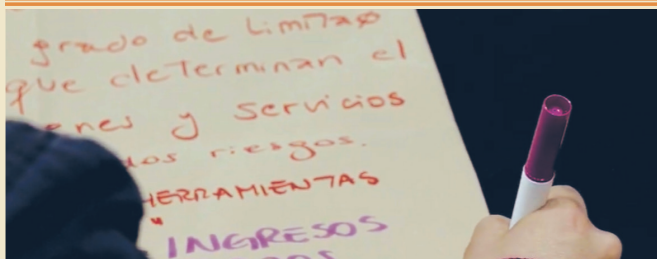


UNIVERSIDAD, COMUNIDAD Y PANDEMIA

*Experiencias de trabajo con equipos de salud
como agentes educadores*

**NICOLE LOBOS-VILLATORO
CARLOS GÜIDA LESKEVICIUS
OSVALDO ARTAZA BARRIOS**

[EDITORES]



UNIVERSIDAD, COMUNIDAD Y PANDEMIA:
EXPERIENCIAS DE TRABAJO CON EQUIPOS DE SALUD
COMO AGENTES EDUCADORES

NICOLE LOBOS-VILLATORO
CARLOS GÜIDA LESKEVICIUS
OSVALDO ARTAZA BARRIOS
[EDITORES]

UNIVERSIDAD, COMUNIDAD Y PANDEMIA

*Experiencias de trabajo con equipos
de salud como agentes educadores*



UNIVERSIDAD, COMUNIDAD Y PANDEMIA.
EXPERIENCIAS DE TRABAJO CON EQUIPOS DE SALUD
COMO AGENTES EDUCADORES

Primera edición: septiembre de 2026

© Nicole Lobos-Villatoro, Carlos Güida Leskevicius,
Osvaldo Artaza Barrios, 2026
Registro de Propiedad Intelectual
N° 2023-A-3611

© Universidad de las Américas, 2026

Producción editorial

RIL® editores, 2026

SEDE SANTIAGO:

Los Leones 2258

CP 7511055 Providencia

Santiago de Chile

☎ (56) 22 22 38 100

ril@rileditores.com • www.rileditores.com

SEDE VALPARAÍSO:

valparaiso@rileditores.com

SEDE ESPAÑA:

europa@rileditores.com • Barcelona

Composición, diseño de portada e impresión: RIL® editores

Impreso en Chile • *Printed in Chile*

ISBN 978-956-8695-76-7

eISBN 978-956-8695-77-4

Derechos reservados.

ÍNDICE

Presentación	9
Prólogo	13

SECCIÓN 1

SISTEMA DE SALUD Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES PARA EL TRABAJO CON PERSONAS Y COMUNIDADES

Salud universal y el derecho a la salud de las personas y de sus comunidades <i>Oswaldo Artaza Barrios</i>	19
Metodología de pedagogías mixtas. Una propuesta educativa para la adaptación territorial de documentos vinculados con la salud global <i>Nicole Lobos-Villatoro</i>	27
La formación de profesionales integrales insertos en los territorios <i>María Isabel De Ferrari Fontecilla</i>	41
La necesidad de avanzar en una formación interdisciplinar para la construcción del bienestar social y calidad de vida. Una reflexión a partir del caso de Caro <i>Julián Reyes Bahamondes</i>	55

SECCIÓN 2

EMERGENCIAS SANITARIAS DESDE UN ENFOQUE PARTICIPATIVO Y COMUNITARIO

Riesgos en salud: apuntes para su gestión estratégica desde la comunicación social comunitaria <i>José Miguel Labrín Elgueta</i>	67
--	----

Alfabetización en salud para emergencias sanitarias.	
Consideraciones comunitarias	
<i>Juan Pedro Guerrero Núñez</i>	79
Género: Perspectiva fundamental en el abordaje	
de las emergencias sanitarias	
<i>Carlos Güida Leskevicius</i>	91
Anexo 2	III
La intersectorialidad como respuesta a las emergencias sanitarias y a la	
construcción de la salud. Marco de referencia teórico con elementos	
de la práctica en Huechuraba	
<i>Tamara Cordero Álvarez y Jorge Santibáñez González</i>	115

SECCIÓN 3

SISTEMATIZACIÓN DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN VINCULADO A LA GUÍA DE ORIENTACIONES DE MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA NO FARMACOLÓGICAS, PARA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERACIÓN EN CONTEXTO COVID-19

Sistematización de las capacitaciones del proyecto: «Equipos de	
salud como agentes educadores en medidas de salud pública	
no farmacológicas para grupos de población en situación de	
vulnerabilidad»Universidad de Las Américas, UDLA- Organización	
Panamericana de la Salud, OPS	
<i>Diego Márquez Ossandón y Diego Villalobos Gómez</i>	127
Epílogo.....	209

PRESENTACIÓN

Universidad de las Américas —UDLA— es una universidad privada sin fines de lucro, fundada en 1988, pluralista, inclusiva, laica y responsable, relevante en el Sistema de Educación Superior chileno, conformada por una comunidad educativa con sellos propios. Comprometida con la mejora continua, con un proyecto institucional centrado en el estudiante que busca contribuir al progreso de estudiantes y egresados, así como al bienestar y desarrollo sostenible del país y que se ha ido consolidando y complejizando en sus ejes misionales —formación, investigación y vinculación con el medio (VCM)—. Dicho desarrollo, le ha permitido obtener recientemente una acreditación de cinco años. UDLA, cuyo sostenedor es la Fundación Educación y Cultura, está adscrita al nuevo Sistema de Acceso a la Educación Superior; tiene 8 campus distribuidos en sus sedes de Santiago, Viña del Mar y Concepción. Su comunidad está conformada por más de 26 mil estudiantes, 64 mil egresados, 2.700 académicos regulares y adjuntos, y 500 personas en su planta administrativa.

La Facultad de Salud y Ciencias Sociales, la más grande de UDLA, tiene más de 12.000 estudiantes repartidos en 11 carreras, presentes en régimen diurno, vespertino y *executive* en los distintos campus, con un equipo académico que goza de excelentes credenciales y experiencia profesional; y con importantes avances en la esfera

de la certificación de su calidad y de innovaciones en formación, investigación y VCM. La facultad nace el año 2020, de una propuesta de integración de las antiguas facultades de salud y de ciencias sociales. Desde la misma comunidad académica, se presenta a las autoridades superiores la propuesta de integrar ambas facultades, con el objetivo de lograr una mayor fortaleza académica, de mejorar el uso de los recursos disponibles y de promover la interdisciplina. Un proceso de integración, que colocó en el centro de su propuesta, la voluntad de aportar en la formación de profesionales que se integran en la realidad social, sanitaria y cultural de las personas y comunidades con un sello distintivo.

La nueva Facultad de Salud y Ciencias Sociales, en sintonía con el plan estratégico institucional y el plan de desarrollo de la propia facultad, a través de un trabajo reflexivo y colaborativo, declaró su sello identitario y un resultado de aprendizaje específico, que se verá reflejado en todos los Perfiles de Egreso de las carreras y que orientará todo nuestro desarrollo futuro. El sello declara nuestra voluntad de: «Formar personas integrales y ciudadanos responsables que se desempeñen como profesionales y técnicos éticos, capaces de contribuir a la transformación social de las comunidades y de quienes las constituyen, validando y valorando sus legítimas diferencias, observantes de su entorno desde una perspectiva pluralista e interdisciplinar y enfocando su quehacer en la salud y el bienestar humano integral», lo que implica un resultado de aprendizaje expresado en: «Demostrar conductas éticas y actitudes de compromiso, responsabilidad ciudadana, respeto y valoración por las personas, colectivos y comunidades, aplicando sus conocimientos y habilidades desde una perspectiva pluralista e interdisciplinar en su quehacer profesional».

Para el logro de dicho sello, ha sido esencial la creación del Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario, quien tiene una responsabilidad clave en nuestros ejes misionales. Dicho departamento ha asumido desafíos de envergadura en el postgrado y en el trabajo territorial, sea en conjunto con el Programa de Intervención Comunitaria, como a través de proyectos específicos, tales como los

PRESENTACIÓN

generados con el apoyo de OPS, que han sido la base de esta trascendente publicación, que se constituye en testimonio de un trabajo de diálogo, encuentro y aprendizaje entre universidad y comunidad.

Oswaldo Artaza
Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales
Universidad de Las Américas

PRÓLOGO

El reconocimiento de los procesos de salud —enfermedad, atención y cuidados acorde a las necesidades de los diversos grupos sociales y territorios— es un gran desafío. Reconocer las necesidades diferenciales acorde a los contextos económicos y sociales implica diseñar las intervenciones acordes a las necesidades de la población y, por ende, no puede ser solo un proceso normativo o desde la oferta de servicios. Estos son aspectos cruciales en la Región de las Américas y en el mundo para el abordaje de las inequidades. A la vez, el abordaje de las inequidades demanda acciones sobre otros sectores y políticas que impactan en la salud de la población lo que se hace aún más necesario el abordaje interinstitucional e intersectorial, y esto se hace más urgente en los casos de emergencias sanitarias. En este sentido, para la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la vinculación con las instituciones y organizaciones de la región resulta estratégica en el entendimiento y adecuación a las realidades sociosanitarias. Estas —en su diversidad cultural, en los sistemas de creencias y en los distintos escenarios sociodemográficos— se expresan en la aplicación de medidas de atención-cuidado.

La crisis sociosanitaria emergente durante la COVID-19, golpeó profundamente a diversos sectores de la población en situación de vulneración, generando mayor dificultad y barreras de acceso a las

medidas de salud pública no farmacológicas y profundizando aún más las inequidades existentes. Desde allí el equipo de trabajo sobre las poblaciones en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19 de la OPS, elabora el documento «Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19», con el propósito de mejorar su aplicación, así como su adherencia enfatizando la importancia de considerar los contextos sociales y por ende los determinantes sociales de la salud en la implementación y efectividad de las intervenciones. Acompañado a esto, se desarrolló durante el 2022 una convocatoria a fin de sistematizar experiencias vinculadas a comunicar, capacitar y adaptar las intervenciones de la guía en la región de las Américas acorde a las necesidades y realidades sociales de los diversos grupos y territorios.

