

The background features several abstract organic shapes in shades of orange and red. A large, light orange shape is at the top left. A smaller, darker orange shape is at the bottom left. A medium-sized red shape is at the bottom right. The text is positioned in the center-right area.

SALUD POPULAR
DESDE LA MIRADA DE
LÍDERES 
 **COMUNITARIOS**
VISIONES Y EXPERIENCIAS

Salud popular desde la mirada de líderes comunitarios:

Visiones y experiencias

Abril, 2019 - Marzo, 2020

**SALUD POPULAR DESDE LA MIRADA DE LÍDERES
COMUNITARIOS: VISIONES Y EXPERIENCIAS**

Universidad de Chile
Av. Libertador Bernardo O'Higgins

ISBN: 978-956-401-803-4

Autorizamos difusión para fines educativos y comunitarios.

Diseño y producción:
Gráfica Metropolitana
www.graficametropolitana.cl

110 ejemplares
Impreso en Chile

MESA DE TRABAJO SOBRE LIDERAZGO COMUNITARIO EN SALUD

EQUIPO COLABORADOR
Melissa Lezana Zuñiga; Paulina Lopez Olea; Jorge Muñoz Campos.

FOTOGRAFÍAS
Jorge Muñoz Campos

PERSONAS INVITADAS:
Sandra Oyarzo Torre y Mónica Espinoza Barrios
Departamento de Educación en Ciencias de la Salud Facultad de Medicina,
Universidad de Chile

Hernán Aguilera Martínez
Director de Extensión de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Este es un aporte del proyecto “Salud popular desde la mirada de líderes comunitarios: Visiones y experiencias”, el cual fue patrocinado por el fondo “Estímulo para proyectos académicos de estudiantes de postgrado de la Universidad de Chile” del Departamento de Postgrado y Postítulo de la Vicerrectoría de Asuntos Académicos de la Universidad de Chile.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

SALUD POPULAR DESDE LA MIRADA DE LÍDERES COMUNITARIOS VISIONES Y EXPERIENCIAS

Mario Aedo Tapia
Líder en salud, Recoleta

Camila Barrios Troncoso
Escuela de Kinesiología, Núcleo
Desarrollo Inclusivo, Universidad
de Chile

Alvaro Besoaín-Saldaña
Magister Salud Pública, Escuela de
Salud Pública, Universidad de Chile

Ciro Erba Coloma
Presidente FRUCAM

Cecilia Gonzalez Ruiz
Dirigenta social, cultural
y política.

Raúl Martínez Sepulveda
Terapeuta Holístico,
Director de FENATEMCH

Vinka Martinez Escobar
Magister en Psicología Comunitaria,
Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Chile

Ana María Moretti García
Enfermera Comunitaria, Ñuñoa.

Carla Muñoz Ñancupil
Magister Salud Pública, Escuela de
Salud Pública, Universidad de Chile

Jame Rebolledo Sanhueza
Magister en Psicología Comunitaria,
Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Chile

Mitalia Sepulveda Rojas
Presidenta del PRAIS, Conchalí

Yolanda Ureta Maldonado
Dirigenta cultural, Independencia



ADVERTENCIA

2020

Advertimos que este es un trabajo colectivo, en el que nos comprometimos a cambiar el lenguaje, prácticas y convicciones por un Nuevo Chile.

La autoría de los capítulos de este documento es colectiva. No podemos diferenciar individualidades en los resultados de este proceso.

A su vez, advertimos, que las consecuencias de este trabajo, esperamos que sean colectivas. Sin individualismos.

***QUIENES COMENZAMOS ESTE CAMINO
YA NO SOMOS QUIENES HACEN ESTA PAUSA
Y NO SEREMOS QUIENES SEGUIRÁN***

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a cada funcionario y funcionaria de la Universidad de Chile, quienes en sus distintos roles, permitieron que esto pasara.

Agradecemos a Hernán Aguilera, como persona y Director de Extensión de la Facultad de Medicina, quién facilitó que nos conociéramos. Quien ha abierto otra ventana para el reconocimiento de la comunidad y el liderazgo comunitario en salud.

Nosotros, dirigentes y dirigentes sociales, agradecemos a Camila, Jame, Carla, Vinka y Álvaro que cristalizaron este proyecto.

DEDICATORIA

*Si la gota de agua no se une al torrente, el sol la evapora
Si el grano de arena no forma la duna, el viento se la lleva
Si la chispa del fuego no forma la llama, el viento la apaga*
La unión, hace la fuerza

Dedicamos este documento a todos, todas y todes quienes trabajan silenciosamente (antes, ahora y después) por un cambio social cultural, para que haya más igualdad. Para que realmente seamos una sociedad más equitativa y más solidaria.



ÍNDICE PARA NAVEGAR EN NUESTRA EXPERIENCIA

Introducción	10
Historia del proceso	12
¿Qué buscamos lograr con este documento?.....	15
Hoja de ruta de este trabajo	16
Poniéndonos de acuerdo en definiciones claves	19
Salud popular	19
Perspectivas que caracterizan la salud popular	20
Liderazgo comunitario en salud.....	22
¿Cómo comprender la integralidad del rol del liderazgo comunitario en salud?.....	23
Aprendiendo de la experiencia compartida.....	27
Dirigentes sociales en Salud que fueron entrevistados(as)	28
Experiencia como dirigente ¿Cómo empezó a ser dirigente(a)?	29
¿Cómo se vincula usted con la salud?.....	31
¿Puede un(a) dirigente(a) comunitario trabajar en salud junto con los/las profesionales?	32
¿Qué espera usted de un profesional de la salud?...33	

¿Experiencias en formación de redes y alianzas?.....	34	¿Cómo influyó el movimiento social por la dignidad en la participación de nuestras comunidades?	62
¿Cómo se motiva a la gente para que participe?.....	35	Llamados a la acción comunitaria	65
Experiencias de trabajo comunitario	36	¿Qué deben hacer los profesionales de la salud?.....	65
Relatos desde la experiencia de estudiante en el trabajo comunitario con dirigentes(as) sociales en salud.....	39	¿Qué deben hacer las autoridades?	67
Relatos desde la experiencia del Diseño y reformulación de cursos de pregrado que involucran dirigentes sociales: La experiencia de MIIM 2.	41	¿Qué esperamos de las instituciones formadoras de los equipos de salud?	68
Relatos desde la experiencia articular la Extensión universitaria con la construcción del ECOSS de Barrio: Escuelas de Construcción de Soberanía en Salud	47	Conclusiones de la mesa de trabajo	70
Espacios de promoción y desarrollo del liderazgo comunitario en salud	51	Anexos para compartir.....	71
¿Qué es la participación en salud?.....	51	Anexo 1. Esquema Desarrollo Integral del dirigente social en salud.....	71
Perspectiva de Derechos Humanos para la defensa de la participación.	54	Anexo 2. Pautas de entrevistas a dirigentes sociales en salud.	74
Cuerpos legales que protegen y promocionan instancias de participación de la ciudadanía.....	55	Anexo 3. Pautas de sistematización de experiencias del trabajo de líderes comunitarios en salud.....	75
La salud y la discriminación de género.....	57	Abreviaturas empleadas en nuestro documento.....	77
Instancias de participación en salud.....	58		
Otros cuerpos legales de apoyo a la defensa de la participación	59		
Organismos que pueden apoyar la defensa de la participación en salud	61		

INTRODUCCIÓN

Buscando en medio de cada día una esperanza nueva.

El barrio, la reunión de vecinos. Tal vez un taller, un curso, una huerta urbana al fin.

No compres. No vendas. No seas... nadie

Dónde estás?, Qué haces?, Dónde vas?

Todo igual.

El dominio. El delirio. La rebeldía. La locura. Todo igual.

La vida sigue pasando.

La muerte cerca, también lejos.

De pronto un sueño se vuelve poesía, se vuelve acción.

Chile tiene Universidad... ¿Para los necesitados, los adultos mayores? ¿También para una huerta? ¿Para la germinación de ideas?

Y así empieza un camino, un descubrimiento

Desde dentro, desde fuera, por todos lados.

Gente que conversa, que escucha.

Así nace un grupo, un encuentro y en la Universidad...
que es ¡de Chile!

Dirigentes sociales, académicos, profesionales diversos.
Dueñas de casa, alumnos, funcionarios. Distintas
edades.

Vamos creando Pueblo y su aroma se extiende por la
ciudad entera.

Irrumpe en una rebeldía, un rechazo, un no más,
¡¡Basta!!

Mientras eso ocurría, se exclamó: "Chile despertó".

Sí, porque se quiere sanar de tanta corrupción, mentiras
y maldad.

De la injusticia, de la desigualdad, de la inequidad. Del
maltrato. De la violencia.

Necesitamos compromiso con la verdad.

Pero con ilusión, inspiración, con intención profunda.

Nuestra salud está contaminada, tóxica, ahogada por la
falta de dignidad.

Más allá de tanto derecho humano vulnerado.

Como un susurro había comenzado.

Cada cual con su ilusión, con su expectativa.

Nuevas palabras.

Nuevas definiciones.

Nuevas relaciones humanas.

Como jugando empezamos a sanar cada uno su propio
afán.

Hasta ser alguien más que un trabajador, un
emprendedor, un estudiante, una persona, un individuo,
un habitante.

Al fin, ¡¡¡un ser universal!!!

Comprometido, valiente, vital, íntegramente y en
evolución.

Nunca más la muerte en vida, la inmovilidad, la rigidez.

Como un Cosmos moviendo el curso de un destino
libre...

hoy en un eterno presente... de habitantes en un planeta
armonizándose...

Real para todos.

HISTORIA DEL PROCESO

Un grupo de jóvenes estudiantes de postgrado de la Universidad de Chile, en su ingenua consideración de la necesidad de fortalecer la participación en salud por medio de la capacitación de los y las dirigentes comunitarios(as) postularon al programa de “Estímulo para proyectos académicos de estudiantes de postgrado de la Universidad de Chile”, adjudicándose el proyecto titulado “Co-construcción de manual de formación de líderes comunitarios en salud del servicio de salud metropolitano norte desde la perspectiva de derechos”.

Como suele suceder en los proyectos concursables, su definición no siempre tiene la amplia participación que se requiere, este proyecto fue ideado, con la mejor intención, desde propuestas académicas de estudiantes, quienes por plazos (siempre acotados) no consultaron inicialmente a los y las dirigentes, quienes posteriormente serían invitados(as) a participar. Los tiempos no daban para la participación.

Comprendiendo esta debilidad, este grupo de jóvenes, a los que se sumaron estudiantes de pregrado, presenta el proyecto a ECOSS Barrio, donde se encuentran dirigentes y líderes de diversas organizaciones, con distintos intereses y experiencias. Les invitaron a conformar parte

del equipo, a trabajar en la definición (e incluso redefinición) de los objetivos, pero manteniendo el propósito del proyecto. Esta reunión fue el hito cero, el encuentro del modelo académico con el espacio de la dirigencia social.

Avanzada la presentación e invitación las críticas no se hicieron esperar:

Que llegamos con una propuesta “lista”

Que nos faltaba una real aproximación desde la investigación acción participativa

Que no habíamos considerado las necesidades o intereses del grupo.

Todas grandes verdades. El desafío para conciliar fondos concursables con los tiempos del trabajo comunitario es complejo. El vínculo entre la academia y la comunidad no es intuitivo, tampoco simple. No se nace sabiendo, no se nace dirigente, todo se moldea con el tiempo.

Sin embargo, la crítica se tornó reflexión y de las reflexiones surgieron propuestas, desde las voces de algunos y algunas presentes se destacó el valor del lazo intergeneracional y de articular nuevos espacios para avanzar:

“Yo me alegré de ver gente joven (...) en todos los grupos debe haber gente de todas las edades (...) eso es lo más interesante, porque de ahí se saca cosas...”

“Uno puede avanzar en la vida, y no tiene nada que ver, ni la edad... porque uno puede tener conocimiento, pero como seres humanos, hay cosas que más nos unen que desunen”

Nos establecieron la relevancia del compromiso con la participación y con un cambio social profundo, si queríamos contar con su participación:

“Yo pensaba que van a venir, y después no van a venir más (..) yo les dije que siempre y cuando, ustedes sigan viniendo”; “Debemos cambiar el lenguaje de lo neoliberal a la perspectiva de justicia social, como la igualdad, justicia o dignidad”; “Debemos apostar a cambios estructurales y resolver los problemas en perspectiva, mirar desde más arriba, para pensar las cosas en perspectivas”

Y una que otra premonición:

“SE NECESITA UNA CONSTITUCIÓN QUE RESPONDA A UNA DEMOCRACIA EFECTIVA”

Así se conformó la “Mesa de trabajo sobre liderazgo comunitario en salud”. Compuesta por ocho dirigentes y dirigentes de ECOSS de Barrio Yolanda, Ciro, Ana María, Mario, Cecilia, Raúl, Mitalia y Ricardo; cuatro estudiantes de magíster de la Universidad de Chile, Jame, Carla, Vinka y Álvaro; y Camila, una estudiante de pregrado de la Escuela de Kinesiología.

Y en otoño de 2019 comenzamos a escribir esta historia...



¿QUÉ BUSCAMOS LOGRAR CON ESTE DOCUMENTO?

El documento que les invitamos a leer tiene los siguientes objetivos:

- A.** Caracterizar roles y posicionamiento de líderes comunitarios (as) en salud en base a la experiencia propia de quienes desarrollan dichos roles.
- B.** Reconocer experiencias de líderes comunitarios de actividades comunitarias en promoción de la salud integral.
- C.** Reconocer aprendizajes y saberes de las experiencias comunitarias en salud.
- D.** Identificar espacios y mecanismos de apoyo de dirigentes para el desarrollo de sus roles.
- E.** Describir expectativas de líderes comunitarios sobre profesionales de la salud, autoridades, la academia, la comunidad general y de otros liderazgos en salud.

HOJA DE RUTA DE ESTE TRABAJO

Co-construir un documento implica compromiso, creatividad y respeto de la experiencia de cada integrante de la mesa de trabajo. A su vez, implica ciclos de diálogo, redactar, reflexionar y volver a empezar, cuantas veces sea necesario, hasta que exista acuerdo en lo que avanza. Si bien, es difícil establecer fases claras del proceso, el flujo pasa de la bidireccionalidad o circular, hacia una perspectiva en espiral, en la que ninguna fase da por cerrada la anterior. Dentro de las fases principales que se desarrollaron, se describen a continuación en la Tabla N°1.



