UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

SEREMI
Región de La Araucanía
Ministerio de Salud

Guía metodológica

ANÁLISIS PARTICIPATIVO DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL TERRITORIO

Autores Equipo Académico Departamento de Salud Pública
Universidad de La Frontera

Marcelo Carrasco Henríquez
Natalia Celedón Celis
Rebeca Correa Del Río
Ingrid Magna Young
Carolina Ramírez Campos
Andy Torres Hidalgo

Autores Equipo Atención Primaria de Salud
Región de La Araucanía

Natalia Aguayo Sáez, Nutricionista. DSM de Carahue
Carolina Díaz Reyes, Asistente Social. DSM de Lautaro
Doris Huentenao Paillaleo, Asesora Cultural. DSM de Lautaro
Viviana Lincolao Huilipán, Asistente Social. DSM de Los Sauces
Basilio Mulato Llao, Facilitador Intercultural. DSM de Los Sauces
José Manuel Mutizábal García, Kinesiólogo. DSM de Villarrica
Carla Salazar Tonioni, Psicóloga. DSM de Loncoche
Gerardo Torres Navarro, Odontólogo. DSM de Melipeuco

Diseño y diagramación
Camila Correa Harnecker

ISBN: 978-956-236-463-8

Esta guía ha sido elaborada en el marco del convenio de colaboración entre
Secretaría Regional Ministerial de Salud de La Araucanía y la Universidad de La Frontera

UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

SEREMI
Región de La Araucanía
Ministerio de Salud

Guía
metodológica

ANÁLISIS PARTICIPATIVO DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL TERRITORIO

TABLA DE CONTENIDOS

p.7 PRÓLOGO
p.10 GLOSARIO
p.11 PRESENTACIÓN

I. ANTES DE INICIAR

p.16 Análisis de salud como experiencia de salud colectiva

p.18 Algunos fundamentos

p.20 Principios orientadores

p.22 Consideraciones para la pertinencia

p.26 Diálogo con el poder o diálogo con el entorno de las decisiones

p.28 Interrogantes iniciales para el equipo técnico

p.30 El Grupo Motor

p.34 Síntesis Etapas del proceso de Análisis Participativo de Salud

II. PROCESO METODOLÓGICO

p.38 Instalación, presentación pública y conformación del grupo motor

p.40 Primera etapa: Aproximación Descriptiva

Recopilación de Información
Socialización y análisis de datos

p.48 Segunda etapa: Proceso Participativo

Apertura y problematización
Profundización con actores y redes
Devolución Creativa
Programación participativa

p.80 Socialización del Plan de trabajo

p.82 Advertencias y palabras finales
p.83 Referencias bibliográficas

PRÓLOGO

Uno de los rasgos constitutivos del sector salud es la creciente especialización de sus prácticas, el alto valor que le damos a la tecnología y sobre todo la tendencia global en la individualización del abordaje del proceso salud/enfermedad/atención. Estas características se traducen muchas veces en la distancia entre el trabajo cotidiano de los equipos de salud respecto de los contextos y condiciones de vida donde viven y padecen nuestras poblaciones. Una situación que muchas veces asumimos como natural y que nos permite concentrarnos en el trabajo clínico y cumplir metas, tratando –con distinta suerte– de cambiar hábitos y estilos de vida en nuestra población de tal forma que sus problemas de salud no se cronifiquen o bien no se desmejore su condición de salud.

Como Ministerio de Salud en la región de La Araucanía, observamos que las programaciones locales de los equipos de salud no siempre responden eficazmente a los problemas de salud experimentados por nuestras poblaciones, o bien a sus expectativas. Y esto, en parte, refiere a que las estrategias preventivas o promocionales en atención primaria no suelen responder a la situación de salud de la población a cargo ; sino más bien a imperativos que nuestra tecnoburocracia sanitaria impone, restándonos de la integralidad de aspectos que determinan la salud y que en los niveles locales son abordables a partir de una lectura certera de nuestra población, por medio de diagnósticos de salud comunitarios o de análisis de situación integral de salud (ASIS). Estas herramientas nos dan la oportunidad de centrarnos en el proceso salud/enfermedad/atención de una población específica y visualizar procesos más amplios de determinación social de la salud; superadores de la notificación o estadísticas sanitarias convencionales.

Es por ello que al inicio de la gestión regional del sector salud del Gobierno del Presidente Gabriel Boric, nos hemos dado a la tarea de acompañar a los municipios en la generación de mejores herramientas para visualizar factores y procesos que inciden en la salud de la población con una alta participación comunitaria que propicie aprehender la más amplia visión de salud de la población a cargo. Este desafío implica recuperar la función sanitaria que las Seremi de Salud tienen por ley, que es garantizar los diagnósticos comunales de salud; lo cual no podemos exigir a los 32 municipios de la región de La Araucanía si no entregamos herramientas adecuadas para el rescate y análisis que atienda a toda la diversidad territorial y cultural expresada en nuestra región, incluyendo sus múltiples dimensiones bio psicosociales, sus condiciones de vida y sus recursos y redes locales, más allá del sector salud.

En ese devenir es que confluimos con el Departamento de Salud Pública de la Universidad de La Frontera (UFRO) para el diseño de una **Guía Metodológica** para el análisis de situación de salud en el territorio. Esto a partir de la intersección entre nuestra necesidad de contar con información sistemática, sensible y diversa que pueda ser levantada y analizada desde los territorios; y el trabajo que por años viene desarrollando el equipo de Salud Comunitaria de dicho departamento de la Facultad de Medicina de la UFRO en vinculación con los equipos de salud municipal en torno a la generación de planes de salud comunal y de promoción.

> Queremos presentarle a las comunas y sus territorios, una herramienta para pensar su situación de salud y evaluar vías para modificar la dinámica de procesos agresores al bienestar o bien procesos salutogénicos que tanto los equipos como la comunidad organizada pueda identificar; siempre, en vinculación con su entorno, con las distintas instituciones que inciden en las condiciones de vida de la población.

Este documento llega en momentos que como Ministerio de Salud estamos impulsando la estrategia de Atención Primaria en Salud Universal, que pretende universalizar el acceso a la atención mediante pilotajes de "comunas pioneras", en donde la previsión de salud no sea impedimento para acceder a los cuidados preventivos, promocionales, de cuidado y rehabilitación de la atención primaria. La implementación progresiva de esta estrategia se inscribe en un incipiente proceso de Reforma a la Salud que, permite impulsar diálogos ciudadanos desde el sector salud en base a la experiencia de la población con nuestras instituciones, y con ello examinar los procesos de cuidado a la salud por medio de la revisión de procedimientos y optimización de prácticas de atención mediante la estrategia de cuidados integrales centrados en las personas (ECICEP), así como la incorporación de herramientas que acerquen la salud a las personas con oportunidad y pertinencia territorial, tales como conectividad satelital rural, dispositivos móviles para la atención, entre otros.

El pilotaje de la APS Universal implica operativizar el eje "condiciones de vida", que se ha propuesto para incidir local y regionalmente, de manera intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud a partir de la vinculación con los Gobiernos Regionales y el Gabinete Regional compuesto por las distintas Seremías y Direcciones de Servicio en torno a los problemas in-

tersectoriales que los equipos motores locales a cargo de la implementación de la APS Universal y los diálogos ciudadanos identifican. Esto supone el desafío de sintetizar las voces analíticas de las personas de cada comuna, en la movilización y diálogos ciudadanos permanentes, de modo de subvertir la planificación normativa y tradicional del sector en base a las lecturas diversas y complejas sobre la situación de salud y enfermedad de la población. De esta forma se espera tensionar el quehacer sectorial, generar iniciativas desde diversos sectores institucionales y de la política, que incidan en la mejora de las condiciones de vida de nuestra población en los niveles locales y comunitario-poblacional.

Esta guía pretende entonces orientar y desencadenar estos procesos de diálogo entre los equipos de salud, las comunidades y las instituciones estatales, sin desconocer las relaciones de poder que inciden en la respuesta organizada en salud y en las condiciones de vida. Se trata de un primer ensayo interinstitucional para zanjar una deuda para el adecuado ejercicio sanitario local y regional que tenga implicancias en las prácticas de más amplio espectro y que a su vez recupere el compromiso por la salud colectiva.

Ricardo Andrés Cuyul Soto
Secretario Regional Ministerial de Salud
Región de La Araucanía

GLOSARIO DE SIGLAS O ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud
BCN	Biblioteca Congreso Nacional de Chile
CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
CECOSF	Centro Comunitario de Salud Familiar
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CODELOS	Consejos de Desarrollo Local
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información de Salud
DSM	Departamento de Salud Municipal
DSS	Determinantes sociales de salud
IAP	Investigación Acción Participativa
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria
MINSAL	Ministerio de Salud
OPD	Oficina de Protección de Derechos
PLASAM	Plan Anual de Salud Municipal
PLADECO	Plan de Desarrollo Comunal
REM	Registro Estadístico Mensual
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial

PRESENTACIÓN

El análisis participativo de la Situación de Salud en el territorio, entendido como herramienta epidemiológica para la comprensión del fenómeno de la salud enfermedad a nivel colectivo- desde la perspectiva social y comunitaria – es indispensable para el abordaje de realidades que requieren una observación más profunda en relación a las desigualdades y potencialidades que en un territorio se pueden presentar. Profundizar en el análisis de situaciones de vida y salud, desde una perspectiva integral, ayudará a superar lo puramente sanitario e incorporar los procesos sociales, históricos, culturales, favoreciendo en cada territorio una toma de decisiones en salud más pertinente a las particularidades de cada entorno.

Este material surge de la inquietud del equipo de la SEREMI de Salud de la región de La Araucanía, en cuanto a revisar la pertinencia metodológica, sociocultural y organizacional de los diversos instrumentos que se ponen en ejercicio para el estudio, planificación y gestión de la APS. Se propone desde La Araucanía, territorio de gran riqueza cultural y biodiversidad, con altos indicadores de pobreza, por tanto, con una complejidad desafiante que requiere ser observada y abordada en las acciones de salud y bienestar humano.

La guía fue elaborada, a través de un proceso colaborativo y de intercambio de conocimientos y experiencias entre profesionales del ámbito académico y del mundo de la APS de comunas de La Araucanía[1]. Durante un año se desarrollaron reuniones de trabajo que incluyeron la revisión crítica de los procesos de estudio, planificación y gestión de APS; la necesidad de herramientas que permitan el ejercicio participativo en el análisis de salud con pertinencia social y cultural; así como procurar que la guía resulte un elemento aplicable en los contextos técnicos y administrativos que condicionan la gestión de la salud.

Esta guía está dirigida, preferentemente, a los equipos de atención primaria de salud que están involucrados en procesos locales o quieren comenzar a cambiar la forma de abordar el trabajo en salud en el territorio con pertinencia local. El análisis participativo podrá nutrir otros procesos técnicos, administrativos y sociales que deban ser desarrollados en el territorio, que pueden guardar relación con el bienestar de los diversos colectivos de la población local (personas mayores, mujeres, infancia, pueblos originarios, personas con discapacidad, entre otros).

[1] El equipo académico pertenece al Departamento de Salud Pública de la Universidad de La Frontera y representantes de equipos de APS de las comunas de Los Sauces, Lautaro, Carahue, Melipeuco, Villarrica y Loncoche.

Esta guía pretende ser un **aporte metodológico** para los equipos locales de salud, un instrumento que fomente la participación comunitaria en la generación de estrategias locales para el bienestar de la comunidad; en definitiva, esperamos sea una herramienta útil para analizar la situación socio-sanitaria de los entornos territoriales en los que trabaja la APS.

Realizar este **Análisis Participativo** en cada territorio permitirá la comprensión de fenómenos de salud-enfermedad-cuidado para generar propuestas que aborden las problemáticas locales y permita la recuperación de una salud con pertinencia territorial.

Los Sauces, 2023.

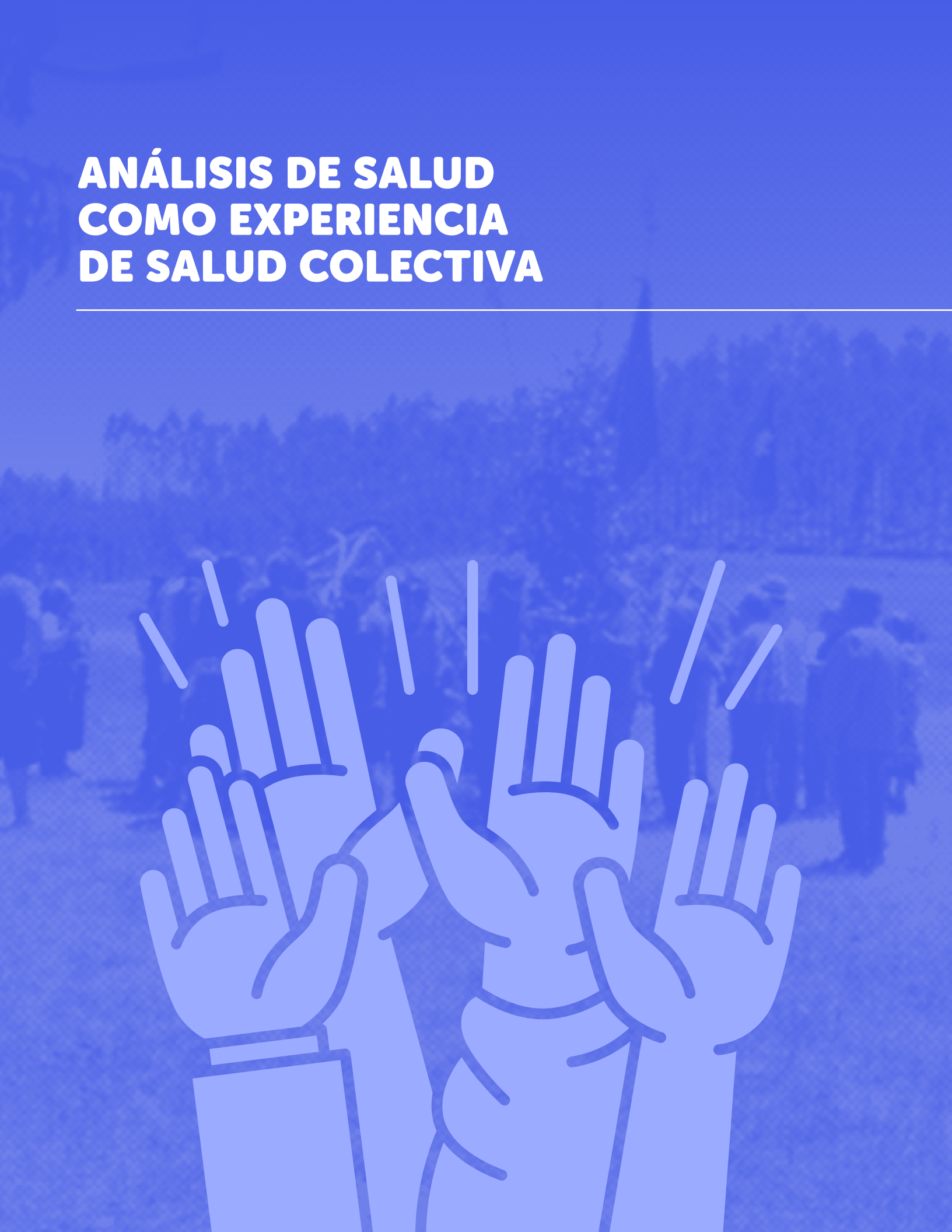
Este documento se estructura en dos capítulos, en el primero se contextualiza los fundamentos de la propuesta de análisis participativo de la situación de salud en el territorio; plantea las condiciones necesarias y reflexiones previas que deben propiciar el municipio y el equipo de salud para iniciar este proceso. En el segundo capítulo se encuentran descritas en detalle cada una de las etapas y de las técnicas sugeridas para llevar a cabo este análisis participativo. Esta segunda parte sobre el proceso metodológico, incluye un primer apartado sobre el Grupo Motor que impulsa y gestiona el proceso, seguido por la aproximación descriptiva a la realidad sanitaria. Posteriormente se detalla lo referido al proceso participativo, que representa la esencia de la propuesta de este documento para el análisis de la situación de salud del territorio.

Esperamos que esta guía fortalezca la convicción presente en muchos equipos sobre el rol activo de la comunidad; y sea una herramienta para integrar a los diversos grupos que la constituyen, de manera efectiva en el análisis y reflexión de sus propios procesos de salud.

Representa la oportunidad de enriquecer las prácticas desde el sector salud, diferenciándose del mercantilismo, la parcialización de los modelos de atención y la tecnocratización, que fragmentan los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado. El proceso participativo promueve prácticas que dan un papel activo a las personas en la transformación del sistema de salud y rompen el statu quo, situando políticas con criterios de equidad y modelos basados en el principio del buen vivir. Así trabajamos con sentido y avanzamos en transformar la salud institucionalizada a una perspectiva de salud colectiva.

ANTES DE INICIAR

ANÁLISIS DE SALUD COMO EXPERIENCIA DE SALUD COLECTIVA



Apelamos a seguir avanzando en una nueva forma de relación con la comunidad desde la horizontalidad, el vínculo y la reciprocidad, reconociendo los saberes del conjunto de la sociedad que permita acompañar el ejercicio de construcción colectiva, horizontal, transversal y diversa para realizar análisis de situación y planes de salud.

Muchas veces las reflexiones sobre los procesos de salud de una determinada población o territorio se realizan entre cuatro paredes, los profesionales de salud o a nivel central. Razones hay muchas: falta de tiempo, otras prioridades, el predominio de un modelo institucionalizado y centralizado de hacer salud; y una práctica de gestionar la salud-enfermedad desde un enfoque biomédico y administrativo. A su vez, los indicadores propuestos desde el Ministerio de Salud están más enfocados en una lógica de producción y de gestión de la enfermedad.

