosos y retiro periódico de estos.

Objetivo y actividades

Realizar jornadas de recolección de residuos y limpieza del borde costero.

Metodologías

- Participación, comunicación e intersectorialidad.

Actividades

- Campana de recolección de residuos, por parte de los jóvenes de la isla, generados durante 24 horas en un 50% de los hogares de la isla. El centro de acopio será el patio de la Posta.
- Minga semestral (Trabajo Comunitario no remunerado) de limpieza de la playa y borde costero, en conjunto con la Dirección General del Territorio Marítimo y Marina Mercante, estudiantes de la escuela, pescadores y algueros artesanales.

Objetivo y actividades

Planificar jornadas de educación ambiental y actividades comunitarias.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Formación de monitores en compostaje (confección de abono orgánico, como fertilizante para la agricultura).
- Capacitación a los algueros sobre la utilización de las algas marinas como fertilizante en las huertas de hortalizas (uso de la lamilla y sargazo).

Objetivo y actividades

Estimular la participación social de las organizaciones y establecer alternativas de disposición y almacenamiento seguro de residuos para la población.

Metodologías

- Participación, intersectorialidad, y educación.

Actividades

- Plan de Puntos Verdes, junto a JJ.VV., Comité de Salud y equipo de Aseo y Ornato de la Municipalidad.
- Evaluación mensual del Proyecto Huertas de Hortalizas (uso de la lamilla y sargazo).
- Talleres educativos sobre estrategia de tratamiento de residuos 3R (Reducir, Reutilizar y Reciclar).
- Fiscalización del correcto uso de los contenedores, a través de monitores elegidos con la comunidad.

Organizaciones

- Jóvenes de la isla.
- DESAM.
- Municipio.
- Comunidad educativa Escuela.
- Organizaciones sociales.

Contribución esperada

- Participación en la ejecución del proyecto, aporte en materiales y recursos humanos.
- Disposición de medios de transportes a la Dirección General del Territorio Marítimo y Marina Mercante, a través de la Capitanía de Puerto de Achao para esta actividad.
- DAEM, Municipalidad (balanza, guantes de aseo, bolsas e instalación contenedores).
- Traslado a vertederos de la comuna.

Logros o resultados esperados



El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario, nos ayuda a conocer a la persona en todos los aspectos de su vida. El trabajo coordinado con las distintas organizaciones sociales en el desarrollo de este proyecto es mucho más fácil, porque me ven como uno más de la isla. Podemos trabajar de forma dirigida en base a las necesidades de la gente, potenciando las fortalezas y oportunidades que se presentan. Para evitar la contaminación de nuestro entorno, es necesario actuar de forma coordinada e integrada, entre la comunidad y organismos estatales, generando un cambio de mentalidad en la gente para dejarle un mundo mejor a las nuevas generaciones. La ley de reciclaje está recién partiendo en nuestro país, su correcta implementación es un trabajo del quehacer personal y profesional en pro del futuro de nuestros hijos y nietos.

PRESENCIA DE MICROBASURALES

LT/Comuna/Región/SS

PSR EL FRÍO, VILLA SANTA LUCÍA

Comuna Chaitén - Región Los Lagos - Servicio de Salud Reloncaví

Autor/a

WANDY VILLEGAS URIBE

Problema abordado

Presencia de microbasurales alrededor de la población.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Villa Santa Lucía pertenece a la comuna de Chaitén, actualmente la componen 31 familias con un total de 71 personas. Está ubicada al lado de la Carretera Austral y es paso obligado para todos quienes transitan hacia Futaleufú, Palena o al sur. Existe una modalidad de recolección de basura una vez por semana, a cargo del camión recolector de la Municipalidad de Chaitén, este solo lleva la basura que está en los 5 contenedores existentes. No se ha generado ningún plan de acción para realizar una limpieza de escombros y otros desechos, por ser zona de emergencia.

Causas del problema

Durante mucho tiempo el futuro de Villa Santa Lucía fue incierto. Esto implicó que la comunidad solo estuviera centrada en la decisión de la autoridad, dejando de lado otras problemáticas del sector. Actualmente, existe la sensación de abandono de los organismos que trabajaron (exONEMI y Ejército), ya que se fueron y la comunidad se quedó con este problema de los microbasurales.

Objetivo y actividades

Informar a la comunidad de Villa Santa Lucía sobre los riesgos para la salud que genera la presencia de microbasurales.

Metodologías

- Comunicación y educación.

Actividades

- Campaña comunicacional con folletería, afiches y redes sociales.
- Talleres educativos con la comunidad y otras entidades (municipio, Equipo de Salud, etc.).
- Fabricar y colocar carteles "No botar basura", en lugares visibles.

Objetivo y actividades

Identificar, participativamente, las causas, consecuencias y magnitud del problema de estos microbasurales.

Metodologías

- Participación e intersectorialidad.

Actividades

- Encuentro con JJ.VV., Equipo de Salud, Comité de Salud y otras organizaciones, para buscar solución a este problema.
- Intervención en el colegio con los estudiantes y profesores, para desarrollar soluciones y prevención de estos microbasurales.
- Comprometer a la comunidad en ayudar a la prevención de futuros basurales, denunciar cuando se sea testigo de estos hechos.

Objetivo y actividades

Desarrollar acciones participativas para mejorar el entorno y mitigación de la contaminación de estos microbasurales.

Metodologías

- Participación e intersectorialidad.

Actividades

- Jornadas de limpieza y recolección de estos microbasurales, con ayuda de la comunidad.
- Comprometer la participación de Municipalidad (Departamento de Obras y Departamento de Aseo y Ornato), junto a los diferentes representantes de las organizaciones sociales de Villa Santa Lucía, para terminar con estos microbasurales.
- Coordinar con Departamento de Obras el retiro de esta basura.

Organizaciones

- JJ.VV.
- Departamento de Obras.
- Escuela.
- Equipo de Salud.

Contribución esperada

- Ayudar con la difusión y apoyo en la intervención, involucrando a los estudiantes y apoderados.
- Capacitación y coordinación con Departamento de Salud, para bloqueo.
- Realizar los talleres.
- Coordinar y autorizar recursos para intervenir estos microbasurales.

Logros o resultados esperados



Vivimos pendientes de otras cosas y no vemos lo que nos afecta directamente, es importante cuando a alguien se le ocurre hablar del tema y se generaliza. También, se cree que son otros los responsables de responder con respecto a este tema de los microbasurales, cuando en realidad en nuestras comunidades somos todos responsables. No importa cuán grande sea nuestro aporte sino más bien que se haga con responsabilidad y compromiso. Como Técnicos de PSR, uno asume un rol importante dentro de la comunidad, siendo un aporte cuando trabajamos todos juntos resolviendo los problemas. De este modo, ya no nos ven solo dentro de la Posta, viendo morbilidad, revisando los programas, medicamentos, etc. Cuando estudié, entre 2001 y el 2003, en mi preparación se nos habló mucho que éramos un agente de cambio en la salud, esta frase siempre hace eco en mis pensamientos estando en mi trabajo.

