

PROYECTO VME20-0018

DIÁLOGOS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ARAUCANÍA

Reflexión Crítica y Aprendizajes en Atención Primaria



Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de La Frontera



Programa Internado Rural
Interdisciplinario, PIRI



Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de La Frontera

PROYECTO VME20-0018

DIÁLOGOS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ARAUCANÍA

Reflexión Crítica y Aprendizajes
en Atención Primaria



Programa Internado Rural
Interdisciplinario, PIRI

TEMUCO, 2021

Diálogos Sobre Promoción de la Salud en La Araucanía
OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2020

ISBN 978-956-236-399-0

FINANCIAMIENTO

Este documento forma parte del proyecto VME20-0018
“Diálogos sobre la Promoción de la Salud: Reflexiones y
Aprendizajes para el escenario actual y futuro en la Atención
Primaria en Salud (APS) de la región de La Araucanía”
apoyado por la Dirección de Vinculación con el Medio de la
Universidad de La Frontera



EDITORES/AS

Marcelo Carrasco Henríquez
Rebeca Correa Del Río
Gonzalo Infante Grandón
Ingrid Magna Young
Carolina Ramirez Campos
Andy Torres Hidalgo

TRANSCRIPCIÓN

Nicole Henríquez Flores
Francisca Huilcán Huentén
Esteban Palet Correa
Alejandro Saez Magna

COLABORACIÓN

Marcela Mena Jara
*Encargada Unidad de Promoción y Participación Ciudadana,
Seremi de Salud Región de La Araucanía*

DISEÑO

Camila Correa Harnecker

Contenidos

Presentación | **pág. 5**

Diálogo 1 | **pág. 6**

El papel de la Comunidad en la Promoción: ¿Existe participación en Salud?

Roberto Lara Sandoval **pág. 8**

Viviana Soto Fuentes **pág. 11**

Domingo Bucarey Torres **pág. 16**

Diálogo 2 | **pág. 21**

Políticas Públicas en Promoción de la Salud: ¿Es pertinente su diseño e implementación en el espacio local?

Tania Inostroza Sáez **pág. 23**

Carolina Ojeda Galaz **pág. 28**

Cristián Turra Pino **pág. 35**

Diálogo 3 | **pág. 45**

Experiencias locales de Promoción de la Salud: Aprendizajes y desafíos

Ketty San Martín Herrera **pág. 47**

Andrea Molina Molina **pág. 53**

M^a Teresa González Rodríguez **pág. 59**

Diálogo 4 | **pág. 65**

¿Es pertinente la Promoción de la salud en los contextos interculturales de La Araucanía?: Experiencias y miradas críticas

Basilio Mulato Llao **pág. 67**

Doris Huentenao Paillaleo **pág. 72**

Ángel Calfuán Manquián **pág. 77**

Reflexiones Finales | **pág. 84**



Presentación

En el actual momento histórico que transita la humanidad, con los desafíos que implica prolongar su existencia, considerando la realidad sanitaria de cada rincón del mundo, el ejercicio de análisis y diálogo –que permiten compartir reflexiones y aprendizajes– sin lugar a dudas, constituyen una oportunidad de apertura para la resiliencia y reciprocidad colectiva, dándole sentido al “ser y estar” en común.

En el ámbito de la salud, la Promoción de la Salud –históricamente– se ha entendido como uno de los pilares de la Salud Pública; desarrollándose en un espacio de acción centrado en el “hacer”, con tiempos y recursos acotados, lo que ha impedido detenerse y reflexionar acerca de las prácticas que le son inherentes, particularmente en el espacio de la Atención Primaria de Salud (APS).

Impulsar el desarrollo de Diálogos sobre Promoción de la Salud, eje central de la sistematización del presente documento, se hace particularmente importante para reflexionar sobre los aciertos, desaciertos y aprendizajes de quienes son actores(as) relevantes, en esta función de la Salud Pública. Los efectos de la Pandemia por COVID-19 alcanzan múltiples ámbitos sociosanitarios, en áreas y temáticas de gran comple-

jididad, que impactan en el desempeño vinculado a promover la salud en la Región de La Araucanía. En cuatro encuentros virtuales, realizados durante los meses de octubre y noviembre del año 2020, personas participantes de la Promoción en territorios locales de APS, compartieron sus experiencias; diálogos en los que se analiza a) el papel de la Participación de la Comunidad, b) la implementación de las Políticas Públicas en el ámbito local, c) las Estrategias y Metodologías aplicadas y d) las Relaciones Interculturales en salud.

El Propósito esencial de la divulgación de esta sistematización, es promover el análisis crítico de la promoción de la salud desarrollada en la APS de La Araucanía, a partir del intercambio de experiencias y aprendizajes de profesionales y otros/as actores/as de comunas de la región.

Este proyecto se encuentra articulado con la experiencia del Programa de Internado Rural Interdisciplinario (PIRI) de la Universidad de La Frontera (UFRO) que, desde hace 30 años, mantiene convenios con municipios de la Araucanía y otras regiones del país, para el desarrollo de prácticas profesionales de estudiantes, afianzando relaciones que promuevan la Salud Comunitaria y el Desarrollo Local.

DIÁLOGO 1

Participación social en salud

El papel de la Comunidad en la Promoción ¿Existe participación en Salud?



Roberto Lara

Equipo de Promoción,
Departamento de Salud
Municipal de Cunco



Viviana Soto

Directora Cesfam Piedra del
Águila, Departamento de
Salud Municipal de Angol



Domingo Bucarey

Presidente Consejo de
Desarrollo de Salud Municipal,
Codesamu Lautaro



Introducción

Buscamos saber más sobre el papel real que cumple la comunidad dentro de la promoción de la salud, si hay un aporte o no, y en el caso de que se considere esta participación, ¿de qué forma se hace?

El ánimo para nosotros es siempre crítico y transformador, queriendo aprender, tratando de saber más sobre la participación de las personas y las organizaciones en la gestión de la atención primaria. Destacando la búsqueda del buen vivir en las comunidades, para interrogarnos y tratar de generar una respuesta sobre cuáles son las capacidades y conocimientos locales y si

estos se integran en las acciones de salud en el territorio ¿Se considera o se omite esta participación? no solamente las que se relacionan con los establecimientos de salud, sino que también las que existen en nuestros territorios de orden vecinal, de organizaciones de mujeres, ambientales, de personas mayores, de personas en situación de discapacidad, entre otras tantas.

Para compartir sus reflexiones sobre la participación en la promoción de salud, nos acompañan tres invitados/as: **Roberto Lara de Cunco, Viviana Soto de Angol y Domingo Bucarey de Lautaro.**



Arriba. Primer diálogo, 28 de octubre 2020.



Roberto Lara Sandoval

Profesor de Educación Física,
encargado Programa Cardiovascular,
Vida Sana y encargado Medio
Ambiente, Departamento de Salud
Municipal de Cunco

La Participación en los Programas de APS y en Promoción de la Salud

Si me preguntan si existe una participación ciudadana, inmediatamente diría que sí, ya que existe cuando el usuario asiste regularmente a nuestras actividades, están en las reuniones o participa el intersector, vamos avanzando de a poco con las actividades que están establecidas, vamos normalmente pasando etapa por etapa y cumpliendo todas las metas, sin embargo siempre van quedando algunas dudas, por ejemplo, ¿asiste a controles de salud?, “sí, asiste a controles de salud”, luego ¿existe educación?, “sí, existe educación”, pero ¿Queda esa educación?, esa es la pregunta inmediata que nos planteamos, entonces parece que realmente existe esa participación ciudadana, pero ¿cómo la vamos a medir dentro de la participación en salud?

Cuando empezamos a ver cada una de las actividades que teníamos en el programa de promoción, de acuerdo a un diagnóstico participativo inicial que se hizo en el 2014-2015, partimos desde una base con encargados de promoción anteriores y se realizó este

diagnóstico participativo en distintos sectores de la comuna de Cunco, donde lo que llamaba la atención era que en todos los sectores se estaban solicitando cosas que se estaban viendo que en otras comunas existían, como por ejemplo, las máquinas de ejercicio de las plazas. Año a año siguió surgiendo ese interés de la gente de poder trabajar en estas máquinas de ejercicio, perfecto dijimos, entonces tenemos participación ciudadana. Llegó un momento en que la gente de un sector nos pidió, que por favor nosotros instaláramos un techo en estas máquinas de ejercicio, y nosotros dijimos vamos súper bien, muy encaminados, la gente está haciendo ejercicio, pero resulta que después cuando llegamos al análisis, nos dimos cuenta que en ese sector donde más nos estaban solicitando cosas, tenía el porcentaje mayor de diabéticos descompensados, entonces algo está pasando, y claro la gente en alguna oportunidad se reunía y tomaba lo que ellos nos habían solicitado, pero no se estaba llevando de buena forma, ya sea porque el ejercicio



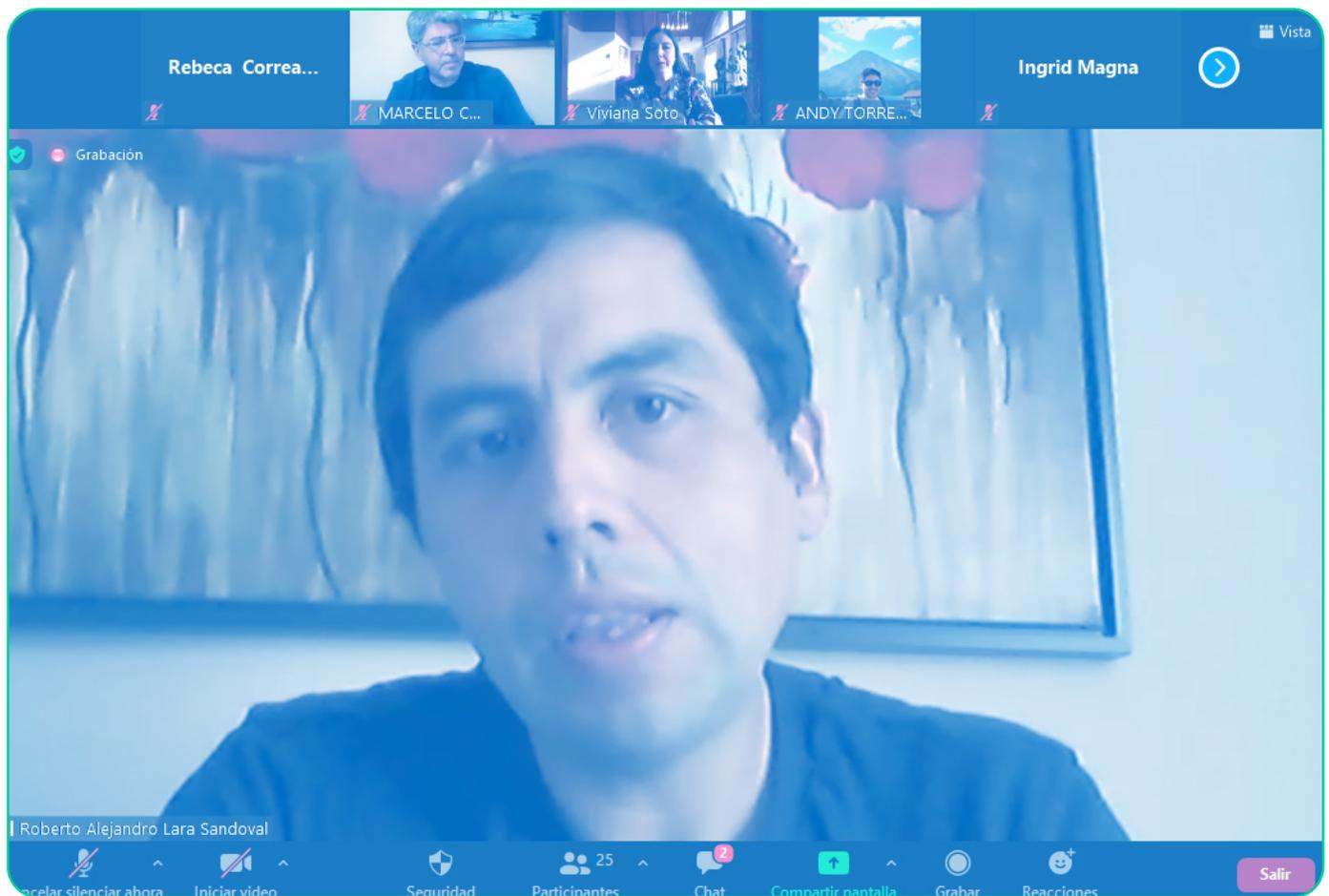
estaba mal ejecutado, o no se estaba cumpliendo con ciertos horarios y las usaban ocasionalmente. Entonces ellos inconscientemente creían que por estar haciendo ejercicio se podían cuidar un poco menos con el tema de la alimentación o con otras actividades que son de conductas sedentarias, y fue así que tuvimos que darle un vuelco a esto.

Creo que la participación ciudadana existe en la medida de que en lo posible nosotros podamos ir haciendo un acompañamiento claro, constante y no dejar de lado las instancias que estos usuarios o las comunidades nos van pidiendo, ya que el solo hecho de que nos pidan que nosotros comencemos a trabajar con ellos, no quiere decir necesariamente que es una

buena participación, hay que ver los resultados que nosotros vamos a obtener de esto.

La experiencia en el Programa Cardiovascular

Nosotros en el Programa Cardiovascular empezamos a realizar ejercicio físico para diabéticos descompensados, y encontramos un grupo en el cual generamos mucha adherencia y nos dimos cuenta de que la descompensación de la diabetes no era solamente debido a que ellos tenían una conducta de salud general mala, sino que este grupo era un grupo muy homogéneo, era un grupo que necesitaba ir a hacer ejercicio no por hacer ejercicio, sino que necesitaba un espacio más allá, así que ahí empezamos con derivaciones de



Arriba. Roberto Lara Sandoval en el primer diálogo, 28 de octubre 2020.

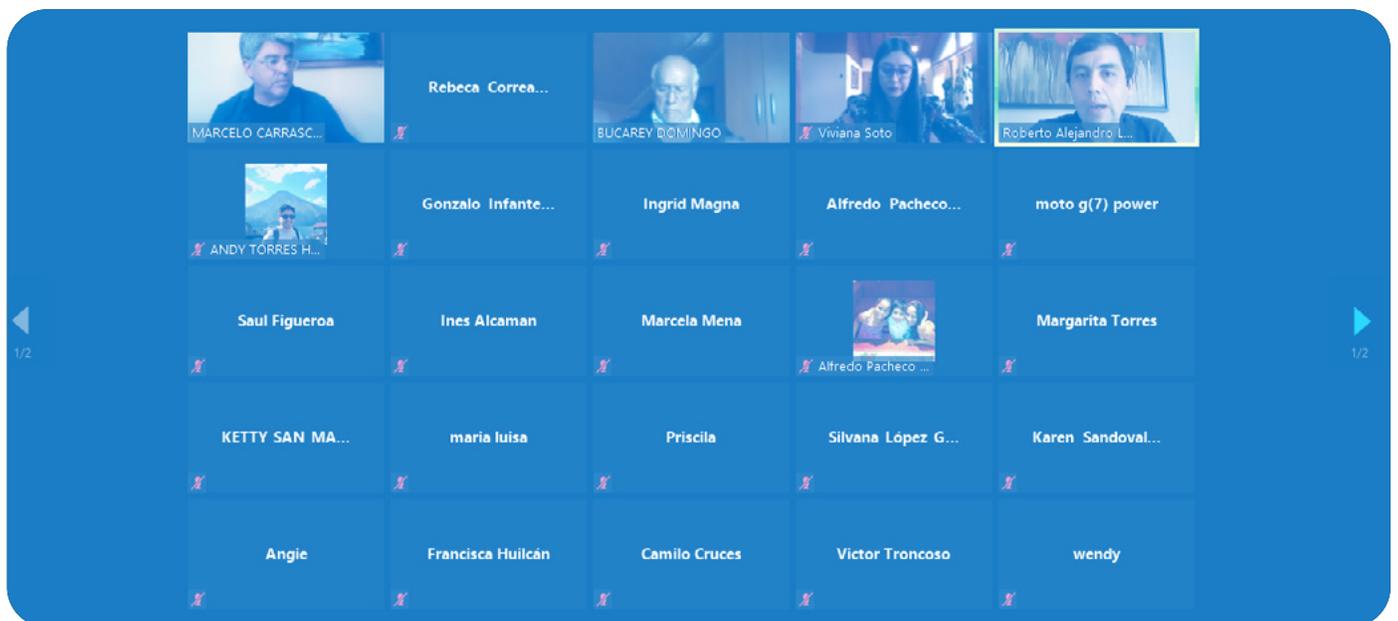


salud mental y empezamos a ver por otro lado toda la parte psicosocial y la verdad que ahí recién pudimos obtener resultados, y ya llevamos un tiempo de trabajo y hemos logrado varias cosas con ellos hemos logrado compensar la diabetes, hemos logrado adquirir empoderamiento de la persona, además más gente se va sumando, y ahora con la pandemia de una u otra forma tratamos de trabajar, a través de planes estamos de fuera de la casa dando algunas indicaciones, pero la verdad es que no hemos dejado de trabajar con ellos y ahí si nos damos cuenta que existe una participación ciudadana.

Me pregunto de qué forma yo puedo medir también la participación ciudadana, lo conversaba con una colega de otra región, porque ella me decía “nosotros hicimos una cicletada” y yo le decía, “pero como lo hacen, porque nosotros hemos intentado hacer cicletadas y van 5 o 10 personas”, me dijo “lo tienes que realizar un día sábado o un día domingo y pueden hacer cambios de horario”, entonces surgió esta necesidad de hacer una cicletada en su momento y tuvimos 10 personas, para el trabajo que nosotros habíamos realizado para mí eso no es una respuesta de la ciuda-

danía y ella me decía que si es una respuesta, porque son 10 personas las que salieron a hacer una cicletada cuando podrían haber sido 0 personas las interesadas, pero si estas 10 personas no sólo la enfocamos y la llevamos a un número cuantitativo, sería muy mínimo la participación que tenemos de nuestros usuarios en actividades que nosotros queremos fomentar, en este caso, algunos de los puntos básicos de la promoción en salud, como la actividad física.

“Creo que la participación ciudadana existe en la medida de que en lo posible nosotros podamos ir haciendo un acompañamiento claro, constante y no dejar de lado las instancias que las comunidades nos van pidiendo”.



Arriba. Roberto Lara Sandoval en el primer diálogo, 28 de octubre 2020.



Viviana Soto Fuentes

Asistente Social. Directora Centro de Salud Familiar Piedra del Águila, Angol

Este espacio nos permite compartir las vivencias que cada uno de nosotros hemos tenido en los procesos de participación social en salud, en este sentido la primera pregunta que aún surge es si efectivamente existe participación, y esa respuesta va a estar dada claramente desde como lo entendemos cada uno desde nuestro vivir, desde nuestras experiencias locales, ¿cuál ha sido el papel de la comunidad?, ¿cuál ha sido el rol de los equipos de salud en este proceso?, porque sabemos que muchas veces ha sido en un rol de participación más bien pasiva, que de toma de decisiones o de cogestión efectiva en los procesos.

La experiencia del CESFAM Piedra del Águila

En el caso de nosotros del CESFAM Piedra del Águila, de la trayectoria que hemos llevado, hemos tenido distintas experiencias y nos ha servido mucho el acompañamiento del Programa PIRI de La Universidad de La Frontera (UFRO), ya que hemos intentado hacer procesos de participación social en salud, en donde los diagnósticos participativos y la contextualización sea

lo fundamental, para poder proyectarnos luego en lo que son los planes de trabajo de acción, en los diálogos ciudadanos y en lo que viene. Sin embargo, me puse a reflexionar en esto y veo que la participación que nosotros hemos instalado, sigue siendo desde la institucionalidad, sigue siendo desde lo formal y desde lo que nosotros esperamos, participemos con nuestros dirigentes para la construcción de un nuevo hospital, participemos para la construcción de un nuevo CESFAM, para mejorar el equipamiento de la posta, para conseguir más recurso humano especialista, porque hay una lista de espera de oftalmología que no es menor; entonces sigue siendo desde el espacio de conseguir infraestructura, conseguir equipamiento, conseguir el recurso humano, pero no necesariamente para hacer una gestión compartida, un desarrollo real del empoderamiento de la comunidad, que si debiera ser el objetivo final de la participación social, que en estos problemas de salud que son compartidos, estas acciones trasciendan al quehacer propio de la salud y puedan tener un impacto real en la vida de las personas.



La participación en tiempos de pandemia

Es impactante darse cuenta que a pesar de todos los esfuerzos que habíamos hecho, seguíamos en esta fase, y cuando sentíamos que igual íbamos avanzando nos llegó la pandemia, entonces hoy día en pandemia, ¿tenemos participación social? A mí me parece que lo hemos intentado desde la necesidad de mantener espacios de diálogo con nuestra comunidad, con nuestros usuarios, sin embargo los mismos problemas o distancias que teníamos cuando estábamos sin pandemia, ahora con pandemia se nos presentan desde las determinantes sociales en salud, claramente es distinta la conectividad en un sector rural que en un sector urbano, que quien tiene computadora a quien no la tiene, por lo tanto, las brechas siguen siendo las mismas, desde las condiciones materiales y desde las posibilidades educacionales de las personas, pero además se nos suma que ya no es desde lo presencial, sino que surge este espacio digital, entonces transitamos desde esta interrelación de lo físico, de lo presencial, a este espacio de encuentro de lo digital, que desde ahí nosotros declaramos que hemos podido acercarnos a procesos de participación social, y es fuerte cuando uno se da cuenta que en realidad estás en un cambio de era, que eres parte de un cambio social que alguna vez lo viste en alguna película o en algún libro, y que cuando eras pequeño y jugabas en el patio con tus compañeros, jamás imaginaste que ibas a ser actor principal de este cambio y además iba a estar en un proceso donde la salud es nuestro eje.

Esto nos invita claramente a que todos esos diagnósticos participativos que trabajamos en algún momento, que todo ese posicionamiento pudiéramos llevarlo

ahora, a esta forma remota de relación. Al encontrarnos con el espacio digital nos encontramos con el Facebook, que no sólo sirve para ver noticias o cosas de menor realce, sino nos ha servido como un espacio de participación, nosotros hemos desarrollado una práctica a través de Facebook Live, invitando a profesionales del CESFAM a dar distintas temáticas educativas, y de desarrollo de las personas en general, ámbito psicológico, rehabilitación, salud, cómo nos cuidamos en pandemia, qué hacemos con los pacientes, etc. Creo que ha servido, hemos tenido harta concurrencia de nuestros usuarios y nos ha servido también para gestionar las demandas. El whatsapp también ha servido, ya que con nuestro Consejo de Desarrollo Local tenemos un grupo de whatsapp, por el cual nos comunicamos y los invitamos a participar.

“Los mismos problemas que teníamos cuando estábamos sin pandemia, ahora con pandemia se nos presentan desde las determinantes sociales en salud; es distinta la conectividad en un sector rural que en un sector urbano, por lo tanto, las brechas siguen siendo las mismas”.

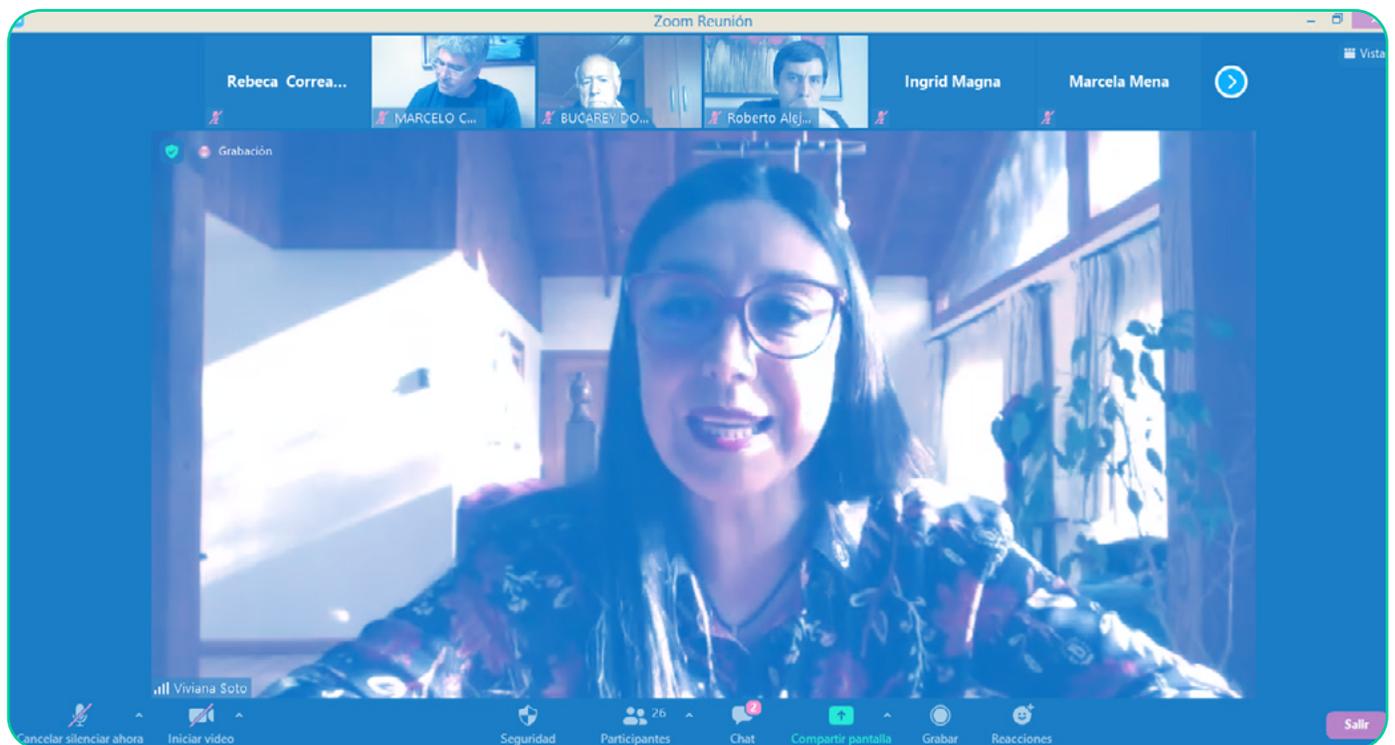


Con el PIRI y con la UFRO estamos en el proceso de barrido territorial, en el puerta a puerta tomando todas las medidas preventivas, pero nos hemos encontrado con que también la comunidad está asustada, con que tenemos miedo con que otro nos toque la puerta, tenemos miedo de saber quién es esa persona que va a recoger nuestra información, entonces hay que volver a confiar en nuestro sistema y hay que volver a conectarnos para hacer un mejor espacio de participación social en salud, en general creo que eso, hay espacios que nosotros igual hemos mantenido pero que nos ha costado un poco, por ejemplo para nosotros ha sido rompe filas el tema del SENAME, seguimos trabajando con la mesa intersectorial que teníamos de infanto-juvenil, y creo que igual ha sido una buena estrategia para poder priorizar, nuestra mesa de adulto mayor nos ha costado reactivarla, sin embargo ahí hemos tenido el contacto con los dirigentes especí-

ficos para poder mantenernos comunicados, pero en este camino estamos.

La participación en el contexto social

Claramente estas nuevas formas surgen desde esta necesidad y este aprendizaje también surge desde la necesidad, de la necesidad de mantenernos comunicados y mantenernos participando, además en un contexto social, político e histórico que no es menor. Antes de octubre del 2019 y después de octubre nos posicionamos también en un proceso participativo como país que es diferente, y hoy día no podemos negar que independiente de la postura de que cada uno tenga, nos posiciona en un escenario distinto. Los movimientos sociales, el feminismo, la interculturalidad, los procesos de cambio que estamos viviendo, todo esto genera que también nosotros nos sintamos con mayor pertenencia y mayor decisión, a que si tenemos



Arriba. Viviana Soto Fuentes en el primer diálogo, 28 de octubre 2020.



que participar para construir juntos una salud que sea más digna para todos. Estos espacios deben ser participativos, así sea con los pequeños espacios digitales que aún nos quedan considerando las determinantes sociales y considerando la situación epidemiológica.

Los desafíos del nuevo escenario para la APS

Cuando hablamos de estos escenarios: la globalización, el desarrollo de lo íntimo, lo afectivo, lo emocional, lo espiritual, porque ahora tenemos que lidiar con ganarle a la soledad, cuando íbamos al club del adulto mayor, al taller laboral al espacio de la junta de vecinos, y nos encontrábamos con el otro y teníamos un espacio en el cual el encuentro con el otro nos permitía tener una mejor salud mental, hoy lidiamos con la soledad y ¿cómo le ganamos a eso? Si la familia está lejos, se han perdido familiares, hay problemas de salud en la familia, el espacio digital ha sido lo único que nos ha permitido este acercamiento, sin embargo, ¿estamos preparados para esta nueva forma de participación social?, yo creo que no estamos preparados como equipos de salud, no estamos preparados como comunidad, entonces es importante reflexionar al respecto y poder conocernos y reconocernos como actores comunitarios y como actores de agentes de salud en este nuevo replanteamiento de los objetivos.