TABLA Nº1 Principales fases del proceso de co-construcción del documento.

FASE	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES
Encuentro y acuerdos	<p>Empezamos el proceso de reunión, acordando criterios, tomando compromisos y conociendo nuestras experiencias, posturas y convicciones.</p> <p>Se construyeron lazos, amistades y confianzas necesarias.</p> <p>Establecimos líneas colectivas de lo que opinamos sobre salud y liderazgo comunitario en salud.</p>	<p>Presentaciones y acuerdos.</p> <p>Reuniones regulares.</p> <p>Registro y sistematización de acuerdos.</p>
Trabajo de campo y diálogos	<p>Decidimos levantar información de experiencias y dirigentes relevantes para la mesa de trabajo.</p> <p>Reconocimos roles y experiencias de investigación realizando entrevistas a dirigentes sociales relacionados(as) con la salud.</p> <p>Nos enfrentamos a la complicación de organizar la complejidad del liderazgo comunitario en salud en nuestros “cajones académicos”, en la construcción de documentos que fuesen de interés académico y social.</p>	<p>Desarrollo de entrevistas por duplas.</p> <p>Organización de la información en fichas digitales.</p> <p>Revisión colectivo del trabajo realizado.</p>
Síntesis y comunicación	<p>Redactamos, dialogamos y revisamos el trabajo de campo.</p> <p>Fuimos redactando nuestras ideas principales.</p>	<p>Reuniones regulares.</p> <p>Redacción en formato cuaderno de trabajo</p>

El estallido y la Revolución Social que se vive en Chile desde el 18 de octubre 2019, interpela este trabajo, debido a que nos presionó a tomar posturas y a confirmar los principios de justicia social que tanto habíamos discutido en el proceso, todas esas jornadas cobraban sentido. Desordenó, muy favorablemente, el proceso. Nos hizo dar una pausa, debido al rol histórico que cada integrante de la mesa debía tomar en sus comunidades. Nos impulsó a un reencuentro más emotivo de lo que pensábamos, a reafirmar nuestras convicciones desde el afecto y el cuidado.



Fotografía: Jorge Muñoz Campos.

PONIÉNDONOS DE ACUERDO EN DEFINICIONES CLAVES

Uno de los puntos más relevantes para reflexionar sobre el liderazgo comunitario en salud, fue establecer acuerdos entre la mesa de trabajo sobre la definición de la salud popular y del liderazgo comunitario en salud. Las siguientes reuniones fueron dialogadas y acordadas en base a las reuniones de trabajo. A continuación, presentamos las ideas fuerza de nuestras conversaciones, en las que buscamos establecer los puntos de acuerdo, más que una definición inequívoca de ambos elementos:

Salud popular

La salud es la capacidad de personas y poblaciones para mantener una armonía adecuada a la edad y a las necesidades sociales. Es parte de nosotros e implica una interacción de todo nuestro ser individual (espiritual, físico y mental) y colectivo (social y ambiental).

Mejor salud implica autoconocimiento, alegría, felicidad y hábitos de vida enmarcados en una mejor comunicación, más participación social y menos individualización.

La salud no se encuentra necesariamente en las instituciones de salud, sino que está en la vida digna, en el acceso a servicios universales, en la disponibilidad de alimentos saludables, en el trabajo digno... en la dignidad en todo lo que somos.

“MUCHO SE HABLA DE ENFERMEDAD, POCO SE HABLA DE SALUD”

En la búsqueda de una mejor salud se requiere una atención de salud humana, integral, justa e inclusiva, más allá de un cuerpo al que hay que tratar.

Actualmente, estas perspectivas conviven en los distintos contextos de salud. El problema es explicar todas las dimensiones de la salud desde sólo una de estas perspectivas, menospreciando las otras.

Perspectivas que caracterizan la salud popular

Esta perspectiva por la justicia social se expresa de distintas maneras en los centros de salud. Esto no sólo se explican por las diferencias entre el personal de salud, sino también por las perspectivas de usuarios(as), autoridades, dirigentes, autoridades y otros actores. Dentro de ellas, al menos podemos identificar cuatro: Naturales, espirituales, científicos y ecológicos, las que son descritas en la tabla N°2.

Es importante aclarar que estas miradas van más allá de ver la salud como una enfermedad, pues se centran en las explicaciones del bienestar de las personas, no en reducir las enfermedades. Esto implica abordar las condiciones de vida, los hábitos de las personas y su entorno físico, social y actitudinal. A su vez, es necesario aclarar que estas perspectivas conviven en todos los centros de salud, presentando límites difusos para ser clasificadas.

Nuevos Paradigmas en Salud

La cultura de la Salud

“La Salud es todo lo que somos”.

Cada uno de nosotros es un ser compuesto por infinitas posibilidades.

Es bueno recordar que como seres humanos estamos compuestos de materia y espíritu.

Nuestras creencias condicionan nuestras ideas y emociones.

Nos han enseñado a movernos en una “cultura de la enfermedad más que en una cultura de la salud”

Ningún cambio es posible sin modificar las creencias en las cuales nos movemos...

Todo está disponible para nosotros, solo hemos olvidado cómo alcanzarlo”...

Raúl Martínez Sepúlveda

TABLA N°2 Perspectivas en salud.

PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	¿CÓMO PERMITE RECUPERAR LA SALUD?
Natural	Siempre ha existido en la humanidad. Se vincula con comprensiones de salud ancestral, de pueblos indígenas o de la medicina integrativa. A su vez, se desenvuelve en espacios en los que se intermedia principalmente desde el trueque.	Por medio de la armonía con la naturaleza
Espiritual	Todo se explica desde dioses occidentales, lo que implica definición de buenos y malos. Históricamente, existieron muchos espacios represores de cuerpos y comunidades. Finalmente, utiliza ritos para establecer mejoras con el espíritu.	Por medio de la armonía con lo planteado por las religiones
Científico	Todo se analiza bajo la mirada de la evidencia comprobable desde el método científico. Además, se desenvuelve en espacios que intermedian la salud por dinero.	Armonía entre el cuerpo y la evidencia comprobable
Ecológico	Se amplía la mirada de la salud, considerando las condiciones en las que viven, se desenvuelven y desarrollan las personas. Toma especial interés el cuidado del medio ambiente y las relaciones sociales en dicho entorno.	Armonía con el entorno y la sociedad

Fuente: Elaboración propia.

Liderazgo comunitario en salud

Es una habilidad social que se desarrolla desde el colectivo con una comunidad o territorio. Cuentan con características propias de la persona y características que se desarrollan en la necesidad de las comunidades o territorios.

Requiere la capacidad de sentir y comprometerse con los problemas sociales, ser valiente y creíble, independiente de las consecuencias. Especialmente, porque implica el compromiso por la justicia social tomando el pasado de lucha y la historia de otros(as) como aprendizajes.

Buscan lograr cambios y luchar contra la desigualdad, velando por el bien de la colectividad que representan y sin esperar retribución directa.

En Chile, algunos líderes han vivido persecución y violencia. Otros enfrentan riesgos, prejuicios y estigmatización, por visibilizar lo que algunos no quieren ver.

En salud, el líder comunitario requiere una comprensión amplia de salud y ser coordinador(a) de procesos, alianzas y recursos para trabajar sobre las necesidades de la comunidad. Trabajan en equipo, creando lazos de

confianza, realizando un trabajo de hormiga. Su labor requiere formación y habilidades para apoyar y orientar a la comunidad en distintos temas de salud.

Para este documento, el liderazgo comunitario en salud y ser dirigente social serán considerados como términos similares. Si bien el primero proviene de una raíz más teórica, el segundo corresponde al rol social que toman distintas personas de las comunidades, en la práctica el dirigente o la dirigente suele ser comprendido(a) como una persona que lidera procesos de articulación con la comunidad y la salud.

**“LAS PALABRAS MUEVEN,
PERO LOS EJEMPLOS
ARRASTRAN”**

¿CÓMO COMPRENDER LA INTEGRALIDAD DEL ROL DEL LIDERAZGO COMUNITARIO EN SALUD?

En base a lo planteado previamente, hemos acordado que los espacios de fortalecimiento y promoción de liderazgos comunitarios en salud requieren enfocarse en articular la perspectiva de la salud popular y el liderazgo comunitario en salud. Por ello, hemos acordado una mirada concreta de cumplir dicho compromiso, el modelo de la integralidad del liderazgo comunitario en salud.

Este corresponde a un modelo en el que se comprende a la o el dirigente(a) social en salud desde tres dimensiones:

a) Cabeza: Dimensión que alude a los elementos conceptuales, teóricos y culturales sobre salud y otros temas, que ha aprendido la persona que desarrolla roles de dirigente social

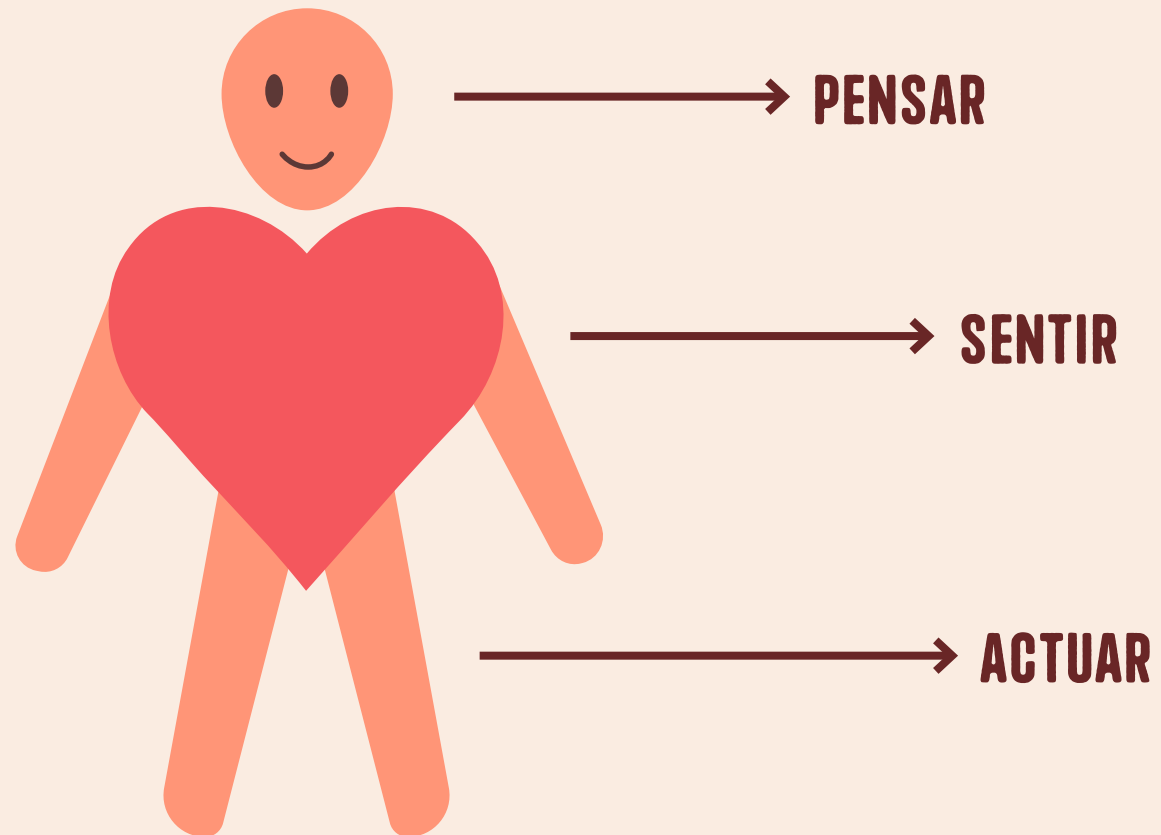
b) Corazón: Dimensión que considera las convicciones, expectativas, miedos, sensaciones y emociones de cada dirigente social en salud, sobre la salud de sus comunidades.

c) Piernas: Dimensión que hace referencia a la capacidad del líder comunitario en salud, de realizar acciones vinculadas con la salud con la comunidad o de participar en actividades de los centros de salud.

La armonía entre dichas dimensiones, corresponden a un desarrollo integral del liderazgo comunitario en salud. Esto conlleva al dibujo de dirigentes con cabezas, corazones y piernas de tamaños proporcionales y armónicos entre ellas (Figura 1A).

Perspectiva integral del
liderazgo comunitario
en salud

Fig. 1A



Por otro lado, este modelo nos puede llevar a considerar tres casos de falta de armonía en el trabajo con dirigentes sociales en salud:

**A) Desarrollo principalmente desde la cabeza
(Figura 1B):**

Trabajo de dirigentes cuyo foco está en los conocimientos sobre condiciones de salud, abordajes terapéuticos y mecanismos de apoyo frente a diversas situaciones de salud. Muchas de las actividades realizadas buscan homogeneizar el conocimiento de actores de salud con el de la comunidad, sin abordar otras esferas.

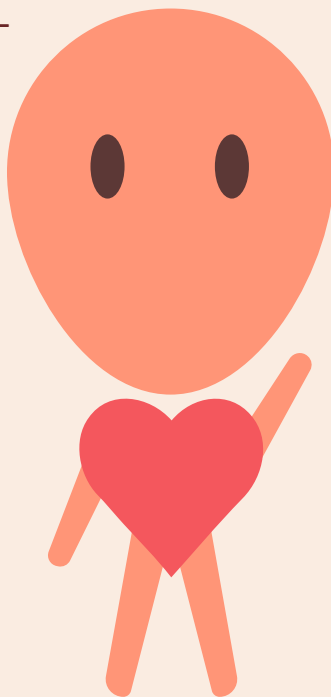


Fig. 1B
Más conocimiento que
corazón o acciones.

**B) Desarrollo principalmente desde el corazón
(Figura 1C):**

Trabajo de dirigentes cuyo foco está en las convicciones, compromisos emotivos, actitudes y emociones respecto a la situación de salud su territorio. Suele asociarse principalmente a actividades de problematización y sensibilización en distintos temas, dejando menos espacio para la comprensión de las problemáticas y en las acciones a tomar para revertir la situación.



Fig. 1C
Más corazón que
conocimientos o
acciones.