ERRADICACIÓN DE MICROBASURALES E IMPLEMENTACIÓN DE COMPOSTERAS

LT/Comuna/Región/SS

PSR EL CARACOL

Comuna San Fabián de Alico - Región Ñuble - Servicio de Salud Ñuble

Autor/a

MARCELA SILVA VÁSQUEZ

Problema abordado

Microbasurales en época de verano, ya que aumenta en período de vacaciones (diciembre a febrero). Afecta a toda la población de sector, debido a que presenta una gran concentración de hogares (20 familias, aproximadamente 80 personas).

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Pocos contenedores, lo que hace que las personas acumulen basura en sus hogares, la dejen tirada en la vía pública o las quebradas. Este sector tiene un gran valor paisajístico y natural, ya que está inmerso entre montañas y ríos, lo que les da hogar a muchas especies nativas. La población se dedica a criar animales y a cultivar sus productos. No tiene un trabajo estable, muchos de ellos no terminaron su enseñanza media.

Causas del problema

Mala educación y poca información respecto al tema de manejo de residuos orgánicos e inorgánicos.

Recolección ineficiente de residuos domiciliarios, solo una vez por semana.

Los visitantes dejan la basura fuera de los contenedores, lo que da paso a que los perros rompan las bolsas y la basura quede esparcida en la vía pública.

Objetivo y actividades

Reducir la cantidad de basura del sector con la ayuda de las familias, población flotante y Municipalidad.

Metodologías

- Educación, comunicación y participación.

Actividades

- Capacitación a las familias sobre la separación de los residuos.
- Capacitación sobre los beneficios de las composteras.
- Petición a la Municipalidad de más contenedores para el sector, en conjunto con las J.J.VV. y PSR El Caracol.
- Implementación de composteras familiares.
- Afiches informativos acerca de residuos, para la población flotante.
- Salidas a terreno del Programa Ambiente del CESFAM.

Objetivo y actividades

Capacitar a la población sobre el manejo de residuos orgánicos e inorgánicos y beneficios del compostaje.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Sesiones educativas.
- Capacitaciones con apoyo del Programa de Medioambiente.
- Afiches.

Objetivo y actividades

Desarrollar un plan autosustentable en el manejo de estos residuos, a partir del compostaje y reciclajes de desechos inorgánicos.

Metodologías

- Educación, comunicación y participación.

Actividades

- Capacitación de cómo crear un plan autosustentable.
- Crear plan en conjunto con Programa de Medioambiente.
- Presentación del plan al Programa de Promoción para ser financiado y luego ejecutarlo.

Organizaciones

- J.J.VV.
- Programa Medioambiente de la Municipalidad.
- Programa Promoción de Salud.
- CESFAM.

Contribución esperada

- Organizar a la comunidad.
- Convocar a los socios.
- Informar sobre el plan autosustentable de residuos orgánicos e inorgánicos.
- Asesoría sobre el plan autosustentable.
- Capacitación sobre el beneficio del plan autosustentable de residuos orgánicos

- e inorgánicos y sobre el uso de las composteras.
- Creación del plan autosustentable.
- Presentación del plan.
- Financiamiento.
- Ejecución de composteras.

Logros o resultados esperados



Que cada integrante de las familias y la población flotante que concurra al sector, tomen conciencia de la eliminación correcta de residuos y que cada familia aprenda a utilizar de manera positiva las composteras, esto beneficiará a todo el sector, ya que no existirán microbasurales y será un lugar libre de contaminación. Ayudará al turismo en dicho lugar.



Foto de José Pablo Domínguez en unsplash.com

TEMA

PERSONAS MAYORES AUTOVALENTES

REENCUENTRO CON MI YO Y MI ENTORNO

LT/Comuna/Región/SS

PSR LO ZÁRATE

Comuna Cartagena - Región Valparaíso - Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

Autor/a

LUIS ROJAS LEAL

Problema abordado

Deterioro cognitivo, físico y social en adultos mayores. Agudizado por la pandemia, ya que el aislamiento físico ha llevado a un daño más rápido que lo habitual.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Afecta a los adultos mayores del sector rural de El Cajón de la Magdalena, con una población total de 70 personas, la mayoría de las cuales tienen pensiones básicas solidarias entre 141.000 y 169.000 pesos, que se desglosan en alimentación y pagos de cuentas (gas, luz y agua). Esta última es una cooperativa de agua propia, es decir no es potable directamente y muchos no poseen agua de red, solamente de acarreo, abasteciéndose con camiones aljibes. La mayoría de su población se dedica al cultivo de limones y paltas.

Otra de las problemáticas es que no existe gente joven que haga el manejo de los cultivos y ellos están más viejos para hacerlo, lo que los estresa, disminuye sus ingresos y, por ende, aislándose socialmente de todos.

Causas del problema

Nuestra población ha ido envejeciendo, y con ello, el aumento de adultos mayores que viven solos, lo que predispone a una **pérdida de las habilidades físicas, cognitivas y sociales**, incrementando su ansiedad en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria. Lo anterior se refleja en el aislamiento, apatía y temor hacia la vejez que experimentan las personas mayores.

Objetivo y actividades

Mejorar integración social y autoestima de los usuarios adultos mayores de la Posta Rural.

Metodologías

- Educación, comunicación y participación.

Actividades

- Participación y asistencia a talleres.
- Entrega de incentivos por logros realizados en cada actividad, con difusión a nivel local y comunal.
- Feria Adulto Mayor, demostración de actividades, destrezas para los usuarios adultos mayores.

Objetivo y actividades

Crear circuito tanto de actividad física, mentales y destrezas adaptadas para ellos.

Metodologías

- Educación, comunicación y participación.

Actividades

- Talleres cognitivos.
- Talleres de actividad física.
- Talleres de manualidades.
- Confección de cartillas de autoayuda de actividades diarias y extraordinarias.

Objetivo y actividades

Lograr cercanía entre el personal de salud de nuestra Posta y los usuarios, compartiendo en actividades recreativas.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Taller de estilos de vida saludables, con degustación (preparada por ellos).
- Actividades recreativas organizadas por el personal (ejemplo: actividad Adiós Agosto).
- Tardes de cine (películas clásicas) con discusión de la temática de la película.

Organizaciones

- Casa del Adulto Mayor.
- Escuela Rural Lo Zárate.
- Municipalidad de Cartagena.

Contribución esperada

- Apoyo logístico y trabajo presencial de profesionales, como: podóloga, peluquero, profesora de baile para adultos mayores.
- Creación de circuitos con elementos reciclables y reutilizables por los niños del colegio, creando un circuito de actividades

con los cuales se harán los talleres de actividad física, memoria y destreza.

- Logística en traslados y elementos técnicos, para eventos con la comunidad y talleres.

Logros o resultados esperados



Lograr un mayor acercamiento a nuestros adultos mayores, que a través de los talleres y actividades logren estar más presentes, tanto en asistencia como en la participación y, por ende, mejorar sus labores y actividades diarias, tanto en lo cognitivo como en la parte motora.

Realizar un acercamiento de otras instituciones, como Casa del Adulto Mayor y Escuela Rural Lo Zárate, a través de las actividades en conjunto. Por último, mejorar sus evaluaciones en los Exámenes de Medicina Preventiva de Adulto Mayor (EMPAM).