Somos conscientes que esta falta de reflexión local no conduce a mejorar el bienestar social del territorio donde trabajamos ni a un avance en procesos de salud y atención integral. Por eso, sabemos que es necesario avanzar en planes de acción local en salud que estén en concordancia con los propios contextos sociales, económicos, políticos, legales, demográficos, históricos y culturales, considerando sus correspondientes retos y prioridades en el ámbito de la salud.

La salud-enfermedad ocurre en individuos y colectivos humanos y, para su comprensión, se requiere la interpretación que incorpore la dimensión orgánica propia de los procesos biológicos, y la dimensión social donde existen y se constituyen los individuos. Desde el enfoque de la salud colectiva, Laurell (1986), una de las principales referentes latinoamericanas de esta corriente, sostiene que la salud y enfermedad son partes de un único proceso cuyo carácter es eminentemente social e histórico. Su análisis requiere, por tanto, considerar las características de la estructura social en el que se produce y reproduce.

Para lograr la integración de estas dimensiones y del enfoque de DSS se requiere incorporar a la sociedad civil en la discusión y reflexión, tanto en el análisis de salud como en las futuras acciones abordadas desde el ámbito local. Por tanto, es fundamental ser consecuentes y dar pasos concretos en la democratización de los sistemas de salud, en un intento de acercar los niveles de decisión a los ciudadanos y facilitar su participación en el sistema.

ALGUNOS FUNDAMENTOS

El ejercicio de participación para el análisis de la situación de salud de un territorio, supone algo más que contar con un itinerario metodológico y el manejo de técnicas o herramientas que permitan producir y analizar información. Se requiere tener en cuenta una serie de aspectos que no se encuentran en la mera aplicación de las indicaciones, sino que se relacionan con la consideración de ciertos conceptos, aptitudes y actitudes, que condicionarán las posteriores acciones en una perspectiva y prácticas de participación en salud.

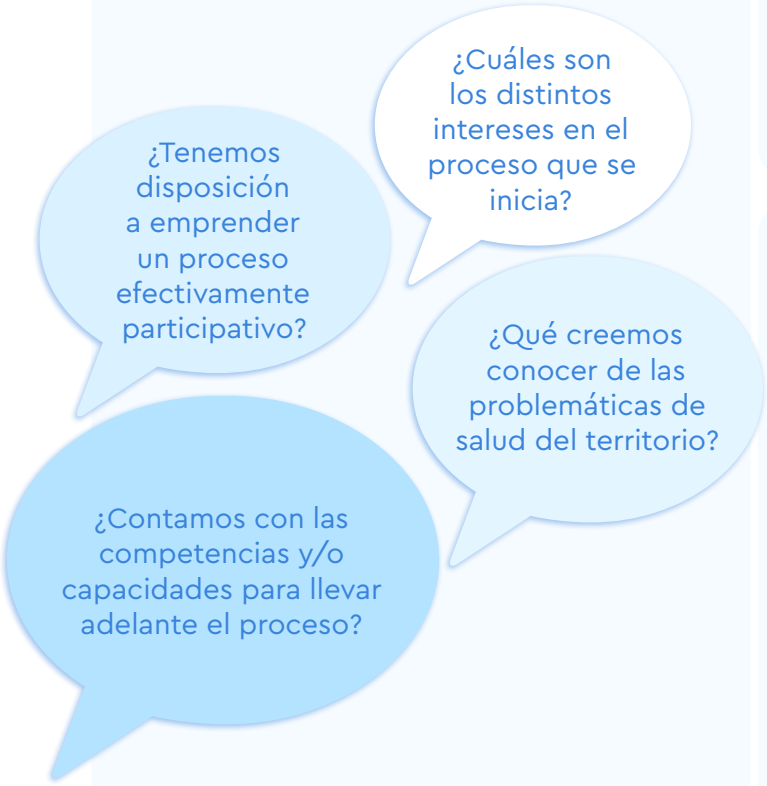
Para efectos de esta Guía, nos detendremos en tres cuestiones significativas: la **AUTOCRÍTICA** desde la cual debe partir una experiencia que implica la interacción de diversos actores, cada uno con sus particularidades e intereses; la importancia de la **COMUNICACIÓN** en el desarrollo del proceso; y los **ESTILOS** que se deben practicar y estimular en un trabajo colectivo en salud.

"**Conocer** lo que la gente cree y piensa, y **no lo que creemos** que la gente cree y piensa".

Grupo Motor Proceso Participativo en salud Pitrufquén, Región de La Araucanía, 2014

AUTOCRÍTICA

El inicio del proceso participativo debe contemplar un punto de partida en que la reflexión se centre en responder a preguntas cómo:



Estas y otras interrogantes constituyen un ejercicio de **autocrítica**, que introduce un primer momento de autorreflexión colectiva que permite explicitar diferentes situaciones que ayudarán a sentar las bases del trabajo en conjunto.

COMUNICACIÓN

El proceso participativo es en esencia un proceso de **comunicación,** en el cual se debe superar la noción de emisores por un lado y receptores por otro, de quiénes saben a quienes no saben, reemplazándola por la idea de relacionarse entre interlocutores, de manera horizontal. Acercarse de este modo a la experiencia de participación como un hacer juntos.

ESTILO

El desafío de construir colectivamente el conocimiento en salud, impone el preguntarse cómo romper el esquema del predominio de quienes interrogan, por lo general los profesionales, por sobre quienes responden, es decir, usuarias y usuarios del sistema. Para esto nos sirve detenernos en qué **estilo de trabajo** debería emplearse en nuestra manera de conducirnos. Dejar de lado posicionamientos conformistas, que no ayudan a modificar lo existente, así como no esperar que las cosas cambien o mejoren sólo desde el reformar algunos factores. Lo clave será conducirse desde la apertura permanente, abriéndose a la expresión de intereses, posturas y planteamientos que aporten, interroguen o cuestionen, canalizando a la reflexión, desde la cual podrán emerger explicaciones y propuestas, desplegando lo que podríamos denominar un estilo transformador.

PRINCIPIOS ORIENTADORES

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN PROCESOS DE SALUD

Esta guía plantea enfoques y metodologías participativas coherentes para escuchar, comprender, reconocer y validar las subjetividades de las comunidades en los procesos de diagnóstico, análisis, desarrollo de propuestas y en la toma de decisiones en futuros planes de salud.

COMUNICACIÓN

El origen etimológico de la palabra comunicación nos remite al "compartir" "hacer juntos" y "poner en común"; es esa la acción que queremos plasmar en este proceso. Un compartir desde el reconocimiento de las diferencias y el diálogo de saberes de las vivencias de cada persona. Comprometernos a hacer y transformar en conjunto los procesos de salud de nuestra población.

Estos principios permiten sentar las bases y marcar la diferencia en la construcción de este análisis participativo de salud. Acompañarán todo el proceso no solo a nivel declarativo, sino plasmados en forma concreta en cada etapa y acción sugerida en esta guía.

RESPETO

Alude a considerar atentamente a las personas involucradas en este proceso; considerarlas en su integralidad, su cosmovisión, sus particularidades de género, edad, procedencia. Conectarse desde un buen trato; mirar y reconocer a quien está frente a nosotros es la esencia del proceso de participación que se inicia.

PERTINENCIA CULTURAL Y TERRITORIAL

Considerar la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas y locales a través del diálogo y del respeto mutuo. En nuestra región de La Araucanía esto es un imperativo ético que debe guiar los distintos momentos del proceso. Parte por involucrar a la diversidad de actores de la comunidad en el análisis, el diseño, la toma de decisiones para el desarrollo de planes de trabajo culturalmente sensibles y contextualmente apropiados.

CONSIDERACIONES PARA LA PERTINENCIA

"La pertinencia cultural y lo participativo, que son aspectos considerados prioritarios para el desarrollo humano (FAO-CONADI, 2011), debiesen considerar esa participación desde la perspectiva de los actores, desde sus propios modos de comprender el mundo, desde las lógicas propias que guían su convivencia y la convivencia con la sociedad mayor. En otras palabras, se debe asegurar la real pertinencia cultural de los programas y de su implementación, ya que uno de los desafíos que tiene el Chile actual es cambiar la manera de hacer las cosas en educación y desarrollo, para contribuir a destrabar el futuro (PNUD, 2009) en lo que concierne a la relación entre la sociedad mayor, el estado y los pueblos originarios".

Ibáñez, 2015, p. 332

Nos detenemos especialmente en la pertinencia, porque el análisis participativo en salud se despliega en entornos culturales diversos. Considerar que para el sector salud, el 2023 se aprobó el Decreto 21:

> Reglamento que establece el derecho que tienen las personas pertenecientes a pueblos indigenas a recibir atención de salud con pertinencia cultural.

Link al Decreto 21

Lo que se expresara en la construcción participativa de un modelo de salud intercultural. El decreto establece un nuevo estándar de derechos. Son los establecimientos de salud, a través de sus equipos y prácticas quienes deben incluir la pertinencia en todo el proceso de atención de salud.

Los territorios se configuran culturalmente, a partir de la pluralidad de formas de vivir que coexisten en él. Las personas en cada territorio se relacionan con más de un sistema médico, complementando distintas formas de cuidar, de relación con diversos agentes de salud y sus prácticas terapéuticas propias. La presencia ancestral del pueblo mapuche, con su sistema médico propio; las prácticas de medicina complementarias; así como las diversas tradiciones de la ruralidad y de las personas migrantes, representan una multiplicidad de visiones que deben ser incluidas en un análisis de la salud colectiva en el territorio.

En este proceso de análisis participativo instamos a que como equipo de salud integren esta reflexión crítica de las relaciones interculturales y las prácticas en torno a la pertinencia para garantizar la auténtica inclusión y participación cultural en la salud colectiva. En concreto la pertinencia se expresa en este proceso de análisis participativo a través de distintas instancias.

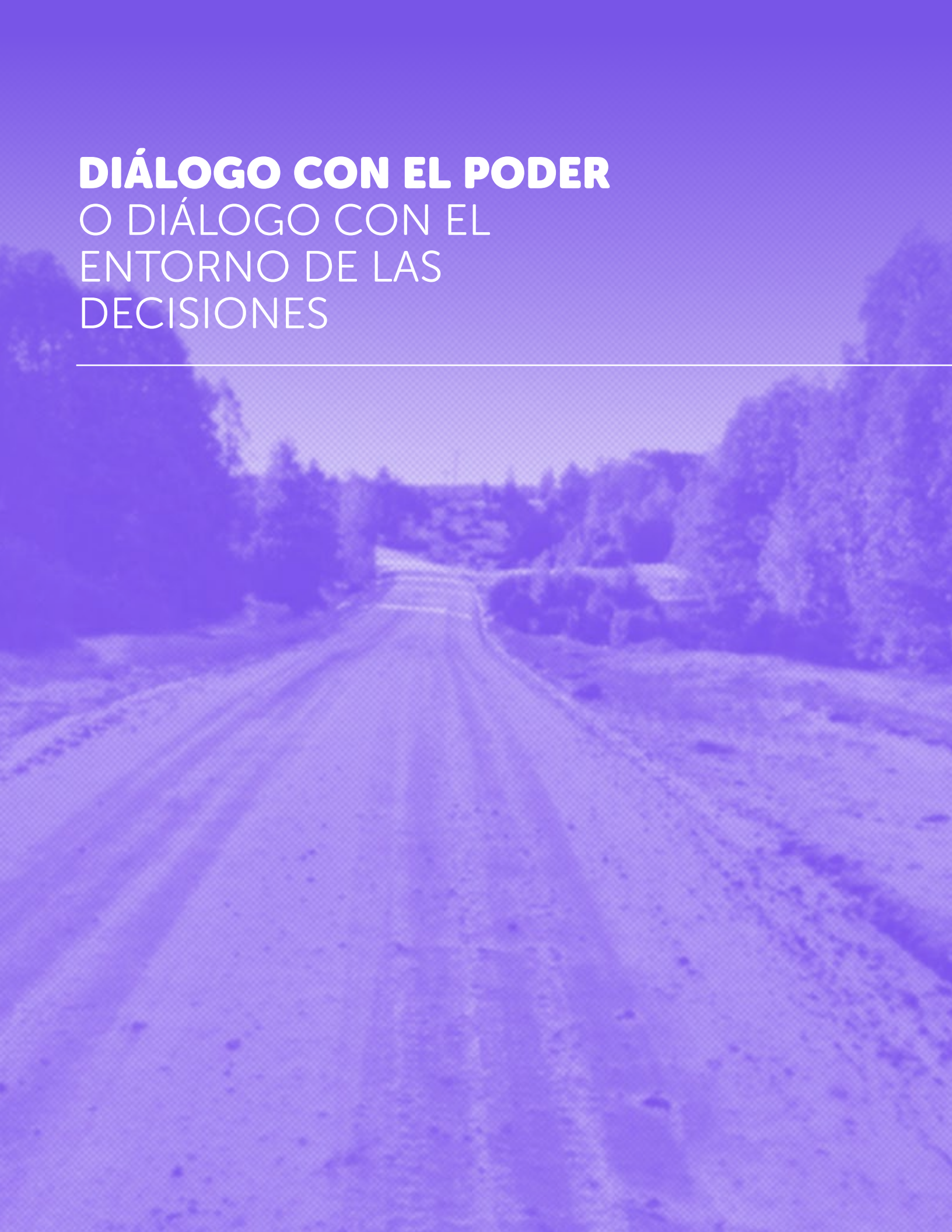
Ámbitos de pertinencia	**Como se manifiesta la pertinencia** (acciones, instrumentos, metodologías)
En la conformación del Grupo Motor	Identificar actores significativos de la comunidad relacionados con las problemáticas sociosanitarias del territorio
	Considerar la diversidad del territorio (de género, edad, cultura, identidades territoriales, etc.)
	Integrar a asesor/facilitador intercultural como parte del equipo
En las aproximaciones descriptivas y datos que incluimos	Apertura a temáticas variadas
	Visibilizar antecedentes específicos del pueblo mapuche
	Incluir antecedentes sobre desarrollo de salud intercultural en la comuna (facilitadores, procesos de inducción, capacitación continua a equipos de salud, competencias presentes en equipo local)
En las formas de convocar y de conversar de las distintas identidades y tradiciones culturales del territorio (las prácticas y herramientas que se apliquen)	Contemplar estrategias explícitas de acceso a distintos grupos de la comuna (rurales)
	Realizar reuniones en distintos sectores de la comuna
	Validar a las autoridades territoriales y tradicionales durante todo el proceso
	Considerar los protocolos culturales (quienes convocan y cómo se convocan, saludo, formas de conversación, etc.)
	Favorecer un diálogo abierto y crítico entre equipo de salud y comunidad sobre la pertinencia cultural en salud
En el escuchar y escucharse en el proceso: apertura, profundización, devolución, programación	Contemplar el uso pertinente de prácticas de comunicación. Por ejemplo: prácticas y protocolos mapuche (Pentukuwün, Nütram kawún, Trawún)
En el lenguaje que se emplee en el diálogo	Permear en el lenguaje (cómo se habla, desde el respeto, horizontalidad)
	Usar lenguaje inclusivo
	Realizar acciones concretas de reconocimiento cultural
En el diálogo con el entorno de las decisiones	Dialogar con SEREMI, Servicio de Salud, Autoridades locales, que permita disminuir la disociación y brechas entre lo institucional/ discursivo, las normativas y las prácticas en salud.
	Abrir diálogos con autoridades locales (municipio) que den respaldo y coherencia al proceso y a la continuidad de los compromisos que permitan visibilizar e integrar la salud mapuche en el plan de salud.
	Considerar otras autoridades territoriales (lonko, werken, machi, y otras agentes de salud tradicional)
	Cautelar instancias de sensibilización y compromiso del equipo de salud, que permitan mantener los cambios en pro de mayor integración y complementariedad de sistemas médicos (como capacitaciones, facilidades para salir a terreno, desarrollo de competencias para trabajar con la comunidad, formas de registrar, etc.)
En relación al resultado final del proceso	Si se cautela la pertinencia en cada una de las etapas y ámbitos, el resultado final del proceso debe ser satisfactorio en éste aspecto.

El papel de facilitar el diálogo intercultural ya está en nuestro territorio

El facilitador o facilitadora intercultural actúa como persona mediadora, promotora de la sensibilidad cultural en contextos de diversidad. Además, educa, asesora en políticas, formación, defiende derechos culturales y promueve el aprendizaje mutuo. Su papel es esencial para promover la comprensión y la armonía en entornos diversos.

Considerando la pluriculturalidad de nuestros territorios, será importante contar con la participación de personas capaces de desenvolverse en el diálogo intercultural. Esta figura se encuentra por lo general presente en el ámbito de la salud o de la educación. Podrá entregar las orientaciones respecto de: Protocolos para el acercamiento al mundo mapuche (a la familia, a la autoridad, a la organización), para la organización de la conversación (orden en el uso de la palabra, entre otros); Prácticas culturales pertinentes (trawün...); adecuado uso del idioma, pautas culturales acordes a actividades (horario, duración, lugar de realización, otros).

DIÁLOGO CON EL PODER
O DIÁLOGO CON EL ENTORNO DE LAS DECISIONES



El proceso participativo debe contemplar la comunicación con instancias que resultan incidentes en su desarrollo, así como en la materialización del resultado del trabajo. Se trata de mantener un intercambio con agentes decisores, con el fin de generar facilitadores y al mismo tiempo construir una "complicidad" o sintonía que legitime lo que se está realizando. Este intercambio permitirá alimentar el proceso de opiniones, intereses y aportes del entorno con capacidad de decisión.