C) Desarrollo principalmente desde las piernas (Figura 1D):

Finalmente, existen perspectivas de trabajo con dirigentes en los que el liderazgo comunitario en salud se desarrolla principalmente desde la realización de actividades, convocatoria y validación de actividades. No se desarrollan herramientas ni se comparten saberes en el proceso.

Esta forma de dirigencia suele ser un mecanismo reconocido por la mirada interesada de centros de salud que utilizan a dirigentes sociales en la salud para el cumplimiento de metas o de indicadores de sus programas de salud.



Fig. 1D
Más acciones que
conocimientos o corazón

Ninguna de las 3 situaciones descritas previamente, permiten un desenvolvimiento adecuado del liderazgo comunitario en salud. Por un lado, ante las diversas situaciones y características de la comunidad, limitarse a una sola mirada del dirigente social, se reduce la capacidad de responder adecuadamente los requerimientos complejos de las comunidades. Por otro lado, una comprensión reducida de dirigentes(as) sociales en salud, puede conllevar una mirada de poca utilidad del rol, al no ser capaz de apoyar a la gente en sus distintas situaciones.

Al final de este documento, en el Anexo 1, les compartimos una cartilla para fotocopiar y reutilizar en actividades comunitarias. Si bien su uso puede ser tanto individual como colectiva, se recomienda utilizarla para generar diálogo sobre las personas, el colectivo y cómo se relacionan entre dicha comunidad.

APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA COMPARTIDA

La dirigencia social es un camino largo, con altos y bajos, momentos en que sientes como si viajaras solo, pero muchos más en los que te mueves con otros que buscan lo mismo que tú. Este es un viaje que parte más del corazón que de la cabeza. Inicialmente sin muchos conocimientos, pero sí con una gran motivación por ser un agente de cambio.

Luego entre conversaciones, llamadas, asambleas y coordinaciones, en la casa, la plaza o en el centro de salud, surge el encuentro con otros corazones que tienen tus mismas ganas de aportar, y el conocimiento de otras experiencias que nos van enseñando desde el respeto, el cuidado y una visión común.

En esta sección, hombres y mujeres que han hecho de la dirigencia social y trabajo comunitario parte importante de sus vidas, comparten parte de su historia, respecto a sus orígenes, su vinculación con salud y su visión sobre el trabajo colaborativo.

Estos relatos dan cuenta de la fase de trabajo de campo del proyecto. Estos relatos fueron compartidos mediante entrevistas semi-estructuradas descritas en el Anexo 2 de este documento. Estas fueron realizadas principalmente en duplas, estudiantes de magíster y dirigentes sociales, siendo grabadas y luego organizada la información en tablas temáticas en base a las preguntas planteadas y puntos que no estaban inicialmente considerados, pero que fueron relevantes para el documento.

Dirigentes sociales en Salud que fueron entrevistados(as)

Mario Aedo

Junta de vecinos 31 de Recoleta;
Presidente de CDL CESFAM Recoleta
(Fundador).

Cecilia Gonzalez Ruiz

FENATEMCH, CDL Cruz Melo, COSOC
de SSMN, Mujeres sin fronteras, CVD
de Conchalí, Movimiento Alegremia,
Participante de la Cumbre de los
pueblos.

Patricia Jiménez Palma

Dirigenta JJVV Población Última
Hora, de Huechuraba y miembro del
movimiento Mujeres sin Fronteras.

Sandra Jimenez

Dirigente de apoyo de estudiantes
de salud.

Raúl Martínez

Presidente FENATEMCH, Directorio
de COSOC SSMN, Directorio de
COSOC San José.

Verónica Rojas

Vice Presidenta AFUCH Hospital
(Asociación de Funcionarios Hospital
Clínico Universidad de Chile).

Juan Sancho

Miembro ECOSS de barrio,
Presidente del consejo de salud del
área norte.

Mitalia Sepulveda

Presidenta PRAIS Conchalí, CDL
San José, Consejera COSOC SSMN,
Organización ex presos políticos
Salvador Allende.

Leonardo Terraza

Antropólogo, secretario PRAIS
Conchalí.

Yolanda Ureta

CDL Cruz Melo, COSOC SSMN,
CDL Instituto Nacional del Cáncer,
FENATEMCH, Mujeres sin fronteras.

Luis Weinstein

Médico y psiquiatra, escritor y poeta.
Experiencia en trabajo de salud
comunitaria.
Taller de líderes culturales.

A continuación, pasamos a describir las ideas fuerza de las entrevistas realizadas. Estos párrafos dan cuenta de un proceso de producción de datos, sistematización y análisis colectivo de lo realizado.



Fotografía: Jorge Muñoz Campos.

Experiencia como dirigente ¿Cómo empezó a ser dirigente(a)?

Los inicios en la dirigencia, usualmente tienen relación con una historia familiar de acción social, donde se instala el trabajo comunitario como la forma natural de relacionarse con sus vecinos y con la sociedad. Existen relatos de promoción de los liderazgos comunitarios desde las familias, incluso sin clara intención declarada, como historias en las que acompañaban a abuelos o tíos asistiendo a marchas o actividades sociales. Así es como

desde muy pequeños, ya sea plantando árboles, acompañando en las marchas, apoyando a pintar murallas o simplemente jugando mientras los grandes arman las actividades de la junta de vecinos, se va formando en ellos una manera de ver la vida donde el ayudar a otro es fundamental y el trabajo colectivo la mejor estrategia para lograrlo.

“Supe que era una dirigente desde que nací, con la directiva de la población Fermin Vivaceta, era como mágico, conseguían cosas, se organizaban”

Estas semillas van brotando y tomando forma en la adolescencia, a través de la participación en espacios como parroquias, clubes deportivos, organizaciones culturales, movimientos secundarios, juntas vecinales y partidos políticos, donde la mayoría da sus primeros pasos en cargos de dirigencia.

“Uno a través del tiempo ve más cosas, tu mentalidad se te va abriendo y vai (sic) viendo otras cosas que tu crees que pueden ser factibles y que se pueden hacer”

“Aprendí que debo prepararme y continuar para un trabajo más amplio y colectivo, de modo de alcanzar más logros”

Dentro de este proceso de evolución aparecen como puntos claves, el gobierno del presidente Salvador Allende, como momento en que se potencia el compromiso con el trabajo comunitario, Del mismo modo, el golpe de Estado y período de dictadura, donde si bien no se pierde el compromiso con la acción social, ésta se complejiza al extremo, acarreando nuevos riesgos y quiebres. La lealtad se pone a prueba y la necesidad de unión es más fuerte, para acompañarse en esta terrible experiencia con más fuerza para luchar y seguir adelante.

Pudimos descubrir en las historias compartidas, un patrón común de aprendizaje paulatino; descubriendo las propias habilidades y tomando confianza en ellas, de una

búsqueda de espacios de estudio ya sea formales o informales y una necesidad de crear y enlazar organizaciones. De este modo, se espera llevar la motivación de trabajo por la comunidad hacia la acción. Los aprendizajes obtenidos a través de este viaje incluyen no solo aspectos técnicos, sino también aprender a ver la realidad tal cual es, dejar de lado las idealizaciones, manejar los egos propios y ajenos, generar redes con otras personas comprometidas, y por sobre todo acompañarse entre dirigentes, para no decaer en la lucha por la justicia social:

**“COMPROMISO, IDEAL,
CREER QUE OTRO MUNDO
ES POSIBLE. EN ESTA
LUCHA SOCIAL, ESTO ES
LO QUE YO QUIERO.”**

¿Cómo se vincula usted con la salud?

Desde la perspectiva de los dirigentes, hay un entendimiento de la salud como un concepto integral: “la salud es un espacio digno”. Por ello, su rol con la salud se ajusta a las distintas necesidades de las comunidades:

- Apoyar el rol de la salud pública a través del control y fiscalización para un buen uso de los recursos.
- Promover la asociatividad para la participación en salud a través de mesas barriales.
- Favorecer el acceso a los servicios de salud, realizando acciones de educación y acercando información clave y atenciones de salud a la comunidad. Lo anterior se desarrolla a través de ferias de salud, grupos de autoayuda, espacios de formación, acciones de medicina complementaria e incluso invirtiendo dineros propios, para realizar acompañamiento o financiar la compra de insumos necesarios para los vecinos y vecinas (ej: comprando ayudas técnicas, acompañando a controles médicos más distantes).
- Instalando temáticas de derechos humanos y la lucha por el medio ambiente (protección de las

semillas, la tierra, el agua), mejoramiento del entorno cercano, como son las condiciones de las calles, seguridad y luminarias.

- Apoyar la gestión entre equipos y dirigentes: Facilitar instalaciones para el desarrollo de actividades, identificar necesidades de salud de las personas e informarla a los equipos de salud.
- Formación a través de convenios con universidades.

El centro de los esfuerzos es generar instancias de trabajo de salud comunitaria. Buscar una nueva manera de relacionar el área de la salud con la comunidad, enfocándose en establecer un tipo de relación más cercana y personal, construyendo redes de actores que puedan crecer, aprender juntos y acompañarse en la lucha social.

Se espera de las instituciones de salud, hacer uso de sus facultades para integrarse más con las comunidades. En ese sentido, se destaca el quehacer en relación a la Ley de Participación N°20.500 que permite involucrarse con éstas ya sea a nivel de los CESFAM, a través de los Consejos de Desarrollo Local o con el Servicio de Salud a través del Consejo de la Sociedad Civil. Este trabajo permite generar contactos y establecer a los dirigentes como centro de información, recibéndola desde las instituciones y traspasándola luego a la comunidad, ya sea

buscando activamente a las personas casa por casa, o recibéndolas en sus propias casas con consultas varias.

Sin embargo, llama la atención dentro de los relatos, la aparición de ciertos tipos de relación dirigente-institución, que van más asociados a una lógica clientelista, donde se buscan conexiones a través del intercambio de favores, lo que puede llegar a una manipulación del dirigente. Un caso interesante son las solicitudes de apoyo para convocar vecinos y vecinas, en busca de cumplir metas de los equipos de salud, a cambio de facilidades en la asignación de horas de dicha comunidad.

¿Puede un(a) dirigente(a) comunitario trabajar en salud junto con los/las profesionales?

Desde la dirigencia social se plantea que es posible el trabajo con profesionales de salud, desde una perspectiva de complementación e integración de saberes, uniendo la mirada científica a la no científica y centrada en la experiencia: “Integrar ciencia y espíritu”. Ésto se expresa a su vez en la incorporación de diferentes visiones, ideas y metodologías de abordaje territorial, aportando a las instituciones desde la creatividad, para buscar formas nuevas de llevar la salud a las comunidades, por ejemplo, a través del arte.

Parte importante del rol directivo consiste en actuar de intermediario entre profesionales y usuarios, ya que hay personas a quienes les cuesta relacionarse con el equipo de salud, existiendo temor de hacer las consultas directamente. Estas acciones de mediación han apoyado en la mejora de la relación entre el personal y los usuarios del CESFAM, mejorando su trato. Además existe un trabajo de memoria, donde a través de la articulación del territorio y el trabajo por el cambio social cultural, se busca educar a las nuevas generaciones y mantener presente el legado del proceso del Presidente Salvador Allende y saldar deudas pendientes de la dictadura.



Participación de una dirigente social en salud en reuniones de consejos interdisciplinarios. Fotografía: Instituto Nacional del Cáncer.

Sin desmedro de lo anterior, existen algunas tensiones entre los liderazgos comunitarios y la institución de salud. En algunas instancias se entiende la idea de participación de forma burocrática y funcional, donde cada uno cumple un rol definido, pero no necesariamente existe trabajo en equipo. Los dirigentes son validados en la medida que apoyan el cumplimiento de metas. Son invitados a ceremonias y cuentas públicas, pero luego no vuelven a ser considerados, por ejemplo, en instancias de planificación y toma de decisiones.

Es común que los funcionarios no entienden lo que las dirigencias solicitan, o incluso puede ocurrir la apropiación de ideas nacidas desde la comunidad, que luego son ejecutadas desde la institucionalidad, sin incorporar a los mismos vecinos beneficiarios: *“...hacerlo con la gente de acá, (para) que la gente sea capaz de cambiar y decir esto es mío porque yo lo planté, porque yo lo hice, porque esa es la forma que hayan cambios”*.

¿Qué espera usted de un profesional de la salud?

Se espera que quienes conforman el equipo de salud, cuenten con capacidades a nivel técnico, emocional y ético. Esto implica no sólo ser capaz de resolver situaciones de salud, sino expresar un real respeto por la persona,

“SI LA GOTA DE AGUA NO SE UNE AL TORRENTE EL SOL LA EVAPORA, SI LA CHISPA NO FORMA LA LLAMA EL VIENTO LA APAGA, SI EL GRANO DE ARENA NO SE UNE A LA DUNA EL VIENTO SE LA LLEVA”.

mostrando empatía, comprensión y por sobre todo una escucha real a sus necesidades, que les permita establecer una relación más horizontal. Que exista una apertura de mirada sobre cómo ven la salud, comprendiendo que es más allá de salud / enfermedad. Entender la importancia de conocer sobre el entorno de la persona y como este afecta su salud, que amplíen sus paradigmas a nuevas formas de acceder al conocimiento, comprendiendo que no sólo los medicamentos son los que sanan.

Lo anterior se espera, pueda extrapolarse al trabajo en comunidad, donde funcionarios de salud sean capaces

de abrir espacios de participación e involucrarse en éstos (“que se integren en los procesos de lucha”), reconociendo el aporte y las ideas de los dirigentes comunitarios en salud. Ahora bien, para que estos procesos puedan traducirse en reales cambios, deben enfocarse en “resolver y no solo responder”. Para esto es relevante que exista trabajo en conjunto entre los diferentes espacios (ej: municipalidad y centros de salud) y la participación activa de las direcciones de los diferentes departamentos, para gestionar los recursos necesarios para una buena atención: “*Los dirigentes pasan y hay que mantener el rol de trabajo, pedirle a las instituciones*”, las cuales deberán continuar avanzando en las temáticas prioritarias.

Para poder contar con profesionales de salud que se acerquen cada vez más a lo deseado, es necesario que las instituciones educativas tengan un cambio desde todos los integrantes de la academia, educando en temáticas de derechos humanos y promoviendo desde la formación un trato más democrático en vías de lograr un cambio social y cultural.