ACTIVANDO MI VIDA PARA UN MEJOR VIVIR

LT/Comuna/Región/SS

PSR CERRO ALTO

Comuna Los Álamos - Región Biobío - Servicio de Salud Arauco

Autor/a

ZACARÍAS CARRIL YEPSÉN

Problema abordado

Carencia de actividades neurocognitivas del adulto mayor autovalente. La falta de actividad física, estilos de vida saludables, precaria situación biopsicosocial, escasez de redes de apoyo, etc. en los adultos mayores autovalentes de Cerro Alto y Villa Los Ríos, permite que comiencen con enfermedades o trastornos neurológicos y cognitivos.

Tiempo de ejecución

12 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Esta problemática afecta principalmente a los adultos mayores autovalentes, que sin duda siempre están con ánimo de realizar actividades para recrearse, animarse, fomentar nuevas amistades y redes de apoyo, y cuidarse para los últimos años de vida.

Hay 360 adultos mayores en control (6% de la población en control), de los cuales 273 son autovalentes y 87 en dependencia. Pertenecen al sector de Cerro Alto y Villa Los Ríos, teniendo en cuenta que en estos tiempos de pandemia los dígitos pueden variar, debido a la inactividad, sobre todo para los adultos mayores.

El grupo importante a intervenir en esta ocasión son el 4,5% de adultos mayores autovalentes, ya que con actividades cotidianas y accesibles a sus capacidades, les ayudaremos a tener una mejor calidad de vida en sus años restantes.

Causas del problema

Accesibilidad. Es un sector con un bajo índice socioeconómico, cultural y educacional. Adicionalmente, las personas establecidas en Villa Los Ríos tienen que pagar para entrar a su comuna, ya que nos divide una plaza de peaje ubicada entre esta villa y Cerro Alto.

Situación biopsicosocial. Muchos de los adultos mayores han tenido una vida muy esforzada desde muy corta edad, implicando analfabetismo, educación básica o media incompleta, malas relaciones interpersonales y familiares, carencia de redes de apoyo, problemas con el alcohol.

Falta de ingresos económicos. Muchos adultos mayores autovalentes continúan trabajando a pesar de sus patologías crónicas de base, lo que deteriora aún más su organismo, ya que las pensiones con la cual viven no son suficientes para llevar una vida adecuada.

Objetivo y actividades

Realizar intervenciones para los adultos mayores autovalentes, donde participen equipos multidisciplinares.

Metodologías

- Educación y procedimientos APS.

Actividades

- Atención y controles periódicos del equipo multidisciplinario.
- Actividades recreativas.
- Talleres prácticos para el grupo de adultos mayores autovalentes.
- Gestión para facilitar espacios públicos.
- Catastro de grupo a intervenir.
- Cápsulas radiales y televisivas.

Objetivo y actividades

Realizar actividades recreativas, sociales y laborales.

Metodologías

- Comunicación y participación.

Actividades

- Manufacturación y motricidad fina (tejidos, kokedamas, mandalas, pinturas, etc.).
- Taller de huerto, entregado por machi.
- Actividad física y baile.
- Talleres y actividades con fonoaudióloga.
- Musicoterapia, risoterapia, etc.
- Lectura entretenida.

Objetivo y actividades

Fortalecer redes de apoyo.

Metodologías

- Participación e intersectorialidad.

Actividades

- Motivar a familiares, vecinos a acompañar y apoyar a sus adultos mayores autovalentes.
- Alianzas y fiato entre los mismos adultos mayores autovalentes.
- Insertar a la comunidad alameña en el grupo a intervenir.
- Encuentros con aperitivos.

Organizaciones

- Oficina del Adulto Mayor.
- CESFAM y PSR.
- Municipalidad Los Álamos.
- Iglesias y comercio.
- Radios y TV locales.

Contribución esperada

- Contribución económica.
- Disponer de profesionales de distintas áreas como: machi, profesor de baile, etc.
- Actividades recreativas.
- Apoyo espiritual.
- Facilidad de acceso a compras y beneficios.
- Propaganda alusiva al trabajo realizado con los adultos mayores autovalentes.

Logros o resultados esperados



Que los adultos mayores autovalentes logren disfrutar una mejor calidad de vida en sus años de vida.

Que la comunidad alameña participe de este precioso proyecto, convirtiéndose en una red de apoyo y concientizando a la misma comunidad para todos trabajar en una misma dirección.

Que las organizaciones públicas o privadas puedan concientizar y normalizar su ayuda, y convertirse en una red de apoyo para los adultos mayores autovalentes.

ACTIVANDO MI CUERPO VUELVO A REJUVENECER

LT/Comuna/Región/SS

EMR CHAHUILCO

Comuna Río Negro - Región Los Lagos - Servicio de Salud Osorno

Autor/a

VIVIAN OYARZO LEMUY

Problema abordado

Sedentarismo. Este problema afecta principalmente a los adultos mayores inscritos en la EMR. Tenemos 32 usuarios en edades de 64 a 92 años. Algunos viven solos, pero con redes de apoyo constante, con sus parejas y sus familiares.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Viven de sus pensiones y algunos todavía trabajan, además de contar con los ingresos que le generan sus animales, hierbas, huertas, entre otras. Su medio de locomoción es a través de una micro que pasa dos veces en la semana o dependen de sus familiares y, por último, recurren al arriendo de vehículos. Cuando deben acercarse a la EMR, para atenciones o actividades, se suma como medio de transporte el móvil del equipo médico de terreno. Mantienen lazos con vecinos, que es su manera de distraerse y, además, algunos participan de un club de adultos mayores o juntas de vecinos, esto les permite salir de sus rutinas diarias.

Causas del problema

La población está envejeciendo, el sedentarismo es producto de la falta de actividad física, **no hay actividades recreativas o de esparcimiento y falta relacionarse más con su entorno.** Esto no se está dando ni en la EMR y tampoco en sus hogares, lo que genera que no pueden ejercitarse física y mentalmente. No todos pueden mantener una relación social, ya que en algunos casos los vecinos quedan a largas distancias. Otro factor que juega en contra es su tipo de alimentación, **las frutas y verduras no están siempre a la mano, el consumo de pan es abundante y la ingesta de líquidos es poca.**

Objetivo y actividades

Aumentar la actividad física.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- En la EMR se puede realizar actividades de huertos, en este caso con lluvia de ideas aportados por ellos, para sembrar lo que más les guste y también mantenerlos y cosecharlos. Además de tener una variedad de hierbas medicinales.

Objetivo y actividades

Incrementar las actividades psicológicas para mejorar la concentración y memoria.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Talleres de cocina, manualidades, tejidos, pintura, puzles, recordar tarjetas, juegos de mesa. Consultando siempre lo que prefieren hacer o que planteen más ideas. Así, participan en lo que más les interesa. También, dejar que elijan actividades de su interés a realizar.

Objetivo y actividades

Tener adultos mayores más autovalentes.

Metodologías

- Participación.