Por tanto los objetivos esperados son:

- Facilitar el compromiso de los agentes decisores con el desarrollo del proceso y la implementación posterior de la propuesta.
- Realizar adaptaciones locales al proceso en virtud de la retroalimentación de quienes toman decisiones (horarios, lugares, protocolos)

¿CON QUIÉNES SE DIALOGA Y COORDINA?

En el ámbito de la salud y bienestar son diversos los actores con los que se pudiera dialogar y coordinar. Preferentemente se podrá considerar al municipio (Alcalde, concejales/as, directivos); uniones comunales; autoridades culturales tradicionales como Lonkos y/o kimches (sabios/as) del pueblo mapuche; directivos del Servicio de Salud, de la Seremi, entre otros.

¿EN QUÉ MOMENTOS SE DIALOGA CON QUIENES INFLUYEN EN EL PROCESO?

En todo momento del proceso. Será importante destinar energías y tiempo desde el inicio, en etapas intermedias y en la antesala de la finalización.

¿CÓMO SE DIALOGA?

- Acudiendo a espacios que ya existen como el concejo municipal, mesas comunales de APS, reuniones de gabinete municipal u otras.
- Convocando a los agentes decisores a reuniones del equipo motor y a los encuentros en los distintos momentos del proceso.
- A través del uso de los medios de comunicación y redes sociales, donde se comparte información relevante de ser conocida por la población.

INTERROGANTES INICIALES PARA EL EQUIPO TÉCNICO

Antes de iniciar este proceso es fundamental reunirse como equipo de gestión y personas del equipo de salud para ver en qué punto de partida están, reconocer dinámicas del equipo, aspectos facilitadores y desafíos que deberán abordar. Sugerimos considerar como equipo inicial a la dirección del DSM, dirección del Hospital Comunitario, jefaturas de programas; dirección técnica, dirección de CESFAM; equipo coordinador de nodos y/o CECOSF, equipo intercultural, representantes por estamento.

Entendemos que es una condición fundamental y facilitadora de este proceso el que las autoridades del gobierno local (alcaldía y direcciones de departamentos municipales) estén en conocimiento y avalen este trabajo.

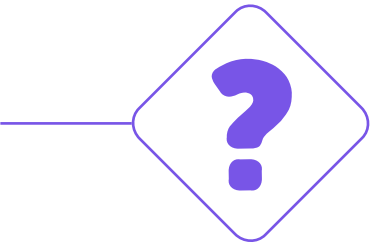
Compartimos algunas preguntas y reflexiones iniciales que les invitamos a revisar:

¿PARA QUÉ LO HACEMOS?

Primero es necesario darse un tiempo para conectar y reflexionar especialmente con el sentido de estos procesos, para qué nos sirven, qué relevancia tiene para nuestro equipo de salud. qué nos falta mirar, indagar o comprender de la realidad local en donde estamos insertos.

¿QUÉ TENEMOS?

Se refiere principalmente a mirar los diversos instrumentos de planificación y diagnóstico con los cuales trabajan. Ya sea el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO), Plan de Salud Municipal (PLASAM), Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS) o los propios programas ministeriales implementados. Revisar cada cuánto tiempo se realizan, los tiempos y plazos de cada uno de ellos; cómo se han realizado. Qué programas requieren procesos participativos. La invitación es a reflexionar, cómo se articulan estos requerimientos, cómo se pueden entrelazar y hacer sinergia. Es posible aunar esfuerzos. ¿Cómo este proceso de análisis participativo de la situación de salud, puede favorecer estos otros requerimientos y procesos?



¿QUIÉN LO HACE?

Un aspecto crítico para los equipos de salud es definir quién se hace cargo de facilitar el proceso que esta guía propone. Mirar horas asignadas a las personas encargadas de participación, de promoción y de calidad; revisar fortalezas como equipo y ver quienes tienen los conocimientos y competencias para acompañar técnicamente y favorecer la participación genuina; quienes tienen las competencias para el diálogo intercultural y comunitario; definir quién o quiénes podrían coordinar este proceso y qué roles asumen. Para ello es fundamental definir los tiempos que implica de dedicación y definir los procedimientos administrativos para resguardar estos tiempos. Una de las primeras tareas del equipo técnico coordinador será conformar el grupo motor, que más adelante detallamos.

¿CÓMO HEMOS INTEGRADO A LA COMUNIDAD EN NUESTRA GESTIÓN?

Al optar por impulsar un proceso de participación genuina con la comunidad es fundamental que revisemos nuestra historia en lo que a participación se refiere. Mirar cómo han sido las experiencias de participación, cómo se ha incorporado a la comunidad en otros procesos, en qué momentos se ha dado, es frecuente o esporádico el contacto con la comunidad; qué rol asume la comunidad en nuestra gestión; existen mesas territoriales y/o CODELOS; se han sostenido en el tiempo las instancias de participación. Cómo evalúa la comunidad este vínculo. Este trabajo propuesto es una invitación a re mirar cómo entendemos y vivimos la relación con la comunidad, cómo incide en nuestras prácticas; cuán abiertos estamos a aprender y dialogar con la comunidad. Esto permitirá sopesar la forma cómo planteamos este trabajo; estando conscientes tanto de los facilitadores como las resistencias para abordarlo.

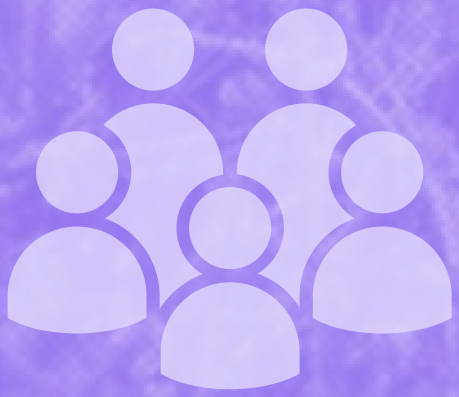
¿CUÁL ES EL ALCANCE O DÓNDE SE FOCALIZA ESTE ANÁLISIS PARTICIPATIVO?

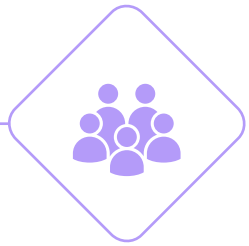
En este momento, la idea es revisar la complejidad del territorio en que están insertos; ¿contamos con información de toda la comuna?; ¿hay particularidades de algún sector y/o grupos que desconocemos o falta profundizar? ¿El alcance de este análisis, será diferenciado por sector o será comunal? Quizá en esta primera oportunidad decidamos que es necesario una visión más general de la comuna completa y en actualizaciones posteriores profundizar en algunos territorios (rurales, por ejemplo).

¿QUÉ NECESITAMOS PARA LLEVAR A CABO ESTE PROCESO?

Además de un equipo humano que lo coordine, con tiempos resguardados; un equipo disponible y abierto a este tipo de tarea; además de autoridades que apoyen y respalden explícitamente el proceso; qué otros recursos necesitamos para comenzar: especialmente nos referimos a considerar aspectos como espacios, traslados, capacitaciones, etc.

EL GRUPO MOTOR
DEFINICIONES Y FUNDAMENTOS





Es en el grupo motor donde se encarnan la diversidad de identidades territoriales, la participación genuina, el respeto, la horizontalidad en la comunicación, el reconocimiento de las vivencias, historia y opiniones diversas.

El grupo motor corresponde a un equipo mixto de personas, representantes de organizaciones o personas naturales que ejercen algún liderazgo en sus comunidades, los que sumados al equipo técnico (profesionales y funcionarios del equipo de salud) serán el núcleo de este proceso, participando activamente en cada una de las etapas descritas en esta guía.

Es en el grupo motor donde se encarnan la diversidad de identidades territoriales, la participación genuina, el respeto, la horizontalidad en la comunicación, el reconocimiento de las vivencias, historia y opiniones diversas. Su conformación muestra la intencionalidad de transformación de nuestras prácticas desde el inicio de esta experiencia. Por otra parte, participar en el grupo motor se constituye en una instancia de aprendizajes mutuos de sentidos colectivos; una oportunidad de construir lazos de confianza que faciliten la comprensión entre distintas personas y organizaciones.

En la constitución del grupo motor es útil tener en cuenta los siguientes aspectos:

TAMAÑO

Que el grupo sea lo suficientemente grande como para permitir el intercambio de puntos de vista, y a su vez lo suficientemente pequeño para que las dificultades de coordinación no impidan este intercambio (un equipo entre 10 y 15 personas puede generar una buena dinámica de trabajo)

HETEROGENEIDAD

Que sea un grupo heterogéneo en términos de experiencias, habilidades y conocimientos, que recoja la diversidad y particularidades de la comuna lo que enriquecerá el intercambio de perspectivas y experiencias. Es deseable que puedan incluir personas que no siempre participan, para ello deberán plantearse cómo facilitar la incorporación de representantes de esta diversidad (cómo incorporan a personas del sector rural; o mujeres jefas de hogar, etc.). En cuanto al equipo de salud, contemplar la diversidad de disciplinas y estamentos.

NEGOCIACIÓN DE EXPECTATIVAS

Compartir sentidos, propósitos y objetivos del proceso que llevarán a cabo, con el fin de desarrollar una visión común de lo que esperan al final de este proceso participativo.

DEFINIR ROLES Y RESPONSABILIDADES

Definir roles y responsabilidades entre los participantes del grupo motor (facilitador/a, coordinador/a, responsable de actas o de comunicaciones, comisiones de trabajo

para objetivos específicos, etc.). Enfatizando que el tipo de relación que se establece es desde relaciones de colaboración y horizontalidad, donde todas las voces son escuchadas y respetadas.

COMPROMISO

Tener presente que el proceso participativo lleva tiempo, por tanto, requiere que las personas que se integren al grupo motor se comprometan a permanecer durante toda la experiencia. El grupo motor es la plataforma estable que da continuidad al proceso participativo.

FORMA DE FUNCIONAMIENTO

Definir aspectos de funcionamiento como la frecuencia de las reuniones, tiempos requeridos, lugares de reuniones. Por ejemplo, considerar realizar reuniones en distintos sectores de la comuna para equilibrar el desplazamiento de las distintas personas participantes; o considerar reuniones en lugares con pertinencia cultural; considerar los horarios más asequibles, etc.

FLEXIBILIDAD

La conformación del equipo motor es dinámica, pudiendo salir o incorporarse alguno de sus miembros en cualquier etapa del proceso. La flexibilidad también refiere a confiar en el proceso, a "entregar el control" y no tener miedo a que el proceso se escape de lo previamente establecido.

Algunas de las principales funciones del grupo motor en este proceso participativo serán:

FACILITACIÓN Y COORDINACIÓN

El grupo motor actúa como un facilitador principal del proceso, ayudando a organizar reuniones, talleres y actividades participativas. Coordina la comunicación entre los diferentes actores involucrados y garantiza que el proceso se desarrolle de manera ordenada y productiva. Es el dinamizador de la participación de la comunidad.

SISTEMATIZACIÓN DE LAS DISTINTAS ACTIVIDADES

A medida que se implementan las etapas de este proceso el grupo motor irá recogiendo la información trabajada en las actividades en terreno, asambleas. Esta sistematización permite contar con un registro del proceso, facilitar el análisis, y la socialización con actores de la comuna.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Al ser la instancia que da continuidad al proceso, debe cautelar momentos para recoger lo vivido y tener instancias de reflexión y análisis colectivo de la experiencia.

SEGUIMIENTO

Monitorear el progreso del proceso de análisis de salud y hacer los ajustes necesarios en función de las particularidades y desafíos locales.

SÍNTESIS ETAPAS DEL PROCESO DE ANÁLISIS PARTICIPATIVO DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL TERRITORIO

Consideraciones

- Anticipamos que el proceso de realización de este análisis participativo será de aproximadamente **7 a 8 meses.**
- La vigencia de este análisis se estima entre **3 a 4 años,** lo que implica considerar realizar actualizaciones cada 3 años
- Más que el producto, que en sí es importante, relevamos el proceso que se llevará a cabo, que tiene fundamentos en los principios señalados anteriormente.
- La construcción de este análisis participativo de salud se desarrollará desde el enfoque de la investigación acción participativa (IAP). En este enfoque se combina recolección de datos con el compartir y reflexionar sobre esta información y, principalmente, escuchar y comprender las explicaciones que las personas de la comunidad dan sobre sus propias situaciones de salud-enfermedad-atención-desatención.
- Considerar las particularidades de cada territorio al momento de plantearse este desafío, ser flexibles para responder a esas dinámicas propias durante el desarrollo de este análisis. De manera general se sugieren en esta guía ciertas etapas y/o actividades que indican una ruta a seguir. Sin embargo, ningún proceso participativo es igual a otro y su desarrollo no es estándar sino más bien cíclico y se va retroalimentando o nutriendo en el camino.

El siguiente cuadro ilustra las etapas de este proceso:

Conformación Grupo Motor

1 mes

- Convocar
- Delimitar funcionamiento y expectativas

Aproximación Descriptiva

2 meses

- Recopilación de datos

Aproximación Descriptiva

1 mes

- Taller socialización, reflexión y análisis de datos

Apertura y Problematización

1 mes

- Identificar preocupaciones, inquietudes locales
- Asamblea ampliada
- Técnica Jardín Comunitario

Profundización con Actores y Redes

2 meses

- Identificar actores y conocer sus perspectivas
- Técnica Sociograma
- Trabajo de campo

Devolución Creativa

1 mes

- Validar información
- Identificar nudos críticos
- Asamblea ampliada
- Técnica flujograma

Programación

1 mes

- Programación colectiva
- Técnica Grupos Nominales

Socialización del Plan de Trabajo

1 mes

- Cuenta Pública del proceso

Ejecución y Seguimiento

3-4 años

- Comisión de seguimiento

PROCESO METODOLÓGICO PARA EL ANÁLISIS PARTICIPATIVO DE LA SITUACIÓN DE SALUD

El Análisis Participativo de la situación de Salud en el territorio, contempla dos grandes momentos. El primero corresponde a la Aproximación Descriptiva de la realidad socio sanitaria, y el segundo a la experiencia participativa en que se profundiza la comprensión de la situación de salud y se proponen estrategias de acción.

La Aproximación Descriptiva, dice relación con el acercamiento a los datos que dan cuenta de cómo se manifiesta la epidemiología del territorio (morbilidad, mortalidad, entre otros); así como de antecedentes sociales, demográficos, económicos, de equipamiento e infraestructura comunitaria, de sistemas de salud en coexistencia (occidental, mapuche, popular), y otros aspectos que dan cuenta de la situación de salud. Esta aproximación descriptiva constituye entonces el primer momento del proceso. Las fuentes en las cuales podrá encontrarse la información que describa al territorio, contemplan desde el PLADECO municipal, estadísticas de salud, datos censales, informes sectoriales, entre otros.

El segundo momento de experiencia participativa, corresponde al socio análisis de la situación de salud enfermedad, atención y cuidado. Se desarrolla mediante la Socio Praxis o Investigación Acción Participativa, que contempla el recorrido por cuatro etapas: la apertura y problematización, la profundización con actores y redes, la devolución creativa y la programación. Este momento de participación representa el reconocimiento de la capacidad que tienen los sujetos del territorio para plantear preocupaciones y proponer interrogantes, visualizando y estableciendo los aspectos que ayudarán a explicar la situación de salud, adentrándose en la complejidad de distintos fenómenos que serán explorados desde el ejercicio armónico y complementario del saber vivencial y del saber técnico-académico.

Como fue mencionado en el capítulo anterior, la comunidad en su diversidad y heterogeneidad es protagonista del análisis de la situación de salud, haciéndose parte del Grupo Motor que impulsará y cautelará la legitimidad de un proceso efectivamente participativo.

INSTALACIÓN, PRESENTACIÓN PÚBLICA Y CONFORMACIÓN DEL GRUPO MOTOR

Sugerencia de personas participantes del grupo motor:

Actores técnicos (equipo gestor del CESFAM – unidad de participación), y diversidad de integrantes del equipo de salud.

Actores de la comunidad (adolescentes, personas mayores, mujeres, representantes del sector rural y del pueblo mapuche). No será requisito el ser dirigente o pertenecer a alguna organización.

Será importante contemplar un momento inicial, a modo de presentación pública o lanzamiento del proceso. En esta instancia se socializan los objetivos que busca este trabajo y se invita a actores del territorio a ser parte del análisis participativo de la situación de salud. En esta convocatoria amplia, se despejan dudas iniciales, se comparten inquietudes, críticas, autocríticas, apuntando a la generación de confianzas que permitan la adscripción a la experiencia participativa.

Además de este hito inicial, es recomendable mantener un plan de difusión de lo que se va realizando en cada etapa, de modo de mantener al equipo de salud, a la comunidad y sus autoridades informadas e involucradas en los avances de este trabajo.

Como se señaló anteriormente, el grupo motor es un espacio de convergencia del mundo técnico profesional (de salud y otros ámbitos) y el mundo diverso de la comunidad, por lo cual será importante que desde el inicio del proceso se manifieste públicamente la invitación a ser parte de él. Esta invitación debe ser abierta a la participación voluntaria de las personas, sin establecer criterios que restrinjan la integración plural del grupo motor. Cualquier persona del territorio, sin consideraciones de ningún tipo, podrá ser parte del espacio integrador que busca representar esta instancia. No olvidar los aspectos previamente mencionados al momento de pensar en la conformación del grupo motor, en cuanto a tamaño, heterogeneidad de edades, género, procedencia, cultura, etc.