¿Cuáles son sus experiencias en formación de redes y alianzas?

Frente al tema de la formación de alianzas, surge inmediatamente el lema “la unión hace la fuerza”, donde se ve la formación de redes como algo clave para poder aprove-



Registro de actividades comunitarias del curso “Estrategias Participativas y Comunitarias en Salud” de la Escuela de Educación popular (EPES), 2018.

char recursos disponibles: “*Ninguna alianza está demás, todas las alianzas son necesarias, gubernamentales y no gubernamentales. El movimiento social da cuenta de que debemos estar unidos. El error ha sido estar encapsulado en sus cosas y no se ve la fuerza*”.

Estas redes son muy variadas y van más allá de las temáticas específicas de salud, con participación en educación, arte y medio ambiente, involucrando a la comunidad organizada, autoridades políticas, centros de estudiantes, académicos, vecinos y vecinas, entre otros. Sin embargo, lo anterior puede llevar a ciertas tensiones con las instituciones de salud, ya que si bien se trabaja de forma constante con “alianzas amigables” entre la dirigencia y los equipos de salud, es difícil establecer alianzas oficiales, ya que algunas agrupaciones trabajan, por ejemplo, con

una visión de rescate de la experiencia ancestral, lo cual no siempre es validado por los profesionales de salud. En estos casos la fortaleza de la alianza va a depender de la motivación del funcionario en particular, más que de un compromiso de la institución.



Taller de técnicas energéticas para la salud integral desde la mirada espiritual ancestral, realizado por dirigentes sociales Raúl Martínez y Cecilia González a funcionarios del CESFAM Lo Valledor Norte.

Los momentos históricos facilitan u obstruyen las alianzas, por ejemplo en Dictadura las organizaciones tuvieron mucha más autogestión y los dirigentes refieren haber “ocupado” la institucionalidad disponible, donde las iglesias y los fondos internacionales tuvieron un fuerte rol, estando al servicio de las organizaciones para el cumplimiento de sus objetivos. De éste período se observa un legado donde las organizaciones sociales han sido

coaptadas, surgiendo cada vez con más fuerza mesas técnicas y opiniones de “expertos”, dejando de lado a las organizaciones sociales.

Es clave informarse sobre los aspectos administrativos de las orgánicas de las organizaciones de la sociedad civil. Actualmente, si bien existen leyes que favorecen la participación ciudadana, el proceso de diálogo entre la institución y la comunidad se ve entorpecido al fragmentar estamentos, comunidades o instituciones. Por ejemplo, en lo que se refiere a la dirigencia sindical, ésta normativa dificulta el diálogo y genera problemas de legitimidad, ya que todas las organizaciones, independientes de la cantidad de socios, pelean por tener opinión.

Ahora bien, independiente de las posibles diferencias y dificultades para trabajar en red, se rescata la importancia de mantener el respeto entre los dirigentes, dejando los egos de lado para trabajar en equipo en pos de lograr los objetivos de la organización.

¿Cómo se motiva a la gente para que participe?

Un punto clave es hablar con la verdad y trabajar desde una concientización activa, pregonando a través del “boca a boca”, ya que las personas con las que se habla inicialmente, van difundiendo la información a los lugares donde los líderes no pueden acceder. Esto es un proceso

a largo plazo, por lo que ayuda el enfrentarlo desde la alegría, fijándose en los pequeños cambios.

La participación y los liderazgos tiene sus consecuencias en quienes los ejercen, implican mucho trabajo y poco tiempo para la familia. Esto ocurre porque muchas veces desde las instituciones hay un enfoque en la cantidad, se busca “llenar las salas”, pero no se completan los procesos (*“para todo hay diagnóstico y nunca te devuelven los diagnósticos”*). A pesar de estas dificultades, existe la percepción entre las dirigencias de que las personas extrañan cómo se vivían antes las comunidades, porque el sistema actual es más individualista y centrado en el consumismo. Para volver a esto se debe trabajar desde la educación, promoviendo un cambio social cultural para una mejor humanidad.

Paralelo a lo antes mencionado, no hay que olvidar el autocuidado de los mismos dirigentes, es muy importante *“aprender a educarse, a ser mejor él mismo... para poder sanar a otros, debe sanarse a uno mismo”*.

“LA PARTICIPACIÓN ESTÁ MUY MANOSEADA (...), PARA ALGUNOS ES LA CANTIDAD, IGUAL QUE EN LOS REALITY SHOW QUE LO ÚNICO QUE VEN ES EL RATING, CUÁNTA GENTE LLEGÓ, PERO NO VEN LA CALIDAD, O POR QUÉ LLEGÓ, O QUÉ QUIERES ENTREGARLE TÚ (...)”

EXPERIENCIAS DE TRABAJO COMUNITARIO

En esta sección describimos experiencias de trabajo comunitario realizadas por dirigentes sociales. A estas instancias asistieron al menos 3 integrantes de nuestro equipo de trabajo, quienes, mediante una pauta de observación descrita en el Anexo 3, fueron dejando registro de los aspectos más relevantes.

Desde una definición ortodoxa, el trabajo comunitario se caracteriza por el rol activo y protagónico que toman los miembros de la comunidad en la acción social. A su vez, es el resultado de un proceso constante en el tiempo donde las dirigencias sociales y sus comunidades transitan distintos niveles de autonomía hasta llegar a la toma de decisiones.

Sin embargo, los contextos del trabajo comunitario son diversos y van desde instancias formales otorgadas por la institucionalidad en salud, actividades planificadas y ejecutadas en conjunto entre profesionales y agentes sociales, hasta espacios totalmente autogestionados desde la dirigencia social.

La convocatoria puede ir desde conversatorios en temas de contingencia o de interés de las personas donde se invita a un miembro de la comunidad o un experto a compartir su saber, un taller para aprender una destreza determinada, una sesión en alguna técnica o disciplina

de autocuidado en salud o acciones para la recuperación de algún espacio del territorio amenazada o despojada por la acción de terceros (delincuencia, políticos, empresarios, etc.).

El rol de los dirigentes sociales en salud varían dependiendo de los contextos, siendo determinante el grado de involucramiento de la institucionalidad.

.....

En aquellas actividades promovidas por las instituciones de salud, en general, las y los dirigentes sienten que su trabajo y experiencia no es valorado por las autoridades *“una se siente usada a veces, nos llaman solo para juntarles gente”* los dirigentes dudan de la razón de ser las instituciones de salud *“¿están para mejorar la salud o para cumplir metas?”* lo que genera un clima de tensión y desconfianza.

.....

En experiencias de trabajo en conjunto con profesionales de la salud y otras instituciones como universidades y ONGs, especialmente en la adjudicación de proyectos, es donde los profesionales e instituciones han tomado roles de asesores(as) y los(as) dirigentes(as) han podido desarrollar de manera más autónoma sus proyectos.

.....

En acciones de trabajo comunitario donde no está presente la institucionalidad, se identifica el mayor grado de autonomía en el actuar de los agentes comunitarios. En particular, en actividades gestionadas por la propia comunidad se logran cosas reales por la gente. Un ejemplo, es cuando aprenden a usar plantas medicinales, cultivarlas en su propia casa. No obstante, algunos(as) dirigentes señalan que el grado de cobertura de estas actividades es bajo.

.....

Al consultarles a las personas asistentes a actividades comunitarias sobre por qué participan en dichos espacios, algunos(as) llegan buscando educarse o aprender de algún tema. Asimismo, cuando en las actividades hay autoridades presentes, asisten para interpelarlos y manifestarles distintas demandas, que no han sido escuchadas por otros canales. Finalmente, en otras ocasiones asisten para organizarse y conocer a otras personas de la comunidad, fortaleciendo el tejido social del territorio.

Estas acciones de trabajo comunitario no se dirigen exclusivamente a otras personas de la comunidad, pues los relatos hablan de cómo otros profesionales y autoridades se sienten beneficiados de participar en estas instancias, algunos señalan que fue “una sorpresa” ver que la participación de dirigentes sociales en salud pueden ser un real aliado y aporte al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud desde el trabajo comunitario. Junto a

ello, criticaron el hecho que sólo los profesionales encargados de participación en salud tienen contactos con los dirigentes sociales señalando que todos debieran tener la oportunidad de interactuar con ellos.



Registro del taller “Líderes Culturales” Dr. Luís Weinstein (2010 a la fecha).



Taller de técnicas energéticas para la salud integral desde la mirada espiritual ancestral, realizado por dirigentes sociales Raúl Martínez y Cecilia González a funcionarios del CESFAM Lo Valledor Norte.

RELATOS DESDE LA EXPERIENCIA DE ESTUDIANTE EN EL TRABAJO COMUNITARIO CON DIRIGENTES(AS) SOCIALES EN SALUD

Camila Barrios, Estudiante de la Escuela de Kinesiólogía de la Universidad de Chile.

Desde mi calidad de estudiante de la salud en una universidad pública, puedo decir que en mis primeros años nunca dimensioné la responsabilidad que esto llevaba y lo que yo algún día podría llegar a realizar.

Si bien, en los dos primeros años de mi carrera son más bien enfocados en los cursos específicos de la kinesiólogía y las ciencias. En los ramos de la línea de Salud Pública de la carrera, nos adentramos a temáticas del sistema de salud chileno y diversos modelos más, que nos abren la puerta a conocer por dentro el mundo. En cursos posteriores, aprendemos sobre los determinantes sociales de la salud y cómo éstos complementan la otra parte que muchas veces no vemos de la persona. Ahí creo yo nos terminamos de formar como profesionales íntegros, con una mirada del tratamiento más allá a una parte del cuerpo de alguien sino que a un ser, una persona con un contexto.

Finalmente se nos plantea que, antes de ser internos, hay otros profesionales con los cuales trabajaremos en equipo, mediante el curso MIIM (Módulo Integrado Interdisciplinario y Multiprofesional). El grupo se compone de alumnos y alumnas de las 8 carreras de la salud, donde se nos da un horario específico cada semana para trabajar entre todos y todas en una comunidad a cargo de un/una líder comunitario(a) de ese territorio. En este

contexto, se pretende que con nuestros conocimientos hasta ese momento logremos realizar un diagnóstico participativo y luego una acotada intervención en el curso, que sea significativa para esta comunidad.

Es aquí donde el líder comunitario a cargo cumple un rol fundamental, porque seguramente para muchos es la primera vez que trabajan con una comunidad y necesitan ser guiados por alguien que tenga experiencia en trabajo con grupos. Además, necesitan alguien dispuesto(a) y atento(a), porque él o ella es quien puede resolver mejor las dudas que surgirán en el camino para conseguir algún producto.

A pesar del corto periodo de tiempo de las intervenciones, al menos nos queda el trabajo comunitario que se puede hacer creando pequeñas redes y uniendo unas con otras. Queda también el gran trabajo que realizan los líderes en diversos aspectos y lo mucho que éstos pueden lograr si hacen su labor con pasión por la comunidad y sus convicciones.

Por lo anterior, debemos trabajar codo a codo con diversos líderes sociales. Nos permiten realizar un análisis en torno a los determinantes de la salud, facilitando el trabajo comunitario, ya que puede sintetizar con su sola persona el sentir de muchos y muchas. Considerándolos(as) desde ese momento como una fuente de información

fidedigna, con conciencia, hablando con conocimiento de causa y desde sus propias vivencias lo que debemos saber para poder realizar más adelante una intervención con sentido.



Fotografía: Jorge Muñoz Campos.

RELATOS DESDE LA EXPERIENCIA DEL DISEÑO Y REFORMULACIÓN DE CURSOS DE PREGRADO QUE INVOLUCRAN DIRIGENTES SOCIALES: LA EXPERIENCIA DE MIIM 2

PROFESORAS ASOCIADAS

Sandra Oyarzo Torres

Mónica Espinoza Barrios

Departamento de Educación en Ciencias de la Salud Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

La Educación interprofesional (EIP) fue introducida en el cuidado de salud y social hace 40 años, con algunas iniciativas en América del norte y Europa, siendo reconocida 20 años más tarde por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1988, quien desde entonces ha promovido el movimiento internacional de la EIP hasta el día de hoy (Barr H, Low H., 2011).

El concepto de Educación Interprofesional fue desarrollado en el Reino Unido por el centro para el progreso de la educación interprofesional (Centre for the Advancement of Interprofessional Education CAIPE, define la EIP como *un tipo de educación que ocurre cuando dos o más profesiones aprenden con, desde y sobre la otra, mejorando la colaboración y la calidad de los cuidados y servicio* (Barr H, Low H., 2015). Esta metodología ha tomado fuerza en distintos países europeos, como también en EE.UU. y Canadá, con especial foco en la necesidad de la comunidad de recibir una atención de calidad. La EIP para la OMS *ocurre cuando estudiantes y/o profesionales de dos o más profesiones aprenden sobre los otros, con los otros y entre sí para posibilitar la efectiva colaboración y mejorar los resultados en salud* (OMS, 2010).

La transformación de los sistemas de salud y la emergencia de enfermedades no transmisibles, en la cual las personas requieren una serie de cuidados en diferentes espacios sanitarios y por diversos profesionales de la salud, hace necesario la entrega de salud por equipos

interprofesionales, implementación de modelos de educación interprofesional desde el pregrado para que los profesionales de salud sean entrenados en trabajar en equipo como una buena práctica (IOM, 2015; Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. Zurayk, H., 2010; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016). La incorporación de los modelos curriculares interprofesionales en los planes de formación de los estudiantes de la salud, ha sido promovida como un importante avance para dar respuesta a las actuales demandas de los sistemas de salud y la comunidad (Harden, RM., 1998).

Contexto Histórico del Programa MIIM

El desarrollo del Proceso de Innovación Curricular llevado a cabo en la Facultad de Medicina desde el año 2007, implicó una etapa de levantamiento de necesidades formativas en las ocho carreras de la Salud, que permitió evidenciar la necesidad de establecer espacios curriculares comunes que permitieran el desarrollo de competencias genéricas transversales en las ocho carreras impartidas en la Facultad, potenciando la integración de saberes, tanto a nivel interdisciplinar como interprofesional.