Actividades

- Bailes entretenidos y dinámicos.
- Ciclos de ejercicios, coordinación y motricidad, ya sean individuales como grupales, ejemplo: equilibrio con cintas en piso, atrapar pelotas, etc.

Organizaciones

- Municipio.
- CESFAM.
- Comité de Salud.

Contribución esperada

- Gestionar con el municipio la ayuda con un móvil, donde se pueda trasladar a usuarios participantes.
- CESFAM apoye con equipo música, elementos de uso kinesiológico.
- Comité de Salud, aporte en insumos necesarios para realizar plantaciones y materiales de trabajo (almácigos, plantas, palas, abono, rastrillo, etc.) y mano de obra.

Logros o resultados esperados



En esta propuesta los logros esperados, a través de la prevención de salud, es disminuir el sedentarismo que está afectando a nuestros adultos mayores, también se pretende realizar actividades que ayuden a retrasar las enfermedades propias del envejecimiento y, a su vez, disminuir los riesgos que traen consigo el sedentarismo para las enfermedades crónicas. Otro logro es mejorar el estilo de vida, siendo responsable de su propia salud, esto en la medida que se pueda. La participación de nuestros usuarios es de suma importancia, ya que el proyecto está pensado en ellos y con esto podemos aumentar las redes de apoyo a nivel comunitario. Con nuestra intervención en salud, nuestros usuarios podrán mejorar su calidad de vida.



TEMA

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

MINIMIZAR LA HIDATIDOSIS

LT/Comuna/Región/SS

PSR PRIMER AGUA

Comuna Tirúa - Región Biobío - Servicio de Salud Arauco

Autor/a

MIREYA HUENUPIL MARIHUEN

Problema abordado

Alto número de casos de hidatidosis en el sector de Primer Agua, es necesario educar a la población de la zona en el cuidado y desparasitación de las mascotas domésticas, vacas y ovejas, para disminuir los casos de esta enfermedad.

Tiempo de ejecución

18 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Actividades principales: agricultura, ganadería, recolección del borde costero y la explotación de madera, con una geografía dispersa. No hay agua potable, alcantarillado ni recolección de basura. En algunos casos hay agua a través de comités o agua de vertientes. También, existen pozos negros y fosas sépticas. Por lo anterior, se requiere que las personas logren incrementar el control sobre su salud.

Causas del problema

No desparasitación de los animales domésticos, entre ellos perros, gatos, ovinos y bovinos. **Escasa higiene de manos**, al no contar con agua potable y tomar o manipular alimentos contaminados. **Bajo nivel socioeconómico de las familias**, lo que dificulta el acceso a desparasitar y esterilizar a los animales domésticos del hogar, sobre todo las perras y la crianza de ellos. También, es importante señalar que las familias tienen **huertos de autoconsumo de verduras**, que, generalmente, carecen de cierre perimetral en buenas condiciones.

Objetivo y actividades

Dar a conocer a la población ¿qué es la hidatidosis?

Metodologías

- Educación y comunicación.

Actividades

- Taller a las comunidades, escuelas, iglesias y grupo de mujeres.
- Concurso de dibujo en el colegio.
- Publicidad para subirla a redes sociales.

Objetivo y actividades

Fortalecer la participación de la comunidad en su dimensión solidaria, para ir en ayuda de sus propias necesidades y mantener un hogar limpio y adecuado.

Metodologías

- Comunicación, participación e intersectorialidad.

Actividades

- Hacer fosa séptica más grande.
- Cierre perimetral de huertos familiares.
- Crear mesones para dejar las basuras en altura (el camión pasa una vez por semana).

Objetivo y actividades

Concientizar en la tenencia responsable de animales domésticos.

Metodologías

- Educación, participación e intersectorialidad.

Actividades

- Programar con PDTI la esterilización de perros/as.
- Demostrar la mejor forma de desparasitar animales.
- Gestionar la apertura de un centro veterinario en la comuna.

Organizaciones

- SEREMI.
- Departamento de Salud.
- Departamento de Educación.
- PDTI: Programa de Desarrollo Territorial Indígena.

Contribución esperada

- Educación sobre la enfermedad.
- Esterilización y desparasitación de animales domésticos.
- Apoyo para cierre perimetral de huertos.
- Facilitar rápida atención de radiografías y escáner.
- Talleres educativos a jóvenes y comunidad.

Logros o resultados esperados



Minimizar esta enfermedad que afecta silenciosamente al usuario, sin darse cuenta de la existencia de los quistes hasta sentirse con alguna dificultad de salud, ya que en muchos de los hogares no existe un ingreso familiar suficiente para que pueda realizar radiografía o escáner para saber a tiempo lo que le está sucediendo.

A la vez, educar a la población en mantener una crianza responsable de animales, me he dado cuenta también de la poca información que tiene la población de esta enfermedad en esta zona.

También, trabajar con el intersector, sobre todo con PDTI, que ayuda a los usuarios en la producción de su autoconsumo, a la crianza de animales y en la responsabilidad de mantener en buenas condiciones las mascotas en el hogar.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

LT/Comuna/Región/SS

PSR SANTA OLGA

Comuna Constitución - Región Maule - Servicio de Salud Maule

Autor/a

VIVIAN ARAVENA ALCAPIO

Problema abordado

Falta de educación dentro de la población de Santa Olga en relación a la prevención y/o promoción de enfermedades respiratorias. Las consultas por problemas respiratorios aumentan en prevalencia entre los meses de mayo a septiembre, ocupando aproximadamente el 75% de las consultas en cupos de morbilidad y/o servicio de urgencia rural del sector. Los grupos en los que se evidencia mayor consulta son los niños menores de 9 años, 11 meses y 29 días, y adultos mayores (sobre 65 años).

Tiempo de ejecución

12 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Santa Olga se ubica a 25 km de Constitución, inserta en la Cordillera de la Costa. Su actividad laboral predominante se concentra en el área forestal, sin embargo, el incendio del 25 de enero de 2017, deja importantes transformaciones en lo geográfico, social y económico.

Causas del problema

Falta de difusión en relación al tema de enfermedades respiratorias, en juntas de adultos mayores y reuniones de padres y apoderados, sala cuna y jardín infantil.

Falta de talleres preventivos para usuarios, en general, que se atienden en Posta Santa Olga.

Falta de conciencia, ya sea por baja escolaridad, creencias etc. sobre los cuidados a tener en cuenta para prevenir enfermedades respiratorias, principalmente en temporada otoño-invierno.

Equipo de salud continúa aferrado al modelo biomédico, siendo necesario desarrollar actividades fuera de los boxes.

Objetivo y actividades

Motivar al equipo para que aborde la problemática con enfoque biopsicosocial.

Metodologías

- Comunicación y educación.

Actividades

- Afiches, trípticos y videos educativos, que puedan ser replicados hacia la población que consulta en el centro de salud.
- Educación breve en sala de espera, en donde se traten los principales signos y síntomas de gravedad respiratoria, así como medidas para prevenir dichas enfermedades.
- Diálogo participativo con jardín infantil y Club de Adulto Mayor, para aclarar dudas, mitos etc. que se tengan sobre las enfermedades respiratorias.