PRIMERA ETAPA: APROXIMACIÓN DESCRIPTIVA

"Debemos hacer un esfuerzo persistente por convertirnos en epidemiólogos de los "sin poder"

(Breilh, 1998)

"Los hechos no son fragmentos de información puros e impolutos; la cultura influye en lo que vemos y en cómo lo vemos"

(Gould, 1984)

Los datos y estadísticas comunales brindan una imagen de la situación de salud en momentos específicos, lo cuál nos ayudará a identificar problemas, priorizar y tomar decisiones locales, y fundamentar planificaciones en salud.

Los datos estadísticos representan la "punta del iceberg" de la situación de salud local, son generalmente la parte visible y cuantificable de los problemas de salud en la comunidad. Sin embargo, debajo de esa superficie visible, hay una serie de factores y explicaciones que no se capturan completamente y que no vemos a simple vista.

Para iniciar este proceso participativo buscamos aproximarnos a mirar la realidad desde la información con qué contamos, para luego mirar bajo la superficie y adentrarnos en las profundidades locales desde una mirada colectiva y problematizadora. El énfasis en esta etapa será compartir con la comunidad la información que muchas veces queda a nivel de los técnicos.

Por tanto, esta etapa tiene dos propósitos: integrar la información que puedan entregar los datos y estadísticas institucionales elaboradas por distintas instancias sobre la situación de la comuna; y dar a conocer esta información de manera sistematizada a la comunidad para adentrarse a la reflexión, problematización y comprensión colectiva de las realidades locales que impactan los procesos de salud de las personas.

Los **objetivos** de este momento se materializan en la recopilación de la información y la posterior socialización de esta.

1 | RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN

Apunta a buscar información respecto de ámbitos que permitirán aproximarnos a la complejidad e integralidad de los aspectos sociales y culturales que afectan los procesos de salud de la comuna. La recopilación de estos antecedentes incluirá la revisión de documentos ya elaborados (PLADECO, PLASAM, DEIS, instrumentos diagnósticos de otros departamentos y oficinas municipales, revisión de estadísticas REM) y actualización de algunos indicadores en registros disponibles de los sectores correspondientes.

Los antecedentes contemplados se agrupan en los siguientes cuatro ámbitos:

Ámbito	Descripción
Antecedentes geográficos y ambientales	*Incluye caracterización geográfica del territorio, identificación de problemáticas y amenazas medioambientales, y factores protectores del entorno*
Antecedentes sociodemográficos y económicos	*Considera una mirada histórica de la conformación del territorio; datos poblacionales, composición y dinámica poblacional; caracterización socioeconómica, educacional, laboral, servicios básicos; y prácticas y expresiones de identidad territorial.*
Antecedentes epidemiológicos	*Incluye datos sobre morbi-mortalidad y estado de salud de la población local; además de indagar en problemáticas psicosociales y de salud mental.*
Antecedentes del sistema de salud	*Considera información sobre la red asistencial, presencia e integración de sistemas médicos (mapuche); participación de la comunidad en la gestión de salud; experiencia en prevención y promoción; trabajo en red y articulación intersectorial.*

En el siguiente cuadro se detalla la información a abordar en cada ámbito, algunas fuentes dónde buscar y posibles técnicas para recolectar los datos.

ÁMBITO | **GEOGRÁFICOS Y AMBIENTALES**

Indicadores	Fuentes	Técnicas recolección de datos
Ubicación, superficie, límites comunales, topografía, clima, hidrografía, suelo, accesibilidad y conectividad del territorio, unidades poblacionales principales	PLADECO, Biblioteca del Congreso Nacional (BCN) Instituto Geográfico Militar Plan Regulador Comunal	Revisión documental
Materias ambientales: manejo de residuos, acceso y calidad de bienes comunes naturales, contaminación, agua, aire, suelo, biodiversidad y recursos naturales. Amenazas naturales y ambientales (agresores del bienestar)	Ministerio de Medio Ambiente, SEREMI de Medio Ambiente, Oficina Municipal de Medio Ambiente, Informes de ONGs y otros, Informes de Servicio Nacional de Geología y Minería (SERNAGIOMIN)	Revisión documental Elaboración de mapas ilustrativos y/o parlantes Revisión documental
Factores protectores del entorno que favorecen la salud y el buen vivir	Oficinas municipales: Medioambiente, Turismo, DIDECO	Revisión documental Informantes claves

ÁMBITO | **SOCIODEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS**

Indicadores	Fuentes	Técnicas recolección de datos
Antecedentes históricos del territorio. Hitos relevantes del proceso histórico	PLADECO, Informantes claves Documentos con historia local	Revisión documental Entrevista a actores claves en historia local
Población (pirámide poblacional, índice de masculinidad, índice de dependencia, envejecimiento, ruralidad, pertenencia a pueblo originario, población migrante, variación intercensal)	INE/CENSO, CASEN, BCN, PLADECO	Revisión documental
Composición de la población por Ingresos, pobreza (por ingreso y multidimensional) e Índice de Desarrollo Humano (IDH)	CASEN, INE, PNUD, Ministerio de Desarrollo Social	Revisión documental
Trabajo, empleo (formal e informal), población económicamente activa, y actividades económicas presentes en la comuna	INE, CASEN, Unidad de Desarrollo Económico Local (UDEL), Oficina Municipal de Intermediación Laboral (OMIL)	Revisión documental
Educación según sexo, edad y pertenencia pueblo originario (escolaridad, analfabetismo, acceso, indicadores de calidad)	BCN, Bases de datos de deptos. municipales de Educación, Servicios locales de Educación, Direcciones provinciales, Ministerio educación, Proyectos Educativos Integrales (PEI) de establecimientos de la comuna	Revisión documental
Acceso a servicios básicos y conectividad (alcantarillado, luz eléctrica, agua, internet, transporte), vivienda y hacinamiento	CASEN, Registro social de Hogares, DIDECO, Ministerio de Desarrollo Social	Revisión documental
Prácticas culturales del territorio (autoridades tradicionales, agentes de salud, ceremonias y festividades que se realizan)	Oficina de Cultura, Facilitador@s interculturales, Autoridades tradicionales, Conadi	Revisión documental Entrevista a actores claves de las culturas presentes.

ÁMBITO | **EPIDEMIOLÓGICOS, MORBI-MORTALIDAD**

Indicadores	Fuentes	Técnicas recolección de datos
Natalidad, mortalidad general e infantil , años de vida potencialmente perdidos, morbilidad, situación nutricional	INE, DEIS, estadísticas REM municipio	Revisión documental
VIF y otras violencias, embarazo adolescente, consumo de alcohol y drogas y otros indicadores de salud mental (depresión, tasas de suicidio, etc)	OPD, Carabineros, SENDA (encuestas nacionales, regionales y diagnósticos comunales)	Revisión documental

ÁMBITO | **SISTEMA DE SALUD**

Indicadores	Fuentes	Técnicas recolección de datos
Red asistencial (hospital, CESFAM, CECOSF, posta, EMR), programas, cobertura, dotación, infraestructura, coordinación red Presencia de otros sistemas médicos: salud ancestral mapuche, acupuntura, apiteraía, flores de bach, biomagnetismo, etc. Participación en la gestión (existencia comités de salud) Percepción de usuarios Prevención y promoción	PLASAM – DSM, Informes Satisfacción Usuaria, Servicios de Salud, MINSAL	Revisión documental Mapas georeferenciados
Identificación factores protectores sistema de salud local Redes, organizaciones Prácticas sociales y culturales	Registro comunal de organizaciones comunitarias, Registro de otros departamentos de actividades culturales	Revisión documental
Articulación intersectorial Programas y proyectos vinculados con salud y políticas sociales que contribuyen a la salud	PLADECO, Informes programas municipales y sectoriales (Senda, Senama, Senadis, Sernameg, Indap, entre otros)	Revisión documental

Cumplida esta etapa lograremos una aproximación al perfil de salud-enfermedad-cuidado del territorio. A partir de esto deberemos adentrarnos a comprender para transformar, siempre con la participación de las comunidades.

PERTINENCIA

La pertinencia en la aproximación descriptiva y análisis de los datos: no olvidar visibilizar la **diversidad cultural** al recoger información, consultar fuentes y, especialmente, al realizar el análisis con el grupo motor. Recuerden considerar protocolos en el diálogo con **informantes claves** de las comunidades.

2 | SOCIALIZACIÓN Y ANÁLISIS COLECTIVO DE LOS DATOS

Luego de recopilar los datos e información señalada en el cuadro previo y mirar la superficie; les invitamos a mirar lo que está por debajo, lo que puede explicar la situación descrita por los datos conocidos. Corresponderá compartir y analizar la información sistematizada, sobre la realidad sociosanitaria del territorio, en conjunto como grupo motor.

Además de socializar la información y las preocupaciones que se exponen, a través de los datos, esta instancia permitirá abrir la reflexión con el grupo motor y conectar con los sentidos e importancia de realizar este proceso desde la participación real de la población. Es decir, permite abrirse a la pregunta **¿cuáles son las causas de la situación de salud, enfermedad, cuidado que nos describen los datos?**

CONSIDERACIONES PARA REALIZAR LA SOCIALIZACIÓN:

1. Primero el equipo técnico se reúne para analizar y sistematizar los datos por ámbito e indicadores: prioriza datos que le son más relevantes y hace un "resumen" por ámbito, pudiendo abordarlo comunalmente o desde las especificidades territoriales. Considerando la información priorizada definen el tiempo y número de encuentros de socialización que realizarán.
2. Se convoca al grupo motor para presentarle estos datos. Se sugiere que esta presentación la realice algún integrante del equipo técnico que tenga manejo de los datos y cuente con habilidades comunicativas para el trabajo participativo.
3. La presentación debe contemplar: una comunicación clara, accesible y amigable; presentar los datos con un lenguaje sencillo, evitar tecnicismos. Representar los datos de manera visual, es más fácil entender con gráficos, tablas u otras visualizaciones. De ser necesario, ir contextualizando los datos: analizar sus alcances y relacionar con situaciones cotidianas y ejemplos concretos.
4. Considerar poner en tensión algunas informaciones desde aspectos como: la segregación territorial, brechas de acceso, equidad, sesgos en la recopilación y el registro de datos (por ejemplo, subregistros de ciertas condiciones de salud o poblaciones), falta de contexto de algunos datos, datos que no logran mostrar la complejidad e integralidad de los fenómenos de salud. Mostrar además diferencias de prevalencias y tendencias en distintos territorios, complementar los números con su influencia en decisiones programáticas locales.
5. Luego de cada ámbito expuesto, dar espacio para que las personas de la comunidad incorporen sus explicaciones y vivencias, puedan hacer preguntas y analizar la información entregada.

Esta socialización y análisis de los datos se realiza en una o dos jornadas de trabajo del grupo motor, donde los integrantes técnicos presentan el resumen sistematizado de los datos por ámbito y luego abren la palabra para preguntas y comentarios del equipo vivencial.

Esta aproximación descriptiva constituye un insumo para integrar en las siguientes etapas del proceso participativo de sociopraxis en salud; por ejemplo, al considerar las categorías de análisis o contemplarlo como preguntas en la etapa de profundización, etc. No olvidar –como fue mencionado– que esta etapa nos permite apreciar la superficie de los fenómenos de salud-enfermedad-cuidado, correspondiendo el apuntar a conocer en profundidad lo que está dando origen a esta realidad, lo que se abordará por intermedio de la participación de la diversidad de actores del territorio.

SEGUNDA ETAPA: PROCESO PARTICIPATIVO SOCIO-PRAXIS EN SALUD EN EL TERRITORIO

Las metodologías participativas proponen articular elementos en un mismo proceso, partiendo de los saberes locales, de las apreciaciones individuales y colectivas, construyendo planteamientos más complejos y profundos, reflexionando con los actores locales sobre sus prácticas, desde su propia experiencia. La metodología que se aplicará para el Análisis participativo de la situación de salud, será la Investigación Acción Participativa (IAP), que constituye una herramienta que permite "...crear vínculos virtuosos de reflexión- diálogo- acción- aprendizaje entre las personas y agentes externos interesados en promover acciones para el desarrollo y el empoderamiento socio político de las comunidades y grupos que se representan como marginados de los beneficios sistémicos" (Contreras, 2002, p.9).

La metodología promueve una construcción democrática-participativa, de abajo hacia arriba, reflexionando sobre los procesos, procedimientos y aspectos internos de la experiencia. El ¿para qué? y ¿para quién? se está interviniendo, incorporando a los/as funcionarios/as públicos como sujetos activos de la reflexión en conjunto con los sujetos de la comunidad; ya que no son espectadores/as de realidades, sino que son parte de ella, en el sentido de la creatividad social (Villasante, 2001). Es decir, el proceso que trata de remover dominaciones dentro y fuera de las personas y los grupos. Desenmascarar los poderes que llevamos dentro y que ejercemos en la vida cotidiana, podernos reír de los juegos de rivalidades que se dan tanto en las instituciones como en los movimientos sociales, poder relativizar las pretensiones omnipotentes de los expertos, poder sentirnos bien con las creatividades de los otros y las nuestras (Villasante, Garrido y Hernández, 2002).

Algunos de los elementos
a considerar de la metodología IAP:

1. **La autocrítica de lo que venimos haciendo, desde los distintos intereses en juego:** significa hacernos conscientes de nuestros paradigmas y de los de cada participante, rebajar idealismos y ajustarnos lo máximo posible a la realidad con la que vamos a trabajar.
2. **Incorporación de comunidad no organizada:** esto se plantea debido a que la población organizada es una minoría significativa, en la que los grados de representatividad no son fáciles de determinar. Nos permitirá conocer las redes sociales, sus lugares de relación y convivencia.
3. **Devoluciones y creatividad social:** estas se refieren a devolver a la población la información recogida, en las diferentes etapas. La devolución se planea realizar desde lo colectivo y luego de una interpretación técnica, sin omitir o reducir información, sino más bien con frases sustanciales que abran el análisis en los diferentes temas abordados. Se denomina creativa debido a que las personas deben sentir su contribución real al proceso.
4. **Ideas fuerza e integradoras:** esta distinción se plantea colectivamente, es decir, con todos los sectores de la población, construyendo participativamente una Idea-Fuerza; que sea capaz de movilizar los objetivos centrales y que pueda unir las propuestas urgentes, de corto plazo, con las más profundas, las que deben ir a la raíz de los problemas.
5. **Redes Democráticas – Participativas:** como se planteó anteriormente, sugiere una participación de abajo hacia arriba, con una organización operativa y democrática, con el fin de generar auto-diagnósticos y auto-organización, entre las organizaciones e instituciones ya existentes y los nuevos grupos, con el propósito de que las iniciativas se articulen entre sí.
6. **Desbordes y reversividad:** se refiere a que el Plan, para ser considerado como óptimo, deberá tomar en cuenta los desbordes de acontecimientos e imprevistos, como también los postulados de la población, que demuestran la madurez, el compromiso y la efectividad de la participación, haciéndole seguimiento a las propuestas y exigiendo que se cumplan. La reversividad apunta al papel protagónico de la población, tomando las iniciativas como propias, queriendo ser lo más consecuente posible.

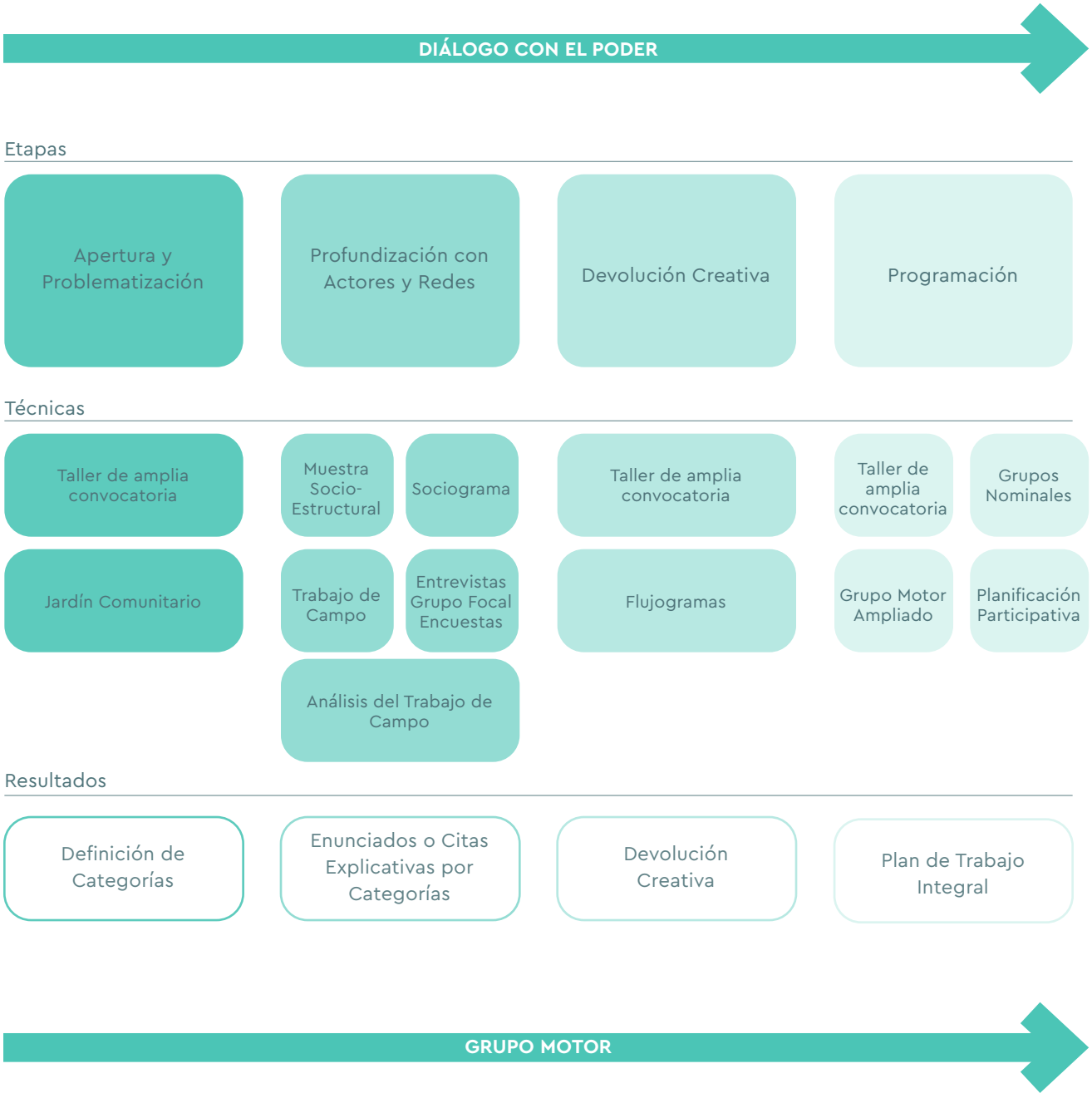
La IAP, en la modalidad de Socio praxis, propone una serie de etapas (denominados saltos o momentos) que permiten abordar los procesos comunitarios desde la complejidad social y se inicia con la autorreflexión de los equipos técnicos o traductores (Villasante, 2001); para reconocer y someter a la crítica sus preconcepciones, en consideración de lo que se planteará a la comunidad. Paralelamente se deberá reconocer las posturas auténticas de la comunidad y desde allí construir colectivamente una nueva postura. En el siguiente apartado se revisa cada uno de los saltos creativos: Apertura y problematización; Profundización con actores y redes; Devolución creativa y Programación.