En este contexto, se acordó la construcción de un Programa de Formación Común, con un total de 36 créditos, al cual se incorporaría progresivamente en todas

las carreras de la salud, en la medida que implementaran sus planes de formación orientados por competencias. Este programa incluía en la propuesta original 15 créditos para Formación General, 12 créditos de formación en idioma Inglés y 9 créditos para dos cursos Módulos de Integración interdisciplinar multiprofesional (MIIM). Ambos cursos potenciarían el trabajo en equipo y colaborativo entre estudiantes de las 8 carreras de la salud impartidas en la Facultad.

Proceso de construcción del MIIM II

El MIIM es una innovación docente que asume la Facultad a fin de proporcionar a sus estudiantes la doble oportunidad de aprender a trabajar en conjunto con estudiantes de otras profesiones del campo de la salud, y de movilizar los saberes ya adquiridos durante el tiempo que lleva en la Universidad. El proceso histórico de la construcción del curso es descrito a continuación:

2008

VALIDACIÓN DEL PROCESO POR LA COMISIÓN CENTRAL DE INNOVACIÓN CURRICULAR

Dicha comisión es conformada por académicos(as) de todas las Escuelas de la Facultad, expertos(as) en educación y representantes estudiantiles, entre otros actores. Se analizan las competencias genéricas declaradas en las matrices curriculares de las carreras de la salud, producto de lo cual se definió una ficha de curso, que contenía algunos elementos claves.

2009

CONFORMACIÓN DE UN EQUIPO TÉCNICO, PARA ESTRUCTURAR Y DISEÑAR EL MIIM I Y II, INTEGRADO POR ACADÉMICOS EXPERTOS EN CIENCIAS BÁSICAS, PROFESIONES DE LA SALUD Y EDUCACIÓN

Se desarrollaron reuniones regulares durante un año para la reflexión, discusión, construcción y operacionalización de la propuesta del curso MIIM. El trabajo incluyó la definición de las competencias, indicadores de logro y niveles de logro comprometidos con el MIIM, la metodología de desarrollo del curso, los instrumentos de evaluación que serían aplicados, la elaboración de documentos neces-

rios para disponer durante el curso, las habilitaciones de los profesores participantes del curso, los recursos requeridos y los aspectos logísticos para su implementación.

2012 SEGUNDO SEMESTRE **IMPLEMENTACIÓN DE PRIMER CURSO MIIM I**

Este curso fue implementado con estudiantes de las carreras de Kinesiología y Obstetricia (140 estudiantes).

2016 SEGUNDO SEMESTRE **IMPLEMENTACIÓN DEL PRIMER CURSO MIIM II**

Participan 7 carreras de la Facultad (Enfermería, Obstetricia, Fonoaudiología, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Tecnología Médica, Nutrición y Dietética), con una participación de 500 estudiantes, 30 Profesores encargados de curso (PECs), 50 secciones de estudiantes y un equipo coordinador multiprofesional. El diseño de este curso contó con un espacio en común para todas las carreras. Implicó además la construcción de material de apoyo para tutores y estudiantes, con reuniones de coordinación semanales.

2017 SEGUNDO SEMESTRE **SE INCORPORAN A DIRIGENTES SOCIALES EN SALUD** **DENTRO DEL PROCESO PEDAGÓGICO**

Se implementó el trabajo colaborativo en equipo interprofesional con 8 carreras de la salud en diferentes comunidades de la Región Metropolitana junto a dirigentes sociales de dichas comunas.

.....

Esta experiencia de los cursos integra funciones de docencia, extensión y vinculación con el medio e investigación. Se desarrolló en las comunas de: Independencia, Recoleta, Conchalí, Pudahuel, Huechuraba, Lampa, Batuco, Tíl Tí, San Miguel en la cual los estudiantes desarrollan competencias para trabajar en equipo, respetar el rol profesional de cada uno de los integrantes del equipo de salud y de otras profesiones y disciplinas, integrándose al trabajo comunitario local.

Actualmente, el curso MIIM II se trata de un megacurso: 600 estudiantes, 35 docentes y equipo coordinador de 9 docentes, 7 estudiantes y 40 Líderes Comunitarios. La metodología utilizada fue el trabajo colaborativo entre

los estudiantes de las diferentes carreras en las Juntas de Vecinos de las diferentes comunas, con los dirigentes sociales, realizando una intervención educativa que pone en el centro a la comunidad, jugando un rol clave en el aprendizaje de los estudiantes el acompañamiento de los dirigentes sociales.

Otro elemento fundamental en la realización en esta experiencia es la articulación, integración y trabajo colaborativo de la Dirección de Extensión, Dirección de Pregrado, Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar y la participación de académicos de las 8 carreras de la salud y del Instituto de Ciencias Biomédicas.

Los aprendizajes permitieron que los estudiantes indagaran en sus saberes previos, asociados a ámbitos disciplinares y experienciales, enfrentaran contextos situacionales que constituyeron una oportunidad para aplicar dichos saberes en el ámbito de la educación comunitaria. La experiencia otorgó dinamismo y adquisición de habilidades para trabajo en equipo, valorando el aporte de los diversos roles profesionales y comunitarios para afrontar una problemática con características transferibles a su futuro desempeño profesional, a su vez planteó nuevos desafíos relacionados al desempeño en el territorio: accesibilidad, coordinación con líderes comunitarios, experiencia docente en trabajo comunitario y

acompañamiento. La implementación de un curso de integración interprofesional colaborativo en la comunidad permite valorar la integración de saberes desde las diferentes disciplinas así como también la incorporación del saber popular, requiere de un estrecho acompañamiento docente y logística adecuada para implementar esta innovación.



Fotografía: Jorge Muñoz Campos.

Como conclusión de la experiencia comunitaria, los estudiantes valoraron la posibilidad de conocer el territorio comunitario, nuevas experiencias que los llevan vivir en un espacio real, los desafíos de la educación y su interacción con los líderes comunitarios. Otro elemento fundamental a destacar en la metodología de ésta experiencia es el aprendizaje entre pares que se constituye en un elemento central para el logro de las metas que plantea la interacción con la comunidad, y la generación de nuevos aprendizajes.

Bibliografía

- Barr H, Low H. (2011). Collaborative practice through learning together to work together. Centre for the Advancement of Interprofessional Education, CAIPE.
- Barr H, Low H. (2015). Interprofessional Education: The Genesis of Global Movement. CAIPE.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958.
- Harden R. M. (1998). AMEE guide No. 12: Multiprofessional education: Part 1 effective multi professional education: a three-dimensional perspective. *Medical Teacher*. 20(5):402–408.
- Institute of Medicine, IOM (2015). Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. The National Academies Press.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). Envisioning the future of health professional education: Workshop summary. The National Academies Press.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. OMS.

RELATOS DESDE LA EXPERIENCIA ARTICULAR LA EXTENSIÓN UNIVERSITARIA CON LA CONSTRUCCIÓN DEL ECOSS DE BARRIO: ESCUELAS DE CONSTRUCCIÓN DE SOBERANÍA EN SALUD

Profesor Hernán Aguilera Martínez, Director de Extensión de la
Facultad de Medicina Universidad de Chile

A partir el año 2017, la Dirección de Extensión de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile comenzó a trabajar con diversas organizaciones sociales de la Región Metropolitana apoyando a la asignatura de pregrado MIIM 2. Dicho curso, necesitaba insertar a los estudiantes de las 8 carreras de la facultad en espacios comunitarios para el desarrollo de competencias de trabajo en equipos interdisciplinarios para el trabajo en comunidad.

Fruto de este vínculo, surgió una idea desde un grupo de dirigentes y académicos que participaban en la asignatura: Avanzar en una iniciativa que generará también capacidades en los propios dirigentes y en la comunidad académica. Así nació ECOSS de Barrio (Escuelas de Construcción de Soberanía en Salud), para desarrollar la soberanía en salud en las comunidades mediante el empoderamiento de su salud, cuidado solidario, promoción de la salud y prevención primaria.

Para esto, se estableció una mesa de trabajo de reuniones regulares de 2 horas, todas las semanas, en torno a la soberanía en salud y la construcción del ECOSS de Barrio. Esta estaba constituida por dirigentes sociales y gremiales, académicos de la Universidad de Chile, así como de otras Universidades, estudiantes y trabajadores de salud especialmente de Atención Primaria. Además de esto, hay interacción permanente grupal a través de una red social en internet.

ECOSS de Barrio se ha ido transformando en un espacio permanente de encuentro y discusión de temas de salud, políticas públicas y participación comunitaria en salud. En dicho espacio, se planifican y ejecutan acciones de formación de líderes en salud, de promoción y prevención en salud; de investigación para la acción comunitaria en salud así como de coordinación del trabajo conjunto entre la academia y las organizaciones sociales. Esto es descrito en la Figura 2.

Se pretende que las acciones desarrolladas en los distintos territorios por integrantes del ECOSS de Barrio, permitan compartir saberes y abordar la realidad desde una perspectiva crítica que propicie el bienestar de las personas en sus comunidades. Asimismo, favoreciendo la participación, las capacidades colectivas y la construcción de nuevos conocimientos que influyan positivamente en las mismas, en la institucionalidad y las políticas públicas.

ECOSS de Barrio ha contribuido a concretar la política de Extensión de la Facultad en su función de articulación entre la docencia y la investigación, ya que ha permitido reforzar la formación interdisciplinaria en pregrado, así como desarrollar un espacio de investigación en posgrado en salud comunitaria. Así mismo ha contribuido a la reflexión crítica, a la desprivatización del conocimiento, y generar acciones que promueven la equidad, inclusión social y el desarrollo de las personas y sus comunidades.

El proceso no ha estado exento de dificultades que aparecen tanto desde la institucionalidad como del mundo social:

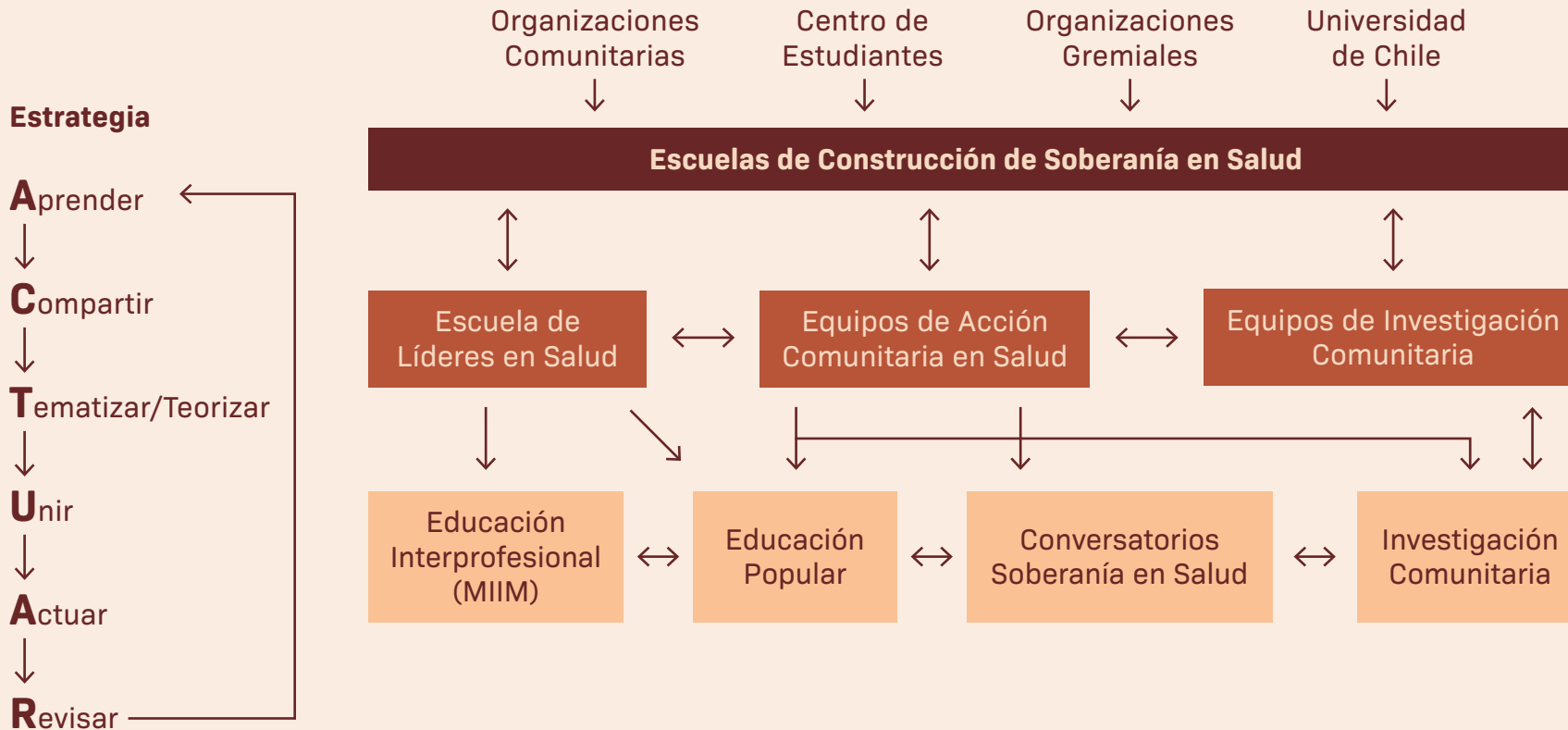
Desde la institucionalidad, la principal dificultad ha sido disponer del tiempo y los recursos para apoyar con más fuerza esta iniciativa. Los académicos y estudiantes que participan en esta actividad deben hacer ingentes esfuerzos para participar en las reuniones y actividades que se planifican debido a la alta carga académica existente, y a que aún muchas direcciones de las unidades académicas de la Facultad no se consideran tan relevantes las actividades de extensión, como la investigación y la docencia en la que ponen la mayor parte de los recursos existentes.

Desde el mundo social, las dificultades provienen también de la escasez de tiempo de los dirigentes quienes en su mayoría participan en múltiples iniciativas en el mundo social, también de situaciones puntuales de conflicto entre los integrantes que por la intensidad de ellas

en algún momento han alterado transitoriamente la progresión del trabajo pero que al ser bien manejadas por los dirigentes, en ningún momento se puso en peligro la estabilidad de la mesa de trabajo. Otra dificultad que hubo que salvar, sobre todo al inicio del trabajo conjunto, fueron las altas expectativas que se generaron en académicos y dirigentes lo que obligaba constantemente a dialogar en busca de un ajuste de estas a las condiciones reales en que desarrollamos nuestro trabajo.