En el contexto anterior, el equipo del Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario (ex Departamento de Salud Comunitaria), de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas, y el decano Osvaldo Artaza, adjudica una de las propuestas del área de capacitación poniendo de manifiesto a los equipos de salud de atención primaria como actores sociales clave en la respuesta a emergencias sanitarias y a la pandemia en curso, desde la alfabetización crítica en salud, tomando como claves pilares fundamentales de la guía (base social de la salud; comunicación de riesgo; participación social y comunitaria; derechos humanos y equidad).

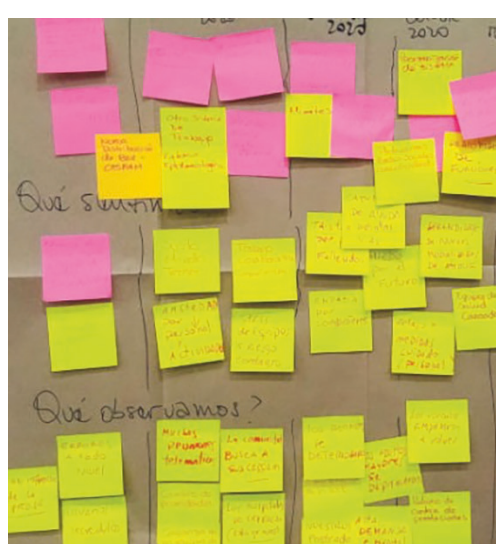
Los siguientes textos han sido compilados comprendiendo que, para el desarrollo de un sistema sanitario centrado en las personas, familias y comunidades, que busque responder las inequidades en salud y que se encuentre preparado ante las emergencias sanitarias, requiere del compromiso de las instituciones universitarias en la formación de profesionales y técnicos de la salud orientados al bienestar colectivo, sensibles a las realidades, incorporando lógicas participativas e interdisciplinarias. Así también el reconocimiento de herramientas como la alfabetización crítica de la salud, el trabajo intersectorial, la comunicación social y comunitaria en salud, el modelo de pedagogías mixtas y la consideración de la perspectiva

de género en las emergencias sanitarias son aspectos cruciales para los cambios requeridos. Por último, se consideran los principales análisis desarrollados a partir de la experiencia de capacitación vinculados a la adjudicación del fondo anteriormente mencionado.

Me complace invitarles a leer este libro, que explora marcos teóricos y experienciales que pueden colaborar a la reflexión de los retos contingentes y futuros de los sistemas de salud en Chile y en la región de las Américas, la necesaria formación profesional y su vínculo con la realidad sociocultural de las personas, familias y comunidades, con una fuerte impronta en el análisis de la experiencia de capacitación llevada a cabo por el Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario con los equipos de Nivel Primario de Atención en Salud de tres regiones de Chile.

Dra. Orielle Solar Hormazabal

Unidad de Promoción y Determinantes Sociales de la Salud
Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida
OPS/WHO



Sección 1

Sistema de Salud y formación de profesionales para el trabajo con personas y comunidades



SALUD UNIVERSAL Y EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS Y DE SUS COMUNIDADES

*Oswaldo Artaza Barrios*¹

INTRODUCCIÓN

La salud es una construcción y un bien de carácter social, que evoluciona junto con el devenir político, social y económico de los pueblos. Todas las naciones aspiran a que sus ciudadanos alcancen la mayor calidad de vida posible. La salud es fundamental para lograr dicho objetivo, pues esta no solo es esencial para el pleno desarrollo de las personas como individuos, sino también para el progreso sostenible de las comunidades y a la larga, de las naciones.

Por su parte, el compromiso político de los países de responder a las necesidades de salud de las personas —aunado al desarrollo económico y social de las últimas décadas—, se ha traducido en algunos avances en cuanto a los indicadores de salud en la Región de las Américas. Sin embargo, y pese a estos logros, aún persisten

¹ Médico Pediatra y Magíster en Administración en Salud por la Universidad de Chile. Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas. Santiago, Chile. Correo: oartaza@udla.cl

importantes desafíos producto de la inequidad y carencia de las condiciones para una vida saludable, junto con la falta de acceso oportuno a servicios de salud integrales y de calidad para amplios sectores de la población, entre muchos otros factores (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017a).

Reconociendo estos retos pendientes, ha ido surgiendo —al menos en el discurso— un creciente consenso que retoma el espíritu de la Declaración de Alma-Ata de 1978 sintetizado en el lema «salud para todos», y que invoca a garantizar el derecho a la salud a través del acceso y la cobertura universal de salud (OPS, 2017b).

Este capítulo plantea los principales aspectos por considerar a la hora de lograr sistemas universales que posibiliten el derecho a la salud, tanto para las personas como para sus comunidades.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su 67° período de sesiones (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2013), promovieron el concepto de *cobertura universal de la salud*, lo que fue ratificado el año 2015, incluyéndolo como meta para el 2030, entre los 17 Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ONU 2015).

Al respecto, en el 53° Consejo Directivo de la OPS, los países de las Américas reconocieron las grandes inequidades y el impacto de los determinantes sociales de la salud, así como las barreras de acceso a servicios de calidad para amplios sectores excluidos. Por ello, incorporaron el concepto de *acceso a la cobertura universal en salud* (o salud universal) que implica que todas las personas y las comunidades tengan «acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad (...) a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras» (OPS, 2014, p. 1).

Ahora bien, para avanzar hacia la salud universal, la OPS definió en su plan de acción cuatro líneas estratégicas esenciales que requieren del liderazgo de las autoridades sanitarias nacionales:

- Fortalecer la gobernanza y la rectoría;
- impulsar transformaciones en los servicios de atención;
- aumentar el financiamiento y mejorar la calidad de dicho gasto; y, por último,
- actuar junto con otros sectores en modificar las determinantes sociales de la salud.

Para abordar estas líneas, es relevante la definición e implementación de un conjunto de acciones para fortalecer el liderazgo, la gobernanza y rectoría del sector de la salud, a fin de que puedan ejercer de forma efectiva las políticas, planes, legislaciones, regulaciones y acciones sectoriales y extrasectoriales.

Por otra parte, el sustento de salud universal en el plano de las ideas guarda relación con la garantía de derechos con carácter universal. Desde esta perspectiva, se trata de un esfuerzo por adaptar a los tiempos actuales, la aspiración de «salud para todos», planteada desde Alma Ata. Más recientemente, el compromiso por universalizar la salud en nuestra región se ha visto reflejado por el Informe de la Comisión de Alto Nivel llamado *Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata* (OPS, 2017b).

A nivel mundial, en tanto, estos esfuerzos se han plasmado en la declaración de Astaná (OMS-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef, 2018) que renueva el compromiso internacional global asumido en Alma Ata (OPS, 2017b) con la estrategia de la atención primaria a la salud, y también fue retomado por la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas respecto de la cobertura sanitaria universal (ONU, 2019).

SALUD UNIVERSAL Y EL DERECHO A LA SALUD

En la experiencia internacional, la situación de salud de los habitantes de un país está estrechamente vinculada con las condiciones sociales de las personas (Sojo, 2011). Por tanto, en indicadores relacionados con el bienestar, la expectativa y la calidad de vida, tienen más influencia el nivel educacional, el acceso al agua potable

y el saneamiento ambiental, así como la distribución equitativa de la riqueza, entre otros muchos factores —hoy conocidos como *determinantes sociales de la salud*— los que superan la sola existencia de servicios médicos.

Estos elementos explican por qué los indicadores de salud no guardan una estricta correlación solo con el nivel de gasto o con las condiciones de acceso a los sistemas sanitarios. Si el modelo de desarrollo es fuertemente inequitativo, poco podrá hacer un sistema sanitario para amortiguar sus efectos, en especial porque los sistemas de salud suelen, más temprano que tarde, replicar la estratificación o segmentación de la sociedad de la que forman parte. Dicho eso, el «derecho a la salud» no debe ser reducido al campo de las enfermedades ni de los meros servicios de atención médicos, sino que también debe ser comprendido en el espacio amplio de las condiciones sociales que guardan relación con las capacidades requeridas para que todas las personas puedan gozar el máximo nivel de bienestar.

El derecho a la salud exige también una concreción gradual y progresiva, por la cual los Estados no pueden darse por satisfechos solo con el reconocimiento de un mínimo del derecho, porque el cumplimiento de los derechos sociales debe ser incremental. Así, los principios de progresividad, de no regresividad y transparencia, obligan a condiciones cada vez más rigurosas de los ciudadanos para exigir un cabal cumplimiento y, para el Estado, se le demanda que demuestre que se está haciendo todo lo materialmente posible —respecto de los recursos— para satisfacer el derecho (Artaza, 2022). De este modo, entonces, para la materialización del derecho a la salud es esencial avanzar hacia condiciones de vida equitativas y saludables, a la vez que se aumentan los recursos disponibles y la eficiencia en su uso (Artaza, 2016), lo cual permitirá garantizar el acceso a servicios oportunos, integrales y de calidad, sin barreras de ninguna especie.

LOS DESAFÍOS EN CHILE PARA SALUD UNIVERSAL

En el actual debate nacional acerca de eventuales cambios constitucionales en Chile —de suyo complejo luego del rechazo a la propuesta de nueva constitución—, será necesario evaluar si el derecho a la salud logra superar el restrictivo marco actual de mera libertad para elegir entre un sector público o uno privado (autonomía evidentemente restringida a quienes tienen capacidad de pago) y empieza a ser comprendido en el espacio amplio de un Estado de derechos, que guarde relación con las condiciones sociales que determinan la posibilidad real de que todas las personas puedan gozar del máximo nivel de bienestar (Artaza y Méndez, 2020).

En este sentido, materializar el derecho a la salud en el logro de la salud universal, implicará un necesario aumento del gasto público —esencial para disminuir el alto componente de «gasto de bolsillo» (sobre el 30%, según Cid Pedraza y Prieto Toledo, 2012)—, lo cual mejorará la calidad y eficiencia de dicha inversión. No obstante, más recursos —por supuesto necesarios— no serán suficientes si en Chile no se aborda una transformación profunda del aseguramiento de la salud que supere la actual segmentación.

En efecto, a través de la mancomunación del financiamiento por medio de impuestos generales y contribuciones, se podría mejorar la eficiencia en el manejo del ajuste de riesgo de toda la población, sumado a la reforma a los prestadores, a su modelo de atención, de gestión, a los mecanismos de pago y a las políticas de desarrollo y formación de capital humano para el sector prestador, público y privado.