PERTINENCIA

El contexto pluricultural y el proceso participativo

Antes se habló de pertinencia cultural aludiendo a lo imprescindible del reconocimiento de la diversidad de nuestros territorios, lo que debe expresarse en el proceso participativo. En los distintos momentos que se desarrollarán será importante contemplar las prácticas propias del pueblo mapuche y población migrante para saludarse, iniciar una conversación, desarrollar una conversación interpersonal o grupal, tomar acuerdos, entre otros. Del mismo modo, el horario, el lugar y el tipo de alimentos a compartir. En los distintos momentos encontrará recuadros de prácticas culturales del pueblo mapuche que podrán contemplarse.

ESQUEMA SALTOS CREATIVOS



Primer momento
Apertura y problematización

Corresponde al acercamiento a las preocupaciones, intereses y visiones de los actores del territorio sobre la salud y el bienestar. Es abrirse a la escucha mutua, apuntando a identificar las problemáticas principales, que emergen como las variables o categorías que deberán ser estudiadas y profundizadas en las siguientes etapas.

Este acercamiento se materializa en una jornada de apertura ampliada, que tendrá una duración aproximada de 2 horas. Se debe realizar una convocatoria amplia a toda la comunidad, que permita tener la mayor representatividad de los diversos habitantes del territorio, para ello se debe contar con un lugar que permita albergar a todas las personas asistentes y conformar grupos de trabajo para la aplicación de la técnica participativa que permita la apertura y problematización. La técnica propuesta en esta Guía es la del **Jardín Comunitario.**

Objetivo etapa	Identificar preocupaciones, inquietudes, dificultades percibidas por la comunidad sobre la salud y el territorio.
Resultado(s)	Categorías y/o variables que expresan las preocupaciones de salud de la comunidad.
Acciones involucradas	1. Reunión grupo motor para coordinar taller de apertura. 2. Realización del taller de apertura ampliado con la comunidad. 3. Reunión grupo motor para sistematizar jardines comunitarios.
Actores participantes	Grupo motor, personas de la comunidad de los diversos grupos existentes, con sus particulares características (mayores, juventud, ruralidad, indígenas, organizaciones sociales, etc.).
Técnicas sugeridas para el taller de apertura ampliado	• **Jardín Comunitario** • Taller análisis situacional (FODA) • Sociodrama • Conversatorios • Entrevistas a Informantes clave • Prácticas culturales pertinentes a identidades locales
Duración etapa	1 mes.

PERTINENCIA EN LA APERTURA Y PROBLEMATIZACIÓN

Pentukuwün: Saludo ritual que habla sobre la familia, comunidad y su territorio. Se consulta sobre cómo se encuentra la persona, la familia y la comunidad. Posteriormente permite crear confianza y un buen estado de ánimo para desarrollar el diálogo.

Nütram: Conversación entre dos personas

Nütram Trawün: conversación en un grupo de personas reunidas. Conversatorio.

Trawün: Reunión o encuentro.

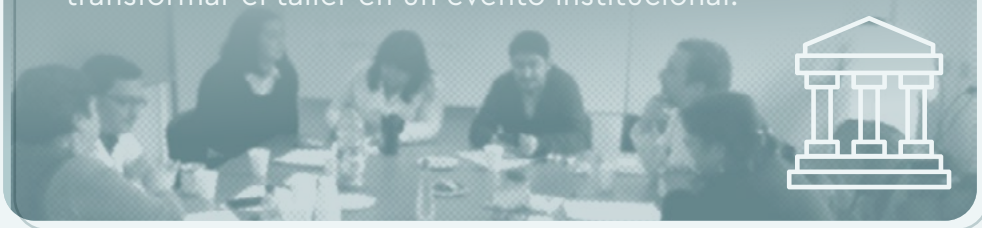
Fvta Trawün: Gran reunión o asamblea.

DIÁLOGO CON EL PODER EN LA APERTURA

Se podrá invitar al Taller de apertura a alguna de autoridades locales del entorno institucional desde el cual se impulse el proceso participativo.

Ejemplo: alcalde, concejales, Seremi de Salud, DSM, autoridades tradicionales del pueblo mapuche, entre otros.

Es importante invitar sólo a quienes sea pertinente. Procurar la menor presencia posible. Se debe evitar transformar el taller en un evento institucional.



TÉCNICA DE APERTURA: EL JARDÍN COMUNITARIO

¿QUÉ ES EL JARDÍN COMUNITARIO?

Es una técnica de análisis situacional similar al FODA que permite identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas mediante la representación de dibujos que simbolizan a un jardín, permitiendo la manifestación de aspectos positivos (flores, polinizadores, riego) y negativos (maleza, plagas, inclemencias del tiempo) entre otros, tanto internos como externos.

OBJETIVO

Identificar aspectos positivos y negativos que están afectando la situación o realidad en análisis, tanto internos como externos al territorio. Con ello establecer los aspectos significativos de la situación de salud, sobre los cuales se deberá profundizar en la siguiente etapa.

MATERIALES NECESARIOS

Mesa de trabajo para cada grupo. Materiales de escritorio: papelógrafos, plumones de colores, pegamento, tijeras, papeles de colores tipo cartulina o lustre, cinta adhesiva, entre otros.

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA

Es importante tener claro el tema/situación/problema sobre el cual se va a desarrollar el análisis. Se debe considerar que necesitamos que los asistentes expresen todas las opiniones existentes y que no se limiten a la hora de participar. Es por esto que debemos plantear un tema de análisis desde una perspectiva que sea lo más amplia posible, se recomienda usar una pregunta que oriente y motive el debate y la discusión. Si la situación a abordar es la salud de un territorio la pregunta para partir podría ser: ¿Cómo es la salud en este territorio?

TRABAJO DE GRUPOS:

1. Los participantes se deben reunir al azar en grupos de 8 a 12 personas máximo.
2. Pedir a los integrantes de los grupos que se presenten brevemente dando a conocer su nombre, lugar de procedencia, ocupación, etc.
3. Entregar tarjetas a cada uno de los participantes y dar un tiempo (máx. 5 minutos) para que individualmente escriban sus ideas en las tarjetas. Cada participante puede anotar la cantidad de ideas que quiera. El Grupo Motor debe estar atento para facilitar las tarjetas y ayudar a las personas que tengan dificultades para escribir.
4. Pedir a los participantes que comiencen de uno en uno a compartir lo que anotaron en sus tarjetas. En este espacio es muy importante motivar la sana discusión y debate. No es necesario que los participantes estén de acuerdo en todo, es fundamental para el proceso rescatar todas las opiniones. Dar unos 10 a 15 minutos para este momento de trabajo.
5. Entregar por cada grupo materiales de trabajo como papelógrafos, plumones de colores, pegamento, tijeras, papeles de colores tipo cartulina o lustre, cinta adhesiva, entre otros. Comenzar a dibujar en el papelógrafo el Jardín Comunitario tomando los elementos discutidos en el grupo y representarlos en el dibujo según los elementos de un jardín. Diferenciar los elementos positivos (flores) de los negativos (malezas). Dejar libertad a cada grupo en el diseño de su dibujo recordando que deben anotar en el papelógrafo el significado de los elementos que representan de manera de permitir la comprensión y comunicación (ver figura n° 1).
6. Finalmente se realiza una plenaria en la que cada grupo dará a conocer su Jardín con los resultados obtenidos. Para facilitar la posterior sistematización se recomienda grabar la sesión de plenaria, por lo que se debe pedir autorización a las personas asistentes.

Posterior a la exposición de los grupos, se recolectan los papelógrafos con los dibujos de cada grupo y conservan las tarjetas que se distribuyeron para adjuntarlas a cada papelógrafo.

SISTEMATIZACIÓN DEL TALLER DE APERTURA Y PROBLEMATIZACIÓN

La sistematización es una tarea que debe realizar el Grupo Motor en una reunión de trabajo posterior a la convocatoria amplia. Consiste en observar la información que se encuentra en los Jardínes, para identificar las categorías o variables de análisis.

Esta identificación es producto del diálogo de las personas del grupo motor, que al volver a mirar los jardines logran detectar y acordar cuáles son los planteamientos más significativos representados en la gráfica (Ver figura 1).

Estos temas serán las **categorías de análisis** sobre las cuales se debe profundizar en la siguiente etapa.

EL ROL DE FACILITAR LOS TALLERES

Consiste en facilitar la expresión de las ideas, saberes, opiniones de cada participante. No se trata de conducir ni menos ser protagonista del taller. Supone escuchar atentamente, explicar con claridad y simpleza las técnicas, coordinar aspectos logísticos (control de los tiempos, disposición de los espacios y de los materiales), ayudar a tomar acuerdos. En definitiva, procurar el trabajo autónomo en los grupos que se organicen durante el desarrollo del taller.

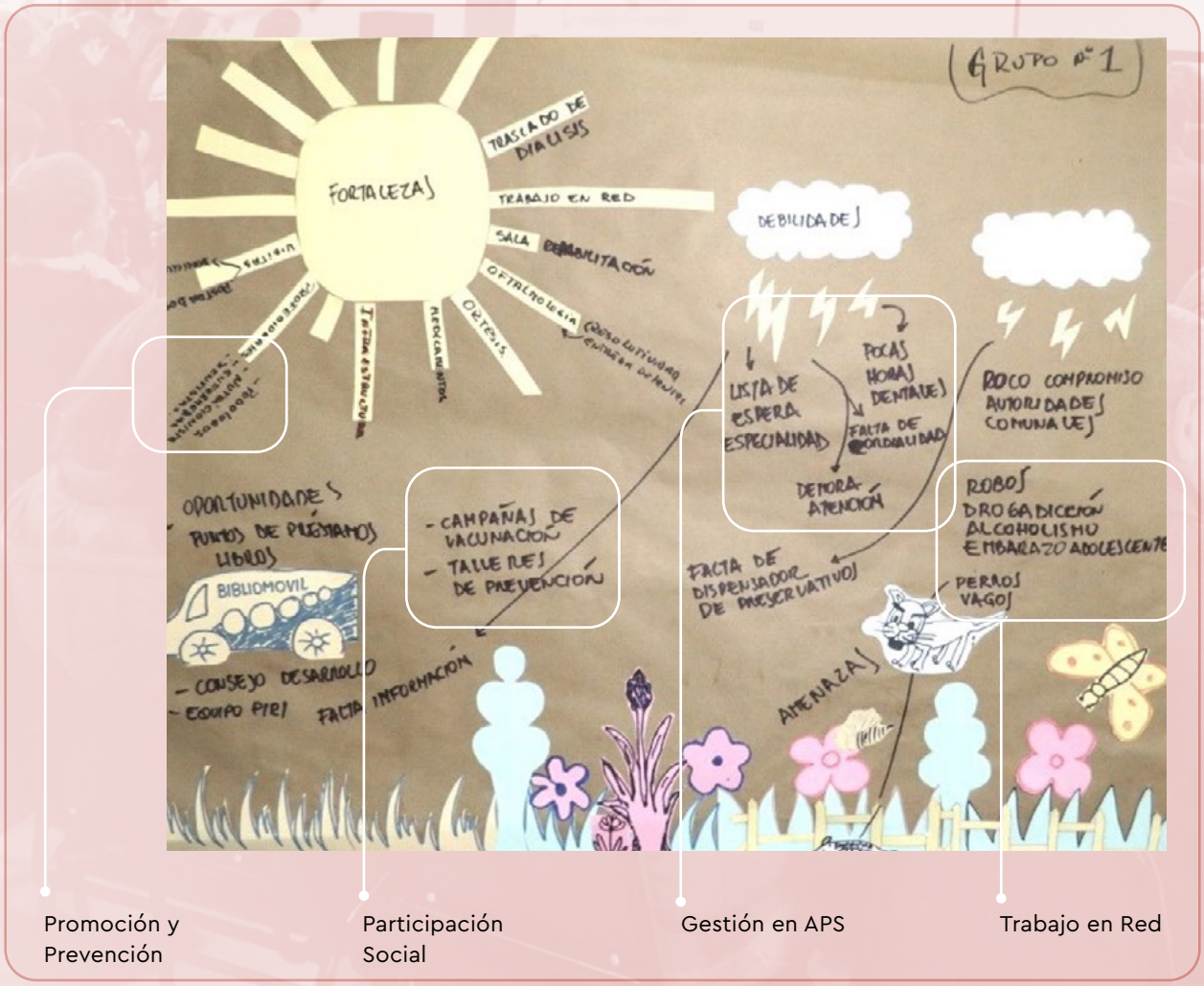


Figura nº 1. Jardín Comunitario.

Segundo momento
Profundización con Actores y Redes

Se trata de escuchar a la gente, donde ésta se encuentra. Se inicia con la identificación de quiénes deben hablar, para luego establecer de qué formas se puede acceder a su información. Posteriormente se acude a conversar y escuchar, a producir información, con las explicaciones y argumentaciones que los sujetos nos proporcionarán. Finaliza con el análisis de lo dicho, identificando lo que sea verosímil y tenga sentido para entender la salud en el territorio.

Estos serán los 3 pasos que se desarrollarán (ver cuadro):

1. Identificar actores sociales que se debe escuchar para conocer su versión respecto a las categorías definidas en la apertura. *A QUIÉNES ESCUCHAR*
2. Diseñar y ejecutar el trabajo de campo. Determinar de qué forma se escuchará a las diversas personas/instituciones y quienes del grupo motor estarán a cargo de cada actividad (entrevistas, grupos de discusión, talleres). *DE QUÉ FORMA ESCUCHAR*
3. Analizar la información obtenida en el trabajo de campo identificando explicaciones dadas por las diversas personas. *LO QUE DIJO LA GENTE*

Objetivo etapa	Conocer las perspectivas, opiniones, explicaciones de los fenómenos que configuran la situación de salud por parte de diversos actores sociales.
Resultado(s)	Enunciados explicativos (en forma de citas literales) por cada categoría, manifestados por las personas que fueron escuchadas durante la profundización.
Acciones involucradas	1. Jornada de trabajo con grupo motor para realización de sociograma. 2. Diseño y ejecución del trabajo de campo por parte del grupo motor. 3. Transcripción y Análisis de entrevistas y otras técnicas aplicadas para producir la información, e Identificación de enunciados o citas con "lo que dijo la gente" según cada categoría.
Actores participantes	Grupo motor, actores (sujetos, colectivos, instituciones) identificados en el mapeo social que son escuchados en el trabajo de campo.
Técnicas sugeridas para el taller de apertura ampliado	• Sociograma/Mapa social (Análisis de redes) • Entrevistas en profundidad, Grupos de discusión, Encuesta participativa • Análisis de discurso
Duración etapa	2 a 3 meses

PERTINENCIA EN LA PROFUNDIZACIÓN

Se deberá contemplar el uso de prácticas culturales del pueblo mapuche como:

Pentukuwün: Saludo ritual que habla sobre la familia y la comunidad. Se consulta sobre cómo se encuentra la persona, la familia y la comunidad. Posteriormente se puede desarrollar el diálogo.

Nütram: Conversación entre dos personas o en la familia.

Nütram Trawün: conversación en un grupo de personas reunidas. Conversatorio.

Trawün: Reunión o encuentro.

PROFUNDIZACIÓN CON ACTORES Y REDES

A quiénes escuchar	De qué forma	Lo dicho por la gente	
Muestra Socio-Estructural	Trabajo de Campo	Análisis del Trabajo de Campo	Citas Explicativas por Categorías
Sociograma	Entrevistas Grupo Focal Encuestas	Taller de análisis del discurso	
Grupo Motor	Comunidad	Grupo Motor	

Técnica sugerida

El Sociograma

¿Qué es el Sociograma o Mapa de Relaciones?