Para mí una de las cosas que me impacta es que este nuevo planteamiento objetivo, con la sala de espera vacía, ya no tenemos la gente esperando para pedir una hora en el SOME, no está el paciente esperando la farmacia, no está la sala de reuniones llena porque vamos a hacer un encuentro local respecto a alguna temática determinada, no hay filas, entonces

“El que las urgencias tengan menos consulta en atención primaria, significa que podemos fortalecer los cuidados primarios en casa, de tal manera que ese también sea un espacio de encuentro familiar para el desarrollo de la salud de las personas”.

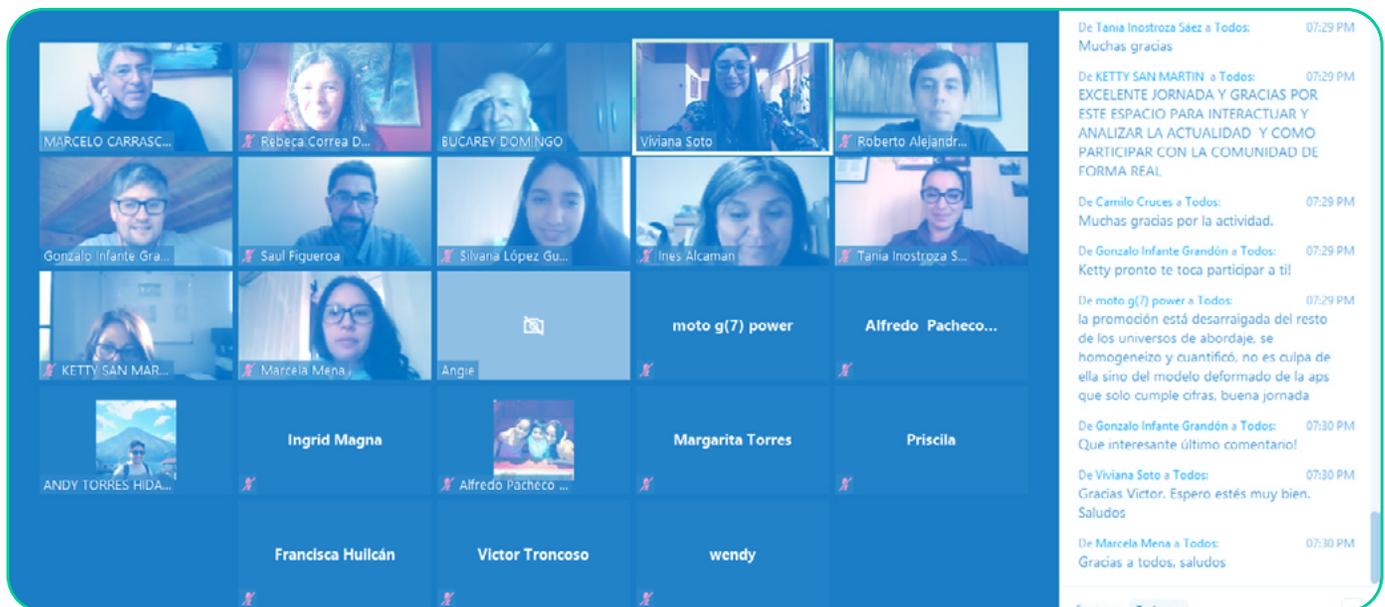
ahora ¿cómo ese espacio lo recuperamos en la interrelación con el otro?, ¿cómo logramos avanzar en la concientización y en el empoderamiento de la comunidad? cuando no sabemos cómo hacerlo, y cómo también tenemos una oportunidad desde esta reflexión a trabajar desde lo que no hicimos bien. En un principio hacíamos espacios de encuentro, pero todavía estábamos desde la lógica institucional de conseguir equipamiento, de conseguir infraestructura, ya hoy día eso no es tema, hoy día el tema es sobrevivir, ganarle a la pandemia, aprender y de nuevo volvemos a los mismos temas que estaban al principio, que no es la alimentación saludable, sino que la soberanía alimentaria, no es que yo le haga el mejor control cardiovascular, es que yo le enseñe a cuidarse en casa, porque yo como agente sociosanitario no soy lo fundamental en su vida. El que las urgencias tengan menos consulta en atención primaria, significa que podemos fortalecer los cuidados primarios en casa, de tal manera que ese también sea



un espacio de encuentro familiar para el desarrollo de la salud de las personas, que lo olvidamos y en eso somos muy responsables nosotros y claramente los medios de comunicación. Entonces creo que hay algo que nos dice que es posible, pero que no podemos tampoco en esto de la globalización perdernos en convertirnos en máquinas y no personas, y pensar que porque nos estamos viendo por la pantalla vamos a hacer una participación real, a mí me falta todavía lo que es la esencia de lo humano, eso de encontrarse con el otro en un espacio de construcción colectiva, ¿cómo lo vamos a lograr?, no sé, es un tremendo desafío, por ahora el ejercicio de reflexionarlo, de reconocer y de habilitar con lo que tenemos, creo que es un poco el avanzar, pero sin perder la humanidad, porque eso asusta, sin perder lo cultural, porque en esto de la globalización perdemos la identidad de lo nuestro, porque hoy día podemos estar conectados con alguien de otro país o de un sector rural que tiene internet, pero qué es lo que nos caracteriza en el desarrollo de lo local en el territorio, en lo cultural en nuestra pertinencia y qué es lo que finalmente nos define como seres humanos y como seres sociales participantes activos de una comunidad, eso creo que es lo que no deberíamos perder y estos diálogos claramente son un excelente espacio para

hacer el ejercicio reflexivo y de construcción, porque no solo es quedarse en la reflexión, pero también permitirse hacerlo, entonces creo que sí estamos generando espacios de participación a través de los espacios digitales, que tenemos que transitar hacia activar que esos espacios sean de concientización y de empoderamiento y de acompañarnos y de reencontrarnos, eso creo es fuerte vernos con las salas de espera vacías y darse cuenta que generábamos también filas porque no gestionábamos bien. Hoy día estamos entregando los medicamentos a domicilio, y los entregamos para dos o para tres meses y antes hacíamos a la gente ir todos los meses a buscar sus medicamentos, no entiendo, por qué hicimos eso, qué nos costaba haber pensado que era más fácil que el adulto mayor no salga de su casa, o haber hablado con el dirigente de la junta de vecinos y haberlo ido entregar a esa sede. Podíamos, pero nos llenamos de trabajo.

“Es fuerte ver las salas de espera vacías y darse cuenta que generábamos filas porque no gestionábamos bien”.



Arriba. Primer diálogo, 28 de octubre 2020.



Domingo Bucarey Torres

Presidente de la Organización del Consejo de Desarrollo de la Salud de la comuna de Lautaro

El Consejo de Desarrollo de la Salud de Atención Primaria de Lautaro

En primer lugar, quiero dar a conocer nuestra organización, porque a raíz de lo que esta organización desarrolla se puede apreciar la participación. Comenzamos con el nombre de fantasía de Consejo de Desarrollo de Salud Municipalizada, pero posteriormente le cambiamos el nombre tratando de separarnos y no ser tan dependientes de la Municipalidad, entonces nos cambiamos el nombre al de Consejo de Desarrollo de Salud de Atención Primaria de Lautaro. Es una organización a nivel comunal que agrupa a todos los comités de salud de los establecimientos de salud, de las postas rurales, las estaciones médico rurales, las mesas de trabajo de los CECOSF y del CESFAM que tengan su personalidad jurídica vigente. Como socios del consejo a la fecha contamos con: nueve consejos de comité de postas rurales, dos de estaciones médicos rurales, tres de CECOSF, dos en el valle urbano y el tercero en la localidad de Pillalelbun, y el CESFAM propiamente tal.

El consejo está dirigido por cinco directores y está con su personalidad jurídica al día, representando

directamente a las organizaciones socias e indirectamente a todos los usuarios del sistema de salud de Atención Primaria de la comuna. En sus estatutos se establece la finalidad y objetivo general, que es promover y orientar entre sus asociados la participación a su nivel, en la toma de decisiones, en la planificación, organización, ejecución y evaluación de las políticas públicas de salud en procura de mejorar la eficiencia y eficacia de estas con el propósito de incidir en la calidad de vida de la población de la comuna.

Esto nos obliga a desarrollar una gran actividad y que evidentemente tiene que ser con la participación, primero de nuestro socio y segundo de la comunidad que no está asociada, pero tiene la necesidad de la atención en salud. Para el logro de esta finalidad la organización se propone entre otros los siguientes objetivos:

- a. Representar a los usuarios del sistema de salud de atención primaria ante las autoridades y los servicios de salud a nivel comunal provincial regional y nacional si fuera necesario.



- b. Mantener debidamente informados a los socios y población general de los derechos y deberes como usuarios del sistema de salud pública, como a sí mismo sobre los diferentes protocolos de atención en los establecimientos de salud tanto urbanos como rurales.
- c. Proveer el uso del sistema de información ciudadana a través del protocolo OIRS y la promoción prevención y difusión de los programas de salud.
- d. Colaborar con el departamento de salud municipal de la obtención y mantenimiento de la acreditación de los establecimientos de salud de la comuna como centro de salud familiar de excelencia.
- e. Asesorar a los comités de salud de las postas rurales, mesas de trabajo del CECOSF, CESFAM y demás organizaciones asociadas en la comuna en el logro de sus objetivos organizacionales.

Se desprende de estos objetivos que las actividades están enfocadas en la promoción e información, con activa participación de sus miembros.

La experiencia del Consejo

Sintetizar las actividades desarrolladas durante dos y medio años como secretario y presidente de la agrupación amigos del CESFAM, y 6 años como presidente del CODESAMU, será una tarea de largo aliento, reduciré entonces las experiencias a aquellas relacionadas con la participación ciudadana.

Participamos desde el año 2013 en la organización de salud a nivel provincial, coordinadora de consejo de desarrollo de salud Araucanía Sur, organización que albergaba los CODELO (Consejo de Desarrollo Local) tanto de hospitales como de APS, nunca tuvo personalidad jurídica por lo que su accionar se reducía sólo en el ámbito del Servicio de Salud Araucanía Sur.

Luego se constituyó el Consejo de la Sociedad Civil (COSOC) del Servicio de Salud Araucanía Sur (SSAS) con jurisprudencia provincial Cautín. Su forma de constitución no le permite obtener personalidad jurídica puesto que admite tanto socios de organizaciones de personas, como organizaciones de personas jurídicas. Nuestra posición como vimos ha sido y será siempre la de constituir una asociación provincial de consejo de desarrollo de salud, conformada por los consejos comunales de desarrollo de la salud comunal, cuyos socios sean personas jurídicas, como es nuestro caso, de esta manera su constitución le permitirá obtener personalidad jurídica y su accionar le permitiría ir más allá del SSAS con la independencia que le otorga la ley. De momento formamos parte de este COSOC, porque tenemos que atender las necesidades de la población de alguna manera como dirigentes y componemos el nodo norte, junto a los CODELO de las comunas de Cunco, Cherquenco y Galvarino donde participamos activamente en el desarrollo del plan de trabajo.

Podría aquí agregar que trabajamos en base a un plan de trabajo que desarrollamos del nodo a partir del diagnóstico participativo que desarrollamos justamente con el apoyo de los profesionales del Programa PIRI de la Universidad de La Frontera, una tarea

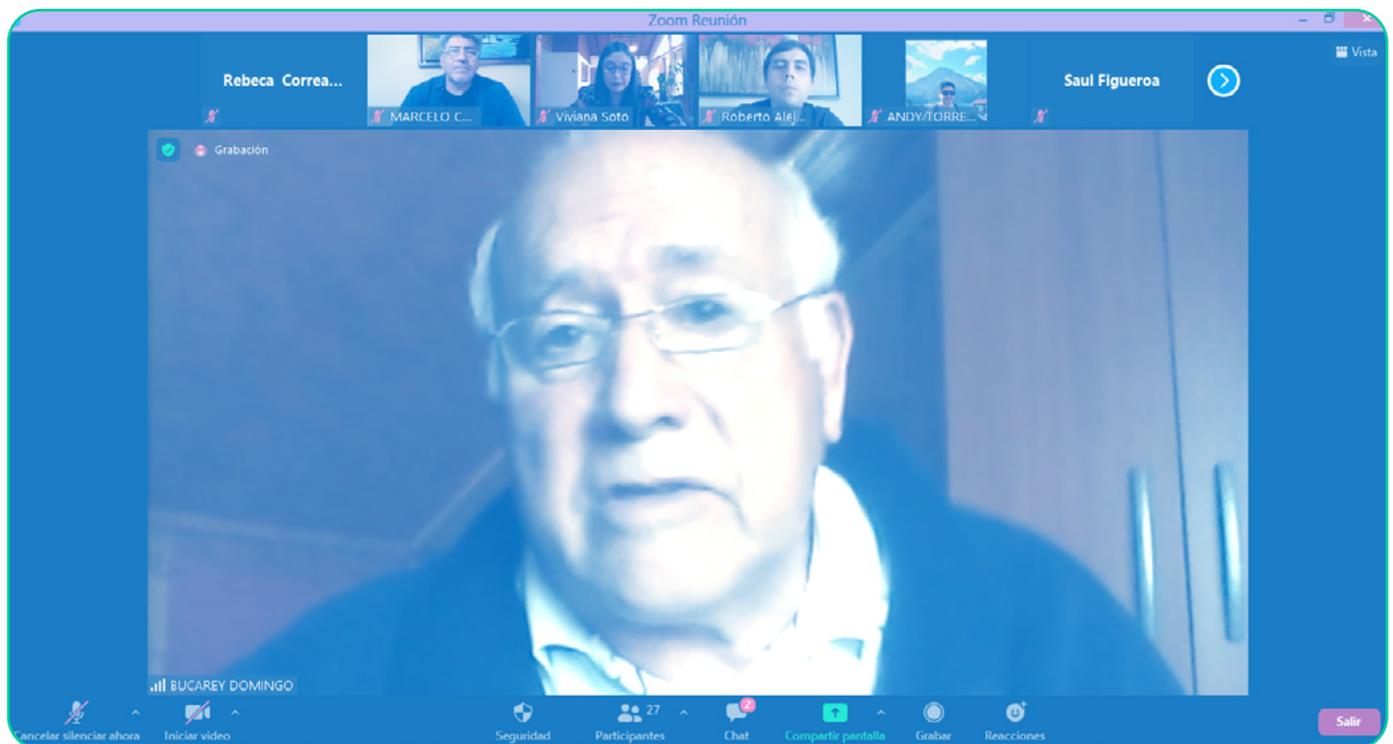
“Se pregona la importancia de escribir sugerencias, aceptar los reclamos por escrito, pero la gente no cree en el sistema, opinan que los reclamos los votan al papelero, las respuestas no satisfacen sus inquietudes”.



bastante extensa y contamos con la participación de alrededor de 100 personas. Se desarrollan permanentemente charlas a los socios incentivando la participación ciudadana, a través del formulario en OIRS– Oficina de Información, Reclamo y Sugerencias– y se agrega las felicitaciones, y es lo que más le agrada al personal de personal de salud. Se pregona la importancia de escribir sugerencias, aceptar los reclamos por escrito, pero la gente no cree en el sistema, opinan que los reclamos los votan al papelero, las respuestas no satisfacen sus inquietudes. Las reuniones de OIRS muestran sólo un aspecto estadístico del sistema, como cuántos reclamos hay, cuantas felicitaciones y sugerencias tuvieron en el mes.

Los comités de satisfacción usuaria del CESFAM y del hospital, nos han permitido participar como miem-

bros de estos comités y hemos planteado la necesidad que se haga un análisis técnico de los reclamos, de manera de determinar la causa que originó la desviación respecto del estándar o decidir sobre las acciones correctivas a tomar, para eliminar la causa que provocó reclamos o problema. De esta forma se verá una respuesta satisfactoria al usuario, pero el equipo directivo del CESFAM dice que para eso no disponen de personal técnico, ni de tiempo, es decir el MINSAL no está preocupado si el protocolo OIRS no se cumple y se desperdicia la mejor herramienta de participación ciudadana. En el caso del hospital muchas reuniones de OIRS no se efectuaron, porque los miembros del comité, profesionales del mismo servicio de este establecimiento, estaban ocupados en sus labores habituales. Aquí va a depender del criterio del director del



Arriba. Domingo Bucarey Torres en el primer diálogo, 28 de octubre 2020.



establecimiento, que seleccione para este comité de satisfacción usuaria a personas que verdaderamente se interesen y le dediquen el tiempo que corresponde, porque o sino la oficina OIRS se transforma en una oficina administrativa.

El año 2017 se realizó talleres con equipo capacitador de la UFRO, con participación del equipo del Departamento de Salud Municipal, socios de CODESAMU y representantes de otras organizaciones de otros servicios públicos, como carabineros, bomberos etc., con la finalidad de obtener un diagnóstico de salud de la comuna. Se trabajó en varias etapas hasta concluir en un ampliado final con más de 100 personas y determinaron el diagnóstico comunal de salud, que se estableció en planes de trabajo por cuatro años y no ha tenido mucho éxito, además ha servido de base para el plan de trabajo del COSOC a lo menos para el nodo norte, y como plan maestro del departamento de promoción de salud por cuatro años. ¿Y cuánto se ha cumplido en casi tres años? un poco más de un 20%, porque los presupuestos para la promoción de la salud de la comuna vienen con directrices desde el MINSAL de manera que muy poco se puede hacer de las necesidades diagnosticadas, provocando una gran desilusión de la ciudadanía. Una vez que el documento diagnóstico fue dado a conocer, se pierde el interés por participar de parte de la población, y esto queda muy claro porque la gente pregunta, bueno en el diagnóstico figuraban necesidades, como por ejemplo los basurales o microbasurales y nada se ha hecho al respecto, o de los perros vagos, aunque si bien algo se ha hecho con algunas profesionales que atienden a las mascotas, pero tampoco se ha desarrollado con la

“Los presupuestos para la promoción de la salud de la comuna vienen con directrices desde el MINSAL de manera que muy poco se puede hacer de las necesidades diagnosticadas, provocando una gran desilusión de la ciudadanía”.

capacitación a los mantenedores de mascotas, porque permanentemente cuando los perritos ya están viejitos los van botar al campo, y los que logran salvarse vuelven a la ciudad y mantenemos permanentemente la misma cantidad de perros en las plazas.

Otras actividades:

- Con respecto a las instalaciones del hospital antiguo, se hizo una encuesta con participación de más de 5 mil personas que emitieron su opinión vía internet, para determinar qué destino se le iba a dar al hospital viejo una vez que se inauguró el hospital nuevo que es el establecimiento base del nodo norte.
- La evaluación de los funcionarios del departamento de salud de la comuna en relación al trato usuario más de 3 mil evaluaciones desarrolladas por miembros del consejo y personal del servicio social del departamento de salud. Esta evaluación se hizo y se pensó repetirla en un plazo de tres años.



- Finalmente, en relación al funcionamiento de las organizaciones civiles, en general producto de la pandemia se complica bastante su funcionamiento debido principalmente a que muchos de nuestros dirigentes son de la tercera edad y no podemos salir ni aun en la fase 1 de nuestra casa para poder desarrollar reuniones que nos permitan mantener activa la participación con nuestros asociados. Habrá que considerar la búsqueda de nuevos líderes o formar liderazgo dentro de la población joven.

La participación y la salud

Algunas de las actividades que tiene el programa contemplan la formación y capacitación de gestores comunitarios en temáticas de la alimentación saludable, esto viene del problema de la obesidad que fue planteado en el diagnóstico comunitario, recuperación de tradiciones culinarias locales o ancestrales en alguna medida, ha sido mencionado, aumentar el tiempo de las familias destinado a la práctica de actividades físicas con los niños, implementar regulación sobre acceso a alimentos saludables, habilitar espacios públicos la práctica de actividad física, desarrollar campeonatos deportivos comunitarios, otras actividades como realizar concursos de colaciones saludables en los establecimientos educacionales, talleres de alimentación saludable, capacitar a la comunidad en lactancia materna, concursos de huertos invernaderos comunitarios, estacionamiento para bicicletas, desarrollar un mapa de tránsito seguro para niños escolares y para

bicicletas, en este ítem se ha comprado una gran cantidad de implementación que están guardadas, porque no se ha podido entregar el producto por la pandemia.

Creo que aquí se puede extraer una respuesta a la participación ciudadana, yo creo que Lautaro ha sido beneficiado en muchos aspectos y principalmente lo que significa nuevos establecimientos de salud. Obtuvimos mejoramiento de ampliación del actual CES-FAM, de la construcción del CECOSF de Pillalelbún, que anteriormente era una posta y en la nueva utilización del hospital viejo, y así con eso hubo bastante participación de la comunidad, yo diría que la participación medida hasta la fecha conocida desde octubre del año pasado hasta ahí hubo bastante participación de la gente y se desarrollaron bastantes actividades, pero de ahí en adelante con la pandemia prácticamente nosotros estamos inactivos desde esa fecha como directiva de consejos, pero las directivas de los socios de los comités de salud han seguido desarrollando actividades.

“Algunas de las actividades que tiene el programa contemplan la formación y capacitación de gestores comunitarios en temáticas de la alimentación saludable”.

DIÁLOGO 2

Políticas públicas en promoción

Políticas Públicas en Promoción de la Salud

¿Es pertinente su diseño e implementación en el espacio local?



Tania Inostroza Sáez
Enfermera Departamento
de Salud Municipal Comuna
de Carahue, Presidenta
AFUSAM Carahue



Carolina Ojeda Galaz
Directora Departamento
de Salud Lumaco



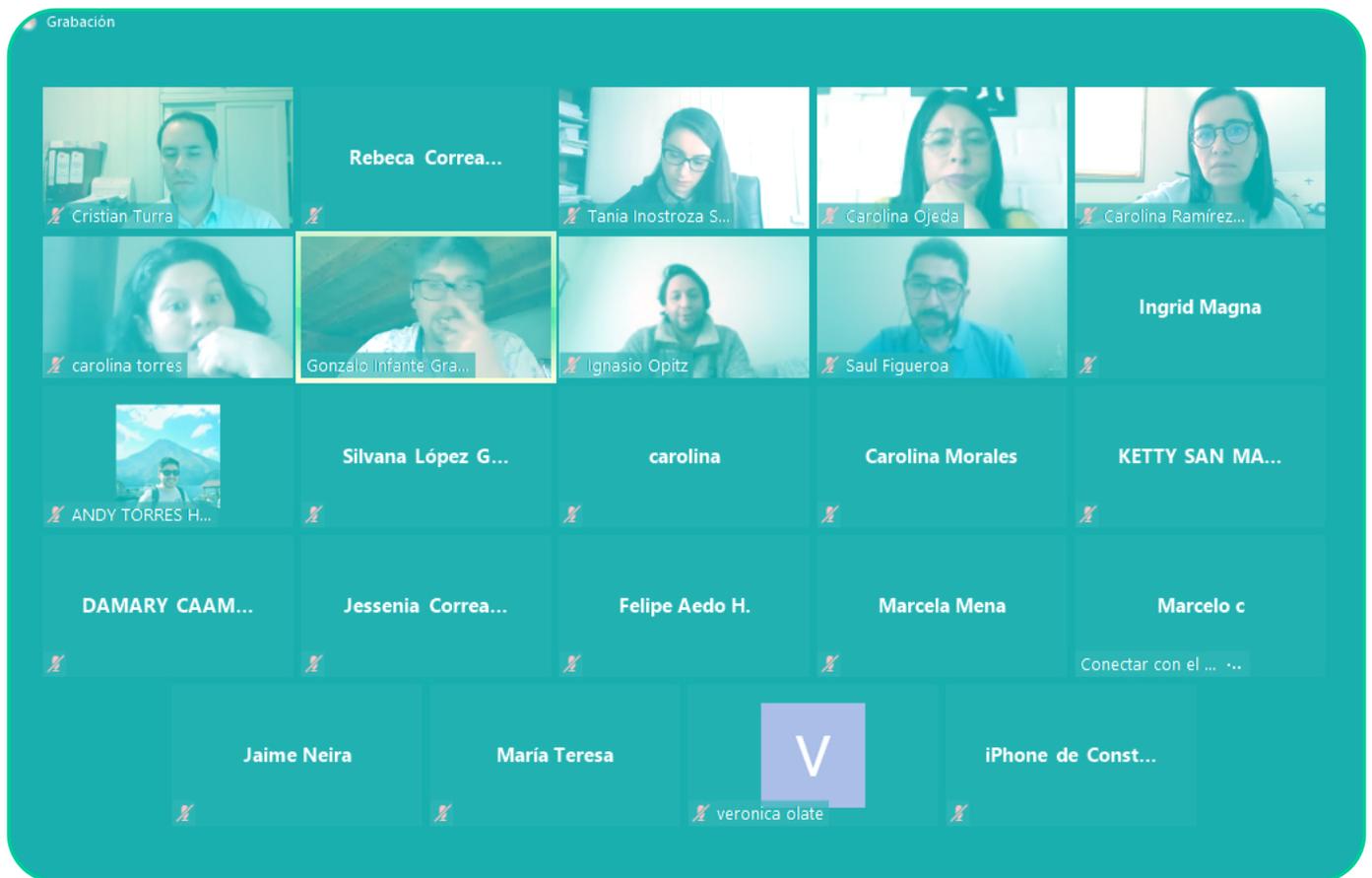
Cristian Turra Pino
Director Salud Municipal
de Loncoche



Introducción

Bienvenidas y bienvenidos a la Segunda Jornada de nuestros “Diálogos de Promoción de la Salud en La Araucanía”, que hemos denominado “Reflexiones críticas y aprendizaje en la atención primaria de salud”. Este segundo encuentro tiene como objetivo reflexionar y dialogar sobre la pertinencia del diseño e imple-

mentación de las políticas de promoción en salud en el espacio local, escuchando voces desde el territorio; para lo cual compartirán sus reflexiones Tania Inostroza de Carahue; Carolina Ojeda de Lumaco y Cristian Turra de Loncoche.



Arriba. Segundo diálogo, 4 de noviembre 2020.



Tania Inostroza Sáez

Enfermera del Departamento de Salud Municipal de Carahue, Presidenta de la Asociación de Funcionarios de Salud Municipal de Carahue

Atención Primaria y políticas de promoción de la salud ¿consideran a realidad local?

Desempeño funciones como enfermera hace 8 años, en el Departamento de Salud Municipal (DSM) de la comuna de Carahue, además, hace aproximadamente 1 año y medio, soy la Presidenta de la Asociación de Funcionarios de Salud Municipal en la comuna de Carahue.

En primer lugar, debemos tener claro que las políticas públicas son el conjunto de lineamientos, que rigen la acción de los organismos del Estado y la sociedad civil frente a un área de interés, definiendo claramente el fenómeno y señalando las acciones que van incidir en determinada problemática, que en este caso estará relacionada con el área de salud. Con respecto a la promoción, creo que todos y todas lo entendemos como un proceso en el que se debe empoderar a las personas, para que puedan tener una mayor prevención y control de sus enfermedades y de esta forma tratar de prevenir y garantizar una mejor salud. Se tiene que focalizar en los comportamientos individuales, a través de intervenciones, ya sean sociales o ambientales, en beneficio de la calidad de vida. ¿De qué

forma se explicita esto en la atención primaria? Principalmente a través del modelo de salud integral, que tiene que ser un modelo de salud familiar, comunitario y enfocado principalmente en 3 principios: **Centrado en las personas**, con **integralidad de atención** y con **continuidad en el cuidado**.

Creo que todos quieren vivir en entornos o comunidades saludables, que garanticen una buena salud; la atención primaria, la cobertura universal y la protección social, tienen que responder a estas expectativas de la población. Además, van a exigir al gobierno que se impartan políticas públicas de salud desde el nivel local, hacia un nivel central y también a un nivel más macro, ya sea nacional o internacional; que de no ser aplicadas en atención primaria, perderían su impacto y el sentido, si no se desarrollaran de esta manera.

Ahora, como enfermera y dirigente, ¿de qué forma se implementan estas políticas públicas en el área de la salud y específicamente en promoción? A nosotros como funcionarios de la salud, ¿de qué manera nos rigen? ¿de qué manera nos miden? Es a través de pro-



gramas ministeriales, ¿de qué forma implementamos estos programas en nuestra área laboral? Tenemos programas que se imparten o se enfocan en el ciclo vital; tenemos el Programa Nacional de Infancia, el Programa de la Mujer, el Programa de Atención Domiciliaria, el Cardiovascular, el del Adulto Mayor, el de Vida Sana, etc. También el Plan de Promoción comunal, que es anual. Lamentablemente todos estos programas ministeriales se rigen a través de las metas, ya sea sanitarias o metas de indicadores sociales de atención en salud. Nos miden por el cumplimiento de estas metas, si la comuna, en este caso Carahue, cumple sobre un 90%, quiere decir que los funcionarios desarrollamos un buen trabajo, pero lamentablemente no se evalúa la realidad local de cada comuna.