Desde esta perspectiva, para que el sistema de salud chileno gane en calidad del gasto, es esencial un modelo de atención común para todos los prestadores públicos o privados (redes integradas basadas en la atención pública de salud, APS), ya que con ello se supera la relación de mercado por una de cooperación, que evita que las personas acudan directamente a un especialista, o bien, que la puerta de entrada siga siendo la urgencia en hospitales de atención de padecimientos agudos. El modelo de atención debe asegurar un enfoque integral centrado en las personas y en sus comunidades (Artaza y Méndez, 2022; OPS, 2022; Pérez-Hernández et al., 2022),

así como la acción intersectorial en los territorios y que toda persona pueda acceder a un equipo de familia interdisciplinario, cercano, resolutorio, confiable y de alta calidad.

Para que lo anterior ocurra, pues, es preciso desarrollar nuevas soluciones y dispositivos ambulatorios en el propio hábitat de las personas; del mismo modo que se requiere hacer más eficaces las redes de cuidados sociosanitarios para el manejo de requerimientos de adultos mayores, rehabilitación, discapacidad, atención en el domicilio de personas sin autovalencia y de cuidados paliativos y de largo plazo. A estos esfuerzos debieran incorporarse también nuevos elementos de gestión y gobernanza en las redes para la integración efectiva de los actores y aumentar sustantivamente la inversión en el primer nivel de atención, que exceda con creces el actual 23% del total del gasto (Moraga et al., 2021), de manera de lograr su universalización y transformar ese nivel de atención en el eje articulador del sistema.

Un modelo de atención común basado en la estrategia de APS, además de las modificaciones antes descritas, también implica cambios en la formación de los trabajadores de la salud hacia una comprensión de su labor centrada en las personas y en las comunidades, así como también condiciones e incentivos correctos para contar con los mejores profesionales y técnicos, integrando equipos interdisciplinarios (Artaza et al., 2020). Las tecnologías sanitarias probadamente costo-efectivas, y el apoyo continuo de las especialidades al primer nivel de atención, son otras transformaciones que fomentarían la prevención, además de evitar hospitalizaciones y requerimientos de manejo de especialidad, que nunca podremos proveer de modo suficiente de continuar con un modelo de atención centrado excesivamente en los hospitales, que ya han probado su agotamiento e incapacidad de respuesta.

Por último, todo lo anterior requiere que las personas y sus comunidades se empoderen y asuman un rol protagónico en la transformación del sistema de salud, superando la actual captura por parte de los intereses del mercado, de los grupos corporativos, de intereses político-partidistas y del paradigma biomédico imperante.

Para ello es clave la educación sanitaria y la participación efectiva, más allá de lo formal, utilitario y clientelar.

CONCLUSIONES

Lograr una salud universal para la materialización del derecho a la salud de las personas y de sus comunidades requiere de un modelo de desarrollo que termine con las inequidades y posibilite una sociedad más justa e igualitaria, junto con cambios estructurales en el financiamiento y en la prestación de los servicios. En este último aspecto son esenciales las transformaciones en el modelo de atención que posibiliten servicios integrales centrados en las personas y sus comunidades.

El desafío descrito requiere de profundas modificaciones en la formación de profesionales y técnicos de la salud, para que una mirada comunitaria e interdisciplinar permita superar la hegemonía biomédica y nos haga avanzar para que el poder en salud sea entregado a quienes más lo requieren: las personas y sus comunidades.

REFERENCIAS

- Artaza, O. (2016). Editorial. *Revista Salud Pública de México*, 58(5). <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8183>
- Artaza, O., Santacruz, J., Girard J. E., Álvarez, D., Barría, S., Tetelboin, C., Tomasina, F. & Medina, A. (2020). Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Pan American Journal of Public Health*, (44), e83. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.83>
- Artaza, O. Derecho y salud para personas y sus comunidades, en O. Artaza & C. Méndez (Eds.). (2022). *Sistemas y servicios de salud centrados en las personas y sus comunidades* (pp. 62-80) Editorial Universidad Austral de Chile.
- Artaza, O. & Méndez, C. (2020). Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud. *Pan American Journal of Public Health*, (44), e16. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.16>
- Artaza, O. & Méndez C. (2022). *Sistemas y servicios de salud centrados en las personas y sus comunidades*. Editorial Universidad Austral de Chile.

- Cid Pedraza, C. & Prieto Toledo, L. (2012). El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(4) 310-316. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n4/a07v31n4.pdf>
- Moraga-Cortés, F., Bahía, T. C., & Prada, C. (2021). Gasto en atención primaria en salud en dos gobiernos del Chile posdictatorial. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*, 37(3), e00244719. <https://scielosp.org/pdf/csp/2021.v37n3/e00244719/es>
- Organización Mundial de la Salud, OMS-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef, (2018). *Declaración de Astaná*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas, ONU (2013). *A/Resolución 67/81. Salud mundial y política exterior de la Asamblea General de las Naciones Unidas*. ONU. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UN-DOC/GEN/N12/483/49/PDF/N1248349.pdf?OpenElement>
- Organización de las Naciones Unidas, ONU (2013). *A/Resolución/67/L.81. Salud mundial y política exterior*. ONU. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/483/49/PDF/N1248349.pdf?OpenElement>
- Organización de las Naciones Unidas, ONU (2015). *Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible*. ONU. <https://www.un.org/es/conferences/environment/newyork2015>
- Organización de las Naciones Unidas, ONU (2019). *Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal*. ONU. <https://www.who.int/es/news-room/events/un-high-level-meeting-on-universal-health-coverage>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2014). *Resolución CD53. R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7652/CD53-R14-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2017a). *Salud en las Américas*. OPS. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2017b). *Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>

METODOLOGÍA DE PEDAGOGÍAS MIXTAS. UNA PROPUESTA EDUCATIVA PARA LA ADAPTACIÓN TERRITORIAL DE DOCUMENTOS VINCULADOS CON LA SALUD GLOBAL

Nicole Lobos-Villatoro¹

UN POCO DE CONTEXTO

En Chile, la pandemia por la COVID-19 llegó en medio de un escenario de crisis social y desconfianza institucional. En efecto, producto de las profundas inequidades existentes en el país, el malestar ciudadano se arrastraba desde años previos, pero se acentuó y expresó con fuerza en el estallido social del 18 de octubre de 2019. De este modo, antes del primer caso de SARS-CoV-2, proliferaban en el país procesos participativos que dieron fuerza a las organizaciones existentes e hicieron emerger otras. Mientras los

¹ Fonoaudióloga por la Universidad de Valparaíso. Magíster en Salud Pública por la Universidad de Chile. Coordinadora Académica del Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas, UDLA. Santiago, Chile. nlobos@udla.cl

cabildos y manifestaciones sociales persistían pese a las noticias internacionales de las tasas de mortalidad y de los indicadores de letalidad en Asia y Europa, en Chile el fenómeno se observa como lejano y con gran incredulidad.

Luego, llegado ya el virus, desde las autoridades se observó un fuerte acento en estrategias reactivas centradas en el tratamiento de la enfermedad en los hospitales, con comunicaciones confusas que intentaron mantener el énfasis en el equilibrio económico. Así sucedió, por ejemplo, con las medidas de prevención del contagio por el SARS-CoV-2, las que quedaron circunscritas a quienes pudieron sostenerlas financieramente, debido a la inexistencia inicial de apoyos sociales que garantizaran los recursos básicos para las poblaciones desfavorecidas.

Al respecto, la morbilidad afecta a las poblaciones más vulnerables, evidenciando que las condiciones sociales a lo largo del curso de vida impactan en los modos de enfermar, acceder a la atención sanitaria, obtener tratamiento y poder cumplirlo, así también en la forma de morir (Brehil, 2013). En la Región Metropolitana se evidenció que las inequidades respecto de la mortalidad se profundizaron durante 2020 en relación con los años anteriores, particularmente en el caso de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, lo cual da cuenta del impacto de las desigualdades estructurales en Chile (Bilal et al., 2021).

Desde esta perspectiva, para las poblaciones en situación de vulnerabilidad enfermarse por COVID-19 es una realidad que conlleva una suerte de frustración aprendida y asimilación, donde si bien el riesgo existe, es prioritario sobrellevar las necesidades humanas fundamentales como alimentación, higiene y vivienda. Para otros, en cambio, los factores culturales pueden ser más importantes que las medidas sanitarias extendidas por un gobierno y por instituciones que están entreveradas (Organización Panamericana de Salud [OPS]- Organización Mundial de Salud [OMS], 2020).

Fue así como las medidas preventivas impuestas por los gobiernos no siempre velaron por las necesidades básicas de las personas, lo cual derivó en una profundización de las carencias ya existentes,

por ejemplo, en la crisis por hambre y el desempleo para quienes se sostenían por medio de actividades económicas inestables y sin contrato. En este complejo escenario, las organizaciones comunitarias, antiguas y emergentes, fueron las primeras en responder a las necesidades de las personas. El regreso de las ollas comunes de antaño, catastros y monitoreos para las personas mayores, apoyo a personas y familias contagiadas con entrega de alimentos e insumos de cuidado se cuentan entre las medidas iniciales de las comunidades, a las que luego se agregaron las fundaciones e instituciones que salieron a acompañar a las organizaciones comunitarias, vecinos y vecinas.

En este contexto, la Atención Primaria de Salud (en adelante APS) tomó un rol relevante para los territorios —aunque invisible para el Poder Ejecutivo— gracias al conocimiento específico tanto de la población que atienden estos órganos como de sus factores de riesgos, activos, recursos y dinámica de las y los ciudadanos que asisten a estos centros, por lo cual la cercanía con estas entidades se volvió estratégica para disminuir el contagio (OPS-OMS, 1978).

Al respecto, el Colegio Médico (Colmed), en conjunto con otros colegios profesionales, asociaciones y direcciones de salud municipal, reforzaron en la opinión pública y al gobierno que la APS representaba un actor relevante frente a la pandemia por SARS-CoV-2, por medio de la propuesta de cinco ejes orientadores. Uno de ellos menciona la necesidad del fortalecimiento de las redes comunitarias e intersectoriales instaladas en los territorios (Colmed, 2020), para lo cual los equipos de APS deben conectar con los territorios y las organizaciones que allí existen, procurando acciones de promoción y protección que establezcan roles relevantes con la comunidad, a partir de sus activos, dinámicas y aumento de capacidades en lo sanitario, con un acento en la pertinencia territorial, la perspectiva de género, la interculturalidad y la integración de personas en situación de discapacidad (Colmed, 2020).