Es una técnica que permite visualizar los actores sociales presentes en el territorio (instituciones, tejido asociativo y población en general) y establecer los vínculos existentes entre ellos. Sirve para analizar lo aislado o no que se puede estar en las tareas propuestas, y de las alianzas que existen y/o que se deben hacer. También se visualizan qué antagonismos pueden aparecer y cómo contrarrestarlos. Todo ello ponderando no sólo los números de personas que puedan estar en cada situación, sino cuáles son sus pesos y fuerzas reales de tipo socio-político y su capacidad de ayuda en las estrategias (CIMAS, 2010).

Objetivo

Representar gráficamente las relaciones de distinto tipo, que están presentes en un momento determinado, entre un conjunto de actores sociales (Martín, 1999).

Materiales necesarios

Mesa de trabajo por cada grupo. Materiales de escritorio: papelógrafos, plumones de colores, pegamento, tijeras, papeles de colores tipo cartulina o lustre, cinta adhesiva, entre otros.

Aplicación de la técnica

1. Los participantes deben reunirse al azar en grupos de hasta 20 personas.
2. En grupo se elabora una lista de los actores (personas, instituciones, organizaciones, colectivos, etc.) que se relacionan con la temática trabajada.
3. Repartir tarjetas con forma triangular para representar a actores con mucho poder simbólico o de convocatoria (y posiblemente externos al lugar concreto); otras rectangulares para representar a los actores sociales organizados y locales; y otras circulares para representar a sectores de población no organizados (ver figura n° 2).
4. Se colocan las tarjetas en un papelógrafo considerando dos ejes: el eje del poder y el eje de la afinidad (ver figura n° 3). El eje del poder se divide en tres niveles: alto, medio y bajo; permite graficar los distintos grados de incidencia que tienen los diferentes actores sobre el tema analizado. El poder puede ser institucionalizado o simbólico. Por otra parte, el eje de la afinidad nos permite distinguir entre cuatro posiciones: desde las más afines a los objetivos que se buscan, hasta los más antagónicos. Y las posiciones intermedias: como los diferentes y los ajenos o indiferentes.
5. Una vez colocados los actores/tarjetas en la matriz del sociograma se analizan los vínculos, que son los elementos más importantes de todo el esquema. Y lo son, porque a partir de ellos es desde donde podemos empezar a cambiar situaciones que nos preocupan. Para graficar estos vínculos se utilizan diferentes estilos de líneas o conectores que unen los diversos actores en términos de relación, las que pueden ser fuerte (de dependencia, de colaboración...), débil (de aislamiento, de desinterés, de temporalidad...), de conflicto, sin relación, relaciones indirectas (un actor con otro a través de un tercero), etc. En el grupo se debate hasta llegar a un cierto consenso. Se deben vincular todos los actores entre sí (ver figura n° 4).
6. Finalmente se realiza una breve plenaria para socializar el trabajo realizado por el grupo.

Ver ejemplo de sociograma terminado (figura n° 5).

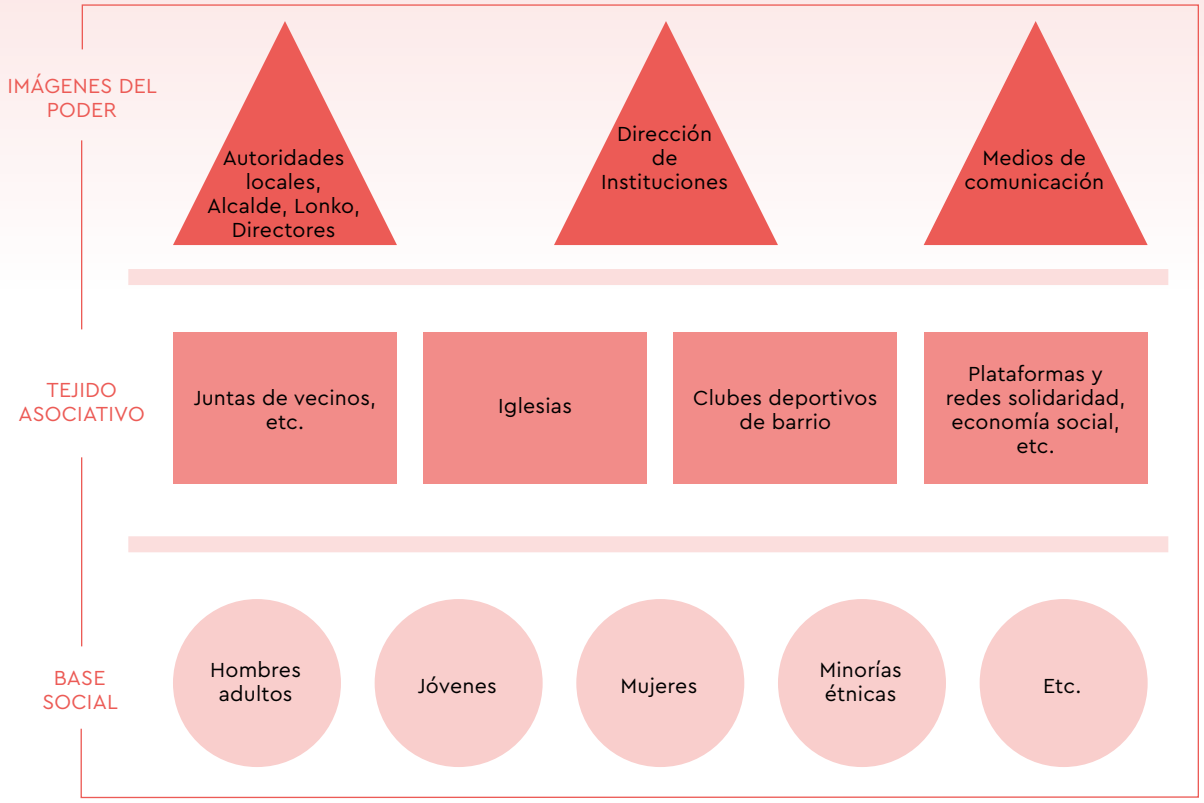


Figura n° 2. Actores

Figura n° 3.

Propuesta de leyenda relaciones:

Relaciones fuertes:

a) de dependencia

b) de colaboración

Relaciones débiles:

c) de aislamiento

d) de desinterés

e) puntuales

Relaciones de conflicto

Espacios sin relacionar

Relaciones indirectas (a través de terceros)

Figura n° 4. Relaciones

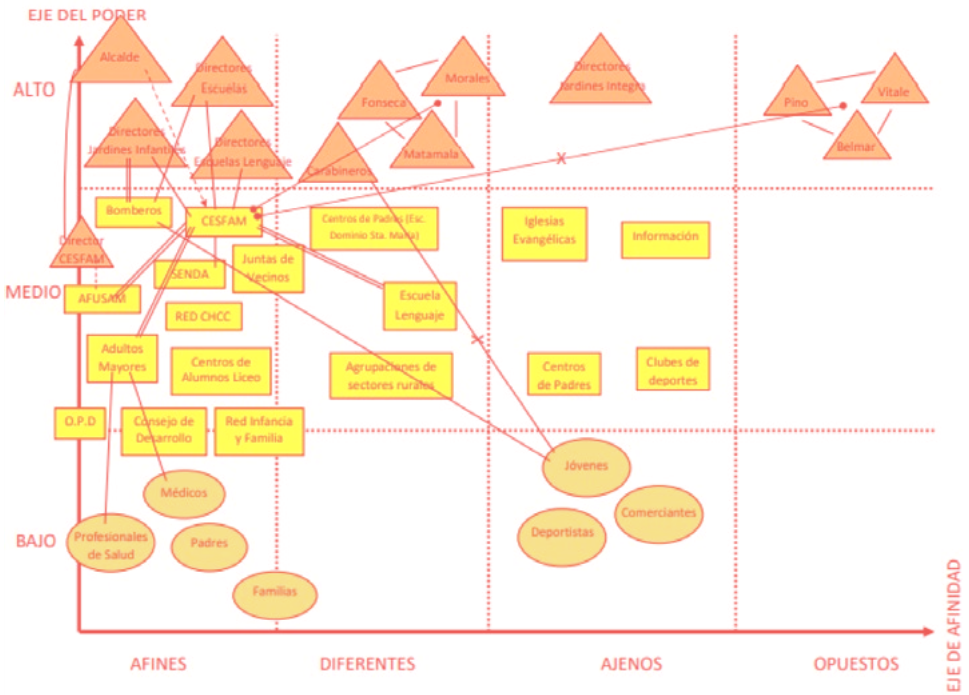


Figura n° 5.

SEGUNDO PASO DE PROFUNDIZACIÓN
DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

Trabajo de Campo

Consiste en determinar qué técnica o tipo de actividad se realiza para acceder a información de los actores identificados, quienes aplicarán la técnica y el plazo establecido para su realización.

Ejemplo de Planificación del Trabajo de Campo:

Actores	Técnica	Responsable	Plazo
Alcalde	Entrevista	Dirigente Vecinal y Profesional Salud	1 mes
Profesores Escuela	Grupo Focal	Dirigente Vecinal y Profesional Salud	1 mes
Lonko	Pentukuwün Nütram	Dirigente Vecinal y Profesional Salud	1 mes

Luego de diseñado el plan se ejecuta el trabajo de campo donde los equipos responsables deberán contactar a los actores con quienes les corresponde conversar.

No olvidar que la *técnica* es la herramienta para rescatar las opiniones de las personas. Por lo tanto, priorizar que sea la persona quien hable. Se sugiere grabar las conversaciones para contar con un registro (pedir el consentimiento) y tomar apuntes.

TERCER PASO DE PROFUNDIZACIÓN
ANÁLISIS

En una reunión del grupo motor se realiza conjuntamente el análisis de la información recopilada. Para ello cada equipo responsable trae transcritas e impresas las entrevistas realizadas y va trabajando paralelamente en el análisis. Se sugiere que cada integrante analice entrevistas que no haya realizado directamente, es decir intercambiar la transcripción con otras personas del grupo motor y es también recomendable que al menos dos personas analicen de forma independiente una misma entrevista.

El procedimiento involucra:

1. Identificar y subrayar las frases de acuerdo a las categorías o temas definidos previamente. Se sugiere que este ejercicio lo desarrollen en duplas.
2. Para seleccionar frases considere: que manifiestan un problema u obstáculo, seleccionar aquella que represente la idea de forma más precisa y breve. Con esto tendremos un listado de citas textuales de distintos actores en cada eje temático (en algunos casos pueden ser gran cantidad de citas, por tanto se requerirá hacer una selección).
3. Agrupar enunciados por categorías. No es necesario identificar a la persona que emitió la frase. Para efectos del trabajo que se realizará en la fase de devolución es aconsejable seleccionar entre 8 y 15 citas representativas y variadas (ver figura n° 6).

Categorías	Frases
Salud Mental	*"Hubo muchos problemas en la pandemia por el encierro, por permanecer tanto tiempo juntos (conflictos familiares, separaciones)"* *"Hay muchas cosas en las redes sociales que interfieren en la ansiedad de los niños/as y jóvenes"* *"El ritmo de vida nos estresa y desordena nuestra alimentación, buscamos comer más dulces"*
Medio Ambiente y Entorno	*"Entre las organizaciones no nos conocemos y no conversamos, mucho individualismo y poco contacto entre vecinos"* *"Existen multi canchas, sedes comunitarias, gimnasios que no se usan o abren para actividades de niños y jóvenes"* *"Faltan espacios para la actividad física y los que hay están mal tenidos y feos"*

Figura n° 6. Análisis del Trabajo de Campo.

Tercer momento
Devolución creativa

Supone el acto ético de devolver a la gente la información que la gente proporcionó. Se procura la validación de la información producida, así como la identificación de los argumentos que expresan lo más crítico o significativo, que en definitiva es lo que debe ser transformado o mejorado.

Objetivo etapa	Validar la información de las entrevistas. Corregir y/o complementar información. Identificar problemáticas o NUDOS CRÍTICOS a enfrentar/atender en la salud del territorio.
Resultado(s)	Nudos Críticos para elaboración de plan de acción integral.
Acciones involucradas	1. Reunión grupo motor para coordinar taller de devolución. 2. Taller ampliado de devolución
Actores participantes	Grupo motor, comunidad ampliada.
Técnicas sugeridas para el taller de apertura ampliado	• **Flujograma** • Árbol de problemas • Ferias de Información
Duración etapa	1 mes.

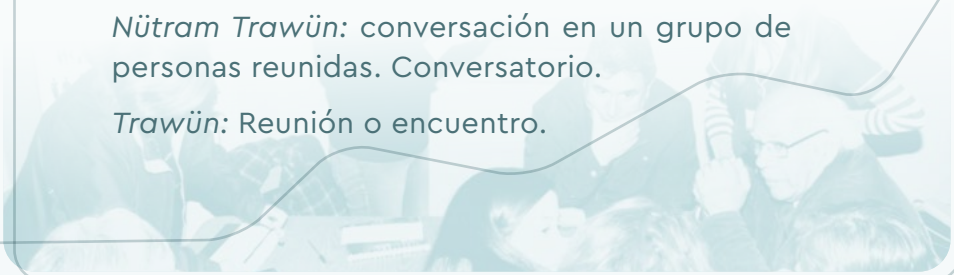
PERTINENCIA EN LA DEVOLUCIÓN CREATIVA

Contemplar reconocimiento de prácticas culturales del pueblo mapuche como:

Pentukuwün: Saludo ritual que habla sobre la familia y la comunidad. Se consulta sobre cómo se encuentra la persona, la familia y la comunidad. Posteriormente se puede desarrollar el diálogo.

Nütram Trawün: conversación en un grupo de personas reunidas. Conversatorio.

Trawün: Reunión o encuentro.



DIÁLOGO CON EL PODER EN LA DEVOLUCIÓN CREATIVA

Se podrá invitar al Taller de devolución a algunas autoridades locales, como alcalde, concejales, Seremi de Salud, DSM, autoridades tradicionales del pueblo mapuche, entre otros.

Así se socializa y sensibiliza a las autoridades respecto a los nudos críticos identificados en este proceso.

Se debe evitar transformar el taller en un evento institucional.

Técnica sugerida

El Flujograma

¿Qué es el Flujograma?

Es una técnica que consiste en elaborar colectivamente un gráfico en el que se visualicen las relaciones de causa-efecto entre los diversos elementos relacionados con el tema objeto de debate, para establecer los "nudos críticos", los principales factores que habría que empezar a resolver.

Considera una matriz de 2 ejes. Un eje vertical referido al nivel de control o influencia que podemos tener sobre una determinada situación (lo que controlamos, lo que podemos influir y lo que está fuera de nuestro control). Un eje horizontal con los espacios sociales en los que puede ubicarse una determinada problemática; se sugiere utilizar los espacios sociales: de la comunidad (familia, barrio, lof), la institución de salud (Hospital, CESFAM, DSM, Posta) y el de otras instituciones (Educación, Trabajo, Medio Ambiente) (ver figura n° 7).

Materiales necesarios

Mesa de trabajo por cada grupo. Materiales de escritorio: papelógrafos, plumones de colores, pegamento, tarjetas, cinta adhesiva, entre otros.

Aplicación de la técnica

1. Se organizan grupos de trabajo de entre 8 a 12 personas. Se debe considerar al menos un grupo de trabajo por cada categoría de análisis abordada en el proceso. Se entrega a cada grupo tarjetas con los enunciados seleccionados del trabajo de campo para que sean analizadas, pudiendo validar, complementar o corregir las respectivas frases.
2. El grupo posiciona cada tarjeta en los distintos cuadrantes de la matriz, según nivel de influencia que se le asigna y el espacio social en que el enunciado se ubica.
3. Luego se pide a los grupos que busquen las posibles relaciones de causa y efecto entre los enunciados. Para esto se utilizarán flechas unidireccionales que unan entre sí los distintos textos según relaciones de causalidad (ver figura n° 7).
4. Una vez establecidas las relaciones, se hace el recuento del número de flechas de salida (causas) y el número de flechas de entrada (efectos) que tiene cada enunciado. La tarjeta que tenga más flechas de entrada y salida será considerada el "NUDO CRÍTICO", siempre que esté ubicada en las áreas de influencia "lo que controlamos" o "lo que podemos influir", descartando lo que se encuentre "fuera de control" (ver figura n° 7).
5. Se finaliza con una plenaria para socializar el trabajo realizado por cada grupo.

Como resultado de la aplicación de los Flujogramas obtendremos para cada categoría de análisis el "Nudo Crítico". En el siguiente salto creativo se construirán colectivamente las propuestas que permitan la transformación de estos "Nudos Críticos".