No podemos comparar una comuna que tiene un alto índice o porcentaje de población rural versus una comuna mayoritariamente urbana. Para contextualizar, en la comuna de Carahue, de acuerdo al Censo del 2017, tenemos una población de aproximadamente 24.500 habitantes, de los cuales 54% pertenece a una población urbanizada y un 46%, que es un alto porcentaje, pertenece a la zona rural. Si vemos los datos de la encuesta CASEN, del año 2015, Carahue tiene un 36% de pobreza multidimensional, midiendo diferentes ámbitos, ya sea trabajo, salud, vivienda, redes y cohesión social. Lamentablemente, nuestra comuna y nuestros dispositivos de salud, tienen bastante dispersión geográfica. El DSM cuenta con un CESFAM, en la localidad de Trovolhue; un CECOSF, ubicado en la comuna de Carahue, con una población inscrita y sectorizada, que además tiene que atender los lugares periurbanos de la comuna; tenemos 14 Postas de Salud Rural (PSR),

“Creo que todos quieren vivir en entornos o comunidades saludables, que garanticen una buena salud; la atención primaria, la cobertura universal y la protección social, tienen que responder a estas expectativas de la población”.

en donde existe un equipo multidisciplinario sectorizado; y a esto le sumamos 5 Estaciones Médico Rurales (EMR). Es bastante la población que atiende nuestro servicio, nuestro pér-capita es de aproximadamente 17.500 personas.

Como comuna, no se puede comparar Carahue versus una comuna más urbanizada, porque tenemos otros factores, además de la pobreza multidimensional, que es donde se encuentran los determinantes sociales, hay que también evaluar las distancias. El DSM queda ubicado en una zona urbanizada de la comuna de Carahue y para llegar a una PSR, tenemos que trasladarnos desde el Departamento de Salud, una distancia de aproximadamente 40-45 km. Llegando a la posta de salud rural, se evalúa la ficha clínica del paciente que hay que atender, y desde la posta hacia el domicilio del paciente son 15-20km más, lo que quita tiempo para poder brindar una atención de calidad.

Mi parecer es que –lamentablemente–, el foco de atención primaria se ha perdido, ¿en qué sentido se ha perdido? La atención primaria tiene como objetivo

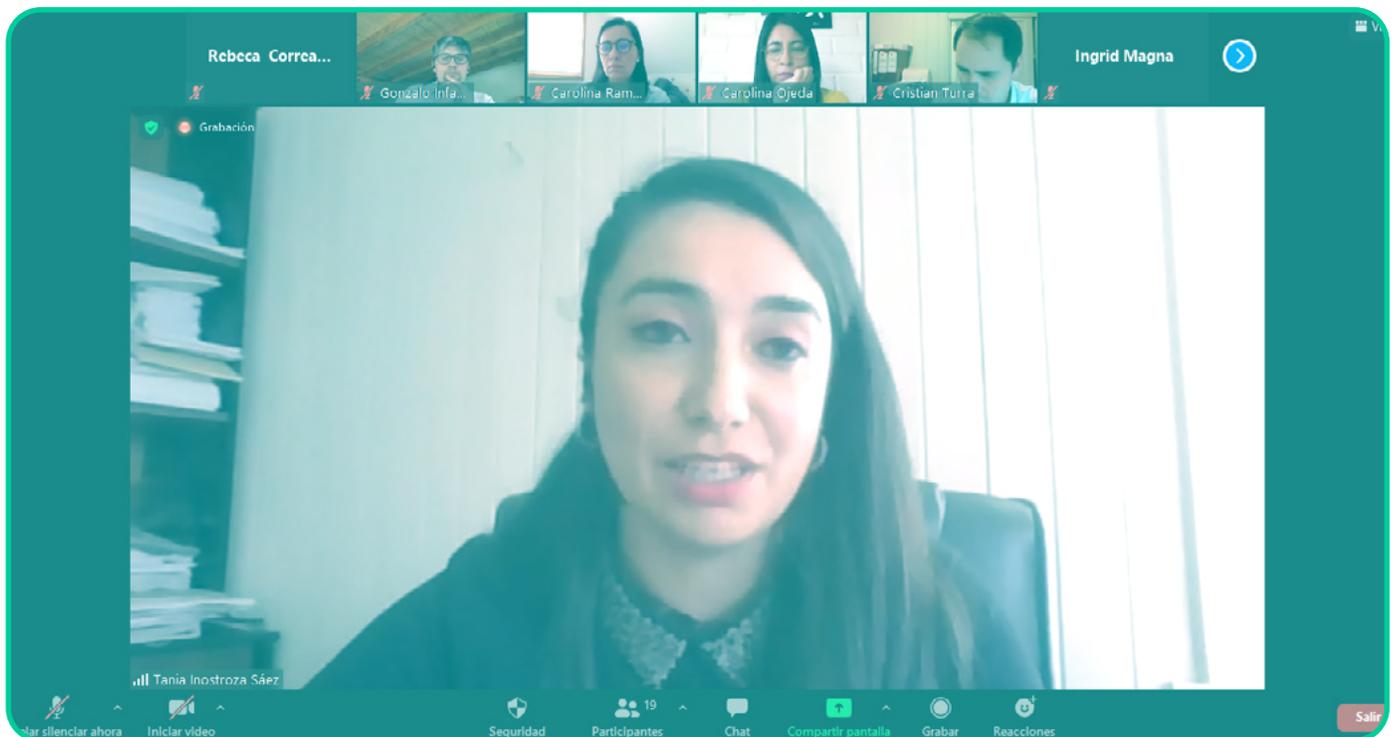


principal la prevención y la promoción de la salud, pero nosotros, como funcionarios, estamos llegando tarde a nuestros usuarios...estamos haciendo casi atención secundaria, una atención curativa. Para poder ejemplificarlo: si llega un paciente a atenderse con el médico, el médico tiene sólo 15 minutos para atender una morbilidad, lo que claramente es un tiempo demasiado acotado para brindar una atención de calidad y una atención integral...con suerte alcanzamos a que el usuario tome asiento, preguntarle ¿cómo está y cuál es su problemática? Lamentablemente, las políticas públicas de salud no están bien orientadas hacia los sectores rurales, ni hacia la atención primaria. ¿Qué es lo que va a pasar con este paciente?, tendrá la atención con el médico y si, por ejemplo, lo ingresa con diabetes mellitus, lo derivará con la enfermera; dentro de las intervenciones que va a indicar el médico, ya no serán que la enfermera brinde una educación res-

pecto a hábitos de alimentación o que favorezcan la actividad física, sino una atención tardía, va a ser por ejemplo una educación en insulino terapia.

Ni siquiera, de manera preventiva, alcanzamos a educar al paciente para que comience con farmacología oral...ya le estamos indicando un tratamiento más invasivo, como la insulina; estos pacientes...están llegando tarde. El paciente que es hipertenso, ya llega con secuelas, ya sea accidente cerebrovascular o infarto agudo al miocardio; entonces, nosotros, de acuerdo a estas políticas públicas, provenientes desde el nivel ministerial, no estamos brindando una atención integral o familiar o comunitaria, como lo dice nuestro modelo.

No existe tanta participación comunitaria, ni la intersectorialidad, por más que uno quiera aplicarlo. Como enfermera, en un control cardiovascular, yo tengo que atender al paciente en 30 minutos y ¿qué



Arriba. Tania Inostroza Sáez en el segundo diálogo, 4 de noviembre 2020.



pasa si acude un adulto mayor que tiene hipoacusia? o tiene problemas de analfabetismo y no tiene red de apoyo...yo no voy a poder brindar una atención de calidad si se me exige un rendimiento...y el rendimiento siempre es en tiempo, en números...entonces, si o sí, voy a tratar de hacerlo en 30 minutos. Siento que falta mayor participación ciudadana, falta evaluar la realidad local de cada comuna, considerar el alto porcentaje de ruralidad y también los determinantes sociales y pobreza multidimensional que se manifiestan.

Es momento que nos involucremos como funcionarios de salud.

Ahora, como dirigente que puedo comentar: si bien estamos evaluando las políticas públicas, con respecto a lo que nos brinda a nosotros como funcionarios de la salud; como funcionarios ¿tenemos unas buenas condiciones laborales para poder desempeñar nuestro trabajo? ¿contamos con un buen financiamiento? Estamos viviendo el peor momento en la historia del financiamiento en atención primaria. Estuvimos paralizados el año pasado, por aproximadamente 35 días, para poder lograr un aumento, desde el 2019 al 2020, de un 6% en el monto p \acute{e} r-capita. El valor qued \acute{o} , actualmente, en alrededor de \$7211 pesos por usuario y, para el año 2021, el gobierno est \acute{a} ofreciendo un alza del 2,2%...el peor de toda la historia para el financiamiento en atención primaria. ¿Qu \acute{e} es lo que vamos a hacer con ese financiamiento?...si –lamentablemente– aumenta 162 pesos por usuario...si tenemos que brindar m \acute{a} s de 120 prestaciones a nuestros usuarios y esto incluye nuestras remuneraciones. A todo esto, considerando la pandemia, el pr \acute{o} ximo a \acute{n} o, todos los usuarios van a llegar m \acute{a} s secuestrados, vamos a tener

mayor aumento de patologías de salud mental y un desgaste de todos los funcionarios de la salud; porque llevamos m \acute{a} s de 15 muertos, colegas de atención primaria...y ni siquiera sabemos el motivo de contagio, porque no se ha hecho un estudio. Ser \acute{a} que no existen los elementos de protecci \acute{o} n suficiente, ser \acute{a} que los elementos de protecci \acute{o} n personal no son de buena calidad.

Yo creo que es momento de analizar e involucrarnos como funcionarios de la salud, para poder cambiar este modelo. Nosotros decimos que es un modelo de salud familiar, pero nos quedamos con este paradigma, en el que sigue siendo un modelo biom \acute{e} dico; en el que no se nos entregan las herramientas necesarias, ni el tiempo suficiente, para poder realizar una atenci \acute{o} n de calidad, incluyendo la participaci \acute{o} n ciudadana, que es lo m \acute{a} s importante. Necesitamos que se nos d \acute{e} el tiempo de analizar caso a caso, en especial cuando encontramos alg \acute{u} n usuario m \acute{a} s desvalido, para que podamos brindarle una atenci \acute{o} n m \acute{a} s integral, con todo el equipo multidisciplinario. Muchas veces se nos escapa de las manos esta atenci \acute{o} n, porque no contamos con las herramientas ni el financiamiento necesario para poder brindar una atenci \acute{o} n de calidad.

Existen algunos desafíos para las políti \acute{c} as p \acute{u} blicas en salud; principalmente en favorecer el financia-

“Lamentablemente, las políti \acute{c} as p \acute{u} blicas de salud no est \acute{a} n bien orientadas hacia los sectores rurales, ni hacia la atenci \acute{o} n primaria”.



miento de la atención primaria, disminuir la brecha de listas de espera de especialidades –están llegando las horas a especialista cuando los pacientes ya están fallecidos–, mejorar la infraestructura de los establecimientos de salud –en nuestra comuna tenemos construcciones de postas que son demasiado antiguas–, potenciar la salud mental –no solamente de los usuarios, sino también de los funcionarios de la salud–, favorecer la intersectorialidad, incluir la interculturalidad, creación de entornos saludables –si bien contamos con el programa de vida sana o el plan de promoción anual, incluir a más profesionales de la salud para poder brindar esta atención de calidad–, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y favorecer la participación ciudadana. En el fondo, ¿Qué es lo que debe existir? Debe existir una construcción de políticas públicas que sean saludables, tanto para los usuarios como para los funcionarios de la salud; siendo, los funcionarios, los principales garantes de la salud de los usuarios.

¿Empoderamos a la comunidad?

Si o sí se debe fomentar, un trabajo colectivo como profesionales de la salud; fomentar y favorecer el trabajo en equipo; cambiar este modelo y que, necesariamente, tenga un enfoque territorial, en donde se incluya la intersectorialidad. Se comenta que debemos empoderar a la población, la gente y nuestros usuarios están acostumbrados al asistencialismo, entonces mi pregunta es la siguiente: ¿entregamos las herramientas necesarias para que ese usuario se empodere realmente de su enfermedad y pueda tener un buen tratamiento, no solamente asociado a la farmacoterapia? ¿qué herramientas estamos entregando como profesionales de la salud, como institución? para que nuestra gente/población, a la que atendemos, tenga un cambio de vida, cambios orientados hacia estilos de vida saludable.

Creo que aún falta mucho, se nos tiene que entregar una mayor rendimiento para hacer promoción. Porque, como mencionaba, nuestro enfoque está principalmente asociado a un rendimiento, pero un rendimiento vinculado a un horario, por ejemplo: el control de morbilidad, para los médicos, acá es de 15 minutos; un control cardiovascular, para enfermero o nutricionista, son 30 minutos, claramente insuficientes, por ejemplo: si atendemos un usuario analfabeto, no vamos a poder realizar una intervención integral, tampoco con un enfoque familiar.

Estoy de acuerdo en que es necesario unificar fuerzas con la comunidad, los dirigentes de los establecimientos y los funcionarios de la salud; para dar a conocer, toda la problemática que existe en salud, a nuestra máxima autoridad comunal. Porque si no damos a conocer las problemáticas, no vamos a cumplir con nuestro rol como profesionales de la salud.

No podemos seguir cumpliendo metas, no podemos seguir cumpliendo, únicamente, lo que es tangible a través de los números. La atención primaria, el enfoque u objetivo principal, es la prevención y la promoción de la salud, escenario al que estamos llegando tarde; estamos realizando una atención curativa, no preventiva ni promocional.

“Debe existir una construcción de políticas públicas que sean saludables, tanto para los usuarios como para los funcionarios de la salud; siendo, los funcionarios, los principales garantes de la salud de los usuarios”.



Carolina Ojeda Galaz

Directora del Departamento de Salud
Municipal de Lumaco

Muchas gracias por la invitación, este es un tema que me apasiona y me gusta; soy una mujer muy crítica de como nuestro país ha realizado políticas públicas, dejando postergada a la mayoría de la gente que se atiende en las comunas más modestas, donde no tienen más opciones.

El modelo biomédico no ha salido de la formación de los profesionales de la salud

Tania acaba de entregar un diagnóstico tremendamente acabado sobre la situación que nos afecta y, a pesar de la distancia, la realidad de APS en Carahue es bastante parecida a la de la comuna de Lumaco.

Lumaco es una de las comunas más empobrecidas de Chile, dentro de la provincia de Malleco, siete de sus comunas tienen este componente de pobreza. La provincia de Malleco es bastante azotada por temas que, si bien no afectan directamente la salud, están dentro de los determinantes sociales que conocemos.

En un modelo ideal de promoción de salud; digo ideal, porque si nosotros lo aplicáramos tal cual lo dice la teoría, sería fantástico, podríamos, a través de APS, resolver o prevenir la mayoría de las patologías que

hoy en día son parte de nuestra realidad. Nosotros no llegamos al paciente cuando tenemos que indicarle las mejoras alimenticias, antes de la diabetes, llegamos cuando el paciente requiere insulina. Nos preguntamos ¿por qué?, si el modelo de salud familiar es bastante integral y tiene una mirada que, teóricamente, ha sido muy estudiada, siendo aplicada en otros países, con otros resultados.

Chile tiene algunas particularidades; primero, el modelo biomédico no ha salido de la formación de nuestros profesionales...yo creo que partimos de como nos educamos y nos formamos, en este sentido siempre he destacado el rol del PIRI de la Universidad de La Frontera, porque me ha tocado conocer profesionales bastante integrales en aquellas materias y es sumamente importante conocer la promoción de salud como un enfoque de entorno saludable. Cuando nosotros nos damos cuenta que –la promoción en salud– no significa solamente que de los consultorios o las postas vayan a generar intervenciones en territorios, sino que más allá, tiene que ver con como nosotros incorporamos en la conciencia de nuestros usuarios el control sobre su propia salud. Entregar aquel conocimiento,



para que ellos, por sí mismos, tengan las capacidades y competencias de poner en práctica este modelo, con un entorno que debe ser bastante armónico para que esto se dé. No es suficiente con tener un CESFAM o CECOSF en un territorio, o una posta y equipo multidisciplinario, también tenemos que tener condiciones de la política pública en salud, educación, en materia de deportes, en la política pública en general, inclusive en infraestructura.

Para propiciar cambios en materia de salud, para que el modelo de la promoción de salud lo podamos aplicar, más que con 2 o 3 programas –ya que lo que hoy hacemos es desarrollar estrategias–, tenemos que ir más allá de desarrollar ciertas líneas, ya que actualmente no estamos desarrollando un modelo de atención, sino que, más bien, estamos trabajando con rendimientos que no permiten desarrollar estas estrategias. Por ejemplo, nosotros atendemos a una población con sobre un 60% de población mapuche, las *Lamgen*, normalmente van con su vestimenta típica y al momento de hacer el retiro de estas, que son bastantes prendas las que utilizan, ya pasaron 6 mi-

“Si nosotros lo aplicáramos tal cual lo dice la teoría, sería fantástico, podríamos, a través de APS, resolver o prevenir la mayoría de las patologías que hoy en día son parte de nuestra realidad”.

nutos, el médico tiene 6 minutos para poder hacer la atención si es una morbilidad, por lo tanto el tiempo siempre es insuficiente y los rendimientos son bastante lapidarios, porque el rendimiento es vital para el financiamiento que recibimos.

Por lo tanto, la promoción en salud presenta un modelo que es bastante colaborativo, frente a otros modelos de atención, en todas las áreas, con el entorno y el intersector en general. Sin embargo, requerimos participación de la población, del intersector. La promoción de Salud, en general se sustenta con el contexto, no nos sustentamos por sí mismos; pero, nos encontramos con otros obstáculos, que tienen que ver, principalmente, con la gobernanza en materia de salud. Hay un cuestionamiento que realizo –y siento que es compartido–, hoy, cuando Chile cambia y nos acercamos a las marchas, vemos una serie de carteles alusivos a la salud. No es casualidad que la gente en la calle, que conoce el modelo de salud como usuario, tenga críticas respecto a que hay personas que se están muriendo, sin acceso a salud, que la atención de calidad no la brinda la salud pública, sino que el ámbito privado, por lo tanto, el que tiene recursos...puede tener una mejor atención. Aquí nos encontramos con como la gobernanza sanitaria está formulando políticas públicas.

¿Qué es lo que Chile espera de la salud pública? En realidad nosotros, en APS, atendemos a la mayoría de la población vulnerable, pero estamos absolutamente convencidos de que los recursos –los números lo indican– y el aumento de presupuesto, ni siquiera alcanzan para las carreras funcionarias de nuestros trabajadores. Es decir, nosotros estamos decidiendo



si pagamos carreras funcionarias o compramos elementos de protección personal...es una realidad muy dura, pero que ocurre. Nos encontramos con políticas públicas insuficientes, con una valoración mínima de la atención primaria, porque estamos inmersos en este modelo biomédico, que es supremacista frente a la atención primaria. Además, no solamente lo percibimos nosotros, que administramos la salud municipal, sino que también lo vivimos desde algunas profesiones del ámbito clínico, que también lo creen; creen que es más importante la atención en box, que realizar atenciones o abordajes en materia comunitaria.

Cuando miramos las políticas públicas; en materia de alimentación saludable, consumo de alcohol, tabaco, entre otros, nos damos cuenta que el enfoque o gobernanza sanitaria no tiene que estar sólo en el Ministerio de Salud (MINSAL), también debería estar en el Ministerio de Educación, de Deporte, de Desarrollo Social y en todos. Ya que nos encontramos con que nuestra organización tampoco es saludable, por lo menos en Lumaco, ciclovías no hay y además nos encontramos con rutas forestales, por lo que es un suicidio decirle a un usuario que salga a andar en bicicleta en la carretera, por la gran probabilidad de accidentes.

Ahora, pasamos a otro punto, la educación sanitaria. Se le entrega a la APS el rol de educar a la población, cuando en realidad debiéramos comenzar desde la educación pre-básica, desde el jardín infantil a incorporar modelos de promoción en salud, que vayan a generar conciencia y nos haga personas o ciudadanos conscientes respecto de nuestra salud. Porque hoy en día lo que vemos, en nuestros usuarios, es que delegan a la atención primaria, el reclamo y crítica respecto

“Nos encontramos con políticas públicas insuficientes, con una valoración mínima de la atención primaria, porque estamos inmersos en este modelo biomédico, que es supremacista frente a la atención primaria”.

de este modelo, que es deficiente, porque son la cara visible del sistema. Entonces, el primer paso es generar una conciencia, con una educación sanitaria, que esté a la altura de los desafíos que tiene nuestro país. Por otro lado, las ciudades saludables; en la medida que tengamos entornos saludables, vamos a tener un país saludable y generaremos una mejor calidad de vida para los usuarios.

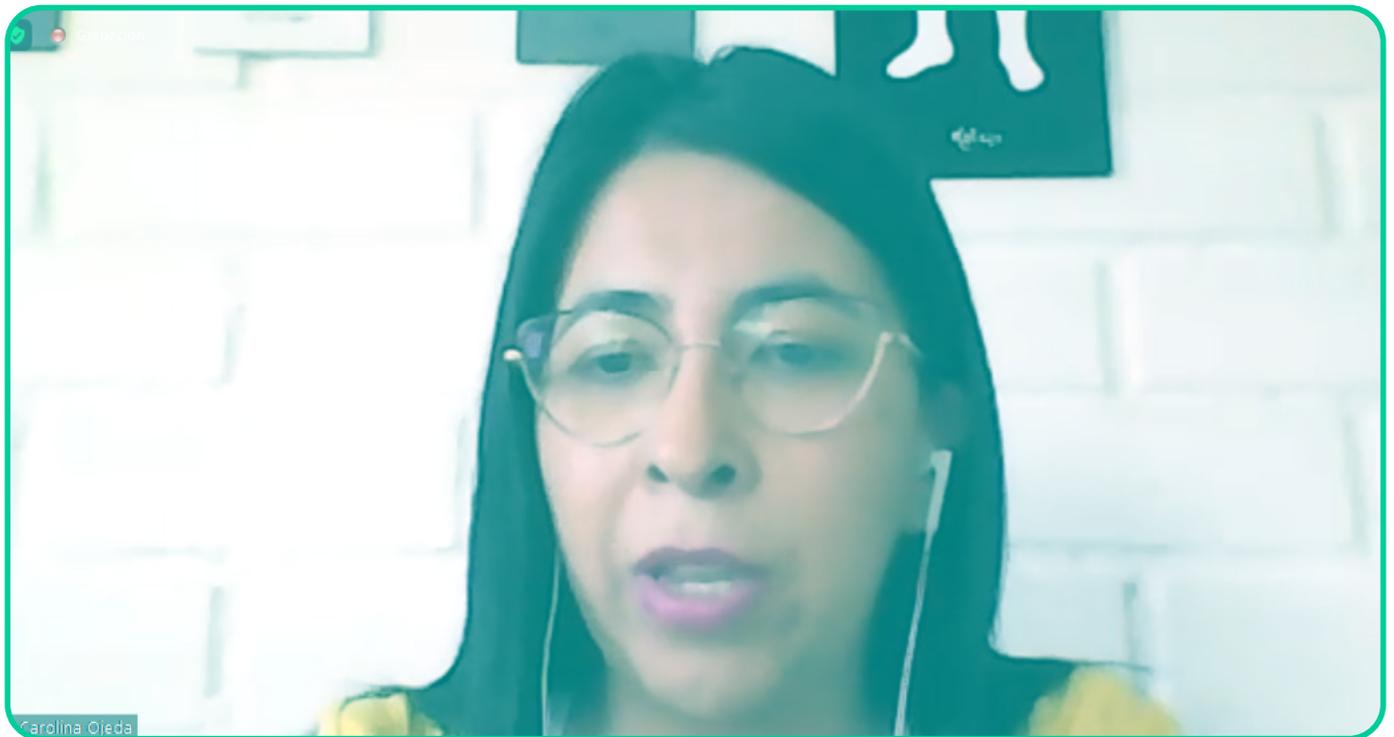
Desafío el abordar la salud de los propios funcionarios

Hoy en día, la salud primaria depende de los municipios, a partir de lo que surgen enormes brechas, en cómo se aborda la salud desde diversas miradas, desde los hospitales o servicios de salud y desde la atención primaria. La salud primaria no cuenta con un Departamento de Salud Ocupacional, no hay salud funcionaria, no está ni financiado; el Servicio de Salud o el MINSAL, le entrega la facultad a los municipios para inyectar recursos que les permitan abordar materias



que no vienen financiadas por el Ministerio. Personalmente no conozco el financiamiento de otras comunas, pero en esta comuna, recibimos un aporte municipal de 50 millones de pesos al año. Recursos que ocupamos para pagar la luz, agua y otros servicios básicos, ni pensar en un departamento o un médico de salud funcionaria, porque hoy tenemos un equipo de salud, que más allá de la pandemia, con muchos riesgos psicosociales, no sé en otras comunas, pero yo conozco la salud ocupacional cabalmente y me preocupa. Hay leyes y normativas que hablan de la salud ocupacional, dan cuenta de como los riesgos psicosociales deben ser abordados en los funcionarios de salud y de cualquier otra área, hay normativas legales vigentes desde el 2013. Las mutuales de seguridad están abordándolo en los hospitales, pero no se ha hecho en los municipios, por lo menos en la provincia de Malleco. Hoy en

día tenemos funcionarios con alto ausentismo laboral por licencia médica, funcionarios que están afectando el clima laboral por situaciones de estrés laboral, lo que se ha visto acrecentado totalmente en la pandemia. Sin embargo, no existe en la mesa de discusión esta situación, no se ha planteado el requerimiento o exigencia de que los municipios se hagan cargo de la salud de sus funcionarios. Por otro lado, al tener que delegar la responsabilidad en los municipios, no hay un piso mínimo, en que las comunas con cierta cantidad de población deban aportar a este presupuesto. Porque el pér-capita, más los programas y convenios, no son suficientes para abordar y administrar la salud en las comunas. Nosotros, en Lumaco, contamos con un CESFAM, un CECOSF, 5 PSR y 5 EMR, que hoy en día prácticamente no están funcionando, por falta de recursos.



Arriba. Carolina Ojeda Galaz en el segundo diálogo, 4 de noviembre 2020.



No tenemos Departamento de Salud, por lo tanto, yo –que soy la Directora del CESFAM– también administro la salud de todos los dispositivos y establecimientos. Tampoco cuento con equipo administrativo, más que aquel que es bastante precario dentro del CESFAM. Estos pisos mínimos también deberían estar normados. Cada comuna debería tener un Departamento de Salud Municipal y contar también con otros dispositivos clínicos, porque me imagino que es algo que se vive en muchas comunas; estamos haciendo parte de todos los procesos, administrativos y clínicos, tomando decisiones, lo que lamentablemente puede afectar la forma y el sistema de trabajo.

La salud ocupacional es vital, porque si tenemos trabajadores felices, contentos, sanos y saludables, vamos a generar atenciones de salud de calidad a nuestros usuarios. Por lo tanto, es necesario tener una mirada de planificación saludable, pero al revisar la realidad de los municipios, nos encontramos con planificaciones enfocadas a las brechas sociales que hay en las comunas. En Lumaco hay un alto índice de pobreza, tenemos la presencia de las empresas forestales, hay cesantía y muchos determinantes sociales que afectan. Por lo tanto, la salud, más que la atención que se entrega, más que disponibilidad de equipos, no es prioridad para generar políticas públicas integrales en esta materia. Es aquí donde existen brechas que no vamos a cerrar. Yo hago una crítica al sistema, porque siento que Chile ha enfocado las políticas públicas con mucho financiamiento a los hospitales, precariamente a la salud pública, principalmente al ámbito privado. Nosotros mismos compramos servicios, principalmente a privados, para resolver parte de nuestras prestacio-

nes. Esos recursos se van directo al ámbito privado y no fortalecemos la salud pública, teniendo hospitales de bastante calidad y buena infraestructura para poder hacerlo.

¿Qué importancia se le da a APS desde el nivel central?

Algunos obstáculos, que están asociados a la mirada que hay desde el MINSAL, tienen que ver con la forma de hacer salud, asumida como un bien de acceso; los más pobres se atienden donde puedan y los que pueden pagar o acceder a otros sistemas de salud, lo hacen donde quieren. Desde Lumaco, nosotros durante la pandemia, hemos vivido con mucha angustia, porque hay meses en que decidimos si comprar combustible, pagar la luz o el agua, o pagar mérito a los funcionarios. Además, cuando el Ministro de Salud desconoce los acuerdos tomados, que fueron acuerdos verbales, dado que quizás los sindicatos no tuvieron la capacidad de exigir que fueran por escrito, o a lo mejor si lo hicieron, pero sin ser escuchados, nos damos cuenta de que el MINSAL desconoce el gran tra-

“La promoción de salud no puede estar encerrada entre las paredes de un CESFAM o CECOSF, tiene que estar inmersa en la forma en que nosotros hacemos el día a día, en todas las políticas públicas”.



bajo que hacemos; si bien estamos haciendo trazabilidad de COVID, estamos tomando los exámenes de COVID, pero también tenemos que seguir entregando nuestras prestaciones básicas; traslado de pacientes que se dializan, entrega de medicamentos en un territorio muy rural, entre otras. Por lo tanto, hay un claro desconocimiento, hay hacedores de políticas públicas que si bien tienen muchas competencias en varias áreas, conocen muy poco de la realidad en las comunas, seguramente tampoco se han atendido en un CESFAM o un CECOSF. En la realidad nosotros hacemos lo que podemos, lo que está en nuestras manos y por ética hacemos mucho más de lo que nos corresponde.