Finalmente y pensando en el futuro, a mediano plazo se pretende que los líderes formados en ECOSS de Barrio sean gestores del desarrollo de sus comunidades que generen planes y proyectos que articulen la acción de todos actores gubernamentales y no gubernamentales y que generen las condiciones para la integración de la comunidad universitaria en los distintos territorios de manera de abordar de manera integral el bienestar colectivo potenciando aún más a las comunidades generando así soberanía en salud.

FIGURA 2 Estrategia y modelo sintético del ECOSS de Barrio



Fuente: Dirección de Extensión de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

ESPACIOS DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO DEL LIDERAZGO COMUNITARIO EN SALUD

Durante este documento, el reconocimiento de las convicciones, experiencias y conocimiento de dirigentes sociales en salud ha sido sustantivo. No obstante, desde la mesa de trabajo del liderazgo comunitario en salud, hemos acordado dar una revisión de las comprensiones de participación de la salud, perspectiva de derechos, las instancias de participación en salud y mecanismos de protección de garantías de derechos de dirigentes sociales y la comunidad de su libre participación.

¿Qué es la participación en salud?

La promoción y desarrollo de la participación ciudadana es una de las tareas más importantes del liderazgo comunitario en salud. Desde la mirada de Arnstein S. (1969), y actualizado por Freile-Gutiérrez B. (2014) en “Participación ciudadana en el contexto de la evaluación de tecnologías sanitarias”, la participación ciudadana hace referencia al conjunto de acciones impulsadas por la democracia representativa, mediante la inclusión de la comunidad en la toma de decisiones de grupos políticos del Estado.

Desde una perspectiva comunitaria, se requiere un ejercicio paulatino, gradual y profundo de participación desde la infancia hasta la vejez, ajustando los espacios

y mecanismos según se necesite. De esta manera, comprenderemos la participación como una acción cotidiana, propia de nuestra sociedad.

Desde una perspectiva de salud, se puede comprender como una habilidad protectora de la salud, por dar la posibilidad de acceder, entender y resolver problemas de salud individuales y de su comunidad, junto a la construcción con actores del sector salud y de otros espacios.

Esta participación puede ser desarrollada de distintas maneras, las que han sido organizada en una escalera de la participación de tres niveles, descritos en la Figura 3 y descritas a continuación:

a) NO PARTICIPACIÓN: Corresponde a dos niveles, abarcando espacios de participación de manipulación, en las que actores que concentran poder utilizan la participación de la ciudadanía para sus propios fines; y terapia, en la que se canaliza la necesidad de participación de la ciudadanía en procesos que no culminan en la materialización de dichas propuestas, sólo tienen un fin terapéutico.

b) SIMBOLISMO: Corresponden a tres niveles en los que existen cambios, pero el control lo sigue teniendo una autoridad ajena a la ciudadanía. Por un lado, está la

participación limitada al acceso o uso de información sobre los asuntos que el grupo de poder decide; los espacios en los que se consulta a la ciudadanía sobre opciones que el grupo de poder definió, y en el que las respuestas entregadas no aseguran que sean materializadas; o bien cuando se aplaca la necesidad de participación de la ciudadanía por medio de espacios que permiten comprender la situación, pero aún así el poder sigue siendo concentrado en otro actor.

c) CIUDADANÍA EMPODERADA: Finalmente, esta perspectiva abarca tres niveles de participación, en el que se posiciona a la ciudadanía como el actor principal de las decisiones. Por un lado, se encuentra la asociación colaborativa de las mismas organizaciones, ampliando la cobertura de la participación, y estableciendo espacios de decisión independientes de los grupos de poder; A su vez, existe la delegación de poder (principalmente por criterios técnicos o logísticos), en la que el colectivo define la figura que representa la toma de decisiones, pero se le exige cuenta pública y orientación del trabajo a la figura delegada en las necesidades de la ciudadanía; finalmente, el control de los ciudadanos se establece como la figura de mayor poder, centrado en que las decisiones cruciales se enfocan en la ciudadanía, y las figuras expertas residen dentro de la misma ciudadanía.

FIGURA 3 Esquema de escalera de participación.



Fuente: Arnstein, S. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4): 216-224.

Es importante, analizar la figura y el nivel de participación de organizaciones y dirigentes sociales en salud. De este modo, se tiene claridad el horizonte de oportunidades que se tienen y los cambios que se requieren para satisfacer las necesidades de participación. Se recomiendan las siguientes 3 preguntas para analizar el nivel de participación:

¿EN QUIÉN RESIDE LA MAYORÍA DE LAS DECISIONES DE LA ORGANIZACIÓN?

¿QUÉ TAN ESCUCHADA SE SIENTE LA ORGANIZACIÓN O LA AGRUPACIÓN?

¿SI LA ORGANIZACIÓN NO ESTÁ DE ACUERDO CON LO PROPUESTO, PUEDE SER MODIFICADO?

Perspectiva de Derechos Humanos para la defensa de la participación

Participar es parte del ejercicio de los derechos civiles y políticos alcanzados durante el siglo XX. Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición. Entre los derechos humanos se incluyen el derecho a la vida y a la libertad; a no estar sometido ni a esclavitud ni a torturas; a la libertad de opinión y de expresión; a la educación y al trabajo, entre otros muchos. Estos derechos corresponden a todas las personas, sin discriminación alguna.

Desde la perspectiva internacional, a lo largo de la historia han existido grupos especialmente explotados, maltratados, marginados y vulnerados en sus derechos por razones como su origen, color de piel, sexo, edad, estado de salud, ideología política, orientación sexual, situación de discapacidad, entre otras, es que se han desarrollado documentos llamados convenciones, acuerdos o tratados que buscan relevar la condición de sujetos de derecho de estas personas. Estos documentos pueden ser descargados en el sitio de la Biblioteca Digital del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) (<https://bibliotecadigital.indh.cl/>) que alberga además, cartillas, publicaciones institucionales, documentos de académicos/as,

investigadores/as, organismos nacionales e internacionales y organizaciones de la sociedad civil, que pretenden ser una contribución en la labor de construcción y promoción de una cultura de los derechos humanos.

En Chile, también existen desencuentros, vulneraciones de derechos y barreras para el pleno desarrollo de la participación. Esto implica que profesionales, usuarios(as), familiares, y la comunidad en general, puedan superar distintas barreras legales y reglamentarias, que les permitan desarrollar sus roles de manera plena. Por ello, a continuación, se describirán cuerpos legales asociados a la participación social, instancias de participación en salud, cuerpos legales complementarios para la defensa del derecho a la participación, y organismos asociados a dichos roles.

Cuerpos legales que protegen y promocionan instancias de participación de la ciudadanía

La participación ciudadana, de acuerdo a lo establecido en la Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), debe ser un elemento transversal y continuo en la actuación de las instituciones públicas, que deben velar para que sea ejercida bajo principios de integridad, igualdad, autonomía y no discriminación.

En Chile, últimamente se han realizado importantes esfuerzos para ampliar y promover la participación ciudadana en todos sus niveles según los estándares internacionales. Uno de los hitos más claros ha sido la promulgación en 2011 de la ley N°20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, que establece distintos mecanismos de promoción de la participación de la sociedad civil en espacios de la administración del Estado, a nivel local y nacional, y la creación del Consejo de Participación Ciudadana y Fortalecimiento de la Sociedad Civil en el año 2016, entre otras iniciativas.

La ley N°20.500 aborda dos grandes áreas:

- a) **Asociaciones entre las personas** donde, en el marco del derecho, el Estado resguarda el apoyo a la asociatividad facilitando la organización de los ciudadanos, así esta ley **modifica la Ley N°19.418 de Juntas de Vecinos y demás Organizaciones Comunitarias**, haciendo más fácil y expedito el proceso de obtención de personalidad jurídica.
- b) **Participación Ciudadana en la Gestión Pública** donde el Estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones. **Modifica la Ley N°18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado**, de esta forma las instituciones del Estado deben establecer cuáles son las modalidades de participación que tendrán las personas y organizaciones sociales en el ámbito de su competencia. Además **modifica la Ley N°18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades**, estableciendo un nuevo órgano: los Consejos Comunales de Organizaciones de la Sociedad Civil (COSOC).

Así como esta ley busca facilitar la asociatividad de los ciudadanos, señala que nadie puede ser obligado a formar una asociación, ni a integrarse o a permanecer en ella, mucho menos como requisito para desarrollar o acceder a un trabajo. Por lo tanto la participación social y asociatividad es libre, personal y voluntaria.

Las asociaciones pueden reunirse en uniones o federaciones, y éstas a su vez tienen libertad para formar confederaciones. Asimismo, una asociación de ciudadanos puede o no gozar de personalidad jurídica. En caso de que no la tenga, otra persona (natural o jurídica) podrá actuar en su representación, especialmente por obligaciones contraídas ante terceros.

¿Cómo una asociación ciudadana puede participar en la gestión municipal?

Las organizaciones civiles tendrán participación a través de los COSOC que deben existir en cada comuna, cuyos integrantes son elegidos por las organizaciones civiles que funcionen en el territorio. El COSOC podrá hacer observaciones sobre los presupuestos de inversión, plan comunal de desarrollo y modificaciones al plan regulador propuestos por la autoridad local, además, el alcalde deberá hacer cuenta anual de su gestión ante estas entidades y ante el COSOC.

¿Qué trámite hay que seguir para constituir una asociación ciudadana?

La asociación ciudadana debe suscribir una escritura pública o privada ante notario, oficial del Registro Civil o funcionario municipal autorizado por el Alcalde. Luego, dentro de 30 días se debe dejar una copia de esta acta en la secretaría municipal de la comuna donde la asociación está domiciliada. Si el secretario municipal no tiene objeciones a la formación de la asociación, tiene 30 días para enviar los antecedentes al Registro Civil, para que los incluya en el Registro Nacional de Personas Jurídicas sin Fines de Lucro.

¿Quiénes pueden constituir una asociación ciudadana?

Juntas de Vecinos, Clubes Deportivos, Clubes de Adultos Mayores, Centro de Madres, Personas Jurídicas sin Fines de Lucro, Asociaciones y Comunidades Indígenas, Asociaciones Gremiales, Organizaciones Sindicales y Organizaciones de Interés Público de la Comuna.

La salud y la discriminación de género

La mujer es discriminada desde el momento de nacer. Desde su infancia se le ha encargado labores menores con respecto a los hombres.

Entre las mayores amenazas hacia la mujer, en la adolescencia, se encuentran el maltrato, la explotación y la violencia, acompañada de relaciones forzadas, abuso sexual.

Puesto que el sexo sin protección conlleva el riesgo de embarazo e Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH. A su vez, todas estas situaciones de abusos y violaciones sexuales forzadas, conducen a traumas psicológicos y enfermedades mentales.

Actualmente el machismo en las parejas jóvenes es tan fuerte que empieza por menoscabar a la mujer, provocando la violencia y en muchos casos hasta llegar al feminicidio... Todo esto atenta en contra de la igualdad de género y los derechos humanos de la mujer.

Es imperioso comenzar desde la infancia a reforzar la educación, en el lenguaje, la actitud para así, conseguir cambios profundos en el comportamiento, desde el hogar, el jardín y la escuela, logrando la integración y un equilibrio en la salud y así asegurar una igualdad de género en las futuras generaciones.

Cecilia González Ruiz



Instancias de participación en salud

A su vez, existen diversas instancias de participación en salud. En base a lo dispuesto anteriormente, es importante comprender que el marco de autonomía y requerimiento de cuenta pública desde la ciudadanía, es el nuevo estándar definido para nuestras políticas públicas.

a) Consejo de Desarrollo Local de Salud (CDL): También es llamado Comité Local de Salud o Consejo Consultivo de Usuarios (CCU). Es un espacio de encuentro entre equipos de salud (gremios y estamentos) y comunidad organizada (juntas de vecinos, organizaciones sociales, organizaciones comunitarias en salud, voluntariados, etc.), tiene como propósito crear estilos de gestión participativa donde la comunidad sea parte de acciones de diseño, ejecución y evaluación de la gestión local en salud, participando en la toma de decisiones sobre los asuntos de salud que les afectan

En los CDL la ciudadanía ejerce el derecho al control social de la gestión pública por medio de distintas acciones: transmitiendo información a los usuarios y comunidad sobre el funcionamiento de los establecimientos de salud; colaborando con el diagnóstico de salud de la población; participando en la formulación, implementación y evaluación de los planes de mejora del establecimiento de salud; analizando información sobre reclamos y sugerencias de los usuarios y evaluando el funciona-

miento de los establecimientos de salud; recogiendo opiniones e iniciativas de la comunidad y del personal de salud para mejorar la calidad de atención; e impulsando acciones de trabajo conjunto entre equipos de salud, usuarios y comunidad.

b) Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias (OIRS): Reciben y canalizan las solicitudes, reclamos y sugerencias de todos los usuarios y usuarias. Su propósito es contribuir al mejoramiento de la atención de los usuarios y las usuarias en los establecimientos de salud, facilitando el acceso a la información sobre el funcionamiento de los servicios, resguardando los derechos en salud de las personas

c) Cuentas Públicas Participativas: Proceso de diálogo ciudadano ante los representantes de la sociedad civil y funcionarios, referido a la rendición de cuentas del Servicio de Salud y sus Establecimientos, en términos de la gestión de sus políticas, planes, programas, acciones y de su ejecución presupuestaria. Es realizada entre los meses de enero y abril y pueden participar todos los ciudadanos o usuarios que les interese conocer la cuenta anual de la gestión del centro de salud o servicio de salud

d) Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA): Organismo consultor y asesor de la Dirección de Servicio, integrado por directivos de la salud municipal, establecimientos dependientes, directivos de la dirección de

servicio y dirigentes comunitarios pertenecientes a los Consejos de Desarrollo representantes de los territorios de planificación de la provincia. Es presidido por el Director del Servicio, al que le corresponderá asesorar y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo de la red asistencial.

Otros cuerpos legales de apoyo a la defensa de la participación

1. LEY ANTIDISCRIMINACIÓN:

La ley N°20.609, conocida como Ley Zamudio, tiene por objetivo instaurar un mecanismo judicial que permita restablecer eficazmente el imperio del derecho cuando se cometa un acto de discriminación arbitraria. Por ello, cada institución del Estado, dentro de su competencia, debe elaborar e implementar las políticas destinadas a garantizar a toda persona, sin discriminación arbitraria, el goce y ejercicio de sus derechos y libertades reconocidos por la Constitución, las leyes y los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.