Objetivo y actividades

Formar monitores y/o líderes en la prevención y promoción de enfermedades respiratorias con integrantes de la misma comunidad.

Metodologías

- Participación.

Actividades

- Mesa de trabajo y diálogo con distintos representantes de la comunidad (Consejo de Salud), para que por medio de material impreso y audiovisual se trabaje en la prevención y promoción de enfermedades respiratorias. Transformando a estas personas en vectores para transmitir la información a sus pares.
- Participación en reuniones de apoderados de jardín y sala cuna, para realizar un trabajo en conjunto.

Objetivo y actividades

Generar mayores instancias educativas entre el equipo de salud y la comunidad, en donde se aborden estrategias de prevención y promoción en enfermedades respiratorias.

Metodologías

- Participación.

Actividades

- Plan de trabajo mancomunado con apoderados de jardín infantil y sala cuna.
- Diálogo participativo con jardín infantil y Club de Adulto Mayor, para aclarar dudas, mitos etc. que se tengan sobre las enfermedades respiratorias.

Organizaciones

- Equipo de Salud Posta Santa Olga.
- Jardín Infantil.

Contribución esperada

- Coordinar reunión con apoderados.
- Difundir aprendizaje entre la comunidad educativa.
- Participar activamente en discusión.
- Facilitar y apoyar taller con niños.

Logros o resultados esperados



Resulta fundamental realizar prácticas promocionales y preventivas con los equipos de salud de atención primaria, sin embargo, una de las grandes problemáticas para llevar a cabo dichas intervenciones, radican en que aún está presente el modelo biomédico, tanto en los funcionarios como en los usuarios, quienes buscan una atención en los distintos centros de salud cuando la enfermedad y/o problema de salud ya se encuentra instalado, no valorando las instancias preventivas y muchas veces catalogándolas como "pérdida de tiempo".

La propuesta de acción sobre enfermedades respiratorias, permitirá no solo disminuir las consultas en los cupos de morbilidad, sino que también que nuestra población ocupe de mejor forma los servicios de urgencia, que conozca las consecuencias de malas prácticas y, por sobre todo, que se transformen en líderes en el cuidado de su propia salud.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL

LT/Comuna/Región/SS

PSR EL PLUMERO

Comuna Rauco - Región Maule - Servicio de Salud Maule

Autor/a

JOSÉ BECERRA MONTECINOS

Problema abordado

En la Posta, existen **39 niños que no se encuentran cubiertos por el Programa Dental**. Son aquellos de 7 a 9 años, que son atendidos cuando concurren a la atención de los 12 años, edad en que solo queda generar acciones curativas y/o de rehabilitación bucal.

Tiempo de ejecución

8 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Rauco es una comuna ubicada en la Región del Maule, pertenece a una de las 9 comunas de la provincia de Curicó. En mapudungun significa "tierra de agua gredosa". En su parte norte se encuentra la Posta El Plumero, que atiende a una población de casi 800 usuarios. Las familias del sector, en su mayor parte, se dedican a labores de temporada, por lo que los adultos se encuentran la mayor parte del día en sus trabajos. En ocasiones cuando los niños llegan de la escuela, se quedan solos en sus casas mientras llegan sus padres, en estos horarios también persiste una mala alimentación, comida chatarra, bebidas y dulces. Hay poca o nula existencia de verdulerías donde se encuentre frutas y/o verduras frescas.

También, se observa pérdida del hábito del cepillado dental en los niños, lo que dificulta su salud mental, con una baja autoestima y discriminación desde sus compañeros.

Causas del problema

Mal cepillado dental o pérdida del hábito del cepillado y malos hábitos alimenticios.

A nivel familiar, hay **falta de pautas de crianza y alimentación saludable**.

Crianza centrada en lo comprable, más que en lo valórico y/o ancestral

Objetivo y actividades

Mejorar la técnica de cepillado dental, y así lograr una disminución de caries.

Metodologías

- Participación.

Actividades

- Diagnóstico Participativo y Mesa Intersectorial. Invitar a director de escuela, presidente de Centro de Estudiantes, de apoderados, Junta de Vecinos y Equipo de Salud para diagnosticar el problema, factores de riesgo en la comunidad y dar a conocer metodología de intervención. Reuniones bimensuales con ellos.

Objetivo y actividades

Conocer los alimentos que favorecen la salud oral.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Talleres a comunidad escolar sobre salud oral, técnica de cepillado dental y alimentación saludable.

Objetivo y actividades

Desarrollar preparaciones sencillas de alimentación saludable.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Feria de Alimentación Saludable.

Organizaciones

- Equipo Dental Posta.
- Nutricionista.
- Comunidad escolar.

Contribución esperada

- Educación en salud oral.
- Coordinar mesa de trabajo intersectorial.
- Propiciar los espacios adecuados para la Educación en Salud.

Logros o resultados esperados

Esta propuesta permitiría mejorar la salud oral y autoestima de los niños y niñas, estilos de vida y alimentación saludable.

El Modelo de Salud Familiar se ve potenciado con el trabajo intersectorial, generando mesas de trabajo con enfoque promocional y preventivo.



CON DIENTES SANOS, SONRÍE MEJOR

LT/Comuna/Región/SS

PSR PEDREGOSO

Comuna Lonquimay - Región Araucanía - Servicio de Salud Araucanía Norte

Autor/a

CECILIA RIQUELME FONSECA

Problema abordado

Pérdida prematura de piezas dentales. De 141 niños, entre 4 a 8 años, 52,81% presenta al menos pérdida prematura de uno de sus molares.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Son 1.000 usuarios aproximadamente, de los cuales el 99% es de origen mapuche pehuenche. Esta zona se caracteriza por presentar precarias condiciones de saneamiento básico. En el año 2017, se comenzó a instalar un sistema de agua potable, en el cual aún se están realizando trabajos para darle término.

Esta población desarrolla actividades económicas predominantes en ganadería menor, principalmente ovina y caprina. Por otra parte, la comunidad muy vulnerable y factores como el bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, hacinamiento, hábitos alimentarios e higiénicos inadecuados, condicionan la susceptibilidad para desarrollar enfermedades orales.

Causas del problema

Costumbres y creencias que subvaloran la pérdida de la dentadura. El embarazo, la caries, la falta de aseo por desconocimiento o carencia de recursos, no son vistos como factores causantes de enfermedad, sino de dolor dental, es por eso que las personas prefieren la pérdida de una pieza dental para evitar el dolor y no prevenir la enfermedad.

Objetivo y actividades

Lograr que los preescolares y escolares aprendan correctamente la técnica de cepillado dental adecuado para su edad.

Metodologías

- Educación y comunicación.

Actividades

- Capacitación a los preescolares y escolares para que aprendan correctamente la técnica de cepillado dental adecuado para su edad.
- Capacitación y orientación de los docentes, padres y apoderados para que controlen los hábitos de higiene bucal de estudiantes.
- Formación de un estudiante líder por aula, para que mantenga un grado de interés e incentivo entre sus compañeros.

Objetivo y actividades

Lograr que los preescolares y escolares conozcan la influencia de la alimentación en la formación de caries.