Estas declaraciones dan cuenta de la esencia de la APS y de su protagonismo en el enfrentamiento de la crisis sociosanitaria como articulador entre lo institucional y las comunidades. Pese a ello, las lógicas de la APS en Chile han sido principalmente verticales

e instruccionales, con un énfasis en el cumplimiento de metas que dejan fuera de este margen aquellas iniciativas provenientes de la acción comunitaria (Jara & Andrade, 2015)

EL DESAFÍO DE LA FORMACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La APS es uno de los niveles de complejidad base de los sistemas sanitarios en el mundo. A partir de la declaración de Alma-Ata (OPS-OMS, 1978) y bajo el lema «Salud para todos», se erigen los principios de solidaridad, justicia social, acción multisectorial y participación, entre otros, lo que posiciona la APS como una construcción sociocultural, que se ve determinada por los factores que acompañan el curso de vida de las personas y que se expresan en las formas de nacer, vivir, crecer, enfermar, sanar, envejecer y morir, y en las posibilidades de ser cuidados, cuidar y recibir atención. Sin embargo,

el sentido original en reiteradas ocasiones ha sido mal interpretado y distorsionado (...) el lema «salud para todos» ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, aunque irremediablemente obsoleto, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad (Patrick, 2003, s. p.).

Desde esta perspectiva, la distorsión entre la salud y la enfermedad ha sostenido un aprendizaje tradicional de las profesiones vinculadas a este ámbito, donde las lógicas de atención son verticales, autoritarias y fuertemente patogénicas, lo cual dificulta la comprensión de la salud como el resultado de las dimensiones sociales, económicas políticas y culturales (Patrick, 2003) y repercutiendo en los procesos de democratización desde el box hacia las acciones con los territorios, en pro del bienestar y calidad de vida. El resultado de ello es el mantenimiento sistemático de aprendizajes desde el paradigma biologicista-restrictivo.

Cabe, pues, preguntarse: ¿Es este tipo de formación la adecuada para alcanzar la «salud para todos»? Probablemente la respuesta es negativa, pues se requieren esfuerzos mayores para que los futuros técnicos y profesionales complementen y fortalezcan sus habilidades y conocimientos adquiridos a partir de la experiencia de técnicos y profesionales que se desempeñan en la APS. En este sentido, uno de los desafíos en este tipo de aprendizaje es la participación y el reconocimiento del otro, con un enfoque en los derechos humanos y en la comprensión de la realidad mediante el diálogo.

Sin embargo, se debe mencionar que nuestra sociedad ha estado en constante disonancia con la valoración de la participación, lo cual se expresa en el descrédito de opiniones, decisiones y saberes provenientes de los otros, ya sea debido a su edad, nivel socioeconómico o educativo, origen o pertenencia sociocultural, entre otros aspectos. Así, por ejemplo, en las familias, salas de clase y en otros espacios se aprende desde una educación *bancaria*, es decir, existe un «alguien» con mayor saber y poder de decisión. Este tipo de espacios sociales se vuelven hostiles para aprender a participar, lo que termina perpetuándose en diversos escenarios. El espacio universitario, por tanto, debiera ser disruptivo en este sentido, es decir, las universidades debieran actuar como núcleos de desarrollo del pensamiento y conocimiento donde convergen los saberes, con un fuerte sentido de lo público, especialmente si lo que pretendemos es que la APS sea un espacio de valoración del ser humano, que promueva el bienestar y la comprensión de los procesos de salud-enfermedad desde las lógicas de la justicia social, solidaridad y equidad.

Al respecto, si bien la APS no es el único actor institucional implicado en los procesos de participación, está llamada a sostener procesos de promoción dado que ha sido declarada clave en la superación de los determinantes sociales de salud, teniendo efectos en las políticas públicas al promover espacios para que las comunidades sean protagonistas en la construcción de su bienestar.

Por último, visto su escenario de acción, la APS ha sido definida de diferentes formas, aunque sus definiciones pueden agruparse en dos líneas principales: la primera da cuenta de acciones más pasivas

y a corto plazo; mientras que la segunda establece procesos largos que implican empoderamiento de las comunidades (Egaña et al., 2020). Dicho esto, es posible mencionar que para quienes ejercen y pretenden ejercer acciones en la APS, el desafío de su formación debe trascender el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de morbilidades y situaciones de discapacidad, considerando la incorporación de la participación como eje fundamental en los procesos de salud-enfermedad desde el reconocimiento del otro, en el marco de los derechos humanos.

Es así que afirmamos que la pandemia por COVID-19 y muchas de las acciones emprendidas para su control se centraron fuertemente en el paradigma biologicista restrictivo, lo cual le restó valor a la participación y al fortalecimiento de las redes de los propios territorios, de modo que las medidas restrictivas tuvieron una fuerte ausencia participativa y un olvido de la estrategia de la APS, lo que redundó en la profundización de inequidades y en su expresión, esto es, desde el hambre, hasta las formas de enfermar y de morir.

MODELO DE PEDAGOGÍAS MIXTAS EN SALUD

En 2021, el Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario (ex Departamento de Salud Comunitaria) de la Universidad de Las Américas², formó parte del proyecto «Equipos de salud como agentes educadores en medidas de salud pública no farmacológicas para grupos de población en situación de vulnerabilidad», elaborado por la OPS y ejecutado en Chile por la UDLA, durante los meses de octubre a diciembre de ese año.

Esta propuesta consideró a los equipos de salud como actores clave de las estrategias de alfabetización crítica y comunicación de riesgo en el marco de los derechos humanos y con perspectiva de género. El proyecto tuvo el propósito de contribuir al fortalecimiento de las capacidades educativas para la implementación de medidas

² El modelo fue desarrollado por Lobos-Villatoro, N., Güida, C. y Olave, V., quienes componían el equipo del Departamento de Salud Comunitaria, de Universidad de Las Américas.

sanitarias no farmacológicas frente al COVID-19, y estuvo dirigido a directivos y equipos de salud de tres regiones de Chile, quienes se vinculan desde la APS con población en situación de vulnerabilidad.

La propuesta tuvo como fundamento central el reconocimiento de la diversidad sociocultural y económica de los territorios con los que se vinculan los equipos de APS, así como la necesaria adecuación de los discursos y estrategias de educación, información y comunicación en salud en consideración de los ejes de desigualdad, mayor exposición a la morbilidad y las barreras existentes para el cumplimiento de las medidas no farmacológicas frente a la COVID-19.

Desde esa lógica se propuso un enfoque educativo constructivista que diera cuenta de un aprendizaje dinámico-participativo donde las personas —en este caso, los profesionales de salud— son sujetos activos que interpretan, reflexionan, difieren, construyen y reconstruyen significados e interpretaciones del mundo que observan, viven y sienten, por medio de procesos de aprendizaje colectivos e individuales (Serrano González-Tejero & Pons Parra, 2011) que integran saberes experienciales y técnico-científicos, con perspectiva de género y de derechos humanos.

El modelo pedagógico se ajustó a un proceso de enseñanza-aprendizaje con utilización de pedagogías mixtas, es decir, se conjugaron pedagogías críticas, metodologías participativas y tradicionales (que buscan colaborar con procesos de democratización y diálogos horizontales), además de técnicas expositivas con ejercicios grupales de reflexión, para informar a los equipos de salud respecto del documento elaborado por la OPS, y las temáticas de alfabetización y comunicación de riesgo en salud, vinculándolas con ejercicios reflexivos desde la realidad territorial.

Lo que se persiguió con esta hibridación de metodologías pedagógicas era que los equipos de salud incorporaran en forma significativa tanto las técnicas de aprendizaje, como las orientaciones entregadas por la OPS en consideración de las poblaciones vinculadas a las respectivas instituciones de trabajo. Así también, se buscó que:

- relevaran sus vivencias y emociones, valorando los esfuerzos desarrollados;
- expresaran la representación de las poblaciones focales;
- reflexionaran respecto de los recursos y activos a nivel territorial;
- aumentaran sus capacidades en torno a herramientas de alfabetización y comunicación de riesgo; y, por último, que
- construyeran estrategias desde el enfoque comunitario de salud a partir de los antecedentes previamente dialogados.

Para ello, se establece un proceso de tres etapas, las que se revisan en los siguientes apartados.

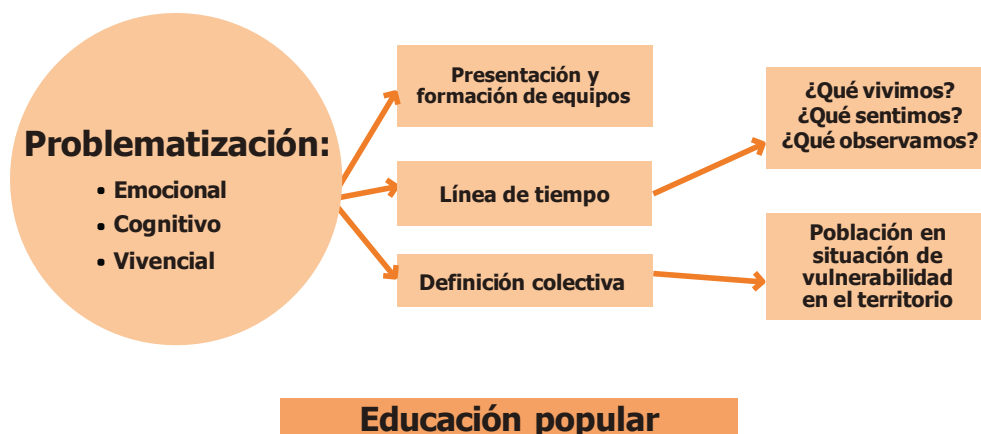
PROBLEMATIZACIÓN

Esta primera etapa consideró dos momentos principales: el primero de ellos dice relación con cuestionar y posicionar, desde diferentes herramientas participativas, lo vivido, observado y sentido durante la pandemia, para generar un diálogo desde lo individual hacia lo colectivo, tanto al interior de cada grupo, como entre las colectividades.