Amparados en esta ley, dirigentes sociales pueden estar protegidos frente a situaciones de discriminación arbitraria. En este marco se entiende por discriminación arbitraria toda distinción, exclusión o restricción que carezca de

justificación razonable, efectuada por agentes del Estado o particulares, y que cause privación, perturbación o amenaza en el ejercicio legítimo de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de la República o en los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.

La acción legal deberá ser presentada dentro de **noventa días corridos contados desde la ocurrencia del hecho discriminatorio**, o desde el momento en que el afectado adquirió conocimiento cierto de ella. La acción se interpondrá por escrito, pudiendo, en casos urgentes, interponerse verbalmente, levantándose acta por la secretaria del tribunal competente. El procedimiento de la acción la pueden presentar los **directamente afectados de discriminación arbitraria ante el juez de letras de su domicilio o ante el del domicilio del responsable de dicha acción (u omisión)**. La acción podrá interponerse por cualquier persona lesionada en su derecho a no ser objeto de discriminación arbitraria, por su representante legal o por quien tenga de hecho el cuidado personal o la educación del afectado.

Si hubiere existido discriminación arbitraria, el tribunal aplicará, además, una multa de cinco a cincuenta unidades tributarias mensuales (UTM), a beneficio fiscal, a las personas directamente responsables del acto u omisión discriminatorio. Mientras que, **si la sentencia estableciere que la denuncia carece de todo fundamento**, el tribunal

aplicará al recurrente una multa de dos a veinte unidades tributarias mensuales, a beneficio fiscal.

2. LEY DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN SALUD:

La ley N° 20.584, aclara cuáles son los derechos y los deberes de los usuarios de los servicios de salud, tanto del sector público como privado. Asimismo, se aplican respecto a todos los profesionales y trabajadores que se relacionen con público en el marco de atenciones de salud.

Esta ley señala que toda persona tiene derecho, a que las acciones de promoción, protección y recuperación se le den oportunamente y sin discriminaciones arbitrarias, en la forma que determine la Constitución y las leyes. Estas prestaciones deben caracterizarse, dentro de otras cosas, en ser desarrolladas con un trato digno y respetuoso en todo momento y circunstancia; lenguaje adecuado e inteligible; actitudes que se ajusten a normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas; y respetar y proteger la vida privada y honra de las personas.

Asimismo, este marco legal considera deberes de la comunidad, entre ellas: respetar el reglamento interno del establecimiento, procurar informarse acerca del funcionamiento del establecimiento y sobre los procedimientos de consulta y reclamo establecidos, cuidar las instalaciones y equipamiento, tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud; junto a colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, entregando la información necesaria para el tratamiento.

Se puede reclamar su incumplimiento ante la institución prestadora (CESFAM, Hospitales, Clínicas, entre otros) en la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), si la persona no queda conforme, podrá recurrir ante la Superintendencia de Salud o requerir un procedimiento de mediación.

Organismos que pueden apoyar la defensa de la participación en salud

Para la defensa de estos derechos, existen distintas organizaciones que pueden apoyar la defensa de la participación, el derecho a la salud, entre otras necesidades. A continuación, se describen algunas que toman relevancia en lo descrito previamente.

a) Corporación de asistencia Judicial (CAJ): Organismos públicos que proveen defensa judicial gratuita a quienes no pueden pagar por ella, en cumplimiento del mandato de la Constitución Política de Chile, la que garantiza un acceso igualitario a la justicia a todos los ciudadanos (artículo 19 N° 3). Dentro de su línea de servicios, se encuentra la Asesoría Jurídica, cuyo objeto es otorgar información jurídica y profesional relevante para abordar un conflicto puntual, o una problemática presente o futura a todas las personas, independiente de su condición económica; junto a la Asistencia Judicial, que comprende los servicios de carácter resolutivo, cuyo objetivo es reconocer y/o ejercer un derecho a través de una sentencia o un equivalente jurídico y, en algunos casos, obtener la reparación del mal causado producto de esta vulneración.

b) Consejo de Defensa del Estado: Organismo que busca asesorar, defender y representar los intereses patrimoniales y no patrimoniales del Estado de Chile y sus organismos, tanto a través del ejercicio de acciones y defensas judiciales como extrajudiciales. En esta institución, se pueden realizar las solicitudes de mediación por daños en salud ocurridos en establecimientos públicos de salud. Este es un proceso que busca realizar un procedimiento no confrontacional (no es un juicio) entre personas usuarias y establecimientos públicos de salud para buscar acuerdos, mutuamente convenientes, que permitan reparar el daño ocasionado con motivo de una atención en salud.

No se podrá recurrir a tribunales de justicia sin antes haber pasado por mediación ante el Consejo de Defensa del Estado (CDE) o ante mediadores registrados en la Superintendencia de Salud.

c) Otras organizaciones, tales como la Defensoría de la Discapacidad (<https://defensoriadeladiscapacidad.cl/>); Defensoría de la Niñez (<https://www.defensorianinez.cl/>); Clínica Jurídica de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile (<http://www.derecho.uchile.cl/extension/areas-de-trabajo/clinica-juridica.html>); entre otras.

¿CÓMO INFLUYÓ EL MOVIMIENTO SOCIAL POR LA DIGNIDAD EN LA PARTICIPACIÓN DE NUESTRAS COMUNIDADES?

Cuando partimos este trabajo, pensábamos que la participación comprometida y efectiva, se debía promover muy fuerte, sentíamos que las personas tenían interés en esas situaciones, no obstante no se hacían cargo de sus roles, no apoyaban los roles de otro o se concentraba el poder en presidentes.

No obstante, tras los hechos del 18 de octubre esto ha cambiado, y vemos con alegría cómo se han realizado nuevas actividades o más bien, se han reactivado actividades que antes eran habituales, tales como:

- Cabildos.
- Asambleas populares en barrios.
- Encuentros y concentraciones.
- Conversatorios y espacios de aprendizaje comunitario.

A la luz de este movimiento social, nos parece importante establecer los siguientes aprendizajes:

1. Las comunidades están cambiando, la gente quiere aprender a participar y ser parte de más actividades en sus territorios.
2. La acción de los dirigencias sociales han marcado la ruta en la lucha y reivindicación social previamente, por lo que la amplitud y permanencia de este movimiento, se da también gracias a este trabajo previo

- que ahora cuenta con nuevos apoyos y encuentro de convicciones en común.
3. Nos dimos cuenta que nadie es dueño del tiempo, ni de la montaña ni del mar. Es decir, que las demandas de justicia social por las que lucha la gente, buscan que los recursos naturales, como el agua debe ser de toda la sociedad.
 4. Las organizaciones comunitarias de base (ej. Medio ambiente) estaban desde antes organizadas de manera independiente de los partidos políticos, y de las instituciones (universidades), desde la horizontalidad.
 5. Es importante recordar, que en estos movimientos sociales, existen trabajadores de empresas que no tienen tiempo para poder asistir a actividades, dadas las condiciones laborales en las que están empleados(as).
 6. Se deben dar las oportunidades para que toda la comunidad pueda tomar espacios de liderazgos. No al miedo al público ni al tomar responsabilidades.
 7. Debemos incentivar la promoción de liderazgos para el recambio y a la diversidad, debemos sentirnos acompañados y apoyados para que existan nuevas organizaciones y liderazgos.
 8. Debemos preocuparnos de pedir cuentas a los distintos líderes e instituciones.
 9. El liderazgo sólo representa, y es parte de algo mayor.
 10. Debemos involucrarnos en los procesos formativos de estudiantes, compartiendo nuestras experiencias en el proceso de dirigentes sociales de la salud, como aprendizajes en salud y nuestro rol.
 11. Existían muchas discusiones disgregadas en distintos temas, sin embargo, nos dimos cuenta que había una sola causa que es transversal en esta crisis, por eso la frase “No eran \$30, sino 30 años” nos hace tanto sentido.

¿Cómo mantenemos esto a largo plazo?

El movimiento va a seguir, porque la gente ya se está organizando. Existen comunas como Cerro Navia, Quilicura, Conchalí, Huechuraba, entre otras en todo el país, que quieren tomar iniciativas y no quieren dejar ir el movimiento.

Una de las propuestas es articular el trabajo de la comunidad, salud u otros en las escuelas y otros espacios de la comunidad. Esto implica, facilitar entornos de trabajo integrales que permitan habilitar lugares públicos y de fácil acceso a la comunidad.

Por otro lado, se requiere desarrollar actividades dinámicas, donde haya entretención y se pueda conversar y compartir. Por ejemplo, ahora las ollas comunes se llaman ollas culturales, y van distintos actores de la comunidad, desde dirigentes, académicos, artistas o vecinos y vecinas que les interesa no sólo participar, sino también compartir sus talentos y saberes en sus propios barrios. Esto implica reconocernos para canalizar y organizar todas las partes interesadas, armando espacios de trabajo en conjunto, desarrollando ferias con talleres en temas de interés popular, pasacalles, teatro espontáneo, teatro infantil, entre otras.

No podemos olvidar generar espacios de autocuidado, donde los miembros de la comunidad puedan contar con momentos de relajación y apoyo emocional mutuo para sostener el trabajo a largo plazo.

Se requiere reactivar convicciones y compromisos electorales, sobre poniendo en el centro el proceso constituyente del país y cómo sostener dichos procesos en futuros espacios. Junto a esto, se requiere el desarrollo de espacios educativos formativos en la constitución, elecciones y mecanismos de participación ciudadana y cívica.



Fotografía: Jorge Muñoz Campos.

LLAMADOS A LA ACCIÓN COMUNITARIA

¿Qué deben hacer los equipos de los centros de salud?

Nos parece fundamental establecer que la relación entre profesionales y técnicos de salud con dirigentes sociales en salud debe ser desde una alianza a largo plazo basada en la sinceridad y confianza, erradicando toda práctica de utilización de la comunidad y las dirigencias sociales.

Las y los dirigentes sociales somos diversos, cada uno con una historia, un origen y experiencias que nos hace únicos. Somos activistas de la salud de nuestros territorios desde distintos frentes: la defensa de derechos humanos, el medio ambiente, la cultura, el deporte, etc. “La salud es y está en todo” y vemos en nuestras diferencias con los profesionales de la salud, una fortaleza, por eso hacemos un llamado al respeto de dichas diferencias y validación de nuestro saber, el saber popular.

Comprender dicha diversidad, a la hora de trabajar con dirigentes sociales, implica cambiar el lenguaje, usando términos que nos acerquen y no nos dividan. Porque definir todo como médicos y pacientes, es definirnos desde la enfermedad y no desde la salud.

Recuperar la humanidad en la atención de salud es indispensable para replantear nuestro sistema de salud. Nos parece importante, pero duro a la vez, que debamos pedir

la “humanización de la salud”, queremos volver a sentir y vivir la dignidad en el trato, atención y preocupación desde los centros de salud, en cada atención y reunión.

También queremos hacerles un llamado a trabajar de manera honesta y clara en cuanto a expectativas y condiciones en las que se va a desarrollar el trabajo con dirigentes sociales. Existen demasiadas experiencias en la que los profesionales de salud nos han dicho cosas que no se cumplen, se prometen roles, espacios y proyectos en colaboración conjunta que terminan siendo ideados y ejecutados por los mismos profesionales, sólo nos consideran para “juntarles la gente”.

La promoción de la participación implica el desarrollo de confianzas, espacios vinculantes y perspectiva de largo plazo. No se pueden construir consejos de desarrollo local de un día para otro, tampoco podemos desarrollar proyectos si no entienden nuestros problemas y necesidades. Debemos recuperar el compromiso de la comunidad con sus centros de salud y el equipo de salud, apoyando en el cuidado, apropiación y mejora de los centros.



¿Qué deben hacer las autoridades?

Queremos hacer un llamado a las autoridades a que la comunicación con nosotros, los dirigentes sociales, sea más horizontal, tanto en el trato como lo administrativo, sin tener que “enrostrar el cargo” a fin de mostrar superioridad y evitando tener que pasar por miles de pasos y trámites para poder tener espacios de diálogo, trabajo colaborativo y así lograr que la toma de decisiones sea más fluida y expedita.

Requerimos probidad, transparencia y justicia en el desarrollo de su rol como autoridades, no se debe reprimir el liderazgo comunitario, sino por el contrario, los invitamos a que nos vean como sus aliados en el gran norte que todas y todos perseguimos, que es una mejor salud para nuestras comunidades y para nuestro país.

Pensamos que la diversidad en autoridades y la promoción de nuevos actores sociales en salud es una oportunidad para la construcción de alianzas y equipos de trabajo en pos de un mejor sistema de salud para la población, sin embargo, en general los cambios de autoridades perjudica el avance de procesos en vías de desarrollo o consolidación, ya que muchas veces las nuevas autoridades entrantes no respetan los procesos en curso, teniendo que enfrentar una y otra vez estancamiento de iniciativas y “nuevos comienzos” generando agotamiento, incer-



tidumbre y desmotivación en los equipos y en especial en los dirigentes sociales, quienes realizamos un trabajo voluntario y no remunerado.

A la luz de la crisis medioambiental nacional y mundial, dado su impacto directo a la salud, exigimos a las autoridades del país y del mundo, explicaciones por permitir que los empresarios, en su ambición inagotable de dinero, sigan depredando y causando daño a los ecosistemas de nuestro planeta, sabiendo que sólo somos unos seres de paso por este mundo ya se ha causado

un daño irreparable, dejando con una gran carga a las futuras generaciones, ante su actuar negligente hoy es deber de las autoridades legislar y actuar cuidando los intereses de la humanidad, poniéndose de una vez por todas del lado de la gente y ya no más de los empresarios.

Finalmente, dado el contexto de lucha social actual, hacemos un llamado a una nueva Constitución, donde la salud esté realmente garantizada como derecho, donde se acabe la dualidad: la salud para pobres y la salud para ricos, existiendo un sistema único de salud, de carácter público y de calidad.

¿Qué esperamos de las instituciones formadoras de los equipos de salud?