Metodologías

- Educación y comunicación.

Actividades

- Actividad educativa "Talleres de alimentación y formación de caries".
- Visitas domiciliarias a los padres, con el fin de educar en hábitos, costumbres alimentarias y normas de higiene.
- Entrega de trípticos, pegado de carteles en puntos estratégicos, etc. para sensibilización comunitaria.

Objetivo y actividades

Lograr que los preescolares y escolares conozcan la importancia de la salud oral durante los primeros años de vida.

Metodologías

- Educación y comunicación.

Actividades

- Charla expositiva "Tipos de dentición".
- Proyección de videos educativos en salas de clases.
- Realización de Feria Salud Bucal.

Organizaciones

- Escuela y Jardín Infantil.
- J.J.VV.
- Centro de Padres.
- PSR.

Contribución esperada

- Compromiso con los procesos de atención médica odontológica y educación en salud.
- Reforzamiento hábitos de higiene.
- Adultos tomen conciencia y favorezcan la educación.
- Promoción y prevención en forma permanente.



Logros o resultados esperados

Lograr que el 90% de los preescolares y escolares, aprendan correctamente la técnica de cepillado dental adecuado para su edad. Lograr capacitar a un 80% de docentes y padres para que controlen los hábitos de higiene bucal de los estudiantes. Lograr la formación de un estudiante líder por curso que mantenga el interés e incentivo entre sus compañeros. Que el 100% de los preescolares y escolares participen en los talleres de educación. Realizar el 100% de las visitas domiciliarias a los padres de los preescolares y escolares, que participan en el proyecto. Participación de al menos un 50% de la comunidad en la Feria de Salud Bucal.

COMUNIDAD EMPODERADA EN PREVENCIÓN DEL VIRUS HANTA

LT/Comuna/Región/SS

PSR HUITRANLEBU

Comuna Purén - Región Araucanía - Servicio de Salud Araucanía Norte

Autor/a

JOSELYN HUAIQUIL BELTRÁN

Problema abordado

El hantavirus es una enfermedad viral aguda grave. Los ratones de campo, principalmente los "colilargas", lo transmiten a las personas, eliminando el virus en la saliva, heces y orina. En la ciudad de Purén, esta infección ha cobrado varias vidas.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

La comunidad rural de Huitranlebu se encuentra a 19 km de la ciudad de Purén, limitando con las comunidades de Lumaco y Los Sauces, dividida por un río que aporta agua a animales, personas y vectores, siendo estos últimos encontrados frecuentemente alrededor del río. La población desconoce los factores de por qué existe un aumento de roedores, pero como equipo de salud nos percatamos del deficiente saneamiento básico en algunos hogares y alrededores (casas abandonadas por largos meses, bodegas mal cerradas y poca ventilación). Un problema que está afectando fuertemente nuestra comuna son los microbasurales, atrayendo principalmente ratones y moscas. Los usuarios de esta comunidad se emplean mayormente en trabajos agrícolas, ganaderos, forestales y recolección de frutos, todos factores de riesgo para contraer este virus. Debido a todo lo relatado anteriormente, el virus Hanta se presenta como un problema abordable en lo preventivo y promocional, para así lograr una comunidad empoderada en su salud.

Causas del problema

Malas disposición de basura, microbasurales en los caminos, trabajos y costumbre ancestrales de alto riesgo a la exposición del virus. Poca o nula importancia sobre los métodos de prevención de esta patología. La población cree que las medidas de autocuidado son irrelevantes o que no ayudan a protegerse de la exposición.

Objetivo y actividades

Realizar talleres educativos sobre virus Hanta, enfocándose principalmente en la prevención del contacto del usuario con el roedor y sus excreciones.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Sesiones educativas a grupos vulnerables con actividades lúdicas y de autoaprendizaje, apoyadas con videos, dípticos o afiches acordes al tema y necesidades de los educandos.

Objetivo y actividades

Contribuir y reforzar con trabajo en terreno, donde los usuarios reconozcan factores de riesgo en su domicilio y alrededores, fomentando el autocuidado.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Visitas a los hogares con agentes municipales, realizando unidades educativas teóricas-prácticas, donde el usuario reconozca sus falencias en la prevención de esta infección.

Objetivo y actividades

Realizar capacitaciones a agentes relevantes de la comunidad para formar promotores en salud.

Metodologías

- Educación.

Actividades

- Capacitación a dirigentes de la comunidad, los cuales visitan los hogares recurrentemente y, a la vez, realizan reuniones en la comunidad, reforzando la promoción y prevención de esta patología en cada una de sus actividades.

Organizaciones

- Escuela y Jardín Comunitario.
- Entidades municipales.
- Equipo de Salud.
- J.J.VV.
- Dirigentes comunidad indígena.

Contribución esperada

- Talleres educativos en reuniones de apoderados y talleres audiovisuales, para preescolares y escolares.
- Trabajo educativo teórico-práctico en terreno, llegando a los hogares para poder demostrar in situ las deficiencias en cuanto a saneamiento básico, enfocándose en los grupos de riesgo.
- Invitar agentes relevantes de la comunidad a abordar el tema en sus reuniones, y que, a su vez, nos apoyen en la educación desde otra perspectiva, respetando y siguiendo así la cultura mapuche.

Logros o resultados esperados



Que la comunidad de Huitranlebu reconozca los factores de riesgo a los cuales se encuentran expuestos. Que las familias adquieran hábitos saludables para combatir esta infección, que es totalmente prevenible. Que se concienticen que con medidas simples y sencillas podemos evitar el contagio. Que mejoren el saneamiento básico, contribuyendo así al alejamiento de estos vectores. Que sean agentes informados sobre zoonosis y que, a la vez, ellos puedan retroalimentar a otras comunidades con los conocimientos adquiridos. Y que con el trabajo en conjunto, podamos mantener una comunidad empoderada acerca de nuestra salud y, a la vez, lograr contribuir a mejorar nuestra calidad de vida. Sabemos que no eliminaremos el virus, pero se espera disminuir los riesgos y minimizar los daños causados por estos vectores.

Recibir una atención oportuna y extremar las medidas de precaución, puede hacer la diferencia en el tratamiento de la enfermedad.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ECNT

LT/Comuna/Región/SS

PSR POCOIHUÉN

Comuna Cochamó - Región Los Lagos - Servicio de Salud Reloncaví

Autor/a

PERLA TOBAR ARJEL

Problema abordado

Aumento significativo durante el 2018, de usuarios con ECNT, especialmente colesterol elevado, DLP (Colesterolemia, Trigliceridemia) y DBM.

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Pocoihuén está ubicado a 140 km de Puerto Montt, a 32 km de Cochamó y a 67 km de Río Puelo. Actualmente, cuenta con una población de 350 habitantes, con un total de 135 familias, más una población flotante de las empresas salmoneras, Carabineros, Empresa COLBÚN, etc. La mayor parte de la población adulta joven, no terminó su enseñanza básica y media, y la población adulta, en general, no cursaron más que 4 años de estudios. Los alimentos que más consume la gente de mi comunidad son carnes rojas (para ellos mientras más grasa tiene más sabrosa), papas y pan. Existe solo 3 veces a la semana bus de recorrido.