Lo personal y su vinculación con el rol en la APS permite posicionar el ejercicio desde la variable temporal y espacial. Para ello se utilizaron herramientas como la lluvia de ideas y las líneas de tiempo. De esta forma, el trabajo en equipo fue relatado en plenario, para colaborar con los puntos de encuentro y con la valoración del trabajo desarrollado, así como con las diferentes formas de sentir y vivir un mismo evento.

En el segundo momento, se establecieron conceptualizaciones colectivas de la población en situación de vulnerabilidad a partir de grupos de personas con las que se vinculaban los participantes de la capacitación en los distintos territorios, dando paso a caracterizaciones y determinantes sociales de la salud. La instancia finaliza con la presentación en plenario donde se reflejan las diferencias socio-culturales, barreras y facilitadores del cumplimiento de las diversas

medidas de prevención contra el COVID-19, lo que visibiliza también las prácticas de respuesta desde los propios equipos de salud.



CAPACITACIÓN

La segunda etapa, correspondiente a la capacitación, estableció una metodología tradicional-expositiva, desarrollándose en dos momentos. El primero de ellos informó a los equipos respecto del documento *Guía de orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19* (OPS, 2020), donde figuran los pilares esenciales de la guía: participación, derechos humanos, comunicación de riesgos, así como los grupos específicos que se destacan en ella (personas privadas de libertad, mujeres, personas mayores, personas en situación de discapacidad y migrantes, entre otros). Con hincapié en la interseccionalidad, en el texto se profundiza en las estrategias y orientaciones para el trabajo en este contexto. Durante la etapa de capacitación se desarrolló el debate y la vinculación respecto de la realidad territorial, para posteriormente mapear los activos y recursos de las áreas relacionadas con los centros de salud de nivel primario.

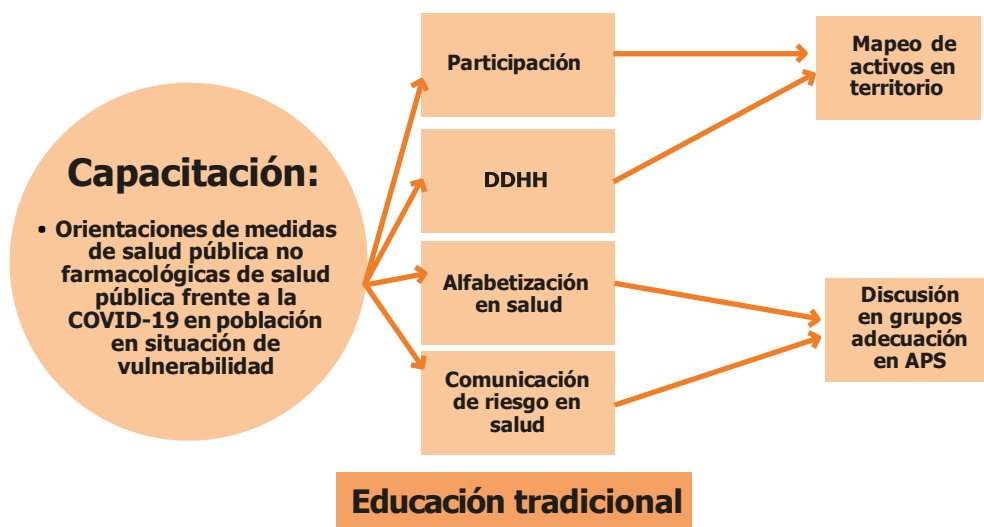
En una segunda instancia se informó y profundizó en las temáticas de alfabetización y comunicación de riesgo en salud,

considerándolas como herramientas relevantes en las acciones de la APS, para finalizar con el debate y el trabajo al interior de los equipos en torno a los desafíos para la incorporación de estas herramientas.



CONSTRUCCIÓN DE ESTRATEGIAS LOCALES

La última de las etapas consideradas en el proceso contempló una recopilación de los elementos previamente relevados (caracterizaciones de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, acciones de respuesta desde la APS, mapeo de activos y recursos, entre otros). La identificación y reconocimiento de los actores y sus redes contribuyó a la elaboración de estrategias de comunicación en salud y alfabetización crítica para la implementación de las medidas de salud pública no farmacológica en la población objetivo del proyecto, con atención al sentido territorial y cultural de las personas, así como de sus activos en salud y relaciones entre los actores.



PRECISIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

La implementación de este modelo de abordaje implicó la existencia de algunas precisiones relevantes. La primera de ellas indica que el desarrollo participativo de las primera y tercera etapas debe desplegarse a partir de la conformación de equipos de hasta 6 personas que, en su composición, presenten pertenencia a una misma realidad sociocultural, es decir que se desempeñen en una misma comuna y/o sector geográfico, constituyendo diálogos intraequipo. De igual modo, el aprendizaje se hace más significativo en la medida en que, en una misma instancia o sesión, existen variados equipos presentando sus conclusiones y desarrollando un diálogo interequipo, es decir, planteando vivencias de más de una comuna y/o sector geográfico. En este sentido, lo prioritario del modelo es generar una discusión colectiva dentro de los equipos que observan, viven, sienten y perciben una misma realidad, para posteriormente poner en diálogo las diferentes conclusiones desarrolladas con una diversidad de realidades compartidas o no con los otros equipos. En la segunda etapa, en tanto, se percibe positivamente que los grupos de discusión provenientes de una diversidad territorial dialoguen desde lógicas más transversales y menos situadas.

La implementación de estas tres etapas en el proceso de aprendizaje resultó en lógicas horizontales y colaborativas inter e intraequipos, lo que se constituyó en un sentido de identidad a partir de la conceptualización de eventos recientes y de la consolidación de rasgos de resiliencia en los equipos sanitarios de APS. Así mismo, la metodología participativa con uso de técnicas de educación popular posicionó los ejes reflexivos frente a la pandemia, profundizando respecto de las decisiones institucionales, así como del rol de los profesionales de la salud como actores sociales relevantes.

FUNCIONALIDAD PARA LA ADAPTACIÓN TERRITORIAL DE LOS DOCUMENTOS DE SALUD GLOBAL

El modelo de pedagogías mixtas en salud ha sido incorporado actualmente a la experiencia de vinculación con el medio denominada «Programa de formación para personal administrativo y de primera atención de centros de salud de la comuna de Macul, en derechos sexuales y reproductivos, desde una perspectiva de derechos». Para ello, se consideraron las mismas tres etapas contempladas en el proyecto ejecutado: problematización y sensibilización; capacitación (considerando enfoque de género, alfabetización crítica y comunicación en salud); y la construcción compartida de estrategias para la difusión de derechos sexuales y reproductivos, lo cual ha generado resultados interesantes en el proceso de aprendizaje al instaurar propuestas de difusión lúdico-artísticas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos (Canto, 2022).

Al concluir, entendemos que el modelo pedagógico desarrollado tras esta experiencia puede considerarse para la aplicación en diversas temáticas del área de salud que enfrenten el desafío de la implementación de documentos desde la salud global, en los espacios más próximos de los equipos de salud, pues contribuye a relevar las características propias de las comunidades y sus territorios vinculados a la atención primaria de salud.

REFERENCIAS

- Bilal, U., Alfaro, T. & Vives, A. (2 de abril de 2021). *COVID-19 y el re-crudecimiento de las inequidades en salud en Santiago de Chile*. Nih.gov. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7928917/>
- Brehil, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Canto, P. (2022). *Formación en derechos sexuales y reproductivos a personal administrativo de salud primaria en Macul, Chile*. Universidad de Las Américas, UDLA.
- Colegio Médico de Chile, Colmed (2020). *Reconocimiento, recursos y atribuciones para la atención primaria de salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia COVID-19*. Colegiomedico.cl. https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/06/Documento-APS-COVID19_FINALv2.pdf
- Egaña Rojas, D., Iglesias Vejar, L., Cerda Rioseco, R., Molina Carrasco, P. & Gálvez Espinoza, P. (2020). Participación social en la atención primaria en salud: tensiones y contradicciones. *Atención primaria*, 52(10), 690-696. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.013>
- Jara, C. M. & Andrade, C. T. (2015). Participación en salud y desarrollo territorial: Experiencia sanitaria en una comuna del sur de Chile. *Ciencia y Enfermería XXI*, (1). https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n1/art_11.pdf
- Organización Panamericana de Salud, OPS-Organización Mundial de Salud, OMS (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Paho.org. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Panamericana de Salud, OPS (2020). *Guía de orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19*. Paho.org. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52955/OPSIMSFPLCOVID-19200021_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Patrick, J. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de salud*, 8(1). <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>
- Serrano González-Tejero, J. M. & Pons Parra, R. M. (2011). El constructivismo hoy: enfoques constructivistas en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 13(1), 1-27. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412011000100001

LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES INTEGRALES INSERTOS EN LOS TERRITORIOS

María Isabel De Ferrari Fontecilla¹

INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta una reflexión acerca de los desafíos de la formación de profesionales de la salud para que su rol sea un aporte al desarrollo de las personas y del país. Uno de estos retos consiste en darles experiencia y herramientas para que se inserten en la sociedad y trabajen con las comunidades, por medio de una formación para dialogar y comunicarse con personas diversas en contexto dinámicos.

Esta perspectiva es necesaria para que los futuros profesionales tengan la oportunidad de reconocer los saberes propios de las personas y de las diferentes culturas y, junto con ellas, co-construir respuestas oportunas y pertinentes que sean un aporte para enfrentar las situaciones de la vida cotidianas. Subyace aquí

¹ Enfermera por la Universidad de Chile. Magíster en Educación Superior por la Universidad de Las Américas, UDLA. Programa de Intervención Comunitaria, UDLA. Santiago, Chile. Correo: mdeferrarif@udla.cl

la validación de las iniciativas relacionadas con el buen vivir, y las redes de colaboración y cuidados que se realizan con las personas y sus respectivas comunidades.

DESAFÍOS DEL PROCESO DE APRENDIZAJE EN LOS ESTUDIANTES DEL SIGLO XXI

La formación de profesionales necesita adecuarse al desafío académico actual, pues la entrega de contenidos y los métodos de transmisión y generación de conocimientos tradicionales ya no tienen cabida en la sociedad de hoy. En nuestros días existe un mayor acceso al conocimiento, un desarrollo progresivo de las comunicaciones, acceso ilimitado a información y uso intensivo de las tecnologías por parte de las nuevas generaciones.