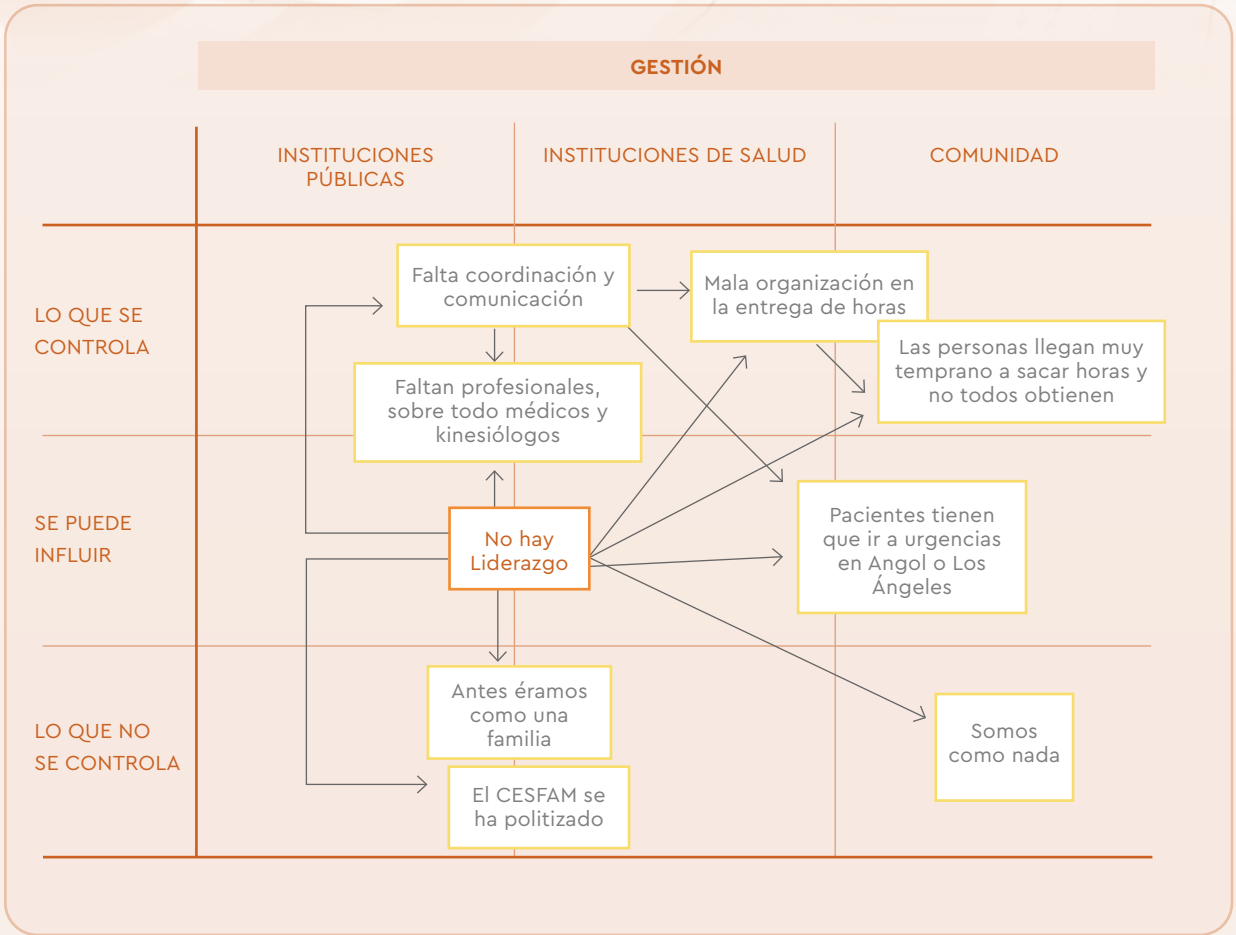


Figura n° 7. Desde donde salen las flechas es la "causa" y hacia donde apuntan es el "efecto". En este ejemplo el nudo crítico es la cita que dice "No hay liderazgo". Esto porque la cita es causa de 8 situaciones problemáticas para la Gestión (las flechas que salen).

Cuarto momento
Programación

Es el ejercicio de construcción del valor transformador. Se elaboran las estrategias que permiten el avanzar de un escenario negativo a uno positivo, llegando a la elaboración de un plan integral. Se trata de concretar una propuesta de transformación o mejoramiento de la situación de salud, a partir de la creatividad social que proporciona la experiencia participativa.

Esto se realiza, a través de un ejercicio de planificación participativa, la que entendemos como una forma en que las comunidades se involucran en la formulación de planes y en la toma de decisiones, de manera reflexiva y con compromiso del colectivo.

Este momento se concreta en talleres participativos, en el primero de los cuales se idean y priorizan las estrategias a través de la técnica de grupos nominales. En el segundo se perfilan las estrategias en base a la estructura de la formulación de proyectos sociales.

Objetivo etapa	Formular un Plan de Acción Integral en salud
Resultado(s)	Plan de Acción Integral en salud
Acciones involucradas	1. Reunión grupo motor 2. Taller ampliado de programación 3. Formulación del plan de acción
Actores participantes	Grupo motor, comunidad ampliada
Técnicas sugeridas para el taller de apertura ampliado	• **Grupos Nominales** • Mesas temáticas con expertos vivenciales y técnicos • **Taller de Planificación Participativa**
Duración etapa	2 meses.

PERTINENCIA EN LA PROGRAMACIÓN

Contemplar reconocimiento de prácticas culturales del pueblo mapuche como:

Pentukuwün: Saludo ritual que habla sobre la familia y la comunidad. Se consulta sobre cómo se encuentra la persona, la familia y la comunidad. Posteriormente se puede desarrollar el diálogo.

Nütram Trawün: Conversación en un grupo de personas reunidas. Conversatorio.

Trawün: Reunión o encuentro

DIÁLOGO CON EL PODER EN LA PROGRAMACIÓN

Resulta conveniente invitar a autoridades locales al Taller de programación.

Al darles a conocer el resultado de la programación a las autoridades, se avanza en comprometerlos con la materialización de lo propuesto por la comunidad; y también con la importancia de la implementación participativa de lo programado.

Técnica sugerida

Grupos Nominales

¿Qué son los Grupos Nominales?

Técnica de trabajo grupal de 3 momentos: 1) la visualización de escenarios, 2) el diseño de propuestas y 3) la priorización. Para la visualización de escenarios se adapta la técnica de la European Awareness Scenario Workshop (EASW) que permite caracterizar dos escenarios futuros: el que se desearía (positivo) y el que se querría evitar (negativo). Luego se construyen propuestas de acción para avanzar hacia el futuro deseado. Por último las propuestas son valoradas y priorizadas por las personas participantes en el taller.

Materiales necesarios

Mesa de trabajo por cada grupo. Materiales de escritorio: papelógrafos, plumones de colores, pegamento, tarjetas, cinta adhesiva, entre otros.

Aplicación de la técnica

1. Se organizan grupos de entre 8 a 12 personas. Se deben conformar al menos un grupo de trabajo por cada categoría de análisis abordada en el proceso.
2. La primera parte del trabajo consiste en la visualización de escenarios. Para esto a cada grupo se le entrega el "nudo crítico" identificado en la devolución creativa, que corresponde a la categoría de análisis. El grupo debe caracterizar dos escenarios posibles relacionados con el análisis del "nudo crítico": el peor escenario y el escenario ideal (ver figura n° 8). Para orientar la caracterización de los escenarios se pueden utilizar las siguientes preguntas:

- Peor escenario → ¿Qué pasaría en nuestro entorno si no resolvemos el "nudo crítico"?
- Escenario ideal → ¿Qué pasaría en nuestro entorno si logramos resolver el "nudo crítico"?

3. En el segundo momento se diseñan las propuestas de trabajo por grupo. Cada persona elabora entre 1 a 3 propuestas de acción o proyectos para avanzar hacia el escenario ideal visualizado. Las propuestas deben escribirse de manera clara y con suficiente detalle (ver figura n° 8).
4. El último paso consiste en priorizar las propuestas mediante un sistema de votación. Para esto se ubican los papelógrafos con las propuestas en distintos lugares del salón en el que se está realizando el taller. Cada asistente escoge por papelógrafo las 3 propuestas que considere más pertinentes de implementar y le asigna 3 puntos a su primera preferencia, 2 puntos a su segunda elección y 1 punto a la tercera. Todas las personas asistentes deben votar en cada uno de los papelógrafos. Posteriormente los grupos cuentan el puntaje obtenido por las propuestas y en una plenaria final comentan los resultados.

Finalizado el taller ampliado de programación se dispone de estrategias o propuestas priorizadas que se deben desarrollar en formato de perfil de proyecto, para su posterior ejecución. El ejercicio de planificación colectiva se realiza en una reunión de trabajo del Grupo Motor ampliado, en un taller de planificación participativa.

Categoría: Gestión y Comunicación CESFAM
Nudo crítico: "Mejorar la comunicación con las personas porque no siempre se dan respuestas claras y oportunas. Además el trato no es igual con todas las personas"

Visualización de escenarios

Peor Escenario

1. Poca efectividad en el trabajo "Hacer las cosas por hacer".
2. "Falta de vocación".
3. Falta de competencias socioemocionales, disminución de asistencia a centro asistencial.
4. Comunicación: Respuestas evasivas.
5. Diferentes tratos al usuario.
6. Aumento considerable de reclamos.
7. Deterioro de salud de las personas por el mal trato.
8. Descoordinación en el equipo por falta de información (ej: rondas).
9. Sobre expectativas de APS.
10. Salud comunitaria/ modelo biomédico preponderante

Escenario Ideal

1. Fortalecimiento del autocuidado.
2. Considerar determinantes sociales influyentes en salud.
3. Aumento en la satisfacción del usuario.
4. Mayor motivación en el trabajo diario.
5. Cuidado del aspecto emocional/ espacio para capacitaciones, talleres.
6. Legitimar al otro.
7. Comunicación efectiva entre funcionarios del CESFAM- buena coordinación.

Diseño de propuestas

Propuestas

1. Reforzamiento y capacitaciones en educación emocional hacia funcionari@s. Proceso de educación continua. Acompañamiento como proceso de formación.
2. Mejorar mecanismos de gestión, sumar presencia de agentes locales.
3. Espacios reflexivos internos para mejora de procesos.
4. Validar Modelo de Salud Familiar.
5. Sensibilización de equipos y jefaturas para sumarse a los espacios priorizados.
6. Inducciones al equipo para las diferentes tareas a ejercer.
7. Plan estratégico desde jefatura para enfrentar aumento de personas en equipo de salud y consecuencias asociadas (disposición. de box, espacios de atención, infraestructura, etc.), pero de forma participativa.
8. Fortalecer coordinación entre establecimientos (salud-educación, por ejemplo).
9. Pensar otros mecanismos como estrategias de participación (CODELO como ejemplo).
10. Estrategia comunicacional del CESFAM que incluya información, interacción, educación que mejore imagen/ percepción del CESFAM.

Figura n° 8. Grupo Nominal.

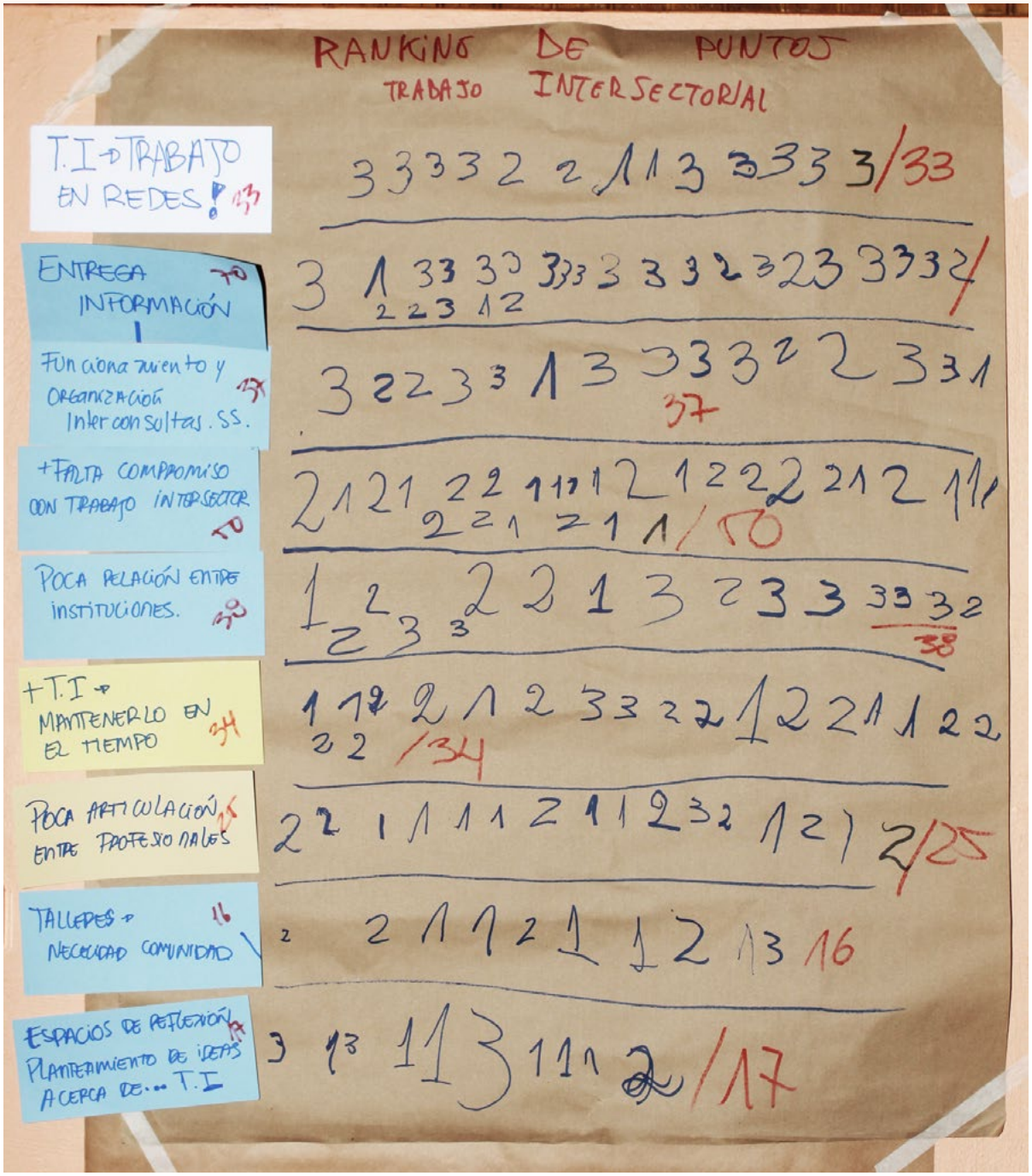


Figura n° 8. Priorización de propuestas mediante votación.

LA FACTIBILIDAD Y PRIORIZACIÓN DE PROYECTOS

Una vez que se han propuesto las ideas de proyectos por parte de la gente, en la aplicación de los grupos nominales, se hace necesario revisar cuán factibles son de concretarse e impactar en la salud y el bienestar

No es desconocido que en muchas ocasiones los proyectos no logran materializarse y se transforman en experiencias fallidas, ya que encuentran obstáculos relacionados con elementos que van a ser determinantes para su ejecución.

Para evaluar la factibilidad y priorizar los proyectos, empleamos la Matriz de Factibilidad y Priorización.

Entendemos factibilidad como la disponibilidad de las condiciones necesarias para llevar a cabo las ideas de proyecto.

¿Qué es la Matriz de factibilidad y priorización?

La matriz es una herramienta que nos ayudará a analizar y evaluar los aspectos y las condiciones presentes que pueden facilitar la implementación de las propuestas, así como a priorizar entre las distintas estrategias sugeridas.

La matriz incluye doce elementos que serán analizados en el trabajo grupal (ver recuadro).

Materiales necesarios

Mesa de trabajo por cada grupo. Materiales de escritorio: papelógrafos o matrices impresas, plumones, lápices, entre otros.

Aplicación de la Técnica

1. Se organizan las personas asistentes en grupos de hasta 10 personas. Se sugiere que exista un grupo por cada categoría de análisis abordada en el proceso.
2. La primera parte del trabajo es escribir en la matriz las estrategias o ideas señaladas.
3. Cada idea de proyecto se analiza primero de manera individual la factibilidad de cada elemento de la matriz con un puntaje de 1 a 5. Luego grupalmente se asigna una puntuación definitiva por elemento, esta puede resolverse por consenso o promediando los puntajes individuales. La sumatoria del conjunto de los elementos por cada estrategia permitirá apreciar el nivel de factibilidad, de acuerdo a lo establecido en la tabla de ponderación de la Matriz, desde muy alta a muy baja factibilidad.
4. Esta matriz se socializa en la asamblea y se enriquece con las opiniones de las personas participantes
5. Finalizado este taller se contará con una priorización de estrategias según factibilidad, con lo cual se continúa el ejercicio de planificación colectiva elaborando perfiles de proyectos en una reunión de trabajo del Grupo Motor.

MATRIZ DE FACTIBILIDAD Y PRIORIZACION DE PROYECTOS

Idea de Proyecto	**Impacto**		**Moviliza y Convoca** *(A la gente)*	**Voluntad Política** *(De las instituciones)*	**Gobernanza** *(Gestión con Sociedad Civil)*	**Experiencia Previa** *(Antecedentes de experiencias anteriores)*	**Condi-ciones Materiales y personales** *(Disponibles en el medio institucional y social-comunitario)*	**Capacidad Técnica** *(Equipos de trabajo, expertos vivenciales)*	**Potencialidad: Desarrollo y Proyección** *(Según la apreciación de variables anteriores)*	**Recursos**			**Total**
	Entornos (Institu-cionales)	*Grupos (Organizacio-nes sociales, colectivos humanos)*								*Tiempo*	*Econó-micos*	*Humanos*	
Talleres para madres y padres	4	4	4	4	4	3	4	5	4	5	5	5	**51**
Encuentro intercultural	4	5	4	3	3	3	5	5	5	4	3	5	**49**
Huerta comunitaria	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	**49**
Red de apoyo local a personas mayores	3	4	5	4	4	4	4	5	4	4	3	4	**48**

1: Muy Bajo
2: Bajo
3: Regular
4: Alto
5: Muy Alto

FACTIBILIDAD

- 60 puntos (100%)= Factibilidad Muy Alta
- 48 puntos (80%)= Factibilidad Alta
- 36 puntos (60%)= Factibilidad Baja
- 35 puntos o menos= Factibilidad Muy Baja

Rol persona facilitadora

Es deseable que quien facilite esta actividad sea alguien que ha estado presente en las distintas etapas de este proceso, que esté interiorizado en el uso de la técnica y que cuente con competencias técnicas en planificación.