Este es un análisis súper profundo que he tenido la posibilidad de discutir con colegas, tanto directivos como de todos los otros estamentos del servicio, y el diagnóstico es común. El problema lo conocemos, sabemos que la salud primaria es, de algún modo, postergada. Yo recuerdo, en Junio-Julio, después de hacer trazabilidad de todos los casos positivos desde marzo, la SEREMI de Salud sale a decir que van a entregar a APS la tarea de apoyar con la trazabilidad, cuando en realidad lo hacíamos cuando ellos ni siquiera tenían los reglamentos, porque nosotros tenemos un conocimiento pleno de nuestra población, sabemos donde viven, sabemos de quien son familiares y tenemos equipos que desarrollan su trabajo... con mucho amor. Aquí también, nos damos cuenta, las propias autoridades regionales desconocían el trabajo que hace la APS, lo que por un lado nos sorprendió...que simpático que nos otorgaran una facultad que nosotros venimos haciendo mucho antes que

ellos, pero además, con mucha desazón, porque en realidad eso es lo que ellos piensan de APS. Que APS es, en el fondo, una parte de la salud que poco aporta, que en realidad no somos tan importantes, por esto no se nos escucha, por esto, cuando se realizan diálogos para abordar y planificar el trabajo territorial durante la pandemia, no se le pregunta a nadie, se nos impuso y luego, gracias al trabajo de nuestros profesionales, se logró encaminar. Lo que no es distinto de como nos han tratado eternamente, porque llegan modelos o convenios desde nivel central, pensados en Santiago, financiados como en Santiago, con una mirada urbana, pero que acá, en nuestras comunas rurales, con otros componentes, no son pertinentes.

Es un tema que vivimos todos los días, que hemos reflexionado mucho. El objetivo mayor de lo que he dicho, es finalmente visibilizar. Porque, más allá de lo teórico, tenemos una realidad cotidiana, de enfrentarnos a los usuarios que son cada vez más exigentes, porque tienen derechos. Además nos enfrentamos a un sistema que avanza sin nosotros y no nos contempla, ni estudia. Yo creo que el MINSAL no tiene idea, ¿a cuántas comunas de nuestra región o de Chile, que no sean Santiago, se le han aplicado encuestas sobre riesgos psicosociales?, no tienen idea si los trabajadores están trabajando en condiciones dignas o si cuentan con espacios para comer. Sin embargo, suman y siguen las exigencias.

Esta es mi reflexión, siempre me pondré a disposición, para poder aportar en el conocimiento también. Nosotros, con mucho gusto ya comenzamos a trabajar con los alumnos del PIRI, para que puedan,



en pandemia, reconocer y visibilizar cual es la realidad de las comunas. Nosotros sabemos que la mejor experiencia en materia de salud, está en los territorios. No es lo mismo llegar a un cargo directivo de un Servicio de Salud o un Hospital, donde hay bastante más condiciones y recursos, que llegar a la atención primaria donde todo es más precario. Por lo tanto, felicito la instancia de poder generar diálogos de este tipo, esperemos que las políticas públicas cambien. La Universidad de La Frontera tiene una responsabilidad tremenda, en la formación de los profesionales de la salud y también de otras áreas, en donde tenemos que ir interviniendo. La promoción de salud no puede estar encerrada entre las paredes de un CESFAM o CECOSF, tiene que estar inmersa en la forma en que nosotros hacemos el día a día, en todas las políticas públicas.

Desde lo colectivo podemos construir un modelo de salud diferente

Es muy enriquecedor compartir en este diálogo, porque ha entregado diferentes miradas; casualmente, Tania y Cristián, comparten una realidad bastante distinta, más cercana a lo ideal en Loncoche, lo que permite conocer la diversidad de abordajes en los territorios. Me quedo con varias tareas después de este diálogo, porque generó en mi la necesidad de proponer e inclusive copiar algunas buenas prácticas de Loncoche, pero también de poder seguir aportando en como se construye; porque, efectivamente, la promoción en salud, es tarea de todos, no solamente del profesional a cargo del programa. Además, como nos damos cuenta, los recursos son insuficientes y el que-

hacer promocional, se contrapone con la mirada del rendimiento y del trabajo programado anualmente, por el que se nos mide.

En espacios como este, uno logra también, abrir los ojos desde una mirada más crítica, entendiendo cómo, desde lo colectivo, podemos construir un modelo de salud y poner en tensión el modelo, que por años ha primado. Por lo tanto, tenemos la gran posibilidad de modificar y cambiar esto. Es una tarea larguísima, no inmediata, el impacto no lo vamos a medir en un año o en dos, sino que va a ser un proceso de transformación, que probablemente podremos analizar en algunos años más; va a afectar a las próximas generaciones y va a marcar un hito en la construcción colectiva, de nuestra sociedad.

Hoy no estamos con pacientes y su enfermedad, sino que estamos con un problema social, al que nos enfrentamos todos los días. Me quedo con varias tareas; se han movilizadas en mí, las ganas de construir, esperando que estos espacios de conversación no se diluyan.

“En espacios como este, uno logra abrir los ojos desde una mirada más crítica, entendiendo cómo, desde lo colectivo, podemos construir un modelo de salud y poner en tensión el modelo, que por años ha primado”.



Cristián Turra Pino

Director del Departamento de Salud
Municipal de Loncoche

Quiero partir mencionando algunas diferencias que tenemos con las colegas de Lumaco y Carahue; acá en Loncoche, el equipo médico tiene 30 minutos para la atención de morbilidad y una hora para los pacientes crónicos, que es una de las decisiones que hemos tomado como Departamento de Salud. Hay planteamientos que el servicio propone, pero una de las facultades que tienen los municipios, es que son autónomos, lo que nos permite tomar algunas decisiones, pudiendo abordar de manera un poco más directa las necesidades de la población.

Política de Promoción es integral e intersectorial

En este sentido, quiero expresar y dar a conocer, desde una perspectiva de promoción, como estamos trabajando como Departamento de Salud. Inicio con esta diapositiva, para enfatizar que la promoción en salud, en general, en el aspecto teórico, está súper bien fundamentado y descrita; la teoría del plan de promoción de salud chileno, está muy alineada con lo que recomienda la OMS, pero como vemos en la imagen, la persona está trotando...esto se ve claro y nítido, pero

a la hora de llegar a la práctica...aparece esta fosa de agua, entonces, nuestro plan de promoción comienza a tener algunas dificultades, que complican visualizar la misma perspectiva y calidad que se aprecia a nivel teórico.

Para colocar en contexto, recurro a Alma Ata, que es nuestro acuerdo internacional más importante sobre lo que es la atención primaria. Desde esta primera conferencia de promoción, en 1978, pasando por Ottawa y la última en Shanghai, que es la novena (2016), se ha ido trabajando, con una importancia relevante, dando a conocer que la promoción de la salud es el pilar fundamental, para abordar las problemáticas de salud que afectan a la población. En este contexto, es importante mencionar que desde el 2013, en Helsinki, ya se empezó a visualizar que la promoción en salud tiene que ser una política transversal. Tal como lo dijo Carolina, ya está establecido que la política de promoción tiene que ser algo integral, que no es algo de salud propiamente tal; es una intervención desde educación, obras, transporte y desde todos los ámbitos, porque entendemos que se relacionan y tienen que ver con salud. Por definición, salud, no es solamente



presencia de una enfermedad, sino también ausencia de ella, además de otros determinantes que afectan la salud de una persona. En ese sentido, Chile recién empieza con un plan de promoción en 1999.

En la práctica, ¿qué herramientas tenemos para hacer promoción en nuestro territorio? Aquí coloco la imagen de una persona, que llega y observa este plan, ve las herramientas que nosotros tenemos y se pierde un poco, porque tenemos muchas direcciones y caminos que tomar. Uno tiene que reflexionar y analizar...una de las herramientas que guía el trabajo de promoción, se los quiero mostrar, es el MIDAS; una plataforma que no solamente está para el trabajo de promoción, sino también en otras áreas involucradas, a través de esta plataforma digital del MINSAL. MIDAS proporciona un árbol de problemas, que nosotros tenemos que ir abordando, súper estructurado y mecanizado. Estas son cosas iniciales que uno observa como problemática, para poder entregar y llegar de manera correcta a las necesidades de la población. Primero, porque esta estructura, sumada a la del árbol de objetivos, es lo que uno planifica en el área de promoción; es como si uno fuera al supermercado: tiene una gama de productos, dentro de lo que hay que elegir el producto que calza mejor, con nuestros determinantes sociales o con nuestro territorio. Lamentablemente, aquí empieza la primera falla...también soy crítico, con la responsabilidad que tenemos, como funcionarios públicos, de poder ir cambiando esto. Entonces, desgraciadamente, ya sabemos que desde la política pública tenemos buenas intenciones teóricas, pero al bajar al territorio, tenemos problemas de implementación de lo que es promoción; porque, literalmente, tenemos que ir al

“Sabemos que desde la política pública tenemos buenas intenciones teóricas, pero al bajar al territorio, tenemos problemas de implementación de lo que es promoción”.

supermercado y elegir, cuáles podrían ser las opciones más pertinentes para nosotros.

Por lo tanto, en general, en la teoría tenemos objetivos súper definidos, se habla muy bien del contexto, del intersector y el empoderamiento, que va muy relacionado con lo que es el modelo de salud familiar, pero en la práctica, a nivel operacional, fallamos. Fallamos en que no hay recursos humanos destinados para trabajar en promoción. Si bien lo podemos colocar en la dotación, no está financiado por el MINSAL que contratemos a un encargado de promoción. Actualmente nosotros tenemos una persona que trabaja en participación/promoción, pero por esfuerzos propios.

Priorizar procesos de diagnóstico y evaluación para una política de promoción pertinente

Otra cosa, que critico mucho, en el modelo de la política de promoción, son los procesos de evaluación. Porque si bien, nos entregan una estrategia, uno hace una presentación de lo que será el plan de trabajo, uno de los aspectos más importantes que considero, a la hora de ejecutar un plan de trabajo adecuado, es que



uno tiene que tener un diagnóstico acabado. Un diagnóstico de los determinantes sociales de nuestro territorio, de las necesidades de la población y también de que manera podemos acompañar y apoyar esa mejoría en salud, que nos pueden estar demandando nuestros usuarios. En este proceso, si bien nos pueden decir: “necesito que hagan un diagnóstico”, este se puede hacer con 5 o 6 personas y entonces nos dirán: “muy bien, usted cumplió su diagnóstico y ya tiene el concepto del territorio”. Yo considero que aquí está el primer fallo de sistema, porque si nosotros evaluamos de manera acabada y somos rigurosos en exigir buenos diagnósticos, yo lo coloco como ejemplo, ya que nosotros hemos abocado los esfuerzos para hacer un buen diagnóstico, en este caso con apoyo de la UFRO, es probable que tengamos un acercamiento más cercano a la realidad, porque si diagnosticamos mal y no conocemos bien nuestro territorio, cómo vamos a poder llegar de manera oportuna. El alcalde siempre dice que “¿si me pica la rodilla, porque me voy a rascar la espalda? tengo que ir a resolver el problema de la

“Hemos abocado los esfuerzos para hacer un buen diagnóstico, porque si diagnosticamos mal y no conocemos bien nuestro territorio, cómo vamos a poder llegar de manera oportuna”.

rodilla”. Entonces si no tenemos un buen diagnóstico, no vamos a rascar en cualquier otro lugar, menos la rodilla. Esto es fundamental, es imperioso que el proceso de evaluación, en este caso a nivel del Servicio de Salud o nivel ministerial, tenga un acompañamiento importante, no solamente en cumplir y dar a conocer el diagnóstico, sino también en revisar los procesos. El hecho de tener esta estructura de supermercado, hace que tengamos recursos económicos restrictivos, orientados en aquellos componentes que están delimitados en la estructura MIDAS. Es decir, no nos permite, en base al resultado del diagnóstico, realmente redirigir los recursos para satisfacer nuestras necesidades. Entonces, en general, podemos tener objetivos súper claros, pero al llevarlo a terreno, no lo logramos. La promoción en salud ¿qué es?, le solicitamos a las personas que se empoderen, les solicitamos a las personas que tomen control de su salud; esto es lo que queremos lograr, con estrategias de un plan de promoción en salud, pero si no tenemos un diagnóstico, no tenemos los recursos humanos, si los recursos están estructurados solamente para una parte, que muchas veces no es la necesidad que tienen las personas, claramente, no estamos llegando a donde queremos llegar con estas estrategias.

En ese sentido, la investigación acción participativa (IAP), que es parte de todo proceso diagnóstico, es fundamental y tiene que aplicarse. Nosotros, como equipo de salud, tenemos que ser responsables de hacer buenos procesos. En APS, muchas veces, nos toca estar sentados, desde las 08:30 hasta las 18:00 horas, frente al computador respondiendo, porque todas las acciones que pide el servicio son para ayer. Entonces



uno tiene que estar respondiendo súper rápido, para cumplir con todos los procesos, pero hay que tratar de focalizar y estructurar los procesos e ideas, para hacerlo de buena forma. Porque este mismo diagnóstico, no solamente me servirá para promoción, me sirve para el MAIS, para el PLASAM, para cualquier programa de resolutivez de atención primaria que requiera un diagnóstico. Entonces, la idea es tener un buen diagnóstico, claro, que permita conocer la realidad de nuestra comunidad, problemas, necesidades, capacidades y recursos que ellos puedan demandar.

En el contexto de la pandemia, la promoción ha sido completamente olvidada, promoción de la salud, literalmente, no existe. ¿Por qué?, si nosotros vamos a la programación, este es un ejemplo de nuestras actividades: consultas, controles, consejería, cirugía, curaciones, informe, educación, esta es la estructura que tienen los funcionarios de APS; da cuenta de como distribuyen su tiempo para poder trabajar, esto a futuro lo más probable es que va a ser una meta, así que hay que ir preparándose. En ninguna parte, de esta pro-

gramación, sale promoción. No hay horas resguardadas de los funcionarios para poder hacer promoción, siendo que es el pilar fundamental del APS. Entonces, yo lo coloco en el contexto de pandemia, pero sin pandemia tampoco está la programación de horas destinadas para que los funcionarios podamos hacer promoción. Inclusive, Carolina mencionaba que llegaban personas por la insulina, asumiendo que no estábamos llegando a tiempo; yo voy más allá, si la persona tiene hipertensión, ya fallamos, si la persona tiene diabetes, ya fallamos. El modelo es súper idealista, tenemos que tratar de hacer esfuerzos, pero hay un tema estructural, con buenas intenciones, pero que en la práctica no logra llegar y resolver el problema. Obviamente, hay medidas sanitarias que han impedido desarrollar ciertos procesos, como la experiencia que tenemos con la UFRO, donde está parado el proceso de nuestro diagnóstico, porque tenemos que pensar cómo cambiar el diagnóstico presencial. La vida sigue, el próximo año también; por lo tanto, tenemos que llegar a ver qué está necesitando nuestra población en pandemia:



Arriba. Cristián Turra Pino en el segundo diálogo, 4 de noviembre 2020.



¿Necesita más psicólogos? ¿Tiene problemas de salud mental? ¿Lo tenemos respaldado o como sustento de base para poder inyectar o redistribuir recursos?, tenemos que tener una base, para tomar ese tipo de decisiones que son muy importantes.

Desde mi perspectiva, ¿cuáles serían los caminos para una promoción de salud más efectiva o pertinente? Primero, desde un punto de vista del usuario, que es el centro de nuestra atención, hacer una buena investigación y diagnóstico; Lo segundo, el empoderamiento. El empoderamiento que existe en nuestra región, es muy diferente al que existe en la Región de Valparaíso, por ejemplo, a mí me ha tocado ir a seminarios de personas mayores, constatando que las personas sí están muy bien empoderadas, luchan y reclaman por lo que les corresponde. Pero acá, en nuestra región, nos encontramos con personas mayores que muchas veces no están empoderadas y no tienen la voz como para poder decir “usted me está atendiendo mal” o “es mi derecho tener mi leche o medicamento.” Entonces, nos quedamos solamente con el cumplimiento, pero el proceso del empoderamiento va más allá. Que ellos sean partícipes del crecimiento de la salud de los territorios, que ellos también puedan aportar. Por ejemplo, en el tema de la pandemia, para nosotros como Departamento de Salud, los dirigentes sociales y comités de salud rural han sido los funcionarios de salud no pagados, son los que nos dicen: “sabe que falta una persona para entregarle medicamento o leche”, “llegó una persona desde Villarrica, que al parecer esta contagiada”. Ellos han sido nuestro punto de conexión con el territorio, lo que valoramos mucho, ya que es parte del empoderamiento, todo el trabajo que hemos hecho

con nuestros dirigentes sociales y comunitarios, para que ellos se sientan parte.

Políticas públicas, por ejemplo municipios saludables, que finalmente quedó en la foto. Inclusive, los recursos que venían de promoción, eran justamente para municipios saludables, pero al final quedó en nada. En el tema intersectorial, Loncoche es parte de la **Red Mundial de Ciudades Amigables para las Personas Mayores**, y el éxito de ese trabajo, es el trabajo intersectorial. Poder trabajar al unísono por un objetivo y no que salud se hace cargo y el resto no hace nada. Por ejemplo, en la pandemia, si una persona tiene que hacer cuarentena en el sector rural, nosotros como equipo de salud, nos contactamos con el Departamento Social; posteriormente, ellos hacen la entrega de alimentación e higiene y nosotros, como equipo de salud, lo vamos a dejar al territorio. Es un trabajo coordinado, que se tiene que ir propiciando, ya que con eso logramos que los pocos recursos que tengamos sean más eficientes. No solamente la política pública tiene que ver con municipios saludables o plan de promoción, también tenemos que incluirnos dentro de estas herramientas que son legales: Plan de Desarrollo

“En el tema de la pandemia, para nosotros como Departamento de Salud, los dirigentes sociales y comités de salud rural han sido los funcionarios de salud no pagados”.



Comunitario (PLADECO), Plan de Educación Municipal (PADEM), entre otros. También, tenemos que abogar, para que los recursos que lleguen, sean en base a los determinantes sociales locales.

Acciones colectivas de promoción de la salud

Finalmente, los funcionarios tienen que tener, incluidas en su jornada laboral, horas protegidas para hacer promoción, de lo contrario, no pidamos que la promoción se haga por sí sola. Tiene que ser un trabajo transdisciplinario y obviamente, tenemos que ir sumando compromisos para poder desarrollar esto. Pero los compromisos nacen y los funcionarios también adquieren ese compromiso, cuando ven que es parte de una política pública consistente con las necesidades de la población. Si no lo ven, tampoco es motivación para poder avanzar, porque se encuentran con las barreras que acabo de mencionar.

Esto es lo que quería expresar, abocado netamente a lo que era promoción. Sin embargo, nuestra realidad, como Departamento de Salud, al parecer...ha sido un poco distinta. Hemos tenido, inclusive, aportes extras de la Municipalidad de Loncoche, lo que ha permitido que nosotros no tengamos dificultad, por ejemplo, con elementos de protección personal. Nosotros administramos más de mil millones de pesos anuales, más los 450 millones que nos traspasa el Servicio de Salud a través de los PRATS...es mucho trabajo. En ese sentido, que Carolina no tenga un Departamento de Salud Municipal es bastante crítico, porque para que los funcionarios, en el aspecto clínico, puedan hacer su trabajo de buena forma, tienen que existir un sustento administrativo importante y fuerte. Nosotros como de-

“Los funcionarios tienen que tener, incluidas en su jornada laboral, horas protegidas para hacer promoción, de lo contrario, no pidamos que la promoción se haga por sí sola”.

partamento, por ejemplo, estamos actualmente desarrollando una política de salud mental, acompañados por la mutual. Hace 2 años hicimos una encuesta, nos correspondería este año repetirlo nuevamente por protocolo. Ahora estamos con intervenciones, porque la realidad de cada sector, en nuestro caso tenemos un CESFAM, 5 PSR y 12 EMR, y lo que le pasa a cada uno de los equipos, es diferente de los otros. Entonces se hacen diagnóstico de manera separada, diferenciando y particularizando la situación de salud mental de cada equipo. Esto es lo que quería comentar, desde nuestra experiencia y perspectiva, espero que pueda servir para el análisis y reflexión.

Es agradable ver las distintas perspectivas, sacar conclusiones, que nos permitan ir avanzando y mejorando. Nadie tiene una verdad y realidad absoluta, mientras tengamos la humildad y capacidad de ver la perspectiva del otro...respetarnos, podremos avanzar de manera bastante profunda. Solo acotar respecto del empoderamiento, que ha generado un punto central o índice, creo que –en parte–, ha sido la experien-



cia de Loncoche. Es verdad, es triste, como dice Carolina, que yo tenga que andar empoderando a otro, es triste, pero lamentablemente hay que hacerlo. Porque si no levantas la voz, no podemos saber realmente lo que les pasa y sienten. Lo colectivo, es fundamental como herramienta de empoderamiento.

Nosotros, por ejemplo, en datos más cercanos, tenemos cerca de 4500 personas mayores en la comuna de Loncoche, 1500 agrupadas en clubes de adulto mayor. Esa es la herramienta que nosotros le damos a las personas mayores, para generar una voz colectiva, grupos de 20-30 personas, con personalidad jurídica y son una institución; en base a esto, ellos hacen saber sus necesidades y requerimientos, o si algo no está bien. Ha sido la herramienta principal que hemos podido evidenciar como aspecto positivo, porque genera un canal que facilita la comunicación, lo que es muy complejo de establecer entre un individuo y la institucionalidad; en términos individuales se ve una asimetría, el individuo es chiquitito y la institución gigante.

Al generarse estas acciones colectivas, como los clubes de adulto mayor, va el presidente a hablar a la

par con el alcalde de la comuna. Entonces, ahí posicionamos el rol social, comunitario y el poder que tiene la comunidad, en regenerar acciones en el territorio. Cuando uno logra captar eso, entendiendo que el rol que hacen ellos es súper relevante, se convierten en un aliado –lo digo de verdad–, lo que me deja contento y grato; en las oportunidades en que me toca hablar, en Loncoche u otro lugar, siempre agradezco a los dirigentes sociales y a los presidentes de los comité de salud rural, por haber aceptado esta función de apoyar a los equipos de salud desde sus territorios.

Finalmente, quiero dejar como punto importante, el tema del empoderamiento y el rol de la comunidad en el accionar de las distintas instituciones, sobre todo en generar políticas, que nazcan de las bases, para poder responder a sus requerimientos, necesidades y poder acompañar su desarrollo y mejoría, sin que prime el enfoque biomédico...que muchas veces vemos. Obviamente, esto es parte de la línea de estudio del Diplomado de Salud Familiar de la UFRO, pase por ahí también, lo importante es tenerlo claro y aplicarlo. Gracias por la invitación.



Arriba. Cristián Turra Pino en el segundo diálogo, 4 de noviembre 2020.

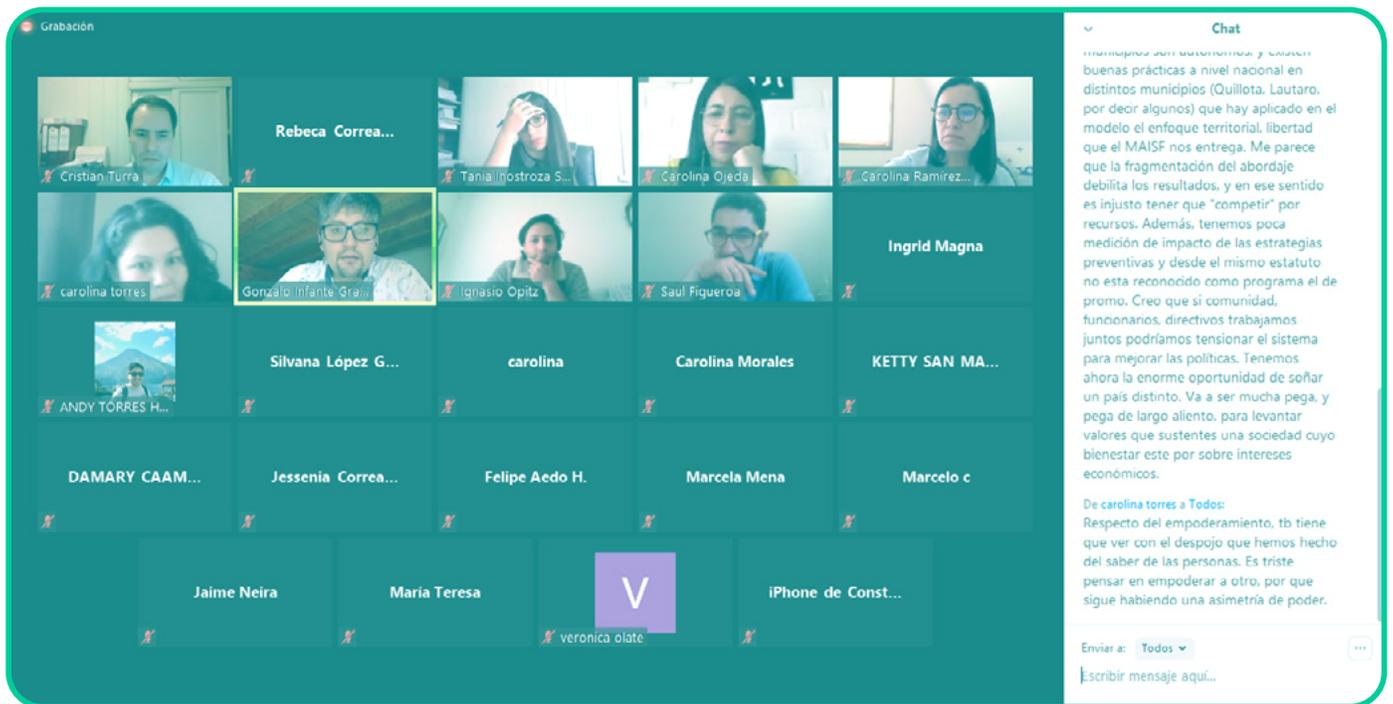


Aportes y reflexiones de los participantes

Silvana López Gutiérrez, desde Angol, nos dice: “La promoción tiene que buscar espacios donde pueda funcionar, ya que en la atención primaria se vuelve difícil de abordar, por las diversas razones que se han descrito. Trabajar en los establecimientos educacionales, donde se exige el apoyo de la familia, es una estrategia que permite llegar a las personas, antes de que llegue la enfermedad.” Silvana alude a esa lógica del intersector, que han enunciado nuestras(o) invitadas.

Carolina Torres, desde Rancagua, nos dice: “Hola,

respecto del tema, tengo la impresión que en Chile, incluso, las políticas son más bien reactivas, tenemos poco de estratégicos. Comparto lo que dice Cristián, en cuanto a que los municipios son autónomos y a nivel nacional hay muy buenas práctica, que han podido aplicar este modelo de atención integral de salud familiar. Me parece que la fragmentación del abordaje debilita los resultados. En este sentido, es injusto tener que competir por recursos. Además, hay poca medición de impacto y en el mismo estatuto, el programa



Arriba. Segundo diálogo, 4 de noviembre 2020.



“Respecto del empoderamiento, también tiene que ver con el despojo que hemos hecho del saber de las personas, es triste pensar en empoderar a otro, porque sigue existiendo una asimetría de poder”.

Carolina Torres

de promoción, no está reconocido. Creo que si comunidad, funcionarios, directivos trabajamos juntos, podríamos tensionar al sistema para mejorar las políticas. Tenemos ahora la enorme posibilidad de construir un país distinto, vamos a tener mucha pega, para levantar valores que sustenten una sociedad cuyo bienestar esté por sobre los intereses económicos. Respecto del empoderamiento, también tiene que ver con el despojo que hemos hecho del saber de las personas, es triste pensar en empoderar a otro, porque sigue existiendo una asimetría de poder”. Aquí hay reflexiones desde la sociología y también sobre lo que estamos viviendo actualmente en el país.

Marcela Mena: Primero, desde mi rol como profesora en lo que tiene que ver con promoción. Promoción ha estado, desde que conozco, súper encapsulado en el sector salud...tenemos que tener la capacidad para poder sacarlo de ahí e incorporar a otros actores a este tema; cuesta soltarlo por así decirlo, cuesta incorporar a más gente y cuesta que otros se encanten con promoción, porque muchas personas y profesionales,

no saben muy bien de que se trata la promoción de la salud. Esta es una barrera bastante importante a considerar, en algún momento lo hemos conversado con algunos directores de carrera de Pedagogía en Educación Física, que es mi profesión. Actualmente hay muchos profesores, que están a cargo del programa de promoción de la salud y no tienen formación en esto. Se llegan a hacer cargo de este programa sin tener idea, lo que también es una dificultad.