Causas del problema

Mala alimentación y malos hábitos alimentarios. Conductas NO saludables e inadecuadas, acompañadas de sedentarismo y técnicas culinarias incorrectas.

Poca o nula actividad física. Mal uso de la tecnología (muchas horas de TV, celular, etc.).

Condiciones climáticas adversas para realizar actividad física.

Bajo nivel de escolaridad.

Una población geográficamente muy dispersa.

Objetivo y actividades

Promover prácticas de autocuidado que proteja la salud de las personas.

Metodologías

- Comunicación y educación.

Actividades

- Diálogo con los niños y niñas en la escuela, respecto de sus conductas de salud y sus conocimientos sanitarios sobre alimentación.
- Convivencias escolares, con alimentos libres de sellos.
- Charlas educativas sobre alimentación saludable y buenos hábitos alimentarios a niños, madres y padres.
- Encuentros con usuarios crónicos, para intercambiar sus conductas en salud y sus conocimientos sanitarios sobre alimentación.

Objetivo y actividades

Trabajar con profesoras, personal educativo, educadoras y Centro de Padres y Apoderados.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Actividad física, como: zumba, maratón, partidos de fútbol.
- Feria con platos saludables.
- Talleres de cocina saludable, con las madres de los estudiantes, utilizando recetas creadas por ellas, que pongan en práctica lo aprendido.

Objetivo y actividades

Trabajar con líderes comunitarios y dirigentes de organizaciones.

Metodologías

- Participación e intersectorialidad.

Actividades

- Reuniones con líderes comunitarios y dirigentes de organizaciones y con quien libremente guste de asistir, que los actores sociales intervengan en la identificación de soluciones o acciones a seguir y ponerlas en práctica, tomando conciencia de la problemática de salud presente en la comunidad.
- Reuniones con encargado municipal y gerentes de salmoneras para solicitar recursos y presentar proyecto.

Organizaciones

- J.J.V. N°7.
- Dirigentes sociales.
- Municipalidad.
- Empresas Privadas.

Contribución esperada

- Informar a la comunidad en general y promover las actividades planificadas.
- Que las empresas privadas puedan facilitar y/o aportar con movilización, fletes, lugar físico donde reunirse, etc.



Logros o resultados esperados

Es fundamental, a través de la educación, lograr que las personas cambien conductas NO saludables e inadecuadas. No es suficiente la consejería individual en cada atención, aunque también es muy importante. Solo podremos acercarnos al Modelo Integral de Salud, en la medida que nuestra comunidad comprenda la importancia del autocuidado, realizando actividad física y viendo sus resultados. La importancia de una alimentación saludable, comiendo o preparando platos saludables, es decir aprender haciendo más que escuchando. Que ellos mismos tomen conciencia de qué los enfermó y por qué, y sean ellos mismos quienes descubran qué hacer para recuperar la salud y no continuar enfermado. Es un tremendo desafío realizar un proyecto de Promoción de Salud, pensando en las causas, pero depende en gran parte cómo nos empoderemos de nuestro rol de promotor, coordinador y de guía. Puedo concluir que, después de 6 meses de ejecución, evaluaré los resultados a través de exámenes a mi población crónica y a mi comunidad, a través del EMPA, ver reducidos los valores y los ingresos al programa CV.

AYUDANDO A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

LT/Comuna/Región/SS

PSR ISLA DEL REY

Comuna Corral - Región Los Ríos - Servicio de Salud Valdivia

Autor/a

CLAUDIA OSSES VILLARROEL

Problema abordado

Alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares. Afecta mayormente a la población adulta, y es de mayor prevalencia en usuarios sobre 30 años en adelante. Exactamente en control tenemos 53 usuarios en patologías Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus II, entre los rangos de edades 35 a 86 años,

Tiempo de ejecución

6 meses

Antecedentes del entorno geográfico, social o económico

Única conexión de las/los usuarias/os de la Posta con la comuna es a través de vía marítima, con acotados viajes por parte de barcaza y extensas esperas. Las fuentes laborales son escasas, por lo que el sustento de la mayor parte de las familias es fuera del sector, aumentando los costos de traslado.

Causas del problema

Hábitos como **sedentarismo, consumo excesivo de sal, consumo de tabaco, consumo alcohol, mala alimentación.** Sumado a **falta de actividad física, vulnerabilidad económica y deficiente corresponsabilidad por autocuidado.**

Objetivo y actividades

Promover alimentación saludable y concientizar sobre ello.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Talleres de alimentación saludable basado en aprender haciendo en escuelas, organizaciones, comunidad en general y familias usuarias de PSR.
- Aumento de profesional nutricionista a ronda médica en PSR
- Entrega de pautas alimentarias basadas en alimentos de fácil preparación y acceso.

Objetivo y actividades

Promover actividad física.

Metodologías

- Participación.

Actividades

- Talleres de actividad física guiada por tutor: zumba y baile entretenido.
- Caminatas en torno a lugares propicios, de 30 minutos al día.
- Propiciar la creación de espacios participativos (plazas saludables) y uso de tiempo libre o actividad física en el hogar.

Objetivo y actividades

Promover los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Metodologías

- Educación y participación.

Actividades

- Educación programada y difundida a la comunidad en general sobre: estrés, tabaquismo, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, hipertensión arterial, alcoholismo y sedentarismo.
- Se convocará a la comunidad para conocer su visión y poder elegir alternativas metodológicas de las sesiones educativas.

Organizaciones

- PSR.
- Organizaciones comunitarias.
- Escuelas.

Contribución esperada

- Coordinar las reuniones con las comunidades y establecimientos.
- Realizar talleres y difusión de las actividades.
- Convocar a actores de la comunidad que sean relevantes para realizar las actividades.
- Promover la participación en las actividades planificadas.
- Facilitar espacios para las actividades y apoyo en la realización.

Logros o resultados esperados



Concientizar a usuarios sobre malos hábitos, factores de riesgo, consecuencias, autocuidado, aumentar actividad física y la normalización de realizar caminatas a diario, por 30 minutos. Que las personas mayores puedan tener una vida más activa, gracias a los talleres de baile entretenido. Aportar nuevas formas de preparar alimentos, que les permita mantener un control adecuado. Mantener un peso adecuado, según seguimiento por profesional nutricionista y sus indicaciones.

SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE PROPUESTAS

El desarrollo de una propuesta de acción local fue un ejercicio docente en el que los Técnicos participantes del Curso de Promoción de Salud y Desarrollo Local, debían aplicar los contenidos y herramientas abordados a lo largo del proceso de aprendizaje, pero cabe preguntarse, ¿en qué medida, estos elementos se implementaron en su trabajo?

Para responder lo anterior, el equipo a cargo del curso realizó un seguimiento a los egresados y egresadas de la versión 2021, provenientes de los Servicios de Salud Aysén y O'Higgins. Se utilizó una encuesta de seguimiento, diseñada y validada previamente, la que se aplicó vía contacto telefónico por dos tutoras del curso respectivo, durante el mes de julio de 2023. Del total de estudiantes egresados del curso (69), se obtuvo la respuesta de 50 Técnicos.