Elementos de la matriz

IMPACTO ENTORNO INSTITUCIONAL

En qué medida el proyecto logra incidir en las instituciones vinculadas con el ámbito en que se desarrollará; por ejemplo, incorporar las ideas planteadas del proyecto en la gestión institucional, destinar recursos a iniciativas similares y/o crear instancias que se preocupen de la materia que aborda el proyecto.

IMPACTO GRUPOS SOCIALES

Se refiere a la medida en que el proyecto contribuirá al fortalecimiento de organizaciones de la comunidad, pudiendo darse en diversos aspectos: gestión, liderazgo, inclusión de nuevas líneas y/o estrategias de trabajo, entre otros. También a la capacidad del proyecto de visibilizar e incluir a grupos sociales no participantes de iniciativas comunitarias en salud y bienestar.

MOVILIZA Y CONVOCA

El proyecto presenta los atributos para interesar y convocar a las personas y organizaciones de la comunidad, en el sentido de responder a la invitación a participar en él.

Elementos de la matriz

VOLUNTAD POLÍTICA DE LAS INSTITUCIONES

Se cuenta con el respaldo de la o las instituciones que deberán relacionarse con las acciones del proyecto para facilitar su ejecución.

GOBERNANZA

Supone la posibilidad que brinda el proyecto de incorporar la participación comunitaria (sociedad civil) en la gestión y ejecución del proyecto.

EXPERIENCIA PREVIA

Existen antecedentes de experiencias anteriores que hayan provisto de capacidades a las instancias y/o actores que deberán implementar el proyecto.

CONDICIONES MATERIALES Y PERSONALES

Disponibilidad (con lo que se cuenta) en el medio institucional y social/comunitario, como espacios, transportes, asesorías entre otras.

COMPETENCIAS TÉCNICAS

Experiencia, conocimientos y capacidades técnicas de los equipos de trabajo y expertos vivenciales.

POTENCIALIDAD

Desarrollo y Proyección (según la apreciación de variables anteriores)

RECURSOS-TEMPORALIDAD

Duración o cantidad de tiempo que demanda el desarrollo del proyecto resulta razonable o inadecuado.

RECURSOS ECONÓMICOS

Disponibilidad de presupuesto para los requerimientos materiales del proyecto.

RECURSOS HUMANOS

Disponibilidad de personas necesarias que gestionen e implementen el proyecto – incluye evaluación de disponibilidad y flexibilidad de tiempo de las personas para dedicar a la implementación del proyecto

Técnica sugerida

La Matriz de Planificación Participativa

¿Qué es la Matriz de Planificación Participativa?

Es una técnica que permite desarrollar en formato de Perfil de Proyecto simplificado las propuestas priorizadas por la comunidad en el taller de Grupos Nominales.

Materiales necesarios

Mesa de trabajo por cada grupo. Materiales de escritorio: papelógrafos, plumones de colores, pegamento, tarjetas, cinta adhesiva, entre otros.

Aplicación de la técnica

1. Se agrupan los asistentes en conjuntos de 8 a 12 personas. Debe organizarse al menos un grupo de trabajo por cada una de las categorías de análisis abordada en el proceso. Cada equipo trabajará con las propuestas priorizadas en el taller de Grupos Nominales.
2. Los grupos aplican una serie de preguntas relacionadas con el desarrollo y operacionalización de las propuestas. Las respuestas obtenidas corresponden a los diferentes componentes de un Perfil de Proyecto (ver matriz de planificación).

Formulación del Plan de Acción Integral

Corresponde a una tarea que es responsabilidad del Grupo Motor, que consiste en trasladar lo obtenido en el taller de planificación participativa a las estructuras o formatos de planificación que sean requeridos por el entorno institucional del Análisis Participativo de la Situación en Salud.

Dos de los formatos más utilizados son el Cuadro de Mando Integral y la Matriz de Marco Lógico. En base a la experiencia de quienes suscriben la elaboración de esta Guía se sugiere una estructura simple como la que se expone a continuación.

Proyecto	¿Qué queremos lograr?	¿Por qué?	¿Qué debemos hacer?	¿Cómo debemos proceder?	¿Quiénes participarán?	¿Qué plazo necesitaremos?	¿Qué necesitamos?	¿Dónde actuamos?
	Objetivo	Fundamentos	Actividades	Metodología	Actores Responsables	Tiempo	Recursos	Espacio Territorio
Proyecto 1	*Ejemplo*							
Proyecto 2								
Proyecto 3								

EJEMPLO 1

Categoría	GESTIÓN Y COMUNICACIÓN CESFAM
NUDO	Mejorar la comunicación con las personas porque no siempre se dan respuestas claras y oportunas. Además, el trato no es igual con todas las personas
Proyecto	**Plan Estratégico Participativo CESFAM**
Descripción	Construcción participativa del Plan Estratégico del CESFAM que aborde nuevos desafíos (uso infraestructura, modelo de atención, etc.)
Fundamentación	• Necesario definir estructura operacional. • Aumento de reclamos, percepción de mala atención. • Presencia de sumario sanitario (por SEREMI) • Ausencia de adecuados protocolos de acción. • Contrariedad entre denominación de CESFAM y realidad (asignación de recursos) • Falta de Equipo Directivo en CESFAM • Necesidad de fortalecer el vínculo entre la comunidad y el área de salud.
Objetivos	• Mejorar funcionamiento interno y externo. • Reforzar el trato al usuario. • Perfeccionamiento del Equipo de Salud. • Definición de roles al interior del equipo. • Mejorar coordinación, obtener autorización sanitaria de funcionamiento. Lograr dar un paso más en el proceso de acreditación. • Articulación con las instituciones y organizaciones del territorio.
Localización	Área de influencia del CESFAM, Postas de Salud Rural.
Resultados	• Lograr un 70% al menos del Plan Estratégico trazado • Inicio de articulación con la comunidad, para trabajo intersectorial.
Indicadores	• % de avance en elaboración del Plan Estratégico • Existencia de espacio articulador para el trabajo intersectorial • Número de personas y Número de entidades participantes en la articulación intersectorial
Actividades	• Relevar la necesidad de Asignación de Director de CESFAM • Reuniones de coordinación con equipo de salud. • Reuniones con la comunidad. • Redacción de protocolos, definición de roles
Duración	1 año
Participantes	Equipo de Salud, directivos y comunidad
Socios	• Dirección DSM • Equipo de salud • Consejo Desarrollo Local • Organizaciones e Instituciones del intersector
Recursos	Eje Desarrollo de las Personas (MAIS) Presupuesto DSM

EJEMPLO 2

Categoría	SALUD INTERCULTURAL
NUDO	Es necesario un reconocimiento de la comuna como un territorio diverso en lo cultural; que existen dos sociedades, con distintas visiones que deben hacerse complementaria en salud. Debe trabajarse en una interculturalidad que articule la Atención Primaria con los agentes de salud mapuche, también con la población migrante; aprovechando la existencia del Facilitador o Facilitadora.
Proyecto	**Módulo(s) de atención de agentes de salud mapuche**
Descripción	Atención en el Departamento de Salud Municipal en Módulo(s) de atención de agentes de salud mapuche, como la Machi o la Lawentuchefe, con financiamiento del servicio de salud
Fundamentación	• Ausencia de salud intercultural. Se reconoce el derecho a la salud intercultural • Diversidad cultural del territorio. Más de 80 comunidades mapuche • Postergación Histórica de la interculturalidad • Expresa reconocimiento de la diversidad • Enriquece la atención de salud • Recuperación de la salud tradicional mapuche
Objetivos	• Fortalecer la atención de salud de la comunidad • Ampliar el repertorio de prácticas terapéuticas • Enriquecer el conocimiento de los actores que producen salud • Proporcionar un trato equitativo e incluyente en la atención a las personas • Fortalecer el diálogo y la interacción de mundo mapuche con su entorno • Favorecer la resolutividad de la atención de salud
Localización	Territorio urbano – Comunidad Mapuche rural
Resultados	• Un Módulo de atención de agentes de salud mapuche (con unidades tipo huerto hierbas medicinales) • Un Módulo en comunidad mapuche rural (a definir)
Indicadores	• Existencia del Módulo de atención de agentes de salud mapuche • Número de personas usuarias de prestaciones del módulo • Número de prestaciones realizadas en módulo
Actividades	• Actualización de Catastro de agentes de salud mapuche • Diálogo intercultural para el compromiso de Agentes mapuche • Comisión de trabajo conformada por personas del DSM y otros departamentos, de las comunidades mapuche y lo/as agentes de salud • Diseño de Modelo de gestión del Módulo y Plan de trabajo para creación de módulos • Gestión de recursos ante el municipio, SSAS y otras instancias • Visitas a experiencias de salud intercultural (Traiguén, Los Sauces, Saavedra, Boroa Filulawen)
Duración	Primer año: Diálogo, comisión de trabajo, formación modelo de trabajo. Gestión de recursos. Visitas experiencias Segundo año: Plan de trabajo, habilitación, implementación. Puesta en marcha
Participantes	Personas mapuche y no mapuche de sector rural y urbano
Socios	• DSM (Facilitador, otros profesionales...) – Municipalidad • Organizaciones mapuche – Agentes de Salud Mapuche
Recursos	Gastos movilización, Personal e Inversión habilitación Módulo (infraestructura y equipamiento)

SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO

AUTORIDADES LOCALES Y OTRAS PERTINENTES, COMUNIDAD

Es importante hacer un informe final de lo realizado, que quede como herramienta de trabajo. Un informe escrito en un lenguaje sencillo, que se comparta y esté disponible para todas las personas que han participado a lo largo del proceso, instituciones, organizaciones sociales y a la comunidad en general. Esto ayudará a visibilizar lo realizado y al seguimiento de los compromisos asumidos.

Algunas consideraciones para la implementación, seguimiento y evaluación del plan

Ya se cuenta con el Plan de Acción Integral, fruto de todo el proceso realizado, ahora en la fase de implementación el desafío es llevar a cabo las acciones planificadas en el proceso participativo y cautelar el seguimiento para asegurar que las acciones propuestas sean efectivas y contribuyan al cambio deseado.

Además de la gestión, coordinación y ejecución de las acciones, es importante monitorear las acciones implementadas para ir evaluando su progreso, detectar dificultades, necesidades de readecuaciones, etc. El diseño del Plan de Acción Integral –en cier-

Para ser coherentes con los fundamentos de este proceso, es esencial mantener una comunicación abierta y constante entre quienes conforman el **Grupo Motor,** mantener espacios de reflexión y autocrítica para abordar posibles desafíos y ajustar las acciones según sea necesario. Seguir propiciando el trabajo colectivo en salud, manteniendo y fortaleciendo la participación en esta etapa.

to modo– es un proceso que continúa en la implementación. El plan deberá ser flexible a las especificidades de cada territorio sobre el que se interviene, a las temáticas tratadas y a los objetivos perseguidos, por tanto, se deberá realizar ajustes o cambios según las necesidades emergentes.

La evaluación es parte de los desafíos de esta etapa (suele dejarse muchas veces de lado). Es importante que se den los tiempos necesarios para plantear cómo se evaluará el plan y en qué momentos. Se deberán observar indicadores que permitan valorar los avances en relación a los objetivos y resultados propuestos. Para el seguimiento es fundamental considerar retroalimentaciones y evaluaciones periódicas para analizar el progreso y efectividad de las acciones implementadas.

¿Cómo asegurar que la gestión, implementación, seguimiento y evaluación sea congruente al trabajo participativo?

Asegurar la gobernanza adecuada es fundamental para garantizar la continuidad y sostenibilidad del proceso y plan de acción elaborado. La gobernanza implica la toma de decisiones, la gestión de recursos y la supervisión de las acciones implementadas, con una participación protagónica del Grupo Motor como expresión de la diversidad social del territorio. Es importante establecer estructuras que blinden el proceso participativo realizado. El Grupo Motor puede tener un rol fuerte en esta tarea, involucrado en la toma de decisiones y en la planificación de acciones futuras; en gestionar y liderar sus propias iniciativas, promoviendo la autogestión y el arraigo en la comunidad de los objetivos y estrategias propuestas.

La evaluación no solo se centra en los resultados tangibles, sino también en el aprendizaje e involucramiento de los participantes durante el proceso, por tanto si el Grupo Motor con los actores de la comunidad continúa involucrado, es un logro fundamental.

En esta fase sigue siendo necesario el diálogo con los decisores, con las estructuras y normativas, establecer conexiones y colaborar con instituciones y autoridades locales para obtener apoyo y legitimidad. Integrar el plan de trabajo en estructuras existentes puede facilitar la continuidad y la incorporación de los resultados en políticas y prácticas a nivel local.

Todo esto contribuirá a la continuidad y sostenibilidad a largo plazo de las iniciativas implementadas.

La implementación, la gestión y evaluación serán los insumos para abordar nuevos procesos en el futuro. Constituyen una referencia para nuevos procesos participativos que emerjan como necesarios y demanden la activación de Grupos Motores en el territorio.

ADVERTENCIAS Y REFLEXIONES FINALES

Los imprevistos y cambios de contexto en los procesos de participación en salud

Por tratarse de procesos sociales, las experiencias de participación en salud en entornos pluriculturales y de múltiples complejidades, siempre enfrentarán cambios en los contextos sociales, institucionales, en las relaciones interpersonales. Es decir, veremos aparecer coyunturas que podrán alterar lo que planificamos, ya sea en cómo o cuando lo planeamos realizar. Al hacernos cargo de estos desbordes se activará la creatividad social que brindan estos procesos y que luego serán aprendizajes para nuevas experiencias.

También tener presente que esta es una guía metodológica, no una receta de pasos y acciones a seguir. Todo proceso social es dinámico y por tanto, requerirá de adaptaciones y flexibilidad.

La experiencia colectiva al servicio de procesos participativos en salud

Esta guía metodológica la hemos elaborado a partir del convencimiento que otorga la experiencia acumulada en años de trabajo en procesos participativos, junto a grupos motores de territorios de La Araucanía y de otras regiones del país. Fue construida colectivamente con equipos locales que se desenvuelven reflexiva y críticamente en promover salud y bienestar. Incluye aprendizajes que se han traducido en mensajes y en contenidos de esta guía con la finalidad de incrementar su utilidad y pertinencia.

Los grupos motores: una comunidad protagonista

El proceso participativo para ser tal, debe dejar de ver a la comunidad como un actor pasivo. Por tanto, los grupos motores, al incorporar a la comunidad, la hacen protagonizar el proceso, autodiagnosticándose, acercándose a los sentidos profundos, a comprender la salud, enfermedad, atención, cuidado para proponer y actuar en torno a ello. esto quiere decir, que la comunidad pasa a ocupar espacios en los que antes se estaba ausente. Constituyéndose en una expresión de democratización de la sociedad en el territorio y de empoderamiento de la comunidad en el análisis y enfrentamiento de la determinación social de la salud.

Pertinencia cultural del trabajo en salud

La pluriculturalidad presente en los territorios, la diversidad, constituyen un imperativo ético para el desarrollo de procesos participativos incluyentes y respetuosos; es decir, pertinentes para cada contexto. Asumir la experiencia participativa como una oportunidad para el reconocimiento de la riqueza que nos define e impulsa al despliegue de las relaciones interculturales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Breilh, J. (1998) La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. Revista Brasileira de Epidemiología. Vol. 1, Nº 3, pp 207–233

CIMAS 2010, Manual de Metodologías participativas. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible – CIMAS. Recuperado de https://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/manual_2010.pdf.

Contreras, R. (2002). La Investigación Acción Participativa (IAP): revisando sus metodologías y sus potencialidades. En CEPAL (Ed.), Experiencias y metodología de la investigación participativa (pp. 1–74). Naciones Unidas. www.cepal.org/es/suscripciones

Gould S. (1984) La falsa medida del hombre. Barcelona: Antoni Bosch Editor; p.4.

Hernández, Loly. (2010). Antes de empezar con metodologías participativas. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. Cuadernos CIMAS, Recuperado de https://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_DHernandez_ANTES.pdf

Ibáñez Salgado, Nolfa. (2015). La tríada cultural-contextual: Una oportunidad para asegurar la pertinencia cultural en la implementación de la educación intercultural. Estudios pedagógicos (Valdivia), 41(1), 323–335. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052015000100019

Laurell, A.C. (1986) El Estudio Social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales N°37 – septiembre 1986

Martí, J. (2002). La investigación-acción-participativa: Estructuras y fases. En T. Rodríguez Villasante, M. Montañez, & J. Martí (Coords.), La investigación social participativa: Construyendo ciudadanía (Vol. 1, pp. 79- 123). Madrid: El Viejo Topo.

Martín, P. (1999) El sociograma como instrumento que devela la complejidad, EMPIRIA, Revista de Metodología de Ciencias Sociales. N.º 2. (pp. 129–151).

Matus, C. (2021) Método Altadir de planificación popular. ISBN 978–987–4937–87–2

Villasante, T. (2001). Procesos para la creatividad social. Prácticas Locales de creatividad social. Construyendo ciudadanía, 2. El Viejo Topo.

Villasante, T. R., Garrido, F. J., & Hernández, D. (2002). Metodologías y presupuestos participativos (Vol. 3). IEPALA Editorial. Editorial – Cimas, Madrid, 2002

Guía metodológica

ANÁLISIS PARTICIPATIVO DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL TERRITORIO

UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

SEREMI
Región de La Araucanía
Ministerio de Salud