Desde que trabajo en el programa y desde que asumí la jefatura del programa, hay varias situaciones en las que pienso, compartiendo plenamente con ustedes, que las cosas se están haciendo súper mal.

Hoy en día, tenemos una centralización súper grande, el programa viene mandatado desde Santiago, con la mínima posibilidad de interferirlo y cambiarlo, de acuerdo a la realidad de los territorios; son muy pocos los aportes que podemos hacer desde región, a las planificaciones que nos envían desde el MINSAL. Logramos, a lo mejor, incorporar algunos cambios, pero son menores. Entonces, desde las regiones, nos vemos imposibilitados y comprendemos totalmente cuando ustedes dicen: “desde el ministerio está todo centralizado”...a nosotros también nos pasa. Como SEREMI nos evalúan con unas matrices, que yo digo: “no representa la realidad de las comunas de mi región”. Entonces, también entiendo a los equipos locales y comparto plenamente las observaciones que tienen en relación al programa.

Es necesario empoderar, no solo a la población en general, sino también a los funcionarios; al funcionario, en el rol que tiene como encargado de promoción de la salud en su comuna, en esto estamos al debe.



No sé cómo funciona en otras regiones, pero acá en la región, como SEREMI, estamos al debe con esto, con empoderar a quienes se están haciendo cargo de los programas.

Este programa debiese ser una política pública, en todas las comunas. Hay que tener la capacidad de sacarlo de salud y, como decía Cristián, ubicarlo dentro del paragua de **Municipio Saludable**. El municipio debiese estar completamente empoderado de lo que es promoción de la salud, esto nos falta. Aquí, hay que reconocer, que muchas veces, los encargados tampoco tienen la capacidad de gestionar y llegar a sus autoridades, para poder posicionar el tema. Aquí hay una debilidad y tenemos mucho trabajo por hacer en relación a esto.

Andy Torres. Quiero agradecer a los expositores, comparto –en gran medida– el análisis que hacen. Es muy interesante escucharlos y leer las preguntas que se compartieron por el chat. Mi breve reflexión, tiene que ver con las políticas públicas, porque finalmente estamos hablando de ello; las políticas públicas, en Chile, siguen siendo diseñadas para llegar hacia el individuo, seguimos apostando, en el ámbito de la promoción, en cambiar a las personas, de manera individual. No asumimos, desde la política pública, que –finalmente– estos son problemas colectivos.

Trasladamos, por ejemplo, el tema de la alimentación saludable a decisiones individuales, a decisiones personales. El ejemplo más claro de eso, que a esta altura ya lo agradezco, porque nos permite hacer juicios bastante críticos, es el **Elige Vivir Sano**; es un programa que traslada la responsabilidad directamente a la persona, incluso, yo lo diría, al consumidor. Lo que, me parece, responde a la lógica de la construcción de sociedad en la que estamos, una sociedad neoliberalizada al extremo, en la que el mercado, sigue cumpliendo una función demasiado relevante. Este es un tema al que tenemos que “hincarle el diente” como profesionales, transitar un camino, que cambie esta situación; ya no

“Las políticas públicas, en Chile, siguen siendo diseñadas para llegar hacia el individuo, seguimos apostando, en el ámbito de la promoción, en cambiar a las personas, de manera individual. No asumimos, desde la política pública, que –finalmente– estos son problemas colectivos”.

Andy Torres

somos individuos, la sociedad no se explica por la suma de individuos, somos un colectivo finalmente, las políticas públicas deberían avanzar hacia allá. Lo planteo como un desafío, sobretodo con el escenario social en que nos encontramos; ganó el **apruebo** con una amplísima mayoría, vamos a cambiar la Constitución Política de Chile. Aquí tenemos un espacio, en el que los profesionales sanitarios debemos involucrarnos, de alguna manera, debemos recuperar ese rol sociopolítico que alguna vez tuvimos, que se nos quitó, a mi juicio, en la dictadura; ya que, desde la vuelta a la democracia, continuamos en esa labor de funcionarios. Tenemos que desbordar eso del funcionario.

Funcionamos en un sistema que funciona mal, entonces hay que cambiar eso. Me parece que adolecemos de políticas públicas adecuadas, en los distintos espacios, ya que nos siguen viendo como individuos; estos problemas, los vamos a resolver, únicamente, de manera colectiva. En ese sentido, me parecen interesantes los esfuerzos que hacen los colegas a nivel local. Incluir la participación, desde la base social, empezar a construir desde ahí nuevos escenarios, que de alguna manera empiecen a desbordar los límites impuestos.

DIÁLOGO 3

Estrategias y metodologías aplicadas de Promoción

Experiencias locales de Promoción de la Salud Aprendizajes y desafíos



**Ketty San Martín
Herrera**

Encargada comunal de Promoción de Salud, Municipalidad de Lautaro



Andrea Molina Molina

Encargada comunal modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, CESFAM Pitrufulquén



**María Teresa
Gonzalez**

Socióloga con experiencia en procesos participativos en salud



Introducción

El tercer diálogo de promoción de la salud se titula “Experiencias locales de Promoción: aprendizajes y desafíos” invita a compartir las estrategias y a recoger experiencias locales de promoción en salud, cómo se ha trabajado y abordado la promoción localmente

El objetivo es que esta instancia sea un espacio de reflexión crítica, compartiendo las experiencias, los saberes y los aprendizajes que se han ido construyendo en este tiempo, desde las prácticas locales; rescatar los conocimientos adquiridos que han resultado en el proceso y también es un poco ir construyendo miradas propias, locales, de la región. La pandemia, pese

a todas las dificultades, nos ha permitido revisar esas prácticas y aprendizajes, de mirar y de cuestionar la forma como lo hemos hecho y como también podemos seguir haciéndolo y trascender quizá un poco esos enfoques biomédicos que también fue algo que hemos ido conversando en los anteriores diálogos, respecto de cómo la promoción de la salud se hace con la comunidad principalmente. La invitación es a pensar la salud y pensar en salud más allá del box.

En este diálogo contamos con tres invitadas, **Ketty San Martín** de Lautaro, **Andrea Molina** de Pitrufquén y **María Teresa Gonzalez** de Loncoche.



Arriba. Tercer diálogo, 18 de noviembre 2020.



Ketty San Martín Herrera

Nutricionista, Encargada Comunal de Promoción, del Departamento de Salud Municipal de Lautaro

Presentación

Buenas tardes a todos, feliz de esta invitación, de poder compartir con ustedes una larga experiencia en promoción de salud. Yo creo que soy de las profesionales más antiguas que quedamos dentro del equipo de promoción, junto con algunas de las colegas de algunas otras comunas, prácticamente desde que egresé.

Un poco de historia

Haciendo un poco de historia, porque conozco la promoción desde un inicio, la promoción comenzó a nivel nacional como en el año '98. Desde ahí ha ido madurando o cambiando a través de los años. Comencé trabajando en Loncoche en promoción de salud, cuando era prácticamente una recién egresada y ahí comencé mi carrera de promoción. En el servicio de salud en esos años se dio la posibilidad de capacitar a dos o tres profesionales en promoción de salud. Me capacité y posteriormente me contrataron en algunos municipios para ayudar a implementar la promoción de la salud y formar los equipos, que en esa época se llamaban "Comisiones Vida Chile". Posteriormente a fines de 1999, llegué a Lautaro a apoyar al alcalde de esa

época con el trabajo de promoción e implementación, porque Lautaro al igual que Loncoche era una comuna que se había comprometido fuertemente y habían comenzado un trabajo de promoción, liderando a nivel nacional a los alcaldes en trabajo de las comunas.

El trabajo de promoción empezó fuerte en esos años, más desde los municipios que desde la propia salud, quienes tocaron la puerta y empezaron a trabajar con fuerza en las comunas. Formaron una red de alcaldes; algunos alcaldes fueron a un congreso de promoción en México, uno de los países sudamericanos con gran experiencia en promoción local. Estos alcaldes empezaron a formar un movimiento, que se mantiene hasta el día de hoy y es la red de comunas saludables, y entre ellas en el sur de Chile, estaba Loncoche y Lautaro, de las que recuerdo que trabajamos bastante, Cunco también, si no me equivoco.

Cuando recién comenzó la promoción de la salud, era un gran abanico, pues era tan amplia la cantidad de condicionantes que se trabajaban que era difícil abordarlas y lograr metas en un año. Incluía desde lo que era salud sexual, salud mental además de acti-



vidad física, promoción de alimentación saludable, entre otras. Entonces se trataba de abordar con los recursos que llegaban, que hasta el día de hoy no son muchos -es un aporte en que de hecho el municipio debe inyectar también fondos para que esto se pueda ejecutar. Entonces se nos hacía muy complejo, en un pequeño espacio anual cumplir con metas reales y con un plan que tuviera impacto. Esto pasó por varios años porque en definitiva la cantidad de condicionantes eran tantas que era difícil evaluar. Uno de los talones de Aquiles de la promoción de la salud es ser difícilmente evaluable, más aún cuando teníamos ocho, nueve condicionantes que abordar.

Con el tiempo eso se fue acotando ya que fueron apareciendo, a nivel del Ministerio de Salud y de otros servicios, otros programas que abordaban esas condicionantes específicas, entonces así aparece el programa de salud mental; posteriormente aparece un programa de alcohol y droga; el programa del adolescente, temas que en un comienzo promoción de salud también abordaba. Entonces esos temas se fueron a programas específicos y la promoción de salud se fue acotando y se fue hacia la promoción de estilo de vida saludable, principalmente a través de lo que es promoción de la alimentación saludable y promoción de la actividad física. Así fue haciendo un poco la historia cómo la promoción ha llegado a focalizarse en estos temas.

La promoción de salud se construye con la comunidad y las autoridades comunales

¿Que ha tenido de bueno y malo esto? A mi parecer, y me hago cargo porque son mis opiniones por los años que llevo trabajando en esto, que si bien se fue de cierta forma encaminando el trabajo de la promoción hacia esta temática de los estilos de vida salu-

“La promoción de la salud, era un amplio abanico, pues era tan amplia la cantidad de condicionantes que se trabajaban que era difícil de abordarlas y lograr metas en un año”.

dable, también fue restringiendo el trabajo con la comunidad. A través de todos los años, nos han pedido que vayamos realizando diálogos, conversatorios, diagnósticos participativos. No obstante, al final igual queda una sensación en la comunidad y en los equipos de que generamos estos diálogos, generamos este trabajo comunitario, pero al final igual en cierta forma les terminamos induciendo a que el foco en la promoción es la actividad física y la formación de estilos de vida saludable y alimentación saludable. Es un poco la problemática que hemos tenido muchas veces cuando hacemos estos diálogos de promoción con la comunidad, cuando hacemos este trabajo participativo. Porque la promoción de la salud se tiene que construir con la comunidad y es el pilar fundamental para que pueda tener sustento y tenga una proyección, debe ser trabajado con la comunidad.

Esta ha sido un poco la discusión que hemos tenido los encargados de promoción al hacernos trabajar con la comunidad y posteriormente terminamos nuevamente dejando la necesidad de la comunidad fuera, los requerimientos de la comunidad fuera, o si no, tratamos de abordarlos en cierta forma dentro de estas temáticas, que son las directrices que nos entregan desde el nivel central.



Lo otro que también me gustaría hacer mención es que yo llevo trabajando muchos años en promoción de salud y he estado con diferentes gobiernos en este trabajo, y se ha notado como cada gobierno inyecta o transforma estos planes de promoción, algunos con más o con menos participación ciudadana. Eso se ha visto, en cada gobierno existe una forma de abordar la promoción de salud. Con algunos hemos avanzado mucho, posteriormente llega un nuevo gobierno y lo que hemos avanzado, retrocedemos especialmente en el trabajo con la comunidad. Entonces así como en algunos gobiernos hemos tenido el camino para trabajar en amplios diálogos, tratar de tomar la opinión de la comunidad; posteriormente hay cambio de gobierno y las directrices son estas y no nos podemos salir de ahí y el trabajo con la comunidad está en cierta forma en el papel, pero no en la práctica, que es otra cosa también que ha sido un talón de Aquiles en estos años de la promoción.

Por otro lado siento, es una opinión personal, que desde que comenzó el abordaje en los planes en centros de salud, desde la mirada de lo que es la salud familiar, como que nos confundimos. Desde que comenzamos con el trabajo del MAIS en los centros de

“Sabido que la promoción de la salud, es una piedra angular de la atención primaria, todavía muchos profesionales creen que salir a trabajar con la comunidad no es bien visto o no es bien valorado”.

salud, el compromiso con la promoción disminuyó, porque basta con tener guía anticipatoria de promoción en salud para cumplir con la promoción de salud. Por lo tanto en los centros de salud, hay muchos profesionales dispuestos a trabajar en promoción de salud pero nuevamente el trabajo clínico, el trabajo intra box, es más valorado, es más importante que el trabajo en terreno con la comunidad. Sabiendo todos que la promoción de la salud, es una piedra angular de la atención primaria, todavía muchos profesionales se suman a esto de que salir a trabajar con la comunidad no es bien visto o no es bien valorado. Entonces las agendas de los profesionales están llenas con atenciones clínicas, que es lo que evalúan posteriormente los servicios o desde el Ministerio a nivel nacional. Y el trabajo promocional no tiene ni la valoración desde los equipos ni el reconocimiento necesario, entonces, empieza a existir una especie de agotamiento en los profesionales que les gusta trabajar en promoción de salud y les gusta trabajar con la comunidad. Creo que ese es un gran desafío: poder ponernos de acuerdo. Porque desde el Ministerio de Salud, tenemos el abordaje cómo ve la promoción de la salud el Servicio de Salud y cómo ve la promoción de la salud la Seremi de Salud, y es ahí donde las cosas muchas veces no confluyen en el mismo camino. Ahí es donde empiezan también un poco estos desencuentros a nivel comunal entre los que somos encargados de promoción y también los que tienen a cargo los centros de salud familiar. Porque la promoción de la salud, lo que les piden por un lugar y lo que nos miden a nosotros por otro, no están en conexión o en sintonía. Eso también creo es fundamental poder verlo. Lo hemos conversado en muchas reuniones de encargados comunales de promoción y esto debe lograr estar en mayor sintonía.



Considerando la historia también, estoy convencida que la promoción de la salud depende mucho de los equipos comunales y también del apoyo de la autoridad comunal. En los años que yo llevo aquí hay diferencias enormes entre alcaldes y alcaldes. Hay alcaldes que valoran mucho el trabajo que se hace en los equipos de salud en promoción, como hay alcaldes que han estado y no lo resaltan, no lo validan y no lo valoran como corresponde, y por lo tanto en esos años la promoción en salud se ha visto disminuida en cuanto al impacto que tiene en la comunidad. Porque la promoción en salud depende mucho de los líderes y principalmente de la autoridad comunal, sobre todo para la implementación de las políticas públicas. La idea es ir integrando las políticas a nivel comunal.

Una cosa exitosa que hemos tenido en la comuna de Lautaro es el apoyo de los alcaldes, el apoyo de la dirección del Departamento de Salud en todos los años, y de un equipo conformado, y del trabajo en red. Eso nos ha traído muy buenos resultados y hemos logrado ser destacados incluso en nivel internacional en varias ocasiones. Como comuna hemos estado presentando incluso fuera del país o en Santiago. Hemos sido destacados por el trabajo con educación, con la unidad de deporte, el trabajo con DIDECO. Esto nos ha traído buenos dividendos que es el trabajo que seguimos haciendo hasta el día de hoy, donde generamos acciones en conjunto. Muchas veces nos pasaba cuando íbamos en este camino del aprendizaje, que teníamos una actividad en la mañana con la unidad de deporte, en la tarde promoción y quizás más tarde o al día siguiente el departamento de educación con el mismo grupo etario, con los mismos beneficiarios. Entonces el trabajar en red es fundamental para que la promoción de salud tenga el impacto que esperamos, la optimi-

zación de recursos financieros y también la llegada a la población y a la comunidad, se ve como un trabajo en conjunto, más potente, y también la gente percibe que estamos trabajando en sintonía. De hecho en los diagnósticos que hemos realizado con la comunidad, las personas piden eso, que se note que el municipio a través de sus diferentes departamentos trabajan en red, en conjunto y que estemos alineados en un solo fin. Entonces por eso hoy en día muchas actividades del plan de promoción en salud las ejecutamos entre las tres unidades, unidad de deporte, de educación y el departamento de salud.

Los planes de promoción en general tienen directrices bien claras y son bien acotados y tienen sus rigideces. Pero eso no quita que el trabajo de promoción desde la comuna se pueda ampliar un poco el abanico y el abordaje de muchas acciones, lo cual va a depender, como ya lo he señalado, del apoyo de la autoridad local y de los recursos que se dispongan desde la dirección y desde la comuna. Esto es lo que permitiría aprovechar de abordar otras cosas, donde se cruzan por ejemplo desde promoción de la salud,

“El trabajar en red es fundamental para que la promoción de salud tenga el impacto que esperamos; la optimización de recursos financieros y también la llegada a la comunidad, se ve como un trabajo en conjunto, más potente”.



el tema de los perros vagos, que muchas veces sale en los diagnósticos comunales y otras condicionantes importantes de abordar. Sin embargo, en estricto rigor los planes hoy en día ¿cómo están? están básicamente rígidos, sin mayor capacidad que uno pueda salirse un poco con otras condicionantes.

Los recursos financieros tienen que ser potenciados con otros departamentos existentes en el municipio o vía inyección directa del municipio o desde el departamento de salud. Por lo tanto, para que pueda ampliarse el abanico de recursos tiene que trabajarse intersectorialmente, tiene que trabajarse con los otros departamentos y los otros departamentos inyectan sus recursos. Muchas actividades que hacemos bajo la mirada de promoción de salud van recursos del departamento de educación, de la unidad de DIDECO, recursos de la unidad de deporte, o del departamento de salud que inyecta recursos además para mejorar aún más en el trabajo en promoción de salud. Así que claramente los recursos que vienen del ministerio de salud son una inyección, para motivar; pero la gestión, la capacidad de trabajar en red debe ser fundamental para trabajar en promoción de salud.

Cuando la participación emana del exterior no resulta efectivamente, es así con muchas actividades de promoción que se hicieron por mucho tiempo, o se han hecho en las comunas y vemos que no tienen impacto. Porque salen desde el equipo creyendo que vamos a dar solución o respuesta a un problema, cuando el problema no es sentido por la comunidad. Muchas veces uno dice “hacemos actividades y la gente no llega”, bueno la gente no llega porque no lo ve tampoco como una necesidad o no lo ve como un problema. Es muy importante también tenerlo claro, ósea, las actividades tienen que salir desde la comunidad para que puedan tener el impacto, y eso es lo otro importante, la promoción de la salud no puede hacer una actividad, tiene que ser un programa de trabajo, o sea, también se discute mucho que algunas veces hacemos miles de actividades y no tenemos impacto. Claro porque no es un programa elaborado y que tenga una consecuencia, por eso se inventaron los planes trianuales, porque en definitiva puedan tener una continuidad y no nos transformemos en un plan de promoción lleno de actividades, sino un plan de trabajo para que pueda tener un impacto.



Arriba. Ketty San Martín Herrera en el tercer diálogo, 18 de noviembre 2020.



En pandemia: la promoción de salud debe reinventarse y seguir trabajando con la comunidad

Incluso esto que nos ha traído la pandemia, de reinventarnos, de tener que trabajar de forma distinta, si bien los primeros meses quizás nos vimos un poco estancados por la pandemia y sobre cómo vamos a abordar en este contexto el trabajo en promoción, después tuvimos que reaccionar y buscar formas de trabajar. Ahora nos hemos dado cuenta que la promoción de la salud tampoco la podemos dejar de lado y tenemos que sumarnos a como lo hace el resto a través de la tecnología.

Entonces, esto a lo mejor ya llegó para quedarse, vamos a tener que reinventarnos y reinventar las formas de cómo educar a la población e incluso muchas reuniones se pueden hacer por zoom. Si bien están las brechas tecnológicas, que muchos lugares no tienen acceso, que no todos tienen la capacidad para poder conectarse, esta pandemia nos ha demostrado que existe mucho hoy en día el analfabetismo digital, que era un término que antiguamente no existía y también como trabajar con los adultos mayores, que son los que con esta nueva modalidad de trabajar, más nos cuesta llegar.

¿En Lautaro ahora como lo estamos haciendo? Ayer hicimos lanzamiento de una encuesta para evaluar el plan de promoción en salud. Hicimos un video con relaciones públicas y esta encuesta se empezó a aplicar el día de hoy, y la estamos difundiendo por todos los whatsapp de los grupos de los centros de salud que existen. En esa encuesta estamos preguntando pre pandemia ¿cómo ven la promoción de la salud? y posteriormente hoy en día ¿cómo estamos?, ¿cómo se han visto afectados desde la pandemia en la salud mental? Entonces existen formas para trabajar, hay que

reinventarse, hay que reunirse, hay que buscar nuevas estrategias, y eso nos pone un gran desafío a los equipos de salud, de cómo llegar a la comunidad a través de las tecnologías actuales.

También hoy hicimos el lanzamiento del concurso Mini Master Chef, que lo llevábamos haciendo ya hace dos años en la comuna. Este el tercer año, por lo tanto este año lo vamos a hacer a través de plataformas de Zoom. Vamos a hacer que los niños entreguen sus videos desde las casas con anterioridad, por la eventualidad de que el día que se haga el concurso algún niño no pueda conectarse o tenga alguna dificultad en la conexión. Hay que ir reinventándose, hay que ir buscando la forma de cómo trabajar con la comunidad.

A todos la pandemia nos ha pillado de golpe y tuvimos quizá unos meses como de congelamiento, por decirlo de alguna manera, que no sabíamos cómo reaccionar. Pero ya tenemos que ir despertando, tenemos que ir buscando formas de trabajar en los diferentes programas del Ministerio de Salud. Por ejemplo, también el programa, que se cruza mucho con promoción de salud, el programa “Elige Vida Sana”, los profesores, las nutricionistas siguen enviando materiales a sus grupos a través de plataformas virtuales, whatsapp con los grupos de las usuarias de la actividad física. Nos hemos tenido que reinventar en general para ir mejorando el acceso.

Como les decía, ahora estamos haciendo un diagnóstico igual, pero lo estamos haciendo vía virtual. Ahí les vamos a contar más adelante cómo nos va. Es un gran desafío y como todo, la promoción de la salud ha ido mutando, ha ido evolucionando, y hay cosas como buenas, como también hay cosas que habría que mejorar, pero es un desafío para todos. Muchas gracias.



Andrea Molina Molina

Kinesióloga, encargada comunal del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario del Cesfam de Pitrufulquén

Presentación

Hola a todos, me gustó mucho la presentación de Ketty, porque tal vez vamos a ver distintas miradas, yo me fui por otro lado, entonces es como bueno ver la diversidad de las comunas y ver todos los enfoques que podamos realizar.

¿Por qué cuesta tanto el tema de la promoción en salud?

Me quise enfocar en la pregunta ¿por qué cuesta tanto el tema de la promoción en salud? Por qué es el hermano pobre, el menos mirado o querido en realidad. Para mí por lo menos, si bien es una de las tareas que más me gusta, es una de las tareas más difíciles. Fundamentalmente creo por la formación de pregrado que tienen muchos, y por el desconocimiento también de qué significa la promoción. Otras razones son: el miedo al cambio en aquellos profesionales que ya llevan años en la clínica, la valorización del trabajo clínico, el miedo a hacer una cosa distinta; la falta de tiempo, o más bien la mala distribución de este tiempo. A veces nos piden muchas actividades

de promoción, sin embargo todos los años nos hacen hacer una programación y queda muy poco tiempo para hacer estas tareas de promoción. En la realidad cuesta mucho ser encargadas de promoción, si bien nos gusta mucho, y a los encargados de salud familiar también nos cuesta mucho en la realidad hacer la promoción, aunque nos guste.

En nuestra comuna una de las temáticas más abordadas que tenemos es a través, como decía en Lautaro, del “Elige Vida Sana”, pero también del “Más Adultos Mayores Autovalentes”, un programa que ya lleva cerca de cuatro años en Pitrufulquén, que se preocupa de nuestras personas mayores de 60 años. En pandemia ha seguido funcionando de una manera súper importante en el acompañamiento de nuestras personas mayores. Hemos desarrollado planes participativos en salud a través de los diagnósticos participativos, y en estos, el equipo de la UFRO nos ha ayudado mucho. Yo he aprendido mucho de las técnicas participativas, si no hubiese sido por ellos seguiría preguntando las mismas cosas que siempre se preguntan.

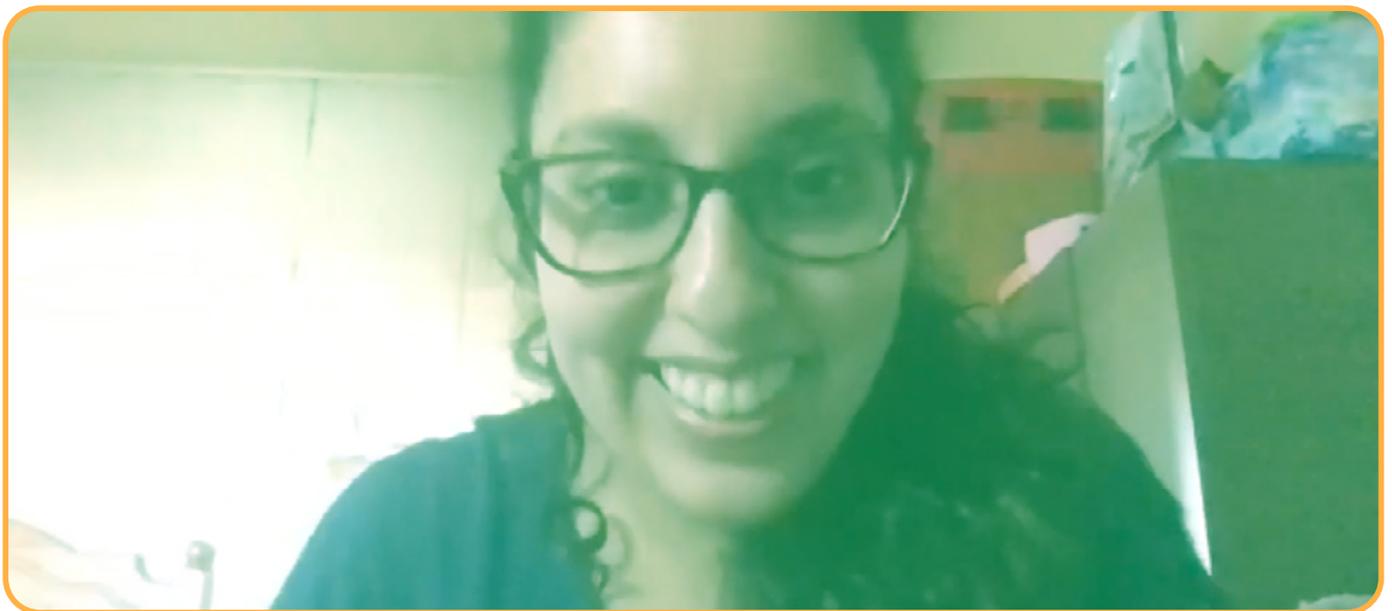


Buenas prácticas de Promoción desde el CESFAM

Hemos tenido algunas buenas prácticas como “el salud en tu barrio”, la alfabetización digital para personas mayores, nuestro plan de promoción de salud -no me voy a ahondar mucho porque Kety ya explicó más o menos y ahondó en eso- y la entrega de las guías anticipatorias. Es un elemento que se ve dentro de la pauta MAIS que no está solamente en la entrega, sino que también contempla algunos otros aspectos.

Por ejemplo, el programa “más adulto mayor autovalente”, es uno de los programas más exitosos que tenemos en la comuna donde incluso algunos no querían ser dados de alta. Contempla un plan de intervención que dura tres meses más o menos de extensión y luego se van insertos a la comunidad, a algún grupo. Muchos de ellos no se quieren ir por el hecho de que les gusta pertenecer a este grupo y no solamente ser capacitado en la parte física y cognitiva, sino también en la parte social y no lo quieren dejar. Tenemos nuestra alfabetización digital que fue una buena práctica que ganamos el año pasado a través del servicio de

salud donde pudimos adquirir algunos elementos para enseñar a las personas mayores a ocupar un smartphone. Pudimos comprar algunas tablets que simulaban smartphone y ayudarles a utilizar redes sociales, whatsapp, Facebook; herramientas que ya están utilizando. En realidad este año estamos orgullosos de ellos, porque hemos estado ocupando estas plataformas ahora en pandemia y nos ha tocado que muchos de ellos se han comunicado con nosotros a través de whatsapp. Fue un orgullo que pudimos aportar con ese granito de arena. Para nosotras con el equipo del programa fue un proceso de aprendizaje. Ellos aprendieron a usar su celular y para nosotras fue un proceso de aprendizaje hermoso, una experiencia que nosotros no habíamos tenido y fue muy diferente a lo que nosotros creíamos que iba a ser. Y –pretendemos seguir aplicando–, los adultos mayores tuvieron su ceremonia de graduación con gente de la SENAMA; siendo para algunos su primera ceremonia de graduación; muchos de ellos no se habían graduado ni de básica ni



Arriba. Andrea Molina Molina en el tercer diálogo, 18 de noviembre 2020.



de media pero sí tuvieron su ceremonia de graduación en este curso de alfabetización digital.