Debemos conocernos: comunidad, dirigentes, estudiantes y académicos. Reconocer las experiencias de los actores de la comunidad, el proceso de formación de estudiantes y la experiencia y rol de la academia. Los cursos de formación de los estudiantes podrían vincular dirigentes sociales. Debemos reconocernos como personas *“Cambiar el lenguaje; mi nana, mi secretaria, mi dirigente”* y *“evitar la palabra yo yo yo”*, es decir la auto referencia y el egocentrismo en el trabajo. Esto no va en contra de aprender, y es más podría fortalecer la habilidad de humanizar la atención en la salud.

Que las universidades apoyen a los jóvenes para que se conecten con la comunidad, que les exijan a sus estudiantes y cuerpo académico vincularse con el trabajo comunitario más allá de una nota, *“que se pongan los pantalones con el compromiso que tienen con la comunidad y que se genere un real trabajo en las escuelas, en las poblaciones”*.

Del mismo modo, es un espacio importante para aprender un trato respetuoso y digno a cada persona. Eliminar toda práctica de acoso, abuso y violencia en salud, desde todos los integrantes de la comunidad. No se requiere apostar a que todos y todas las estudiantes se formen y reciban todo de la misma manera, pero esa es una habilidad mínima que deben trabajar en el curso y en su formación.

Otra habilidad importante a aprender estrategias de convocatoria con la comunidad. Como difundir y establecer alianzas con la comunidad, los y las Dirigentes sociales en salud son esenciales en los procesos de convocatoria y trabajo con la comunidad. Esto no depende solo de los estudiantes, también influye los procesos de tutores y centros formadores para apoyar. El trabajo con la comunidad debe ser acompañado para un proceso formativo adecuado (con tiempos adecuados), si no se puede generar mucha frustración en todas partes. Se requiere un proceso de consenso sobre expectativas y necesidades.



Establecer un lazo genuino y no extractivista de esas comunidades.

Anteriormente existió un rol de las Universidades de vincularse con las comunidades, donde profesionales de la salud iban a la comunidad. *“Nosotros somos necesarios para la Universidad, pero la Universidad no retribuye”*. Esto se solía desarrollar desde el voluntariado, lo que da un perfil de asistentes distintos a los estudiantes clásicos. Este espacio se debe desarrollar con centros de estudiantes. Esto no implica invisibilizar la red de salud, se debe pensar como un apoyo con foco en la orientación de las personas. Pensarlo además no solo como una vinculación

necesaria por parte del área de la salud, sino que desde todos los ámbitos de la vida y por ende desde las distintas facultades o departamentos.

En el caso de incorporar procesos de formación en la comunidad en las mallas curriculares, se requiere coordinar los requerimientos del curso y procesos evaluativos con las necesidades de la comunidad. Para ello es indispensable un mutuo acuerdo, evitando dejar a los estudiantes entre lo que quiere la Facultad y lo que quiere la comunidad. La convicción y rol de los estudiantes sobre el trabajo con comunidad es mediado por las lógicas en la educación superior, especialmente por el financiamiento. Es decir, si en la educación no existe una perspectiva de derechos para ingresar, difícilmente el o la estudiante tendrá un compromiso social y perspectiva de derechos en salud. Este es un problema estructural del modelo sociopolítico y económico chileno.

CONCLUSIONES DE LA MESA DE TRABAJO

Un dirigente social debe encontrar un equilibrio entre el sentir (corazón), el saber (la cabeza) y la acción (las piernas), esto implica comprender la dirigencia social, como un ser y estar integral.

Se requieren profesionales de la salud empáticos y activos, que comprendan la participación social desde la comunidad.

También, es importante que las autoridades nos consideren desde dicha integralidad. Los(as) dirigentes sociales no deben “ser utilizados” sólo para los motivos y metas de los centros de salud. Esta mirada implica pasar a llevar sus convicciones y experiencias, menospreciando ideas y experiencias de trabajo en la comunidad.

Siempre se está aprendiendo sobre cómo ser dirigente social en salud. Nadie tiene la absoluta claridad de cómo ser dirigente, eso depende de la historia de vida, de su comunidad y las necesidades históricas.

Existen diversos espacios de participación, los cuales debemos usar desde la integralidad. A su vez, esperamos sinceridad e integridad desde las otras personas vinculadas.

Dado que Chile despertó, debemos trabajar por la solidaridad y la equidad. Esto implica cambiar nuestros pensamientos, corazones y piernas. También implica cambiar el lenguaje, dejar de confundir para sincerar lo que se quiere y se necesite. Debemos trabajar por certezas compartidas, dejar atrás las confusiones.

El llamado a la acción de los dirigentes es a hacernos cargo de las responsabilidades de cada grupo. Dejar de ver la transparencia y los mecanismos de control social del sistema de salud como una barrera, sino que mejorarlos, simplificarlos y humanizarlos para dar mayor legitimidad y seguridad de lo que se hace.

Todos estos mecanismos deben tener en el centro, la salud de las personas en el marco del desarrollo comunitario, más allá de las individuales de cada uno de los actores.

ANEXOS PARA COMPARTIR

En base al trabajo realizado, hemos desarrollado distintas herramientas para el levantamiento de información desde la experiencia de dirigentes sociales en salud. A continuación, les compartimos cuatro instrumentos que puedan serles de utilidad para levantar información sobre la experiencia de dirigentes, experiencias y la promoción de un liderazgo comunitario en salud en sus territorios.

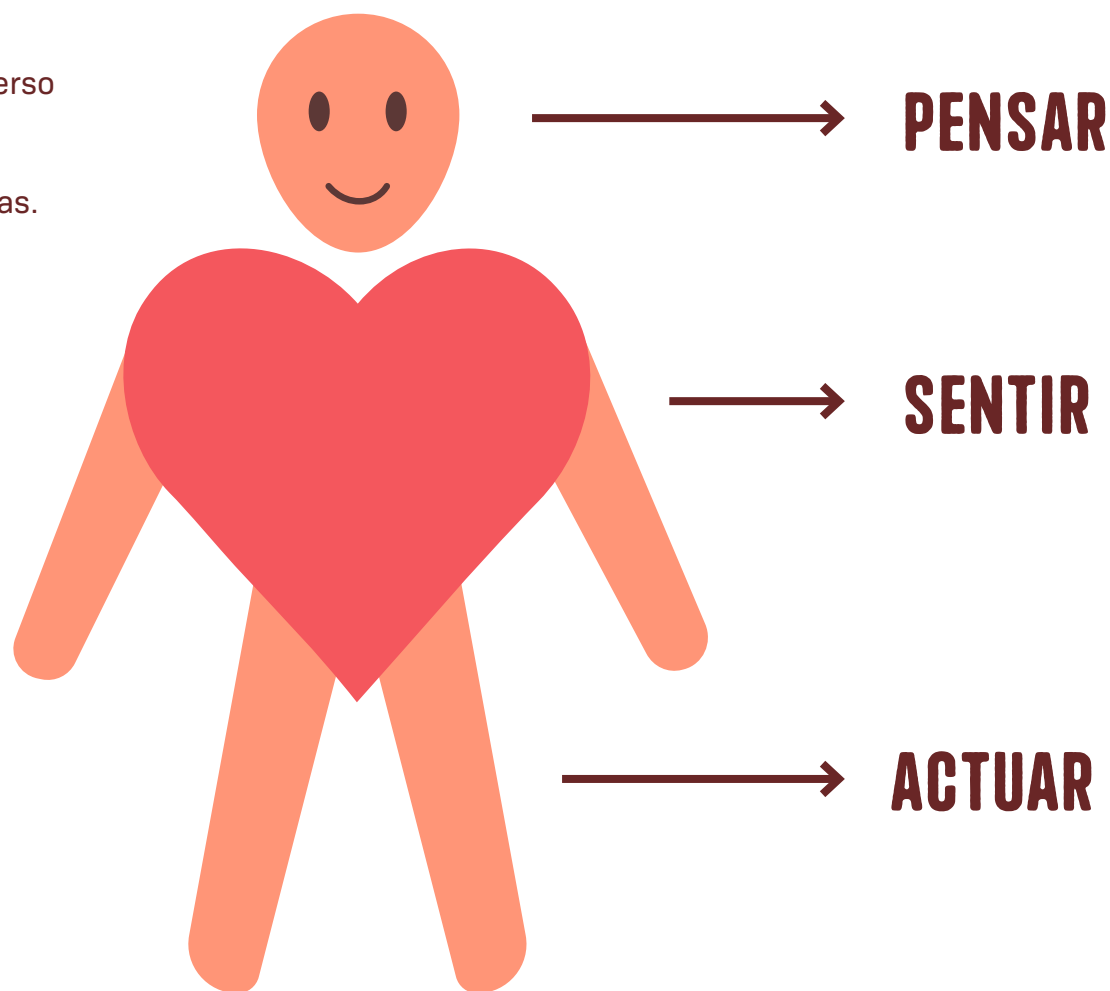
ANEXO 1 Esquema Desarrollo Integral del dirigente social en salud

Ficha de trabajo de la Mesa de trabajo sobre liderazgo comunitario del ECOSS de Barrio de la Universidad de Chile.

Nombre de la persona	
Fecha de evaluación	

Este instrumento busca incentivar un proceso de introspección y diálogo colectivo sobre la historia, rol y necesidades de los y las dirigentes sociales en salud. Por ello, te pedimos que puedas participar en este ejercicio de manera sincera, tanto contigo como con el colectivo.

Para su desarrollo, debes revisar el siguiente esquema, y escribir al reverso de la impresión o fotocopia de este texto, tus principales reflexiones y respuestas a las siguientes preguntas.



¿Cuál es tu rol en la organización/comunidad con la que haces esto?		
Cabeza ¿Cuál/cuáles son tus saberes o conocimientos que pones al servicio de la organización?	Corazón ¿Cuáles son tus principales convicciones que desarrollas en la organización?	Piernas ¿Cuáles son las principales acciones que realizas en la organización?
En base a tus respuesta, ¿Desde cuál de las tres casillas realizas principalmente tu rol en la organización?		

ANEXO 2 Pautas de entrevistas a dirigentes sociales en salud.

Para el levantamiento de entrevista a dirigentes sociales en salud, te recomendamos registrar al menos la siguiente información. Esto te permitirá hacer conversar tus entrevistas con las de este documento.

DATO	DESCRIPCIÓN
Fecha	
Lugar	
Dirección del lugar	
Entrevistada(o)	
Rol en la organización	
Género	
Edad	
Nombre de Entrevistadoras(es)	

Ninguna pregunta es obligatoria, y sólo son orientadoras de la conversación. Recuerda que el centro de la conversación es lo que va apareciendo, estas preguntas solo son una guía de temas a abordar.

Preguntas orientadoras para la entrevista

¿Cómo empezó usted a ser dirigente(a)?

¿Cómo se vincula usted otros(as) dirigentes(as) sociales de la salud?

¿Puede un(a) dirigente(a) comunitario trabajar en salud junto equipos de salud?

¿Qué espera usted de un profesional de la salud?

¿Tiene experiencia en la formación de redes o alianzas entre salud y otros sectores?

¿Quién es usted ahora?

Otras preguntas

ANEXO 3 Pautas de sistematización de experiencias del trabajo de líderes comunitarios en salud

Para el registro de las experiencias de trabajo comunitario de dirigentes sociales en salud, te recomendamos registrar al menos la siguiente información. Esto te permitirá hacer conversar tus experiencias con las de este documento. Ninguna pregunta es obligatoria, y sólo son orientadoras de la conversación. Recuerda que el centro de la conversación es lo que va apareciendo en el diálogo o la observación, estas preguntas solo son una guía de temas a abordar.

I. Datos relevantes.

DATO	DESCRIPCIÓN
Nombre de Experiencia	
Nombre de la organización	
Fecha y hora	
¿Quién dirige la actividad?	
Lugar (Dirección)	
Objetivo de la actividad	
Participantes	
Periodicidad	

OBSERVACIÓN DE LA ACTIVIDAD	DIÁLOGO CON PARTICIPANTES
<p>Rol del líder ¿Qué rol tienen los líderes en la actividad?</p> <p>¿Cual es la relación entre la institución u organización con los líderes?</p> <p>¿Cuáles insumos se utilizan?</p>	<p>¿Por qué están participando en esta experiencia/ actividad?</p> <p>¿Qué piensa que la actividad sea dirigida por líderes comunitarios de salud?</p> <p>¿Cuál es el aporte de los dirigentes a la Salud?</p>

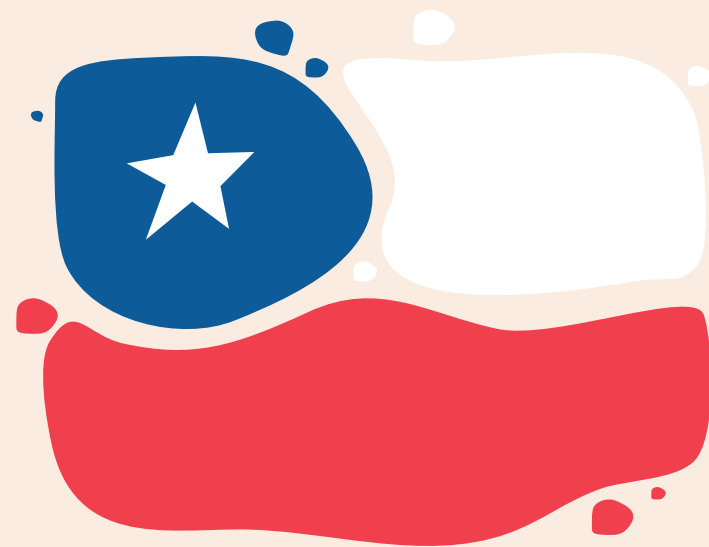


ABREVIATURAS EMPLEADAS EN NUESTRO DOCUMENTO

1. Chile

Referido a aquel territorio de pueblos y comunidades en movimiento histórico constante, acallado en distintas épocas. Espacio diverso construido por la gente.

Todo lo contrario a lo que se abrevia Chile antes del 18 de octubre del 2019. Hoy se encuentra en medio de un nuevo despertar.



DISEÑO Y PRODUCCIÓN



G R Á F I C A
METROPOLITANA



UNIVERSIDAD DE CHILE
Vicerrectoría de Asuntos Académicos
Departamento de Postgrado y Postítulo

Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE



ECOSS
DE BARRIO
ESCUELAS DE CONSTRUCCIÓN
DE SOBERANÍA EN SALUD