De los y las estudiantes manifestaron experimentar algún cambio laboral, luego del curso.



Señaló que ha podido aplicar lo que aprendió.



Señaló que el curso le ayudó a tener más confianza en su trabajo.



Dentro de los cambios laborales, los y las estudiantes señalaron asumir nuevas responsabilidades, acceder a nuevas instancias de capacitación y mejoramiento del sueldo.

La aplicación de lo aprendido en el curso, ha sido en el trabajo diario con personas y familias con acciones de educación, en la realización de ferias saludables y talleres educativos con la comunidad. Asimismo, en el Trabajo Comunitario, a través de la creación de huertos, actividades con Juntas de Vecinos, escuelas o agrupaciones de adultos mayores, en reuniones con el Consejo Consultivo, en la planificación de acciones con el equipo de Técnicos y en su trabajo con el equipo de salud rural.

73%

**de los Técnicos implementó,
total o parcialmente, la
propuesta de acción local.**

Al momento de la consulta, un 73% señaló ser parte de un equipo de trabajo de Promoción de Salud y el 52,5% señala que es parte de una organización funcional, entre las que destacan las Juntas de Vecinos, grupos deportivos y clubes de personas mayores. Esto refleja el compromiso de los Técnicos con la salud de la comunidad, incorporando herramientas promocionales a su trabajo y visualizándose como un actor con mejores posibilidades para articular iniciativas que tengan impacto en salud a nivel rural.

Las propuestas de acción presentadas, dejan aspectos relevantes a analizar y desafíos para quienes se dedican a la Promoción de Salud, respecto del grado en que estas proponen y abordan elementos del entorno social en el que las comunidades viven, avanzando desde una mirada centrada principalmente en los estilos de vida a nivel personal/familiar. El trabajo sobre la lógica de estilos de vida no es, por cierto, un enfoque impuesto, pero requiere más herramientas o apoyo en la gestión para que eso cambie.

Para los Técnicos participantes del curso, significó repensar sus acciones de Promoción de Salud, visualizando espacios para una promoción que apuntara hacia el fortalecimiento comunitario, la construcción de espacios más saludables y/o reconocieran su valor como articuladores en el territorio.

Para el equipo docente, exigió diseñar actividades de aprendizaje para que, situados en sus territorios y su rol, los Técnicos repensaran su quehacer en promoción e incorporaran acciones que fortalezcan capacidades de las comunidades para construir salud. No es una tarea finalizada y se reafirma el compromiso en acompañar a los equipos de salud en visualizar caminos para la implementación de acciones de promoción, que disminuyan la brecha entre la Promoción de Salud ideal y la real.

En esta línea, esta publicación espera haber colaborado en la revalorización de los Técnicos como actores claves en la construcción de la salud de su comunidad, a través del diseño y ejecución de proyectos locales, así como su rol como agente dinamizador de intervenciones que colaboren a la salud. Al mismo tiempo, haber demostrado diferentes alternativas de acción de promoción de la salud rural, desde una práctica inserta en la realidad, que reflexiona sobre el contexto en que las personas y familia viven.

Las propuestas de acción presentadas dejan aspectos relevantes a analizar y **desafíos para quienes se dedican a la Promoción de Salud.**

ANEXOS



ANEXO 1

FUNCIONES DE LOS TÉCNICOS DE POSTAS DE SALUD RURAL. NORMA TÉCNICA DE POSTAS DE SALUD RURAL 2011. SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES, MINSAL 2021.

FUNCIONES TÉCNICO SANITARIAS

Liderar el análisis participativo de situación de salud local del área de influencia de la PSR, participando activamente en la definición de prioridades, programación y evaluación de actividades.

Contribuir activamente en la implementación del Modelo de Salud Familiar, aportando la información pertinente del conocimiento de la población a cargo, generando y aplicando croquis sectoriales, mapas de riesgo, familiogramas o cartolas familiares, visitas domiciliarias, entre otras.

Ejecutar actividad de promoción, fomento y protección de la salud, de acuerdo a las normas de los programas de salud que se desarrollan, con énfasis en la continuidad de los cuidados y la coordinación intersectorial.

Realizar actividades de Educación para la Salud, autocuidado a individuos, grupos y familias, de acuerdo a las necesidades detectadas.

Propiciar articulación intersectorial para la resolución de problemas sociosanitarios de la población a cargo.

Atender directamente a los pacientes, realizando evaluación integral, identificando signos y síntomas de gravedad, y comunicando al profesional médico o al de enfermería, aquellos casos de morbilidad aguda que deban ser priorizados y de los casos sujetos a vigilancia epidemiológica.

Realizar todas las acciones clínicas que le correspondan y le sean indicadas, como: vacunación, entrega de indicaciones de medicamentos, del Programa de Alimentación Complementaria, tratamiento y curaciones.

Acompañar el traslado de pacientes cuando se requiera, otorgando cuidados de enfermería.

Realizar actividades de recuperación de la salud frente a problemas de fácil manejo y apoyar la atención de primeros auxilios en caso de urgencias.

Servir de nexo de comunicación y coordinación permanente entre la comunidad y el equipo.

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN

Inscribir en el Plan de Salud Familiar a los pacientes y familias que soliciten atención de salud en las Postas y cumplan los requisitos correspondientes, derivando oportunamente la información a la entidad administradora.

Mantener actualizados los registros estadísticos diarios y realizar estadísticas mensuales correspondientes.

Mantener en condiciones de limpieza y uso inmediato el equipamiento clínico.

Participar en los programas de capacitación, perfeccionamiento y desarrollo personal que se impartan.

Asumir la responsabilidad de las labores administrativas generales de la Posta de Salud Rural.

ANEXO 2
FORMATO PLANIFICACIÓN DE UN TALLER EDUCATIVO

HOJA DE PLANIFICACIÓN
PARA CADA SESIÓN DEL TALLER

Participantes:

Sesión N°:

Duración:

Fecha:

Objetivos de aprendizajes

Las personas tendrán la oportunidad de:

1.
2.
3.

Hora

Tema

Metodologías

Actividades

Equipos
Recurso
Recordatorios

PROMOCIÓN DE SALUD Y DESARROLLO LOCAL

EL APOORTE DE LOS TÉCNICOS DE POSTAS DE SALUD RURAL



La iniciativa de publicar este libro surge en el marco del programa de capacitación dirigido a los Técnicos de Postas de Salud Rural, con el fin de incentivar liderazgos en salud y desarrollar capacidades en Promoción de Salud.

El texto encierra un extraordinario valor para los Técnicos de las Postas de Salud Rural (PSR) que formaron parte de dicho programa de capacitación, el que fue realizado por la Universidad de Chile, durante 4 años, en el período 2018 al 2021, a través del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Experiencia educativa, que representa un hito institucional universitario que da cuenta de un compromiso de servicio público, al trasladar los espacios formativos a los lugares de trabajo de los equipos de salud de las comunas y rincones más alejados del país.



ISBN: 978-956-416-975-0