Tenemos un consejo consultivo de jóvenes, que si bien ahora se comunican a través de whatsapp, antes funcionaba muy bien. Ellos participaban activamente del consejo de desarrollo local que nos juntábamos una vez al mes. Tenemos plazas saludables donde contamos con el apoyo continuo de la autoridad local y el departamento de salud. Tenemos las olimpiadas senior de la primavera, donde como equipo hemos dado curso a nuestra creatividad y entusiasmo. Hemos logrado buena participación e integración de las personas mayores. Como sabrán nuestra comuna es una comuna muy envejecida y va un poco más hacia allá nuestro enfoque.

Tenemos nuestro “salud en tu barrio” que fue una buena práctica que ganamos en el servicio de salud dos años 2017-2018, donde pudimos adquirir algunos elementos para ir a hacer promoción de la salud a las villas y a las sedes vecinales. La idea era llevar el Cesfam al barrio, ir a entregar promoción de salud. Por ejemplo, si había algún colegio cercano se iban a enseñar técnicas de reanimación o se enseñaban orientaciones de salud sexual, según el entorno a qué íbamos. Fue muy bien recibido, los dirigentes vecinales pedían todos los años que se hiciera el “salud en tu barrio”. Algo que logramos como equipo de salud familiar es que pudiera dejarse agenda bloqueada para los “salud en tu barrio”.

Hemos hecho algunas otras cosas en cuanto a las personas mayores, desde el 2017 realizamos el simposio del adulto mayor. El primero fue enfocado a profesionales que trabajan con personas mayores, y el segundo se

“Con los diagnósticos participativos hemos aprendido a preguntar lo que quiere la gente y no a suponer lo que nosotros creemos que quiere la gente”.

convocó a personas mayores enfocado en promoción, con la participación de una médico geriatra, a quien pudieron preguntarle todas las dudas que tenían.

Tenemos nuestro consejo de desarrollo local, que funciona ahora a través de whatsapp, nos juntamos todos los meses. La mayoría son dirigentes vecinales, hay también representantes de colegios, presidentes de centros de alumnos, a veces van representantes de carabineros, PDI.

También en cuanto a promoción de la salud por ejemplo, hacíamos actividades al aire libre, cuando todavía podíamos hacer actividad masivas. Donde podíamos hacer actividades preventivas y promocionales para fortalecer los hábitos de vida saludable de las personas.

Los diagnósticos participativos con técnicas de investigación-acción-participación, que fue algo que aprendimos con el equipo de la UFRO a través del trabajo conjunto. Técnicas que utilizamos para la elaboración de los planes de promoción. Hemos aprendido a preguntar lo que quiere la gente y no a suponer lo que nosotros creemos que quiere la gente.



Yo creo que muchas veces se parte en forma errónea en los diagnósticos participativos. Se suele dar los temas previamente: la mesa de medio ambiente, la mesa de reciclaje, la mesa de salud, cuando yo no sé si la gente quiere hablar de reciclaje, yo no sé si la gente quiere hablar de perro vago. Entonces muchas comunas caen en ese error, de no presentar un lienzo en blanco a la gente y partir desde las propias ideas de los equipos y no desde qué quieren ellos. No pensar lo que nosotros creemos que ellos piensan, y que es un proceso también, no es un proceso de un día. Yo aprendí eso haciendo diagnóstico participativo con el equipo de la Ufro, no es un proceso de un día, sino que es un proceso que pueden ser meses o años, para conocer qué quiere realmente la gente.

Creo que si es algo que nace de la comunidad y se puede sacar un poco de recursos desde el MAIS o ver desde otros departamentos, o depende también si se requieren o no muchos recursos. Personalmente, yo no pido mucho permiso, presenté la opción o la idea más que pedir permiso. Ciertamente también va en como uno presente la actividad. Muchas ideas salen de los diagnósticos participativos, de las cosas que dice la gente, son muy buenas ideas. Por eso generalmente

“Debemos considerar al equipo de salud como un pilar fundamental para el trabajo de promoción y que debe haber una relación horizontal del equipo”.

nosotros más presentamos que pedimos permiso para incorporar nuevas acciones en el plan.

Cuando llegó la pandemia, como dijo Ketty ¿qué hacemos? Nuestros mejores aliados; redes sociales, Facebook, fanpage del Departamento de Salud, whatsapp Business, y aprovechar todas las instancias que teníamos de comunicación y de contactos con la comunidad, como la entrega de medicamento, la entrega de alimentos y las visitas domiciliarias. Por ejemplo, en cada entrega de medicamentos a personas mayores o con personas que tenían a cargo personas mayores se les entregaba un díptico con ejercicios que podían realizar en casa. El equipo del Mas adulto mayor autovalente se encargaron también este año de entregar kit de ejercicios, mancuernas, bandas elásticas, y de hacer muchos acompañamientos semanales a las personas mayores, de preocuparse de sus medicamentos, de preocuparse del acompañamiento psicológico, y un acompañamiento médico, si era necesario.

Mucha promoción a través de la fanpage del Departamento de Salud. La idea es mantener una fanpage activa que todos los días se esté actualizando, y que la gente pueda tener acceso a hacer preguntas. En salud mental, mantenemos un teléfono activo, para ello. Y nuestro caballito de batalla, desde donde entregamos la mayoría de nuestra promoción y nuestras guías anticipatorias es a través del WhatsApp Business. Para ello todos los teléfonos de box se anclaron a los celulares de los profesionales, y por ejemplo, todo lo que era guía anticipatoria de lactancia, crecimiento, etc. se iba entregando a los usuarios a través de whatsapp; y todas las consultas se iban realizando a través de whatsapp. La idea es que hubiese un distanciamiento



físico pero que no hubiese un distanciamiento social ni afectivo entre los funcionarios, entre los profesionales o los equipos de cabecera y la comunidad. Esta estrategia ha servido mucho, fue nuestro mayor logro.

¿Quiénes hacen promoción en el equipo?

Somos tres sectores en el Cesfam de Pitrufquén, amarillo, azul, verde y soy encargada del equipo amarillo. ¿Quiénes hacen promoción en mi equipo y en los otros equipos? Todos, desde el Tens hasta el médico. Debemos considerar al equipo de salud como un pilar fundamental y que debe haber una relación horizontal del equipo; el médico no es más ni el Tens es menos. También son un aliado los dirigentes vecinales a través del consejo de desarrollo local, generalmente quien guía el equipo es el jefe de sector, quien lo guía y no lo manda. Es lo mismo que yo creo con mi equipo, el jefe o el guía o el líder no manda al equipo, por lo tanto debemos preocuparnos de nuestro equipo, para poder hacer un mejor trabajo de promoción.

Todos los años también nos preocupamos de la formación de nuestros equipos, me encargo de que el equipo se capacite, de buscar metodologías participativas, de que ellos se puedan inscribir en cursos, etc.

Hicimos también jornadas de intersector en tiempos de Covid, donde también nos acompaña un equipo de la UFRO. En estas jornadas como equipo nos capacitamos en temas relacionados al Covid y ver como nosotros podíamos también ayudar a nuestra comunidad, mantener las reuniones del sector.

¿Qué resulta y qué no resulta?

Quedarse “dormido en los laureles”. De repente los planes ministeriales son demasiado planos al igual como decían en Lautaro, a veces hay que no hacerles mucho caso, para recoger lo que la gente está pidiendo y tiene que ver con promoción. Se debe ser proactivo, buscar proyectos, yo creo que debe haber cierto grado de locura e inquietud, se debe ser un poco soñadora, porque hay que ser creativo para llegar a la gente. Llegar a un adulto no es lo mismo que llegar a un niño. Y es importante dejar presupuesto o lograr convencer al jefe y a los de más arriba, para dejar presupuesto para estos temas que emergen en la comunidad.

Dar continuidad: todos nuestros proyectos han tenido continuidad, nos seguimos comunicando con nuestra comunidad. Tenemos un próximo estudio VIVIFRIL, es un proyecto de ejercicio estructurado para personas mayores, que lo queremos hacer en Pitrufquén. Muchas personas que eran autovalentes sin riesgo o con riesgos, producto de la pandemia, se han vuelto en riesgo de dependencia o dependientes, y queremos

“Uso de redes sociales en pandemia: la idea es que hubiese un distanciamiento físico, no un distanciamiento social ni afectivo entre los funcionarios, y la comunidad”.



entrar a ver un poquito, saber qué pasó. Se seguirán ocupando las redes sociales post pandemia ¿Por qué no? ¿Por qué no seguir ocupando WhatsApp? ¿Por qué no seguir ocupando las redes sociales, los grupos Facebook, las reuniones de zoom... si es algo que se puede ocupar?

Y algunos tips: liderazgo positivo, el líder es quien se preocupa del estado de ánimo de su equipo, esto lo considero muy importante, porque si hay confianza con el líder, con el jefe de sector, con el encargado promoción, con el encargado MAIS; el equipo tam-

bién va a estar contento de hacer promoción. Promoción no sólo es entregar un papelito o globito, no es solamente pararse en la plaza a entregar el globito del mes del cáncer, sino que es empoderar a la persona de lo que puede hacer y de los cambios que puede tener. Y algo para mí que es muy importante, es que hay que creerse William Wallace, para mí William Wallace nos muestra que hay que luchar por el equipo y por la comunidad al mismo tiempo, ese es mi lema al menos.



Arriba. Andrea Molina Molina en el tercer diálogo, 18 de noviembre 2020.



María Teresa González Rodríguez

Socióloga, con vasta experiencia en participación en salud y en estrategia desarrollo local, ha trabajado en participación en el Servicio de Salud de Araucanía Sur y actualmente trabaja en el Departamento de Salud Municipal de Loncoche como encargada de producción y de gestión territorial

Presentación

Hola, buenas tardes, muchas gracias por este espacio de reflexión. La verdad no voy a hablar de experiencias particulares y me gustaría hacer un poquito de abstracción. Me parece importante poder situar estas primeras reflexiones respecto a las estrategias y orientaciones metodológicas desplegadas por el nivel central.

Contradicciones entre el “ser y hacer” en la Promoción y participación

Las metodologías que se han desplegado por el nivel central aplicadas hasta ahora en promoción y participación, considerando estos elementos interrelacionados y pensando que al centro estamos todos, las familias, los usuarios, los colectivos. El punto está en que ¿cómo no caer en una tautología? o en una repetición innecesaria de retórica y sacudirnos de esa atmósfera que a mí me parece un poco ingenua. ¿A qué me refiero? lo estoy viendo de una manera más sistémica, cuando nos referimos a todos estos conceptos que empiezan a dar vuelta, por ejemplo, como los determinantes sociales. Hablamos de ellos y los mencionamos pero yo no sé si nos hacemos, no es que nos tengamos

que hacer nosotros directamente cargo de ello, pero sí un análisis un poquitito más profundo. Sabemos que los DSS son las condiciones en los cuales nosotros vivimos y trabajamos, las que se traducen en los efectos en nuestra salud, porque a veces hablamos de salud y hablamos de los otros sin incluirnos, la esfera de la salud no es independiente de la esfera social. Entonces cuando mencionamos los determinantes sociales, también me parece importante considerar la forma en que la sociedad está organizada y estructurada, porque eso influye significativamente en la distribución de la enfermedad, y analizar por otro lado la enfermedad sin estudiar su conexión con la estructura social significa que olvidamos una parte importante del problema. También es importante, visibilizar y establecer esa conexión entre esa estructura social, la salud y la enfermedad, porque es necesario investigar la forma en que esos factores sociales influyen en nuestra salud. Es imprescindible también considerar la importancia que tienen las políticas económicas, alguien podría decir ese no es tema de salud, pero sí, sí es tema. O cuando decimos es que salud no lo puede hacer solo, un eslo-



gan que tiene hace muchos años, bueno entonces, es importante considerar esas políticas económicas que se implementan. La estructura de las organizaciones, la distribución del ingreso, de los recursos, el uso del poder político, económico y social, todo eso afecta la salud y la enfermedad de los seres humanos.

Es importante precisar eso porque a veces parece que no profundizamos o a lo mejor no tenemos tiempo para reparar en ello. Hay muchas investigaciones acerca de los determinantes sociales en la salud en Latinoamérica y muchas de ellas han demostrado que el pertenecer a un grupo o una clase social explica mejor que cualquier otro factor biológico la distribución de la enfermedad, entonces por eso hay que poner atención a lo que llamamos determinantes sociales.

La carga social en salud es un 50% o sea, estamos hablando de algo que es bastante considerable, entonces a veces lo mencionamos en participación, lo mencionamos en promoción, uno lee la documentación del nivel central del ministerio, tanto de la subsecretaría de salud pública, como de red y se menciona, pero a veces tengo la percepción que se menciona de una manera muy ambigua o muy confusa, porque es como hacernos cargo de los determinantes sociales sin tener claridad de las necesidades del territorio que estamos hablando y del colectivo que estamos hablando, de las organizaciones sociales, de la sociedad civil agrupada organizada de las juntas de vecinos, de los consejos desarrollo local en salud, etc.

En el territorio hay prácticas sociales y culturales, hay códigos, hay un proceso histórico, que hay que considerar, y que hay capital social que se hace necesario alimentar esas prácticas sociales de resiliencia,

“La comunidad cuenta con recursos propios que se asientan en su historia de sobrevivencia y ese capital social adquirido es traspasado por generaciones, entonces hay que apoyarse de él también”.

porque las hay. Esto quiere decir que hay que reconocer, hay que valorar y potenciar la capacidad que tiene la comunidad, la población, las organizaciones sociales, porque hay toda una historia, han estado muchas veces expuestas a distintos tipos de amenazas, ya sea por desastres naturales, por recesiones económicas, etc. Y lo han hecho resistiendo, adaptándose, recuperándose. Entonces la comunidad cuenta con recursos propios que se asientan en su historia de sobrevivencia y ese capital social adquirido es traspasado de generaciones, entonces hay que apoyarse de él también. Por eso que el territorio no es sinónimo de un espacio geográfico ni de límite administrativo, es donde se expresan las relaciones y los intereses y muchas veces las contradicciones que hay entre la sociedad civil, la ciudadanía y el estado, ósea, de eso sabemos mucho acá en la Araucanía. Por eso que esa comprensión del territorio supera esos límites administrativos del estado, entonces hay que considerar esa reconfiguración de lógicas culturales y sociales propias de la comunidad.



Lo que ya mencionaba antes, esto del modelo bio-psicosocial, que me gusta más llamarlo el modelo socio-psico biológico, para poner el énfasis en lo social. Entonces en el modelo biomédico se busca evitar la enfermedad, pero en el modelo bio-psicosocial es promover la salud y mejorar la calidad de vida. En uno actuamos sobre la causa; en el otro no, sabemos que la enfermedad, a propósito de los determinantes sociales, son multicausal; hay factores biológicos, ambientales, y muchos otro que actúan sobre estos factores de riesgo. O sea hoy día no contar con agua potable, o contar con agua contaminada que no es bebible es un gran problema, y algo increíble que tenemos comunidades hoy día que no tienen agua. Por otro lado, profesionales y técnicos de la salud, que se consideran que son los únicos competentes y bueno la comunidad tiene mucho que decir y mucho que hacer en eso.

Ahora ¿Cómo se articula está intersectorialidad y territorio, participación y promoción? Es la gran pregunta cómo hoy día con los instrumentos que tenemos, si hay un nivel de articulación y de coordinación. Lo señalaba Ketty al principio, que muchas veces hemos ido disminuyendo en términos de incorporar más la comunidad, y que también depende que cada gobierno, quien va a poner su sello para abordar la promoción o para abordar la participación. Entonces ahí uno queda entrampado, queda como a la deriva, sin embargo hay instrumentos y hay definiciones que, desde mi perspectiva creo que muchas veces no le sacamos más lustre. Me refiero a las orientaciones que a pesar de los cambios de gobierno van quedando igual. Desde ahí entender la participación social y comunitaria como un proceso dinámico que está en constante

construcción y desde ahí, también hoy día, el ministerio sigue diciendo que esta participación se tiene que hacer con pertinencia cultural, social, etc.

Ciertas definiciones no han cambiado del todo, entonces la pregunta es ¿cómo avanzar en eso? para que no se produzca este retroceso o percepción de frustración. Entendiendo que la participación es un proceso dinámico, que fortalecer la capacidad de la gente para participar tiene sentido para que lo hagan de manera deliberativa, que sea vinculante. Ese es el tema, hoy día puede estar en la definición, pero en la práctica muchas veces no es vinculante. Muchas veces se cuentan con instrumentos o con diagnóstico participativo, según ha sido expresado por la comunidad o por la sociedad civil, pero no hay incidencia. Es ahí donde estamos al debe, hay una dualidad complementaria pensando en la participación como un derecho y como estrategia de trabajo comunitario, para que justamente esa participación, como ya lo decían antes Ketty y Andrea, sea un protector de salud.

Sobre la participación desde una mirada clientelar, yo creo que por un lado hay malas prácticas, y por otro lado tenemos que entender la participación como

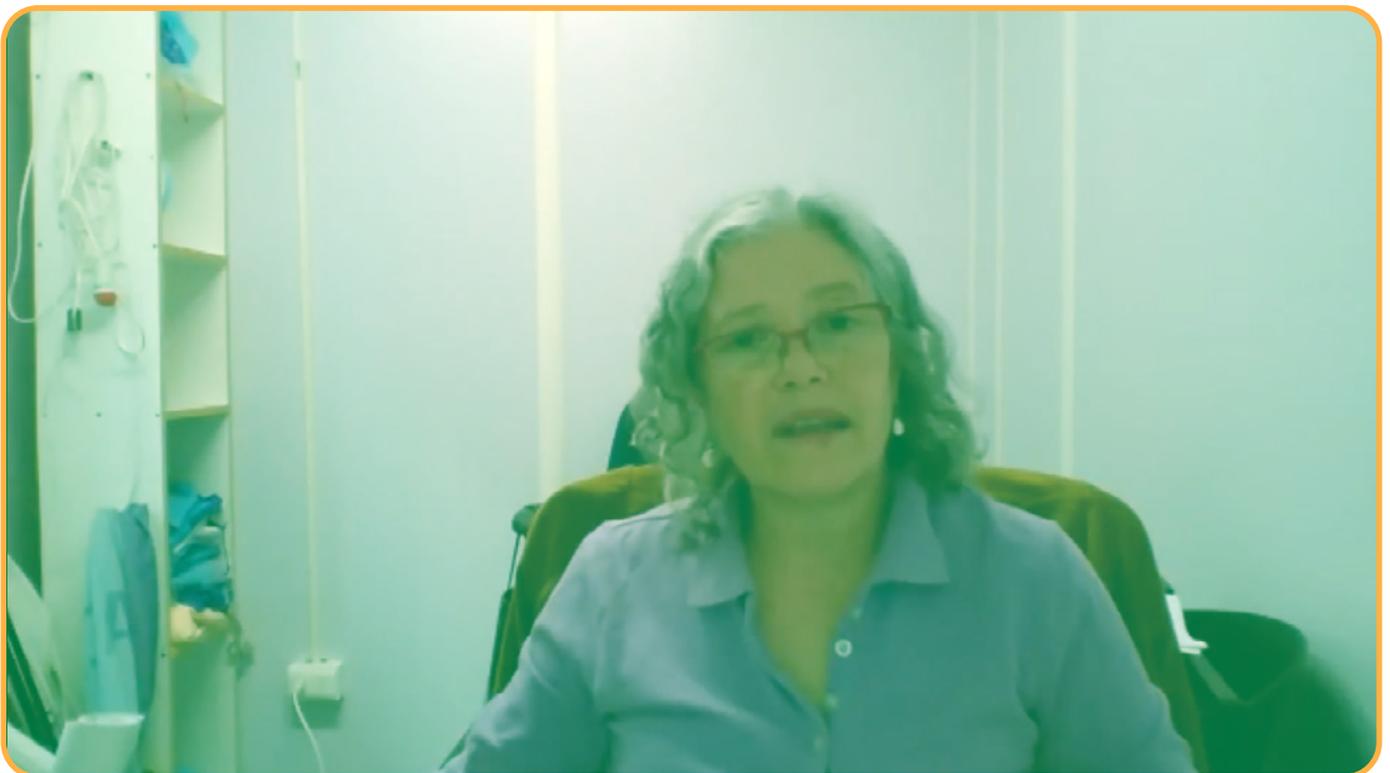
“Cómo nos hacemos cargo de los determinantes sociales sin tener claridad de las necesidades del territorio y del colectivo que estamos hablando, de las organizaciones sociales”.



un derecho. Algunas veces, nosotros podemos llevar a que la comunidad en un diagnóstico plantee uno u otro problema y no necesariamente lo que es sentido por la comunidad, entonces ahí hay bastante manipulación e instrumentalización. Por otro lado, también muchas veces vemos que lo que plantea la comunidad lo consideramos una amenaza. A veces desde salud se opera como a la defensiva, entonces si la comunidad plantea un tema que nos va a incomodar, como que le bajamos el perfil, y creo que ahí es donde hay que tener la apertura para ver que hay temas que no dependen ni de la directora o director del establecimiento, ni tampoco del equipo. Es decir, esa participación cuando no es desde la comunidad, no es desde la sociedad civil, no es sentida, y si nosotros la instrumentalizamos y la hacemos clientes o usuarios, la estamos manipulando. Ahí hay que darle una vuelta porque no hay que verlo como un tema personal cuando la comunidad plantea

temas que nos van a doler, y nos van a doler, entonces ahí hay que hacer la abstracción que no tiene que ver necesariamente con responsabilidades individuales.

Entonces ahí también tenemos varios temas pendientes para superar esa mirada asistencialista y clientelar o instrumental que todavía está. Cuando se logra ver, por ejemplo, la participación que tienen los consejos de desarrollo local, en general en el país, son los mismos de siempre. Se produce todo un clima y una relación entre los funcionarios que trabajan con ellos y la comunidad que es clientelar. La gente sabe que puede conseguir algunas horas o algunos beneficios un poco más rápido, independiente que no esté pensado así, pero eso ocurre y en los diagnósticos aparece. La gente lo señala y los mismos funcionarios de salud también. La participación en la conceptualización está, pero en la práctica no es deliberativa, es solamente consultiva. Por otro lado, también decimos que



Arriba. María Teresa González en el tercer diálogo, 18 de noviembre 2020.



queremos generar habilidades en las personas para el ejercicio de poder decidir a nivel individual, familiar o grupal y también comunitario las temáticas que afectan su salud y su calidad de vida, pero a veces eso no es no es tan así.

El desafío es generar mecanismos, instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, para esa reflexión, para ese análisis de la situación local, para de manera conjunta generar soluciones, fortalecimiento de redes, alianzas estratégicas con los distintos actores del espacio local. Porque el espacio local hay que pensarlo con todos los actores y con todas esas dinámicas.

El otro eje promoción, ya lo han descrito las compañeras. Bueno hay harta historia, aquí Ketty nos contaba un poco, y también hay harta historia a nivel internacional. Hitos internacionales que hay respecto a promoción, la declaración de Alma Ata del año '78, que era salud para todos en el año 2000. La carta de Ottawa que el año '86 define la promoción de salud y de las políticas públicas; la carta de Bangkok en el 2005, que redefine la promoción de salud y adquiere el compromiso para abordar los determinantes sociales de la salud. Hay harto material y tengo la percepción, que uno mete todo esto en la juguera, lo bate bien batido

“La participación en la conceptualización está, pero en la práctica no es deliberativa, es solamente consultiva”.

y sale un híbrido; que muchas veces confunde, porque a lo mejor no contamos con esas habilidades metodológicas para poder abordarlos. Además como tenemos esta separación, que aludía Ketty, donde tenemos la subsecretaría de redes, en el modelo de salud familiar y comunitario, el eje de promoción, la pauta MAIS; y también tenemos en el MAIS la participación social y el eje de intersectorialidad. Ahí, si miramos lo que pide la pauta, sí hay un nivel de articulación y hay un nivel de coordinación esperable. Por otro lado, tenemos desde la subsecretaría de salud pública, el departamento de promoción en salud y participación, ahí tenemos los planes trienales de promoción de salud municipal.

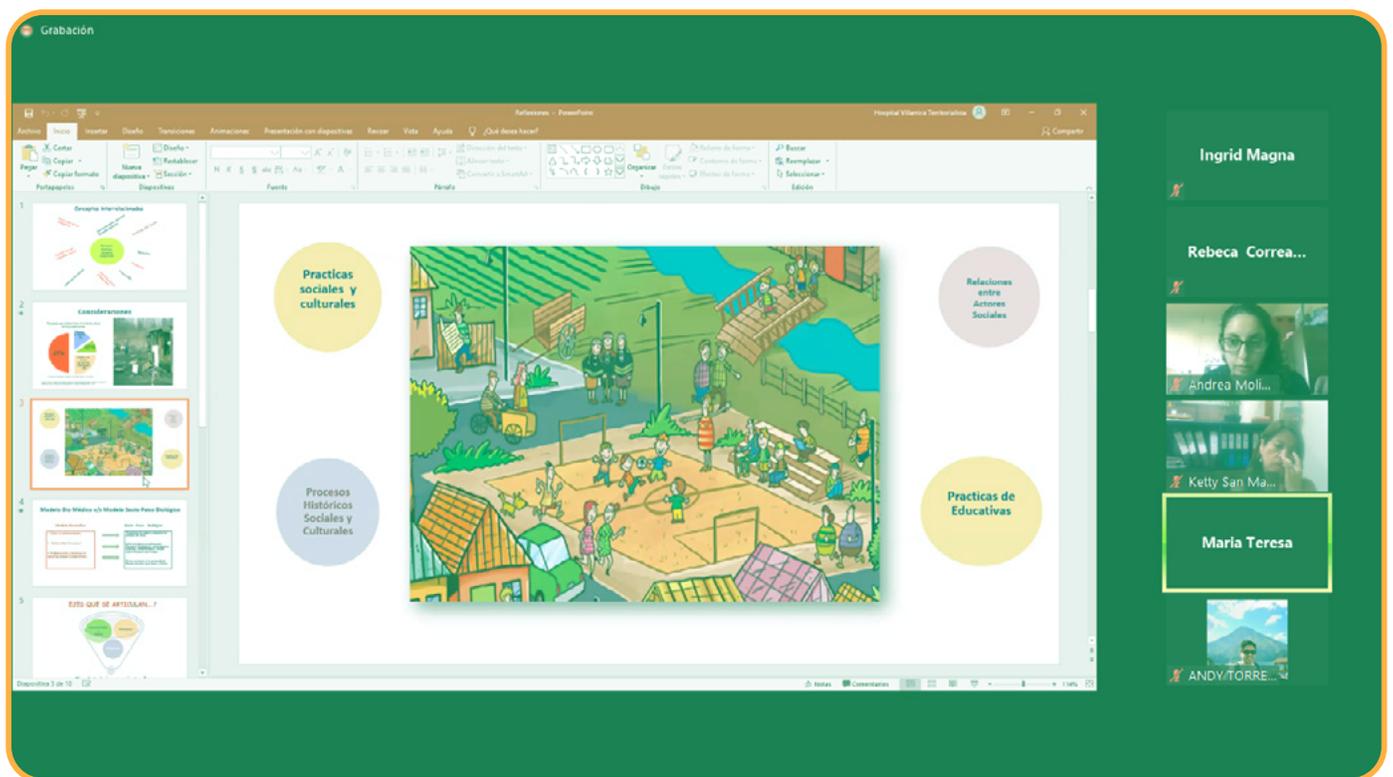
Tenemos instrumentos, tenemos estrategias y el desafío es ¿Cómo poder hacer que estas estrategias efectivamente conversen?, ahí es complejo. Yo creo que a lo mejor faltan más habilidades, más destrezas, a lo mejor más capacidades en los equipos para poder sacarle más lustre. También contamos con otros instrumentos rectores: el PLADECO, el PLASAM, el plan regulador; estos instrumentos también tienen que conversar con salud. El PLADECO, que es un instrumento clave en la gestión municipal, es el instrumento rector y debe ser capaz de expresar esa visión que tiene la comunidad respecto a distintos temas. Entonces la pregunta es ¿La promoción de la salud está reflejada en ese instrumento PLADECO? Si lo pensamos desde el plan regulador, que es un instrumento de planificación local que define la política de desarrollo y los planes para ubicar y distribuir a la población: la planificación territorial, el uso de la tierra, etc. Si la ciudad está enferma cuando no hay planificación territorial, cuando las ciudades crecen y no se piensa en las áreas de



circulación; obviamente la ciudad se va a estresar y eso nos va a estresar a nosotros. Entonces ¿Hay algún nivel de articulación real a nivel local? pensando desde la salud tenemos el PLASAM, que se hace todos los años ¿Está incluido en estos instrumentos?