En este escenario, donde el conocimiento ya no se encuentra en una sola fuente, una primera adecuación de la labor docente necesariamente radica en aproximarse al estudiante con la disposición de que los contenidos siempre constituirán una parte de un universo mayor de saberes que están en desarrollo y evolución constante. Esta realidad sugiere el uso de nuevas metodologías de aprendizaje y centrar la experiencia universitaria en aprender a reflexionar, desarrollar pensamiento crítico, y a dialogar para incorporar nuevos conocimientos.

La segunda adecuación necesaria en los modelos de formación profesional, especialmente en nuestro país, dice relación con la globalización y la movilidad de las personas. En efecto, conocer e integrar las nuevas situaciones propias de la creciente migración que vive Chile, requiere de profesionales con formación y capacidad de escuchar y dialogar con personas de diferentes latitudes, cuya aproximación a los procesos de salud, enfermedad y cuidados, entre otros aspectos, deben conocerse para validar su diversidad de enfoques y experiencias sociales.

Por último, la formación profesional en salud debe considerar un proceso gradual y progresivo que fomente la integración con los territorios por medio de encuentros con las comunidades y la generación de oportunidades para conocer la vida cotidiana de los actores sociales. Por medio de este diálogo, del conocimiento de la

historia de sus habitantes y de cómo se han construido las comunidades será posible validar la experiencia vital de las personas y levantar confianzas para abordar, de manera conjunta, antiguas y nuevas problemáticas en salud.

EN CUANTO A LAS METODOLOGÍAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJES

Entregar herramientas para aprender a identificar la información pertinente y emplear la capacidad de análisis, diálogo e integración son las bases necesarias para el futuro desarrollo del profesional inserto en sociedades dinámicas. De este modo, cada estudiante aprenderá a insertarse y contará con herramientas para dialogar en una sociedad diversa.

Al respecto, como expresa Edgard Morín (1990), en la introducción al pensamiento complejo, «La incapacidad para concebir la complejidad de la realidad antropológica, en su microdimensión (el ser individual) y en su macrodimensión (el conjunto planetario de la humanidad), ha conducido a infinitas tragedias» (p. 17). En este sentido, formar profesionales que respondan a las características de la sociedad actual —a nivel micro y macro— es un desafío de la educación superior que, a nuestro juicio, se aborda no solo por medio de la inserción de los futuros profesionales en los contextos, sino también apoyando el proceso de aprendizaje y diálogo desde la academia, para que puedan crecer valorando la diversidad de las personas y los saberes de las comunidades.

Las metodologías de enseñanza-aprendizaje reconocen la importancia de poner a la persona y su experiencia vital en el centro del proceso, generando encuentros con las comunidades, diálogo e intercambio de saberes y experiencias de aprendizaje significativo (Ausubel, 1983), de modo que aquello que es relevante se integre en su acervo conceptual a través de la reflexión y análisis, incorporándolo en su experiencia vital y en su práctica. De esta manera, el centro del aprendizaje deja de estar en la memorización de situaciones, fórmulas u otros temas, y pasa a estar en la capacidad de observar,

analizar, relacionar, integrar información y construir nuevos recursos para enfrentar situaciones, recreando aquello previamente conocido.

El rol docente del siglo XXI consiste, entonces, en favorecer y acompañar este proceso de observación-reflexión-análisis crítico e integración por parte de las y los estudiantes, para que puedan incorporar en su experiencia vital el sentido del aprender a aprender, el aporte del diálogo y de la reflexión conjunta.

La posibilidad de formar profesionales que dialogan con los procesos más complejos del buen vivir de las personas y comunidades es un desafío de la academia y, en especial, para la formación de profesionales de carreras relacionadas con la salud de los pueblos y de las personas (UDLA, 2015).

DESAFÍOS DEL CURRÍCULO

En cuanto al currículo de las carreras, no basta con tener una malla curricular que dé cuenta de una sumatoria de las asignaturas que se imparten, esperando que cada estudiante defina, al término de su carrera, un camino de especialización. Por el contrario, lo que se requiere es construir una propuesta de formación integral para que las y los estudiantes adquieran y desarrollen experiencias de comunicación y reflexión junto con otras personas.

Desde esta perspectiva, el currículo tiene que incluir un modelo de formación que contemple, durante los años del proceso formativo, la inserción de los estudiantes en los barrios, con la finalidad de que establezcan un vínculo y tengan, simultáneamente, la experiencia de dialogar con las comunidades y diseñar junto con ellas iniciativas orientadas a mejorar las situaciones que les afectan. Como resultado de este enfoque, las experiencias tempranas se convertirán en instancias de aprendizaje mutuo, que favorecerán la integración de conocimientos y la reflexión presente y futura, basándose en prácticas guiadas de encuentros con otras realidades y actores.

En este caso, hacemos referencia al aprendizaje situado, gradual y progresivo que integra, por una parte, conceptos desde la realidad observada y aprehendida; y por otra, que comprende la necesidad

de responder a las situaciones observadas de manera conjunta e interdisciplinariamente, con un enfoque holístico.

Estas ideas aquí plasmadas no son nuevas. Por el contrario, en la actualidad, la necesidad de contar con modelos de formación y vinculación territorial progresiva y continua para los estudiantes de las carreras de la salud se ha materializado en los intereses de un grupo de académicos pertenecientes a más de 12 universidades chilenas, quienes hoy forman el colectivo denominado *UES por el territorio*.

Este colectivo autoconvocado de académicos de las carreras de salud y de ciencias sociales lleva en actividad más de dos años. Durante este período, sus participantes han realizado talleres de reflexión, seminarios e intercambio de experiencias en torno a la necesidad de vincular a los estudiantes y a la academia, en una relación que se comprometa con la vida cotidiana de los territorios. En la actualidad, se comparten propuestas que convergen en la idea de realizar cambios curriculares y metodológicos orientados a la formación integral e interdisciplinaria y al fortalecimiento del trabajo de equipo, con énfasis en la construcción del vínculo de estudiantes con los territorios y comunidades.

Tras un primer encuentro realizado en mayo de 2021, los académicos participantes de esta iniciativa identificaron las barreras que dificultan las innovaciones esperadas, así como también elaboraron estrategias para avanzar en modelos de formación pertinentes, que entreguen herramientas para que tanto la comunidad universitaria como los estudiantes, se inserten como actores en diálogo con los contextos sociales y comunitarios (Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar [APS-UChile], 2021).

Complementariamente, en julio de 2022 se realizó una jornada de intercambio de experiencia e identificación de las estrategias para realizar innovaciones curriculares y avanzar en el tema en cada casa de estudios. La convocatoria en esta oportunidad se llamó «Compartiendo experiencias y estrategias para abordar el cambio en la formación profesional en salud».

Las propuestas que han surgido de estos encuentros profundizan en la necesidad de avanzar en la inserción de estudiantes en

instancias de diálogo con los territorios y con su historia. En ellas se reconoce que es un cambio innovador y rupturista frente a los modelos centrados en la hegemonía del conocimiento al que estamos acostumbrados como sociedad occidental, que le otorga supremacía al conocimiento académico y al modelo biomédico. Sin embargo, cada día hay más consenso en que la formación profesional centrada en dicho modelo es completamente insuficiente para abordar los procesos de salud-enfermedad que enfrentamos como sociedad actual: el modelo de formación de este tipo de profesionales debe incorporar a las personas y comunidades con su experiencia vital, con su historia, como actores centrales del proceso de cuidado, protección y sanación, en caso de daño a la salud.

La reunión de la academia para avanzar en estrategias de formación innovadoras se entiende como un imperativo para responder a los desafíos de la convivencia social y a los cuidados que las personas y la sociedad necesitan en el siglo XXI. Para los integrantes de este colectivo proponer la construcción de currículos que diseñen una formación integral de profesionales con inserción territorial es una medida urgente frente a los desafíos sanitarios de la actualidad.

Al respecto, las y los docentes que integran el grupo UES por el territorio, han estado realizando diversas experiencias de formación orientadas a insertar a los estudiantes en la realidad territorial (APS-Uchile, 2021). Con ello, lo que hoy se persigue es que estas experiencias se inserten con un diseño progresivo en el currículo de las carreras del área de la salud.

Por último, se reconoce la importancia de organizar un proceso de aprendizaje gradual con metodologías participativas y de aprendizaje situado para avanzar en una formación orientada al diálogo y al reconocimiento de diversos saberes, que permita poner estos temas sobre la mesa y generar condiciones y espacios de co-construcción con las comunidades.

EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA DE LA UDLA

En este contexto de intercambio y diálogo acerca del currículo de las carreras de salud, el Programa de Intervención Comunitaria de la UDLA aporta a la reflexión académica con su experiencia de 10 años de implementación. Para quienes consideramos que es un imperativo ético que la universidad habite el territorio, responda al rol social y contribuya al desarrollo de las comunidades, la formación profesional adquiere un sentido social y la universidad se transforma con ello en una institución trascendente frente a las necesidades de la sociedad actual.

Al respecto, la UDLA declara valores sello de la formación profesional que imparte, donde destaca el compromiso comunitario, la ética profesional y la responsabilidad ciudadana. En este sentido, el Programa de Intervención Comunitaria, con su diseño metodológico de vinculación, aporta sustantivamente a la misión de formar profesionales integrales que se involucran y comprometen con el desarrollo de las comunidades en las que estos se insertan, lo que se expresa en el perfil de egreso de las carreras en las que está involucrado dicho programa.

El Programa de Intervención Comunitaria de UDLA es un modelo de formación universitaria y de vinculación territorial que articula el ambiente pedagógico con la vida de las comunidades locales, creando las condiciones académicas para que ocurra el encuentro de los estudiantes con los territorios, con actores sociales y las comunidades, además de generar instancias de diálogo entre estudiantes y comunidad que propician la reflexión conjunta.

Operativamente, el programa se implementa a través de una línea curricular que contempla siete u ocho asignaturas de cada carrera, para que ocurra un proceso gradual y progresivo de vinculación, diálogo y co-construcción con las comunidades, a lo largo de cuatro años de la respectiva carrera. Se espera que en este periodo cada estudiante incorpore de manera simultánea los aprendizajes teóricos de su formación, junto con la experiencia práctica de conocer

y relacionarse con los contextos sociales, históricos, culturales y emocionales de determinados territorios (UDLA, s.f.).