Veo el nivel central y veo una tremenda brecha: muchas veces las políticas públicas en salud y también otras como vivienda, educación, carecen de calle. Entonces hay un abismo, una distancia, una brecha, entre quienes diseñan esa política pública de salud y quienes tienen que aplicar. El nivel central las diseña y el nivel local las aplica, pero no hay una retroalimen-

tación potente, reflexiva y crítica para incorporar el saber, el conocimiento, y la experiencia de terreno del nivel local y muchas veces el nivel local, léase servicios y comunas, no encuentran ese espacio, no piden ese espacio, no hay debate, y cuando se habla de mejora continua yo creo que es fundamental contar con ese nivel de retroalimentación, sino se produce una asimetría. En muchas ocasiones el nivel local tiene muchas solicitudes y particularidades que responden a contextos que no son la realidad del nivel central o de la región metropolitana. Se requiere más retroalimentación, con rostro pues trabajamos con personas.



Arriba. María Teresa González en el tercer diálogo, 18 de noviembre 2020.

DIÁLOGO 4

Relaciones interculturales en salud

¿Es pertinente la promoción de la salud en los contextos interculturales de La Araucanía?

Experiencias y miradas críticas



Basilio Mulato Llao

Facilitador Intercultural
CESFAM Los Sauces



Doris Huentenao Paillaleo

Asesora cultural
Departamento de Salud,
Municipalidad de Lautaro



Angel Calfuan

TENS CESFAM Trovolhue,
Carahue



Introducción

En este diálogo la invitación es a mirar la promoción de la salud en el contexto de la región de la Araucanía. Hemos tratado de convocar a las distintas voces que convergen en este espacio de trabajo, pero con una premisa que es la mirada crítica, la mirada reflexiva. En este último Diálogo el énfasis va estar en la promoción de la salud desde la mirada de la interculturalidad. Somos una región pluricultural, tenemos la presencia de un pueblo originario como es el pueblo mapuche, el cual nos da una tremenda riqueza y for-

tales, también para encarar estos procesos en promoción de la salud. Invitamos a nuestros panelistas a preguntarnos si la promoción de la salud es pertinente en los contextos interculturales de la Araucanía, conociendo sus experiencias y miradas. No esperamos contestar respuestas definitivas, sino que más bien, una provocación para abrir el diálogo y la conversación. Para eso tenemos tres invitados el día de hoy: don Basilio Mulato Llao, don Ángel Calfuán Manquian y a la señora Doris Huentenao Paillaleo.



Arriba. Cuarto diálogo, 25 de noviembre 2020.



Basilio Mulato Liao

Facilitador Intercultural del Centro de Salud Familiar de la comuna de Los Sauces

Con respecto al tema de lo que es la promoción de la salud y particularmente en lo que a mí me compete con respecto a lo que es la APS “Atención primaria de la Salud”, particularmente en CESFAM, nosotros acá siempre con el equipo nos hemos cuestionado si realmente la salud primaria parte en el CESFAM. Lo que hemos conversado con el equipo es que en realidad la salud primaria parte en la casa, cuando el enfermo está en este caso sea rural o alguno de la comunidad, primero se atiende con sus propios medios, entonces si pudiéramos a lo mejor darle un nombre no sé si sería “atención primaria” la que nosotros hacemos como CESFAM. En ese sentido yo creo que hay muchas personas que se enferman y están dos o tres días en esa situación, sobre todo la gente que vive en la ruralidad, después acuden a los centro de salud. En ese sentido yo creo que esta es la idea de cuál es realmente la atención primaria, dónde se hace la atención primaria.

En segundo lugar, cuando yo llegué el año 2004 a trabajar acá al centro de salud familiar, que era Consultorio Familiar Rural en ese tiempo. Agradezco al equipo y a los directores que ha habido acá, que han tenido una apertura con respecto al tema de la inter-

culturalidad y con respecto al tema de promoción de la salud. Fue con el primer programa que yo enganché en el tema intercultural, en un trabajo ha sido bastante afiatado, donde la misma encargada del programa es la encargada acá de promoción de la salud y en ese sentido hemos trabajado en forma paralela apoyándonos mutuamente, realizando trabajos de promoción de la salud en las comunidades en distintos ámbitos. Cuando no teníamos pandemia, la promoción para el rescate de la alimentación mapuche en las comunidades primeramente y luego también, con los comités de salud que están en las postas rurales son arte del trabajo realizado. También hemos hecho trabajos con la Universidad de La Frontera (UFRO), como diagnósticos participativos donde la comunidad se empodera de sus problemas y se genera desde allí una instancia de demanda que creo que es lo lógico.

Con respecto al tema de lo que es la demanda, yo creo que igual se han generado demandas súper interesantes, el tema está en que no existe la varita mágica como para darle solución a todo lo que la gente quiere sin caer en lo que es el paternalismo. En ese sentido, como CESFAM ha habido mucha apertura con



respecto a lo que es la atención intercultural por algunos profesionales que trabajan el tema, que se interesan y expresan un cambio en la atención, generando algo positivo. Además hemos logrado instaurar las visitas domiciliarias integrales, ósea como sacar el Centro de salud familiar hacia afuera.

El trabajo que se ha realizado en Promoción de la Salud ha sido un trabajo bien programado. Recuerdo que se hizo con distintos actores sociales, comunidades Mapuche, juntas de vecinos, incluso acá invitamos hasta una forestal en algún momento, por los problemas que ha habido acá, los problemas que ha tenido la biodiversidad.

En lo que respecta al tema intercultural, recuerdo que dentro de esas demandas se planteó bastante lo que era la recuperación de la hierba medicinal y en ese sentido, creo que también ahí hicimos un aporte hasta el momento, a través de un huerto medicinal. Hubo muchos problemas sobre como poder implementarlo, porque por un lado la comunidad ha participado, en este caso la comunidad Mapuche, pero se generaba un roce con el CESFAM, por lo que había que trabajar por la horizontalidad en cuanto a lo que era el trabajo propiamente tal.

“Hemos logrado instaurar las visitas domiciliarias integrales, ósea como sacar el Centro de salud familiar hacia afuera”.

En definitiva, fueron muchos los actores que allí aportaron: el Programa Salud Mapuche, el CESFAM, las comunidades, los usuarios incluso, los propios usuarios de los programas involucrados, como Salud Mental y Rehabilitación Comunitaria más el Programa Mapuche del Servicio de Salud Araucanía Norte (Promap) hicimos este trabajo. Desde allí se creó esa demanda, pero igual las comunidades lo quisieran tener en las postas rurales, lo que se ha planteado en las mismas comunidades, cómo replicamos esto. Estamos en este aprendizaje, para nosotros el huerto medicinal ha sido un aprendizaje, porque cómo lo sustentamos en el tiempo. Siempre se corre el riesgo de que pueda quedar a mitad de camino esta experiencia, pero hasta el momento nos hemos preocupado bastante de la sustentabilidad de este proyecto.

En realidad, las orientaciones que vienen del ministerio a través de lo que es el plan anual que nosotros realizamos, tratamos de dar primero la participación a las comunidades a través de lo que es la mesa local de salud intercultural a nivel de comuna y en ese sentido nosotros les damos la participación, no para que la gente pueda aprobar algo, sino, que se sienta parte del proceso en la toma de decisiones. Yo creo que eso es importante, la participación en la toma de decisiones, qué es lo mejor que podemos hacer en beneficio de nuestros usuarios y en ese sentido, a través de las orientaciones ministeriales también creo que se ha hecho bastante énfasis desde los referentes de salud intercultural del servicio de salud, así como también de los directores, que en realidad, por lo menos en nuestra realidad local, nuestros directores han sido un aporte fundamental a lo que es tema intercultural. Ellos han hecho énfasis al



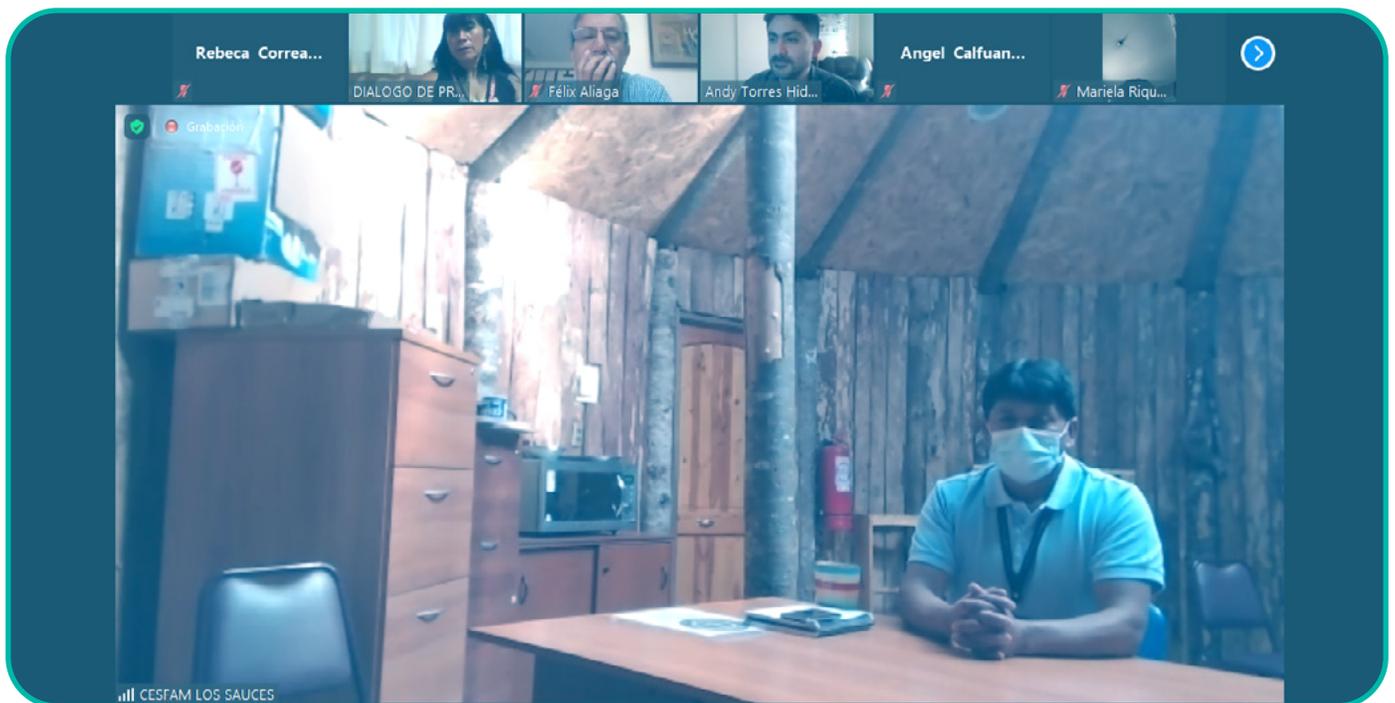
resto de los profesionales a que en realidad es un tema interesante, es un tema en que si se pueden hacer cosas valiosas donde creo que la comunidad ha participado en este aspecto y lo bueno es que uno queda con las reflexiones de que cuando a veces el sistema de salud occidental quiere hacer una experiencia de salud intercultural y lo hace solo, las comunidades no se sienten parte de. Pero cuando todos nos involucramos y nos equivocamos, bueno, tenemos que asumir que todos nos equivocamos y si nos va bien a todos, bien por el trabajo porque lo hicimos complementariamente.

Reflexiones sobre preguntas y comentarios

Considero que cada cual habla de acuerdo a su realidad que vive y creo que en el caso nuestro, particularmente con respecto al tema de nuestro kimvn, nuestro rakizuam como Mapuche, nosotros como Mapuche sabemos perfectamente cuales son nuestras formas de pensar como Mapuche. Eso es una cosa, pero lamentablemente nosotros en el sistema donde estamos insertos, la mayoría, ya lo han explicado antes, el peñi, la

lamgen, no conocen algunos conceptos como el kvme felen o qué es lo que involucra el kvme mogen, que es lo que involucra el Mapu mogen, entonces en ese sentido creo que nosotros estamos acá como facilitadores interculturales para hacer ese nexo entre la salud biomédica y la salud Mapuche. Desde nuestra perspectiva y particularmente nosotros, junto con respaldar lo que decía la lamgen con respecto al tema de lo que hablaba del protocolo de inducción a otros profesionales, nosotros hemos implementado acá un proceso de sensibilización y una capacitación continua en aspectos interculturales con los profesionales y ha sido súper interesante porque nosotros le hemos entregado, hacemos que ellos se den cuenta de que una persona tiene que ser derivada a la medicina mapuche.

En ese sentido, creo que dentro de este proceso de sensibilización se hablan de todas estas cosas, los conceptos, de cómo las comunidades ven la salud de forma integral, no de forma segregada sino integral, dónde está involucrado todo. Entonces, en ese sentido y con respecto a la pregunta sobre cómo ve la comuni-



Arriba. Basilio Mulato Llao en el cuarto diálogo, 25 de noviembre 2020.



dad, yo creo que el tema de la interculturalidad debe ser, o al menos yo así lo tengo entendido, un diálogo horizontal de respeto donde yo pueda considerar al otro y considerar su opción. En ese sentido, los profesionales en este proceso de inducción que nosotros hemos tenido, de capacitación y sensibilización, les hemos dicho que las políticas son verticales. Estamos absolutamente claros en eso y digo no solamente de salud, sino en los distintos ámbitos.

Entonces ¿Cómo nosotros a nivel local, a esas políticas que son verticales en forma local le doblamos la mano al destino? cómo hacemos que en el tema de la alimentación tradicional o la recuperación, o la promoción de la alimentación saludable, ¿Cómo hacemos para que los profesionales, en este caso la nutricionista, se contextualice en donde vive el usuario? No le puede recetar una pauta de alimentación de lo que no tiene, pero sí lo puede hacer desde lo que ella tiene o lo que el usuario tiene. En ese sentido creo que hay cosas interesantes que se pueden hacer en el tema de lo que es la actividad física nosotros acá como CES-FAM, y bueno uno puede ser autorreferente con este tema, pero vemos en las caminatas haciendo reflexión respecto al tema, de conocer el ixofijmogen por los usuarios por ejemplo Mapuche y no Mapuche, porque en este ámbito de la salud intercultural tiene que estar esta relación simétrica en todos los ámbitos, en los agentes medicinales, en los usuarios. Entonces sí se puede hacer una cosa distinta, se puede montar un enfoque distinto a lo que viene de arriba, una opinión muy personal mía, creo que los cambios parten de a poco y hay que demostrar que sí se puede, se puede hacer algo distinto, que sí podemos dar a conocer lo

importante que somos y el conocimiento que tenemos, pero en la práctica, en el hecho.

En ese aspecto, creo que a las comunidades cuando les hablamos de forma franca ellas se suman, a querer que esto sea distinto a lo tradicional, porque todos quisiéramos que esto fuera distinto, yo también he reflexionado frente a ese tema, como nosotros podemos hacer nuestra propia salud, cómo podemos crear nuestras propias formas de hacer salud, también me lo he cuestionado. Pero estamos en este sistema, que aunque no lo queramos, somos parte de él, y desde ahí tenemos que hacer, otros lo harán en otro ámbito, nosotros en salud si lo hacemos. Nuestros médicos respetan a nuestros kim lawentuchefe y para eso ellos tienen que saber quién es un gvtamchefe, quién es un gvlamchefe, un machi, un genpin un lawentuchefe. Entonces yo creo que somos nosotros los que estamos en este puente, creando este puente en que a los usuarios les sea más fácil transitar, sin pensar en que sea o no sea Mapuche porque igual esa es otra realidad que hay en las distintas comunas.

Durante este tiempo, por lo menos en lo que llevo trabajando, no ha sido fácil sensibilizar a los profe-

“El tema de la interculturalidad debe ser, o al menos yo así lo tengo entendido, un diálogo horizontal de respeto donde yo pueda considerar al otro y considerar su opción”.



sionales para que se puedan encantar y gustarles el tema, ha sido igual un costo que ha llevado un tiempo, nosotros hubiésemos querido que las cosas fueran distintas, pero en realidad, como alguien hablaba de la estructura, los tiempos son más acotados, no existe tiempo, existe mucho el tema del cumplimiento de metas, entonces no da el pie para otras cosas. En ese sentido yo igual quiero decirle a mi lamgen que estaba antes un poco compartiendo esta experiencia o esta mala experiencia que ella tuvo, o que están teniendo por la enfermedad de su mamita, se está trabajando a nivel de ministerio, del MINSAL, lo que es el artículo 7 de la Ley de deberes y derechos donde contempla, entre otras cosas, el tema de lo que es la asistencia espiritual, o sea, hubiese querido que esto ya fuera algo que finalmente se pudiera aplicar en los distintos dispositivos de salud. Ha costado mucho, porque finalmente se está trabajando en este momento en un reglamento interno, en un reglamento que tiene que ver con este tema, donde puedan tener acceso al lawen, en donde puedan tener acceso directamente a la asesoría espiritual de un Lawengelu.

Hay mucho trabajo a la luz de la experiencia, mucho trabajo que hacer y muchas cosas que concretar aún. A nivel nacional, en algunos momentos se estuvo trabajando a través de una red facilitadora, donde estaban incluidos facilitadores interculturales desde Putre hasta Punta Arenas. Hubo instancias en donde se estuvieron abordando algunos temas, pero se juntaban para hacer trabajo más como pueblo originario. A nivel local, y particularmente en Malleco, nosotros si nos juntamos periódicamente como facilitadores de la red de Malleco, tenemos reuniones periódicas donde trabajamos los temas, donde aunamos criterios, y por otro lado, tenemos una mesa territorial en que participan dirigentes o longkos, para que haya representantes de la mesa a nivel comunal, lo hacemos a nivel provincial y eso es una mesa territorial. Desde esa mesa territorial hemos tenido experiencias como we txipantü masivo por ejemplo, en tiempo en que no había pandemia, creo que existen instancias. Hay mucho trabajo que hacer, mucho, por qué seguir luchando y conquistando derechos, porque finalmente como alguien decía por ahí, los derechos hay que conquistarlos.



Arriba. Basilio Mulato Llao en el cuarto diálogo, 25 de noviembre 2020.



Doris Huentenao Paillaleo

Asesora Cultural, Departamento de Salud Municipal de Lautaro

Mari mari kom pu che, mari mari kom pu lamgen. Trabajo en el departamento de salud de la municipalidad de Lautaro. Hace aproximadamente cinco años estoy como asesora cultural del departamento y escuchaba los relatos de mis lamgen anteriores. Con respecto del tema de hoy, de la promoción de salud, en realidad esto es como una palabra bien amplia, porque promoción es, para empezar, entregar pequeños conocimientos, entregar pequeños ejemplos de cómo promover y cuidar nuestra salud y como decía mi lamgen, en el contexto cultural para nosotros como Mapuche la salud no es así como que me separe de mi cuerpo y tenga enferma una parte. En la salud Mapuche nosotros somos un ser todo, o sea cuando nos enfermamos es todo nuestro ser; la mente, el cuerpo, el espíritu, todo.

Entonces hacer promoción de salud en la parte cultural es sumamente complicado dentro de este sistema, digamos que lo ve todo separado porque en el sistema occidental las enfermedades son por partes. Cuando mi cabeza me duele, es mi cabeza para la parte occidental, no es que tenga una razón de que esta cabeza duela respecto del resto de mi cuerpo, enton-

ces es muy complicado desde el sistema hacer promoción de salud en la parte cultural. Porque si yo le digo un médico, lo pondré como ejemplo, “quiero que usted haga promoción de salud en mi comunidad”, lo más probable es que el médico vaya a conversar de las enfermedades que son más conocidas como lo son la diabetes, el colesterol, la hipertensión, y lo más probable es que en la comunidad la gente no le vaya a comprender a lo que se está refiriendo, porque en el mundo mapuche es poco conocido esto del colesterol, de la diabetes.

Para poder trabajar promoción de salud nosotros como sistema, y me incluyo aquí porque soy parte también de esto, lo primero que tenemos que hacer como equipo es trabajar lo que vamos a promover, trabajar lo que vamos a ir a hablar con las comunidades, porque como decía el lamgen no es llevar estructurado lo que yo le voy a decir a la gente con la que voy a trabajar, tengo que primero conocer a las personas, sus necesidades, lo que cuentan. Para promover su salud, no solamente estamos hablando de los medicamentos, del lawen, en el caso nuestro. En la promoción de la salud entra desde la alimentación, cómo duermo, cómo des-



canso, cómo veo mi entorno, cómo está mi comunidad, y para poder hacer ese trabajo tenemos que conocer eso y, ¿De qué forma conocemos eso?, haciendo participar a los dirigentes de las comunidades.

Se trabaja mucho, por lo menos acá en Lautaro, con las comunidades, pero con los dirigentes de las comunidades, entonces, en la medida en que nosotros o el sistema vaya conociendo cuáles son las necesidades con que cuenta la comunidad es que ahí podemos empezar a trabajar la promoción de la salud. Porque yo no puedo llegar y llevar estructuradamente y decirle a los lamgen, estamos hablando de la parte cultural en este caso Mapuche, porque estamos acá en nuestra región y no le vamos a ir a decir “Mire usted deje de comer esto, no coma papa, no coma arroz, no coma fideos, para que no le vaya a dar diabetes”, ¿cierto? No podemos hacer eso, tenemos que primero preguntarle con qué cuenta, para poder nosotros darles, en este caso, la charla, lo que corresponda a lo que se va a trabajar.

En cuanto a la promoción de la salud, porque no me voy a salir del contexto, sería muy interesante que los equipos pudieran conocer de esto, que se dieran los espacios. Yo sé que las personas, los profesionales tienen las ganas de hacerlo, lamentablemente, y vuelvo de nuevo a la estructura, dentro del sistema está todo tan estructurado que no se da ni el espacio, ni el tiempo para hacer ese tipo de trabajo. Por lo tanto, la promoción de la salud viene a ser como lo mínimo y en muchos lugares creo que se toma casi por iniciativa propia, porque lamentablemente no está el espacio, no se le da al espacio a los profesionales, porque siempre la estructura es la que manda, como es todo

“En el contexto cultural para nosotros como Mapuche la salud no es así como que me separe de mi cuerpo y tenga enferma una parte. En la salud Mapuche nosotros somos un ser todo, o sea cuando nos enfermamos es todo nuestro ser; la mente, el cuerpo, el espíritu, todo”.

tan cuadrado lamentablemente son muy poquitos los espacios que se dan.

En el caso de acá de Lautaro nosotros tratamos de trabajar en lo posible, yo me siento súper feliz acá porque los profesionales en general, todo el equipo que trabaja acá es súper abierto a poder conocer la parte cultural de las enfermedades, cómo pueden tratar los médicos. No tienen eso de decir “buchá, sí ya no encuentro qué es lo que tiene”, sino que, cuando ya ven que algo no lo pueden comprender entonces me dicen “Doris, esto lo tenemos que ver con la Machi porque yo no sé qué más puede tener, porque en los exámenes está todo bueno” ¿se fijan? Entonces, yo creo que eso también es parte de la promoción de la salud, pero en este caso nosotros los Mapuche que estamos insertos dentro del sistema, el trabajo nuestro es dar a conocer que las enfermedades mapuches no son las mismas que tienen las personas no mapuche, que para nosotros los mapuche una enfermedad involucra todo



nuestro cuerpo y que no separamos el brazo porque eso es lo que me duele sino que, buscamos las formas de que este cuerpo esté en equilibrio y cuando hay un desequilibrio es porque vienen las enfermedades. A veces porque las preocupaciones son muchas, la mente empieza a funcionar no como corresponde y es bueno que nosotros como mapuche, que estamos dentro del sistema, podamos de alguna forma dar a entender que las enfermedades nuestras a veces son muy diferentes a las enfermedades de la gente no mapuche.

Obviamente como mapuche también tenemos lamgen que tiene problemas de colesterol, de hipertensión, de diabetes, de todo lo que se pueda decir, pero también podemos complementar esos tratamientos, y eso es parte también de la promoción de la salud. Para eso deben haber profesionales comprometidos y profesionales que se interesen por darle el espacio también a la salud intercultural, porque a veces es visto como que si esto fuera una competencia “yo no sané

“Yo sé que las personas, los profesionales tienen las ganas de hacerlo, lamentablemente –y vuelvo de nuevo a la estructura–, dentro del sistema está todo tan estructurado que no se da ni el espacio ni el tiempo para hacer ese tipo de trabajo”.

a este pero sí lo sanó la machi”, entonces viene a ser una competencia, no. Aquí debe ser un trabajo unido. Ambos sistemas se tienen que complementar, de esa manera creo que la salud va a ser mejor y podemos decir que hay promoción de salud.

Reflexiones sobre preguntas y comentarios

Hoy en día en las comunidades es muy difícil hablar de alimentación saludable, porque se ha involucrado tanto, tanto, el supermercado en lo rural que los niños hoy en día no conocen el locro, no conocen el Katuto. Son muy pocos los que conocen ese tipo de alimentos ¿Por qué razón? porque el supermercado lamentablemente se trasladó también a las zonas rurales. La mayonesa, el Ketchup, todo lo que significa la comida no saludable, ¿cierto? Otra cosa más que también llegó a las comunidades es la tecnología, por lo tanto, los niños hoy en día no se dan el espacio a mirar hacia arriba o hacia el lado, solamente en los teléfonos y lamentablemente eso se ha traducido tanto en un vicio que niños muy pequeños ya están con el teléfono en la mano y lo peor de todo es que, ahí empezamos con el problema de la salud, porque un niño que está pegado al teléfono gran parte del día es un niño que no camina, que no corre, que no juega, es un niño que lamentablemente está inserto dentro de un equipo y no conocen la realidad que existe fuera. Muchos niños no conocen ya los pájaros en el campo en estos tiempos, porque lamentablemente esta tecnología ha llegado a ser tanta comodidad para las madres que con un teléfono el niño puede pasar el día, entonces a la mamá no le va a molestar en nada y por lo tanto, no va existir ese espacio de salir con el niño a caminar,

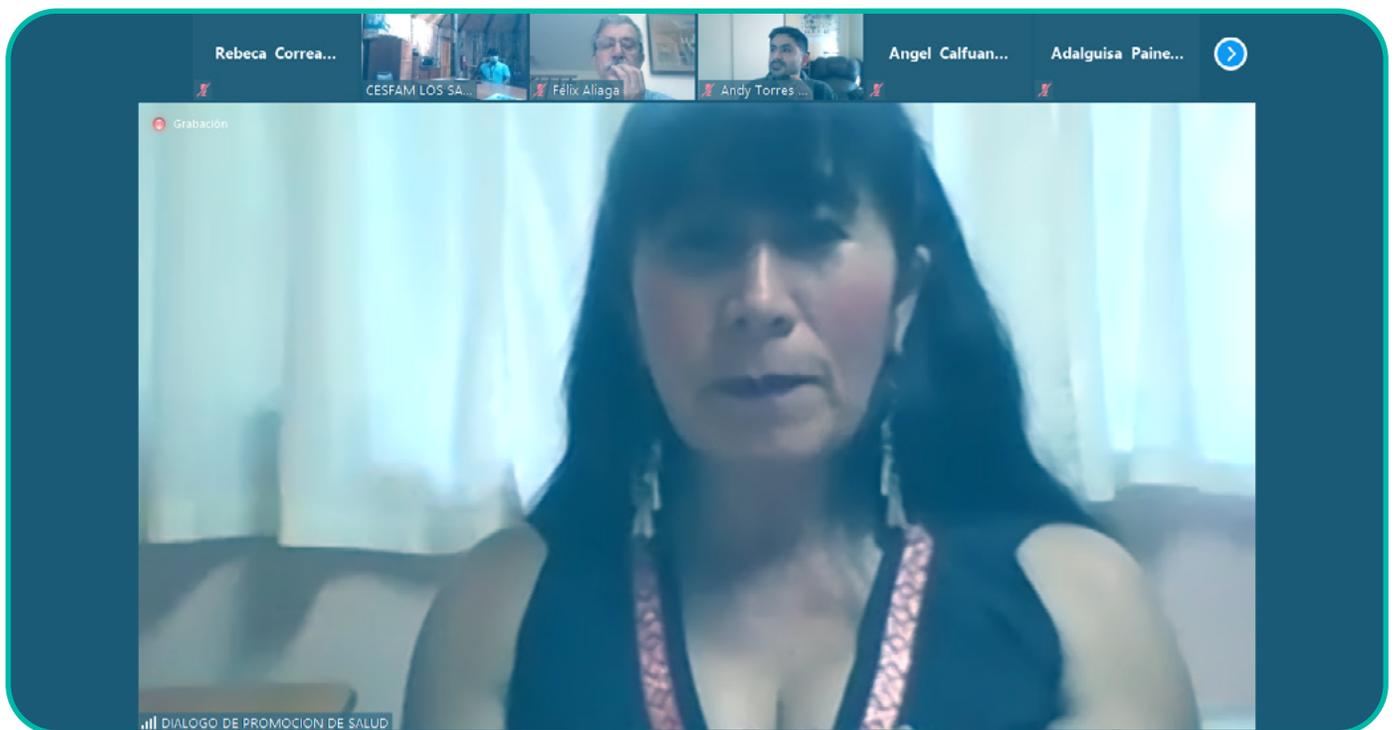


de llevarlo al río, de llevarlo al bosque a conocer los árboles, de llevarlo a la huerta a conocer las plantas, las hortalizas. Lamentablemente eso está ocurriendo hoy en día en nuestras comunidades, y es lo que existe en la realidad entonces, estamos alejados de lo que realmente fuera una alimentación saludable, una vida saludable porque lamentablemente la ciudad, los supermercados se acercaron demasiado a lo rural y, la comodidad entre hacer el locro y cocinar el arroz, es más fácil cocinar el arroz que hacer el locro y prepararlo, eso es lo que está pasando.

Escuchaba al lamgen con respecto a las falencias que tienen en el lugar donde él trabaja y no tienen asesor o facilitador cultural. Yo creo que, en este caso, la inequidad la hace el entorno, porque si tienen comunidades organizadas y tienen dirigentes que ven esto como una necesidad, ni siquiera tendría que ser el prestador de servicios el que lo mencione, más bien los dirigentes de las comunidades tendrían que ser los

que soliciten que dentro del establecimiento exista un asesor o facilitador intercultural. Lo digo desde mi experiencia, porque si mal no recuerdo cuando se hizo el diagnóstico acá en Lautaro, la parte de la salud cultural fue una necesidad que pusieron los dirigentes y fueron los dirigentes los que solicitaron que tenía que haber salud intercultural dentro del departamento, dentro del CESFAM, dentro del equipo de salud rural. Entonces, creo que en este caso son los dirigentes los que tienen que solicitar que exista la persona que ellos elijan para que pueda trabajar con los profesionales dentro de los equipos, y en este caso, creo que es súper importante, porque como él decía el lamgen es TENS, sino me equivoco, y yo creo que lo que él entrega es como aparte del trabajo que él realmente tiene que hacer, porque su obligación como TENS yo creo que es sumamente exigente.

En el caso del departamento para el que yo trabajo, en CESFAM y en donde lleguen profesionales nuevo, la



Arriba. Doris Huentena Paillaleo en el cuarto diálogo, 25 de noviembre 2020.



primera persona con la que ellos tienen que tratar es conmigo, yo tengo que hacerles una inducción, explicarles cómo trabajamos acá en el departamento con respecto de la salud, porque muchos profesionales llegan de otros lugares que no tienen ni idea que acá se trabaja con salud cultural, con salud intercultural, que los usuarios van a las machi, que los usuarios usan el lawen. Vienen desde Santiago, desde Viña del Mar, lugares donde no se trabaja con salud intercultural, entonces es obligación nuestra como asesores, como facilitadores, entregarles a ellos esas herramientas para poder trabajar en complemento a la medicina occidental y medicina mapuche. Yo creo que donde hace falta un asesor, donde no hay un asesor, es imposible que un profesional que llega de afuera pueda saber que exista la salud intercultural, porque tiene que haber alguien que se lo dé a conocer, tiene que haber alguien que le diga mire aquí trabajamos con machi y los usuarios si necesitan ver machi, lo van a hacer, y el médico no se lo puede impedir Y también decir al usuario que si usted va a la machi explíquesele a su médico, no tenga miedo, porque de esa manera la salud se puede complementar, y en el caso nuestro acá en Lautaro, no ha sido difícil el trabajo digamos con la parte de las dos medicinas, porque también acá hay de parte de la dirección ese deseo de involucrar la salud intercultural: No es sólo porque un grupo de dirigentes dijo que tiene que haber asesor, no, es una necesidad que también viene desde la dirección, y cuando hablo de la dirección digo que desde el mismo director del departamento de salud. Otra cosa más que es súper importante, el trabajo que realiza no lo hace solo, aquí se involucra desde el director y pasan-

do por todas las personas. Cuando nosotros hacemos trabajo con las comunidades, trabajo con grupos, en el mismo CESFAM, porque trabajamos salud mental con los psicólogos, con la machi, entonces eso es complementación de salud intercultural, pero yo creo que en este caso los asesores tienen que realmente cumplir su rol como asesores, si a nosotros nos entregan un rol de facilitador o de asesor intercultural y nosotros si tenemos eso como respaldo lo tenemos que poner en práctica, tenemos que trabajar de manera transversal con los equipos, o sea, tenemos que trabajar con todos los equipos, con la matrona, con la enfermera, con la nutricionista, con los psicólogos, con los médicos, y eso lo tenemos que hacer porque es parte de nuestra labor. De esa manera, trabajar con los profesionales y decirles de qué modo lo tenemos que hacer para que realmente pueda ser complemento de medicinas y se pueda trabajar de manera equilibrada. Por lo menos, acá en Lautaro, es así como se hace, así que a mi lamgen que no tienen asesor o facilitador en su lugar, yo le digo si usted lamgen trabaja con dirigentes, a lo mejor ellos no se han dado cuenta de la necesidad, pero usted les puede abrir los ojos y eso no significa que los mande a pelear con el alcalde, con el director, es decirles si ellos solicitan la presencia de un asesor, de un facilitador, lo pueden pedir, porque también está dentro de las necesidades que existen en el lugar.

En que exista el respeto mutuo se puede llegar a un acuerdo. La única manera, así viéndolo a tan corto plazo en dos años, la conversa, el diálogo es lo principal y de ese diálogo, el acuerdo y el respeto. Yo creo que desde ahí se podría comenzar a trabajar y ambos sistemas podrían funcionar por igual.



Ángel Calfuán Manquián

Técnico en Enfermería, Centro de Salud Familiar de Trovolhue, Departamento de Salud municipal de Carahue

Buenas tardes. Marri marri peñi, marri marri lamgen. Primero dar gracias por el espacio que se da para hablar este tema porque bueno, porque yo considero que es de importancia sobre todo si estamos en una zona donde hay bastantes grupos culturales diferentes. Quiero partir esta de esta parte porque además, de ser trabajador de la salud yo soy dirigente gremial y en estos días quiero partir el tema con un pequeño saludo para mis compañeros, no sé si se lee (muestra un cartel, “Dignidad para los trabajadores de la salud!!!)

¿Por qué el tema de la dignidad para los trabajadores de la salud? Tiene que ver mucho con el tema de cómo nosotros hacemos el trabajo. El tema es que de pronto a nosotros se nos ve más como productores de un producto que más prestadores de un servicio, entonces cuando se ve la salud de esa forma como un servicio entonces cuesta más acceder a eso. Si a eso le agregamos el componente cultural obviamente va a costar más, sobre todo para las comunidades indígenas acceder a la salud por las diferentes circunstancias que se van dando. Por ejemplo el sistema de salud es segregador desde sus inicios y, obviamente, va haber gente que va a tener menos acceso o más di-

fícil acceso a la salud. Dentro de ese contexto nosotros como Mapuche tenemos una definición de la salud que es distinta a cómo se plantea en el sistema de salud o en los servicios de salud. Nuestra salud contempla la parte espiritual, contempla la parte emocional de las personas, donde ve de una sola forma la mente, el espíritu, el cuerpo de la persona. Nosotros por ejemplo tenemos enfermedades distintas, que el sistema de salud no está, no sé si capacitado, pero no se atiende. Por dar un ejemplo, nosotros tenemos una enfermedad, por ejemplo el Xafentv, cuando tú te encuentras con un espíritu y te decaes. Para cualquier persona eso puede ser flojera o puede ser ganas de no hacer nada por flojera, pero para nosotros eso sí es una enfermedad, es una enfermedad del espíritu que afecta al cuerpo y en ese sentido nosotros tenemos una mirada distinta.

Yo comencé trabajando en un sector que se llama weñe aliwen que está en la costa de la Araucanía, en la costa de Carahue y la verdad es que cuando uno ve desde esa posición la interculturalidad en realidad, no sé, es como muy difícil de aplicar. Para empezar todas las políticas públicas que se aplican en salud, van



desde el ministerio hacia abajo, en un orden vertical y eso dificulta la participación de la gente finalmente, la gente tiene que acceder a la posibilidad de salud que tiene. Entonces ahí tomo las palabras del peñi Basilio en el sentido de que las políticas públicas de salud deben tener y contemplar la mirada de las comunidades. ¿Por qué? Porque resulta que nosotros como Mapuche tenemos una forma distinta de organizarnos, nosotros conversamos nuestras cosas, de hecho si nosotros nos preguntamos si ¿se está dando realmente educación para la salud? La respuesta debiera ser no hay una política pública de promoción de la salud que contemple en este caso para la cultura Mapuche, o que diga “Sí, esto es intercultural”. No veo que sea así como tan intercultural en realidad, porque resulta que las directrices vienen dictadas, entonces, finalmente lo que se va hacer a la comunidad es a dar información de lo que se le puede brindar a la gente y está la posibilidad de que la agente pueda decir “Sí, lo aceptamos” o, “lo queremos” en tales o cuales condiciones, pero para que haya una salud intercultural tenemos que partir de la base de que somos una cultura o somos una población desculturalizada primero entonces.

Desde ese contexto, desde esa base nosotros tenemos que pensar en que tenemos que recuperar nuestra cultura y lo que tenemos que hacer primero que nada es conocer de nuestra propia cultura nosotros como Mapuche. En este momento nosotros no tenemos la posibilidad de hacerlo. Recién ahora en los colegios se está dando educación bilingüe, pero se está haciendo igual en un contexto desde una mirada muy de Estado chileno, porque resulta que nosotros, nuestra educación es distinta. Entonces no están enseñando Mapu-

“Tenemos que nosotros, de partida, empezar a buscar nuestras propias raíces y para de esa forma nosotros valorar como Mapuche lo que tenemos; El Mapuche Kimvn, el Mapuche rakizuam, el Mapuche Mogen”.

che kimvn en una sala de clases; obviamente es más difícil que alguien entienda el concepto de Mapuche Mogen entre cuatro paredes. El Mapuche Mogen yo lo puedo contextualizar en la comunidad dentro de una ruka en donde está el bosque nativo, cuando yo le puedo enseñar a un niño por ejemplo, a una persona, que hay un pájaro, que hay un monte, que hay un *menoko* y que todos están conectados entre sí, y vivir la experiencia y poder sentirla, hacerla propia. Ahí nosotros estamos al debe como sistema de salud. Entonces si a mí me preguntan ¿Estás dando educación, estás haciendo salud comunitaria? Tal vez sí, pero ¿Está siendo efectiva esa intervención? Probablemente no, porque viene guiada desde afuera como dicen los peñi. Desde afuera dicen que hay que hacerlo y es una orden que viene desde más arriba y finalmente cuando esas órdenes vienen desde más arriba y no son propias entonces no se valoran. No tengo la posibilidad de hacerme cargo de mi salud porque resulta que me están diciendo lo que tengo que hacer, no están tomando en cuenta el parecer que yo tengo con respecto a eso.



El tema de hacer promoción en salud en las comunidades mapuche va mucho más allá de hacer un diagnóstico, tenemos que tener la mirada de que somos una población, un pueblo desculturizado y que tenemos que nosotros, de partida, empezar a buscar nuestras propias raíces y para de esa forma nosotros valorar como Mapuche lo que tenemos; El Mapuche kimvn, el Mapuche rakizuam, el Mapuche Mogen. Todas esas cosas no se aprenden ni en una sala de clases, ni en una educación en promoción para la salud que hacemos, porque la típica educación es que ponemos a la gente como en una sala de clases, damos a conocer un tema, se analiza y se toman conclusiones y nosotros como Mapuche tenemos una forma muy distinta. De partida nos sentamos en círculo, conversamos de frente, nos preguntamos cómo estamos, entonces tenemos una visión distinta de la vida en general y pasa que a nosotros como trabajadores de la salud, por eso quería empezar la intervención con un saludo a mis compañeros de la salud, a todos los equipos de la salud, ¿Por qué pedir dignidad en este aspecto? Porque nosotros formamos equipos de trabajo a los que se les pide cumplimiento de metas por ejemplo y eso dista absolutamente de lo que es la cultura Mapuche.

Nosotros como Mapuche nos enfermamos y nos mejoramos, pero no tenemos que cumplir un número de enfermedades al año, no va con nosotros, los números no van con nosotros, nosotros simplemente vivimos. Puede parecer hasta ridículo decir “nosotros simplemente vivimos” pero es así, nosotros vivimos la vida como viene y estamos insertos en una sociedad, en las comunidades. Lo que se da en las comunidades es la contención que de pronto no encontramos en los ser-

vicios de salud, no encontramos en los hospitales, que no encontramos en los consultorios, porque tenemos una base de trabajo que está orientada hacia el rendimiento y la productividad, en cambio la salud Mapuche tienen que ver con lo espiritual, con lo humano, lo inmaterial.

Acompañarse en el momento de dolor, acompañarse en el momento de sufrimiento y esos espacios no lo está brindando el sistema de salud actual. Lo otro es que nosotros como trabajadores tenemos que llegar a hacer salud comunitaria en las comunidades mapuche sin tener conocimiento de la cultura. Ese es un tema importante, podemos ser muy técnicos, muy profesionales en cada una de las áreas, pero si no hay conocimiento de la cultura, en este caso Mapuche, el trabajo que nosotros podemos hacer se hace más complicado, se hace más difícil. En este momento nosotros tenemos muchos colegas que trabajan en postas de salud rural donde están a cargo de una posta, están a cargo de una comunidad y además de eso tienen que estar reclamando para que tengamos más recursos para trabajar, eso finalmente hace un poco indigna la “pega”. Por eso partí la intervención con pedir dignidad para los trabajadores de la salud, porque nosotros debié-

“Porque nosotros formamos equipos de trabajo a los que se les pide cumplimiento de metas por ejemplo y eso dista absolutamente de lo que es la cultura Mapuche”.



ramos preocuparnos de hacer la “pega” no estar pidiendo más recursos. No sé si eso se puede mejorar, yo creo que sí se puede. De partida nosotros tenemos muchos programas y subprogramas dentro de nuestro que hacer, pero por ejemplo es muy raro que llegue un profesional nuevo al equipo de trabajo y que tenga conocimientos de interculturalidad. Se va armando en el camino; ahora para el profesional Mapuche desconozco que un profesional, que un estudiante universitario Mapuche tenga la oportunidad de decir ¿Sabes qué? yo quiero ser médico pero un médico con enfoque intercultural donde saber desde el principio cuales son o cómo se enfrentan las enfermedades en contexto Mapuche y eso acá no es así, al menos en el contexto local eso no existe aún y tampoco está la posibilidad para que la gente pueda acceder a estos módulos de salud intercultural.

Hay desconocimiento de parte de las personas que entregan las prestaciones de salud, en ese contexto yo creo que una de las formas de mejorar esta situación

es bajar un poco a la comunidad y tomar las necesidades desde dónde existen, que es en la comunidad misma, que sea la comunidad la que construya por ejemplo sus propios programas de salud. No estoy diciendo que no valoremos la programación, los PLASAM y que todo eso no exista, que siga existiendo el PLASAM, pero que sean también con participación. En este caso para que sea verdaderamente intercultural se debe tomar la opinión de la gente en su comunidad, donde ellos puedan expresar sus intereses, donde se les pueda potenciar la participación en el que hacer de salud de los agentes de salud tradicionales, los lawentuchefe, los gvtamchefe, gvlvlchefe. Hay mucha gente que estaba haciendo ese trabajo y ha sido tan desvalorizadas, que en este momento no están ejerciendo porque no son reconocidos, porque no quieren ser anti sistemas, porque simplemente las mismas comunidades los han dejado de valorar por la intervención asistencialista que tenemos nosotros desde nuestro quehacer de equipos de salud.



Arriba. Ángel Calfuán Manquián en el cuarto diálogo, 25 de noviembre 2020.



Reflexiones sobre preguntas y comentarios

En relación al tema de promoción de la salud, con el tema de la alimentación saludable y actividad física, obviamente en las comunidades hay un gran potencial para eso. Alguien hablaba acerca de qué podemos hacer acá con el tema del Covid por ejemplo, dentro de todo lo malo que pueda tener el Covid actualmente, una de las cosas buenas es, al menos lo que yo he visto en la comunidad donde vivo, es que los niños no han ido al colegio y están haciendo vida de comunidad, están teniendo relación con el entorno que tienen. Para la salud mental de las personas que viven en ese lugar, obviamente es excelente poder escuchar el canto de los pájaros, no sé, una experiencia personal por ejemplo, ver con mi sobrina cómo una familia de treiles hizo familia y desde el pollo hasta que ahora los pajarracos están volando. Para ellos ya esa historia la tienen ahí, vivencial, por eso yo lo decía con tanto sentimiento. Es distinto cuando nosotros le hacemos una clase de Mapuche Kimvn dentro de una sala de clases, a hacerlo ahí dónde está la naturaleza misma, entonces ya a los niños jamás se les va a olvidar el concepto por ejemplo de *Choyvm*, de *Mogen*, de *kvme mogen*, o cómo tenemos que compartir con los vecinos y considerar a los pájaros como a los otros vecinos y que podemos compartir el espacio sin hacernos daño.

Ahora en cuanto a lo que decía la lamgen, el tema de la cercanía de los supermercados, lo que yo les decía, el tema de la desculturización que estamos viendo tanto campesinos Mapuche como no Mapuche, nos afecta a todos por igual y ahí es dónde está el tema de la promoción de valorizar las formas de vida que cada persona tiene en sus comunidades. Tenemos a

los agricultores trabajando igual que como en los fundos, fumigando, quemando rastros desconociendo que ahí están quemando huevos de pájaros, están destruyendo todo un micro sistema de vida, el tema es que ellos se tienen que adaptar al sistema que los hace o que tienen que ser productivos para ajustarse al sistema.

Alguien más decía acá en el chat que el tema del cuidado de los hijos se le otorga a la madre, pero también es porque nosotros estamos subyugados a un sistema machista que en el campo se vive, se vivencia más o se evidencia más también, porque el hombre tiene que salir a trabajar al campo y hacer la pega dura, y la mujer tiene que quedarse en la casa y adoptar ciertas costumbres de pueblo que en el fondo es lo que le están vendiendo y lo que le están diciendo que tienen que hacer.

Ahora, en cuanto a cómo recuperamos un poco nuestra vida, nuestro sistema de vida más autóctono por decirlo de alguna forma, es volver a conversar, es volver a potenciar nosotros mismos como mapuche en nuestro entorno más cercano. Como les decía al principio, somos un pueblo, somos una cultura des culturalizada y para poder volver a reconstruir en cierto modo, tenemos que empezar a armarnos desde nuestro círculo más íntimo que es nuestra familia, nuestro entorno, los vecinos. Los *ka rukakeche* tienen que saber que el mapuche Mogen todavía está y que tiene su potencialidad, y empezar a nosotros mismos como mapuche valorar nuestra propia riqueza cultural. Yo creo que por ahí parte un poco el tema de la recuperación cultural y el tema de hacer promoción de salud con un enfoque realmente cultural.



En el fondo nosotros acá en la comuna, no tenemos en el departamento municipal un facilitador cultural y eso es como para ejemplificar en el fondo de cómo se construyen las políticas, no está contemplado como algo que tiene que ser, sino como algo que puede ser, queda como a la voluntad de. En este caso, nosotros no tenemos facilitador cultural, que es necesario, sí lo es, y es ahí donde están estas políticas que vienen dirigidas desde arriba. Entonces la comunidad no tiene tampoco la posibilidad de expresar la necesidad de un facilitador cultural para el departamento, o en este caso, para los otros dispositivos de salud. Así que, en ese sentido, nosotros más allá de reconocer la necesidad, es poco el aporte que podamos hacer al tema, porque en este caso hay un equipo que se encarga del tema comunitario y son ellas, en este caso, una trabajadora social, una psicóloga, que se dedican a hacer el trabajo con las comunidades, pero no necesariamente hay una experiencia de intercambio cultural. Hay como unas donde sí existe facilitador intercultural y funciona muy bien, y comunas donde no está presente, porque no se brinda la posibilidad desde quien da las prestaciones de salud. Pero tampoco existe la necesidad o no se expresa la necesidad -porque yo creo que la necesidad existe- pero no se expresa desde la comunidad, por lo que decíamos al principio, que la comunidad, en este caso, es más bien un oyente y no un expositor de su necesidad.

Estamos al debe de tener una relación desde nuestro servicio de salud con la comunidad, que sea un poco más horizontal. No la tenemos. Cuando la gente llega

a trabajar acá a los departamentos de salud o a algún hospital pensando igual en lo que ponía la lamgen, que a nosotros como prestadores de salud no se nos prepara en realidad así como con nuestras mallas, o al menos la de los técnicos de enfermería no contemplan una malla curricular que contenga temas de interculturalidad, no está inserto. Desde ahí ya el profesional o el técnico que se enfrenta a la comunidad y tiene que dar las prestaciones de salud, tiene que construirse su propia mirada intercultural, entonces no hay una entidad que regule esa parte que le dé, que le brinde esa formación a los profesionales y técnicos prestadores de salud. Ahí igual estamos al debe, y a lo mejor por eso mismo sucede este tipo de inequidades que no sé cómo explicar, expresar, no encuentro las palabras para expresar el tema de la injusticia que sé que se genera. Está la intención de entregar la mejor atención de salud, pero no contempla una mirada intercultural y finalmente termina siendo un sistema violento y que en vez de generar lazos de cercanía nos separan más todavía. Estamos al debe con eso.

Yo creo que la única forma de integrar es, a través del respeto, del reconocimiento. Nosotros históricamente hemos tenido, la lamgen anteriormente decía “todo el pueblo Mapuche, toda la historia del pueblo mapuche han sido luchas y luchas por mantenerse en pie por mantener viva la cultura, el pensamiento”, si tenemos lo mismo de la otra parte, esto puede ser muy valioso porque se complementaría, pero tiene que ser desde la base del respeto.



Glosario palabras en Mapuzugun

Para facilitar la comprensión de las intervenciones de panelistas, se comparte un listado de palabras del mapuzugun con su significado en español.

Mari mari (léase marri marri): buenos días/tardes.

Lamgen: Hermana, desde un hombre hacia una mujer (entiéndase como forma de tratar respetuosa y cariñosamente) y hermano desde una mujer hacia un hombre.

Peñi: Hermano, usado en la mayoría de los territorios Mapuche desde un hombre hacia otro hombre.

Kom pu che: Todas las personas, en general.

Lawentuchefe: Persona conocedora de plantas medicinales y remedios con los que sana a las personas enfermas.

Xafentv (x, como Tr): Choque con energías negativas que debilitan el cuerpo/mente provocando un desequilibrio.

Mapuche kimvn (v, como u interdental): Conocimiento Mapuche.

Mapuche Mogen: Forma de vida Mapuche.

Mapuche Rakizuam: Forma de pensar, entender desde la cosmovisión y vida Mapuche.

Kvme Mogen: “Buen vivir” (literalmente en español) involucra distintos aspectos de la vida como Mapuche, tanto en cuerpo, espíritu y su entorno.

Kvme Felen: “Estar bien” (literalmente en español) involucra la salud corporal/espiritual y económica por lo general.

Ixofijmogen (x, como tr, j como ll): Diversidad de vidas, involucra todas las formas de vida existentes y su interrelación.

Pigen: Llamars, nombrarse.

Gvtamchefe: Persona que compone huesos.

Gvvlchefe: Persona que realiza masajes y soba el cuerpo con la finalidad de mejorar a una persona.

Ka rukakeche: Vecinos.

Lawengelu: antiguamente y en algunos territorios se le llama así a la/el machi, se “traduce como el que hace, conoce, sabe de remedios, plantas medicinales”.

Xawvn: Reunión, juntarse.

Newen: Fuerza corporal y/ espiritual.

Papai: Forma de referirse a una mujer con cariño y respeto, “mamita”. También se les dice a las niñas de cariño y respeto.

Chachay: Forma de referirse hacia un hombre o niño con cariño y respeto, “papito”.



Reflexiones Finales

La trayectoria del Programa de Internado Rural Interdisciplinario (PIRI) de la Universidad de La Frontera, vinculada a una historia de aprendizajes desde los espacios comunitarios y territoriales de la macro zona sur de Chile, fundamentalmente en la Región de La Araucanía, ha sido una permanente y sostenida constatación empírica de la existencia de sabidurías otras; que trascienden la Universidad y perviven entre las personas, dando sentido a la búsqueda de una salud comunitaria y colectiva, construida horizontal y participativamente.

El desarrollo de los Diálogos sobre Promoción de la Salud ha permitido sistematizar reflexiones, intercambiar experiencias y poner en común la trascendencia e importancia de la Atención Primaria de Salud (APS). Entre muchos de los aspectos abordados, nos permitimos destacar algunos:

- I. Los diálogos representaron una apertura reflexiva y crítica, para mirar y analizar las experiencias; apuntando a la generación de aprendizajes que aporten a fortalecer las prácticas en Promoción de la Salud, con una mirada local y territorial, en tanto eje central.
- II. El desarrollo de estos ejercicios de diálogo, expresan una interpelación a la academia tradicional –la de expertos y expertas clásicos–, abriendo espacios a los expertos y expertas vivenciales, validándoles como portadores y portadoras de conocimiento; reconociéndoles como interlocutores legitimados para plantear explicaciones y propuestas, entendidas como relevantes y sustantivas para retroalimentar los procesos de APS.
- III. La experiencia de los diálogos realizados representa un estilo de vinculación e implicación con el medio, no de extensión o transferencia, planteándose como un “Diálogo de Saberes”; en el cual conversan diferentes visiones, que se reconocen mutuamente, configurando un espacio de interlocución horizontal.
- IV. Como equipo de trabajo, creemos que es un compromiso y una prerrogativa ética, abrir y devolver espacios protagónicos a las personas que comparten su sabiduría y se desenvuelven en lo local. Esto expresa un reconocimiento de los sabe-

res que surgen desde las experiencias y desde las particularidades que se configuran en diferentes escenarios territoriales; lo que se constituye como eje sustantivo para el accionar pertinente en el ámbito socio-sanitario.

- V. En los diálogos se expresó transversalmente una postura crítica en relación al paradigma biomédico –predominante en la APS–, que impone una posición secundaria a la función de la Promoción en Salud. Acción promocional subordinada ante la hegemonía de las funciones clínico asistenciales, lo que se ha evidenciado con mayor fuerza durante la situación de pandemia.
- VI. Para una Promoción de la Salud, con pertinencia sociocultural, se hace urgente ampliar y profundizar la formación de quienes se desempeñan en los equipos que gestionan los servicios en la APS, enriqueciendo los marcos conceptuales e interpretativos, así como los enfoques metodológicos y herramientas técnicas. De esta manera se irá avanzando en comprender y facilitar acciones pertinentes a las realidades de los territorios; esto adquiere especial importancia en la realidad pluricultural de La Araucanía, por la presencia ancestral del Pueblo Mapuche, dada la vitalidad cultural de sus prácticas en salud y cuidado, lo que se adiciona a la creciente diversidad aportada por la población migrante.
- VII. Se advierte una “tecnocratización” de la gestión de la Promoción de la Salud, con una preeminencia de la lógica instrumental, centrándose en el logro de metas y en el cumplimiento de tareas. Esto requiere una revisión profunda y abierta, que

propenda a mejorar la gestión y la validación del quehacer en promoción; requiere que diversas instancias, programas, unidades y equipos convergen y se coordinen, volviendo a relevar los sentidos profundos declarados para la APS; superando las divisiones tecno-burocráticas, impuestas por la institucionalidad, dando lugar al fortalecimiento del trabajo comunitario y colectivo, que transforme la realidad socio-sanitaria del país.

- VIII. La gestión de la APS resulta lejana de la población usuaria, institucionalizando la participación de las personas y sus organizaciones; posicionándolas en un lugar de subordinación respecto de las estructuras normativas y programáticas, prescindiendo de sus aportes, capacidad crítica y creatividad.
- IX. La pandemia y sus efectos se presenta, paradójicamente, como una oportunidad para reflexionar, para hacer revisión de la gestión, identificando la auto-referencia institucional, que niega la participación de la comunidad; ofreciendo una oportunidad para volver a “ser y hacer” en común.

Como equipo estamos profundamente agradecidos de las contribuciones de cada una de las personas que participaron en estos Diálogos sobre Promoción de la Salud, ya que resignifican nuestro quehacer y le dan sentido a nuestras prácticas; les consideramos aliados en esta búsqueda del Buen Vivir, a través de los aportes que puedan emerger desde los territorios con los que genuinamente nos relacionamos.

MUCHAS GRACIAS



PROYECTO VME20-0018

DIÁLOGOS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ARAUCANÍA

Reflexión Crítica y Aprendizajes
en Atención Primaria

Temuco, 2021



Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de La Frontera



Programa Internado Rural
Interdisciplinario, PIRI