La formación experiencial y el aprendizaje situado de las y los estudiantes tiene como soporte el componente territorial del programa que mantiene presencia en las comunidades, dando estabilidad a la implementación de la propuesta formativa, la que se sustenta en la capacidad de mantener un diálogo y vínculos continuos con los actores sociales de los territorios, al acompañar a las y los estudiantes en un ciclo de cuatro fases de trabajo en un barrio determinado. Este componente territorial se implementa a través de las y los gestores territoriales (profesionales con formación y experiencia en trabajo comunitario) quienes inician el vínculo con las comunidades, establecen compromisos de trabajo con los barrios y acuerdan con los líderes comunitarios la inserción de los estudiantes para dar inicio al proceso de formación durante un ciclo de cuatro años.

Con ello, se busca resguardar la continuidad de la relación con las comunidades, de modo que el tiempo destinado a ellas no quede al arbitrio de las exigencias académicas, propias de cada asignatura. De igual forma, el modelo considera que las comunidades y sus líderes se involucren y acepten formar parte del proceso académico de los futuros profesionales, así como también que participen de los diálogos e instancias de encuentros con las y los estudiantes, presentando su realidad, su experiencia y su acervo cultural. De este modo, la experiencia redunda en un aprendizaje mutuo de las comunidades y estudiantes, iniciando una reflexión conjunta para responder a las situaciones de la vida cotidiana. Esta actividad que realizan los líderes sociales se denomina *función codocente* y contribuye de forma importante al encuentro de saberes en el proceso de formación.

El Programa de Intervención Comunitaria, junto con establecer resultados de aprendizaje comunes a las asignaturas que constituyen la línea de intervención comunitaria, ha definido ocho dimensiones de aprendizaje que se espera desarrollar en las y los estudiantes. Estas dimensiones dan cuenta del modelo pedagógico del programa y de los contenidos y habilidades que se consideran necesarios que adquieran

las y los futuros profesionales a lo largo del proceso de formación, para lograr el perfil de egreso definido en cada carrera (UDLA, 2021). Las dimensiones establecidas se presentan en la Tabla 1.

TABLA 1. DIMENSIONES DE APRENDIZAJE POR DESARROLLAR EN EL MODELO PEDAGÓGICO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA DE LA UDLA

Nivel	Dimensiones
Ético	Ética de la alteridad
Epistemológico	Pensamiento crítico Coconstrucción del conocimiento Ecología de saberes
Metodológico	Diálogo-intercambio Aprendizaje situado Aprender a aprender Metodologías participativas

Fuente: elaboración propia.

La manera en que hemos escogido presentar estas definiciones ordenan aquellas que tienen que ver con el fundamento ético (ética de la alteridad), para explicar a continuación aquellas dimensiones que están relacionadas con el aspecto epistemológico (pensamiento crítico, co-construcción del conocimiento y ecología de saberes), y cerrar con las dimensiones que operan en un nivel más bien metodológico (diálogo-intercambio, aprendizaje situado, aprender a aprender y metodologías participativas), sin pretender que este ordenamiento represente una clasificación estricta dado que, como puede observarse, cada una de las dimensiones aborda hasta cierto punto los tres aspectos.

Estas dimensiones (UDLA, 2021) proponen comprender a los individuos desde un enfoque ético basado en la legitimidad de la o las personas que se tiene(n) al frente. Es decir, una ética de encuentro

entre iguales, como pares, que realizan intercambio de saberes y de visiones, dispuestos a escuchar y a dar espacio a una nueva comprensión para crear oportunidades nuevas. Cabe señalar que, junto con la ética de la alteridad desarrollada por Levinas (1977), se plantea el aumento del pensamiento reflexivo, crítico y la capacidad de escuchar, para que sea posible crear condiciones favorables que posibiliten compartir experiencias y diversos saberes, así como también crear un flujo de diálogo, reflexión, integración y aprendizaje significativo que conduzca a la acción.

Las dimensiones abordadas en el nivel metodológico se relacionan con el valor de la praxis, el aprendizaje situado y la participación efectiva de las personas y comunidades que aportan sus saberes para enfrentar el diario vivir y dar respuestas pertinentes a las necesidades.

Por su parte, el proceso de aprendizaje genera las condiciones para que los estudiantes se aproximen a espacios comunitarios colectivos, profundizando el sentido social, histórico, cultural, contextual y dialógico de las personas y sus familias.

OPINIÓN DE ESTUDIANTES, FRENTE A LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Los estudios realizados a estudiantes para indagar en sus opiniones acerca del Programa de Intervención Comunitaria dan cuenta de que, para ellos, la iniciativa favorece el encuentro con otros, valoran que sea una experiencia pedagógica de integración y que genere las condiciones para el diálogo horizontal y el intercambio de información. Este tipo de investigación se verifica por medio de encuestas que se aplican anualmente (UDLA, 2022).

De igual modo, en las entrevistas realizadas a los estudiantes para saber qué ideas o conceptos asocian con el Programa de Intervención Comunitaria (Quiroga, 2022), estos informan un alto nivel de conocimiento de la iniciativa y de sus lógicas de trabajo, así como también destacan el proceso de aprendizaje en terreno y el impacto positivo de tener actividades prácticas de encuentros con los territorios y comunidades que les permiten comprender al «otro como un igual».

Asimismo, destacan el proceso formativo y las actividades como resultados concretos que responden a un diseño más complejo que producir «un taller o un proyecto en particular».

Otro aspecto importante destacado en estas entrevistas es que se reitera la noción de alteridad y horizontalidad en las conversaciones, al describir el tipo de relación que establecen en la fase de encuentro y posterior implementación de acciones en un territorio.

ESTUDIO DE OPINIÓN DE LÍDERES COMUNITARIOS DE LOS TERRITORIOS CON LOS QUE TRABAJA EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Durante 2022 se realizó un estudio de opinión a 118 líderes de los territorios y barrios (Inmetric, 2022) en los que está inserto el programa. Los resultados han sido relevantes en cuanto al valor que otorgan estos agentes al modelo de trabajo establecido por el programa.

Por ejemplo, frente a la pregunta: «¿Cómo evalúa en general el funcionamiento de Programa de Intervención Comunitaria de la UDLA en su territorio?», el 82% de los participantes dio un valor de 9 y 10 puntos, en una escala de 0 a 10, donde 0 era el puntaje más bajo y 10 el puntaje más alto. De igual modo, frente a la interrogante: «¿El programa ha facilitado la interacción y el trabajo conjunto entre diferentes organizaciones de nuestros territorios?», el 96% de los participantes del estudio respondió que estaba muy de acuerdo con esta aseveración. Por último, frente a la pregunta de si recomendaría a personas de otros barrios que participaran del Programa de Intervención Comunitaria de la UDLA, el 95% de los consultados aseveró que sí lo recomendaría.

Estas respuestas —además de los saludos enviados por dirigentes, académicas y académicos, junto con las expresiones de dirigentes durante las actividades de 2021 y en el aniversario de los 10 años del programa, el 29 de septiembre 2022— dan cuenta de que la inserción del programa en el territorio es efectivamente un aporte al desarrollo comunitario y tiene un valor en la construcción de redes sociales (UDLA, s.f.).

A MODO DE CIERRE

La importancia de realizar una reflexión a nivel país acerca de los modelos de formación que se necesitan en las carreras de salud para la sociedad del siglo XXI es un hecho innegable.

Además de esta sentida necesidad, vemos que hay interés por compartir las experiencias realizadas por los académicos de las diferentes casas de estudios que buscan vincular a sus estudiantes con las comunidades. Se observa aquí un consenso frente a la urgencia de realizar las modificaciones curriculares orientadas a integrar la experiencia de trabajo territorial, acompañada de contenidos teóricos provenientes de las ciencias sociales, de la educación de adultos, de las metodologías participativas y de las ciencias de implementación.

Es decir, se avanza hacia modelos académicos que favorezcan la formación integral de profesionales e incorporan diferentes enfoques disciplinares, así como la ética, el compromiso social con los derechos humanos y con la responsabilidad ciudadana.

La experiencia de la formación académica inserta en la realidad de los territorios es la clave para la formación integral de futuros profesionales comprometidos con la sociedad.

REFERENCIAS

- Ausubel, D. (1983). Teoría del aprendizaje significativo. *Fascículos de CEIF*, (1), 1-10.
- Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar. [APS-UChile] (2021). *Ues por el territorio. Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita: Dilemas y desafíos en las enseñanzas-aprendizajes de las ciencias de la salud* [Video]. YouTube. <http://www.medicina.uchile.cl/atencionprimaria/Otros/universidades-por-el-territorio/hacia-la-formacion-de-profesionales-de-salud-que-chile-necesita>
- Facultad de Medicina, Universidad de Chile (2021). *Universidades por el territorio. Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita: dilemas y desafíos en las enseñanzas-aprendizajes de las ciencias de la salud*. Universidad de Chile. <https://uchile.cl/m176603>
- Inmetric (2022). Estudio. *Encuesta de opinión de dirigentes y grupos motores del Programa IC*. UDLA.
- Levinas, E. (1977). *Totalidad e infinito*. Ediciones Sígueme.

- Morín, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Quiroga, F. (2022). Documento de trabajo. *Informe sesión de focus groups, realizado a estudiantes*. Programa de Intervención Comunitaria UDLA.
- Universidad de Las Américas, UDLA (2022). *Informe autoevaluación Programa IC UDLA*. UDLA.
- Universidad de Las Américas, UDLA (2021). *Programa de Intervención Comunitaria. Documento de trabajo*.
- Universidad de Las Américas, UDLA (2015). *Bases conceptuales y metodológica del Programa IC UDLA-2015*. Quad Graphics.
- Universidad de Las Américas, UDLA (s.f.). *Presentación del Programa de Intervención Comunitaria*. Programa IC. [https:// programaic.udla.cl](https://programaic.udla.cl)

LA NECESIDAD DE AVANZAR EN UNA FORMACIÓN INTERDISCIPLINAR PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL BIENESTAR SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA. UNA REFLEXIÓN A PARTIR DEL CASO DE CARO

Julián Reyes Bahamondes¹

INTRODUCCIÓN

Este escrito tiene como propósito reforzar el llamado a complejizar la mirada de técnicos² y profesionales que se abocan a desarrollar procesos de intervención tendientes tanto a la generación de bienestar y mejoras en la calidad de vida de personas, como también a la transformación de sus condiciones estructurales. Dicho esto,

¹ Trabajador Social por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Psicología, mención Psicología Social por la Universidad Diego Portales. Coordinador de Desarrollo Comunitario del Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario y director del Centro de Estudios Interdisciplinarios de Infancias y Espacialidades; de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas, UDLA. Santiago, Chile. Correo: jreyesba@udla.cl; jareyesb@gmail.com

² En adelante se utilizará el masculino genérico como opción personal del autor.

cabe consignar que el presente texto no pretende entregar recetas ni soluciones definitivas, porque, lisa y llanamente, esto sería un acto contraproducente frente a la noción de complejidad del mundo moderno. En este sentido, la invitación se encamina más bien a situar nuestras intervenciones en escenarios de constante ininteligibilidad producidos por problemáticas sociales altamente dinámicas; lo cual exige, por una parte, desplegar un trabajo constante y coherente de postura crítica respecto de nuestro propio quehacer disciplinar, así como también una actitud de apertura frente al reconocimiento y aprendizaje proveniente de otros saberes, que nutra la mirada profesional. Para esto, en vez de desplegar una discusión netamente teórica, se intentará provocar diversas inquietudes que, a su vez, alimenten la reflexión y el acercamiento hacia una mirada interdisciplinaria, desde la presentación de un relato que actuará como motor de la discusión.

EL RELATO ACERCA DE CARO

Recuerdo que en pleno estallido social en Chile (2019), las redes sociales se llenaron de una infinidad de materiales audiovisuales y escritos, la mayoría de ellos intentando expresarle al mundo el profundo malestar acumulado por décadas en nuestro país. De manera incansable se multiplicaban las voces que clamaban con desesperación un poco de escucha, contención y solución frente a sus múltiples pesares acumulados por años. Algunas, en tono de denuncia, iban narrando con bastante desconcierto y desesperación algunos de los acontecimientos que estaban acaeciendo en tiempo presente en las calles del país; otras, en tono más reflexivo, intentaban vaciar sus propias experiencias de vida que le daban sentido al fervor vivido durante esos días.

Dentro de todo ese bombardeo de información, a inicios del mes de noviembre de 2019, navegando en las redes sociales, recuerdo haberme detenido en un relato que me conmovió por la crudeza de su contenido y también porque me conectó con mi paso como profesional interventor de programas orientados al abordaje de

graves vulneraciones de derechos de niños, niñas y adolescentes, en los llamados *programas colaboradores del Estado*.

A continuación, comparto un extracto de dicho texto, el cual fue firmado por una usuaria de una determinada red social, llamada Cinthia Fernanda:

Nos criamos con hambre y frío, con dolor y a punta de buena fe. Tenemos cuero de chanco. Crecí jugando en esta plaza³ con una amiga, la Caro. La Caro era más pobre que yo, su vieja la mandaba a vender a la feria, le sacaban la chucha si la veían jugando. Muchas veces mi tata nos dio once a nosotras y a su hermano menor, pan con chanco y mantequilla. Otras veces le prestamos ducha, le ayudamos a sacarle los piojos, mientras en su casa sus papás estaban *curaos* peleando. Venía a estudiar, pero le costaba caleta y al final desertó. A veces me iba a buscar y gritaba «¡Esta, Esta! Tía, ¿está la Esta?». Aún me da risa.

La Caro fue violada por un tío, obligada a verlo porque le daba plata a su vieja. Cuando venía el tío me iba a buscar a la casa. Siempre hablaba de sexo y que quería un pololo, teníamos 12 años.

La Caro se fue, vendieron su casa a otros familiares y quedaron en la calle. La última vez que la vi estaba embarazada, tenía como 16-17, estaba con un loco que le pegaba y que estaba en la pasta.

No sé qué será de ella; extraño cuando en esa plaza nos hacíamos piccito para sacarle limones a una vecina, muchas veces era el almuerzo de la Caro. Recuerdo que era amorosa, que era linda persona, pero que se la sufría mucho y muchas veces se quiso matar. La extraño, la recuerdo siempre porque fue mi amiga del pasaje durante años. En esta plaza crecimos, aquí veníamos a intentar jugar, pero a veces le ganaba la pena y me ofrecía ir a tirar piedras a la pasarela, nunca la acompañé, siempre le decía que era malo, que no debía hacerlo. Hoy entiendo todo, hoy la extraño caleta (...) Por todas las Caro que siguen intentando jugar.

³ El relato hace referencia a una plaza caracterizada, entre otros, por su falta de vegetación.

CATEGORÍAS QUE PUEDEN FRAGMENTAR E INVISIBILIZAR A LA PERSONA

¿Qué le pasa a usted con esta historia? Sin duda, puede conectarnos con la pena, el enfado y/o la desazón. Y es que, a pesar de tratarse de un relato sintético, sus líneas contienen una seguidilla de situaciones —cada una de ellas de altísima gravedad— las que, al vislumbrarlas superpuestas entre sí en torno a una sola persona menor de 18 años, hace inviable tanto su comprensión como su intervención. Por una parte, bien podríamos preguntarnos: ¿cómo es posible que se produzca este tipo de barbaridades de experiencias de vida? Por otro lado, si nos ponemos el ropaje de un técnico o profesional interventor, las interrogantes podrían ir en la línea de preguntarnos acerca de qué hacer con un caso como este.

Lejos de tratarse de una historia aislada, esta representa un tipo de realidad que, muy a nuestro pesar, abunda en nuestra sociedad. Casos como el de Caro se siguen reproduciendo sin pausa, logrando impactar cotidianamente la vida de cientos de niños, niñas y jóvenes a lo largo de nuestro país. Es probable que usted que está leyendo estas líneas, un relato como este no le sorprende en lo absoluto. Quizás se cruzó con una Caro estando en el campo de la intervención, ya sea en el terreno de lo social, de la salud, la educación, el poder judicial o, incluso, desde la vereda de las policías, entre muchas otras áreas.

Al respecto, si quisiéramos vislumbrar a la joven desde algunos de estos espacios laborales y desde allí pudiéramos abordar la segunda pregunta planteada anteriormente: ¿qué hacer desde el rol profesional frente al caso de Caro? Eventualmente no encontraremos una única respuesta, sino que esta dependerá del espacio laboral en el cual uno se sitúe.

Por ejemplo, en el supuesto de que la red de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes haya detectado una o varias de las situaciones de vulneración de derechos señalados en el relato, el caso de Caro podría iniciar un largo recorrido a través de múltiples programas de atención donde, en cada uno de ellos, tendría que relacionarse con una infinidad de técnicos y/o profesionales de distintas disciplinas, contarles acerca de su historia de vida y seguir

los lineamientos que cada uno le indique. Junto con ello, la situación de la joven sería monitoreada por una serie de organismos con enfoque técnico, administrativo y jurídico, entre ellos los Tribunales de Familia, que exigirán una serie de informes que den cuenta del proceso de intervención en materia de protección.

Ahora bien, a partir del relato expuesto, Caro también podría tener participación en dichos tribunales a propósito de otros temas, como por ejemplo el de su embarazo. Es decir, junto con ser visualizada como la niña o joven, menor de 18 años, vulnerada en sus derechos que requieren ser reparados y protegidos, también podría ser vista como la joven madre que tendrá a un bebé, el cual probablemente también requerirá de medidas proteccionales, a propósito de las condiciones de vida de Caro. Esta situación podría decantar en una pérdida de la custodia de su bebé o, incluso, en que este termine siendo susceptible de ser adoptado.

Siguiendo con el ejercicio de ficción, si a la joven se le sorprende en forma reiterada cometiendo algún acto ilícito —por ejemplo, arrojar piedras hacia los vehículos que transitan por la carretera, sobre todo si uno de estos llegara a impactar un automóvil; o quizás, que la joven incurra en algún otro tipo de delito también de mediana o alta gravedad—, entonces sería derivada nuevamente al poder judicial, en este caso a un tribunal que atiende infracciones de ley penal, el cual abrirá un expediente para la revisión y monitoreo de su situación. Aquí, la joven también tendrá que ingresar a un programa de atención, a dialogar nuevamente con múltiples técnicos y/o profesionales, esta vez, para generar procesos tendientes a su responsabilización penal.

Por otro lado, si la joven llegara a presentar un consumo problemático de drogas, a propósito de su relación con una pareja consumidora de pasta base, esta podría ser ingresada a programas de tratamiento de drogas; allí tendrá que lidiar ya sea en espacios ambulatorios o residenciales, donde deberá exponer su historia de vida, en esta ocasión, ante otros múltiples técnicos y/o profesionales especializados en dichas materias. Si la situación de consumo de Caro se llegara a complejizar, incluso tendría que ser ingresada a una unidad de desintoxicación de drogas.

Junto con lo anterior, la joven ha de transitar por la red asistencial de servicios de salud. Allí podría ser atendida, ya sea para realizarse controles rutinarios, por controles vinculados al inicio de la vida sexual, constatación de lesiones producto de su historia de maltrato, la historia de abuso, por control de la maternidad, por los temas de drogas, entre varios otros motivos. En cada espacio, también ha de interactuar con un alto número de técnicos y/o profesionales de distintas disciplinas, a quienes ha de compartirles su historia de vida y manifestarles sus pesares para que estos puedan ser abordados.

No olvidemos que la misma joven también calza en la categoría de estudiante; es decir, forma parte de otro sistema que también mantiene registros de su vida y la conduce por un tránsito progresivo de formación que va desde la educación básica a la enseñanza media, pero que en este caso se vio interrumpido producto de que desertó del sistema escolar. Mientras permanecía en él, Caro también debe haber interactuado con otras personas, entre los que se cuentan profesores y orientadores.

Finalmente, Caro también puede haber sido visualizada por técnicos y/o profesionales de muchos programas locales, ya sea municipales o de organismos no gubernamentales, de atención directa vinculada al ámbito de la mujer, de asistencia social y de personas en situación de calle, entre otros. También, podría haber sido vista directa o indirectamente por programas asociados al campo de la seguridad ciudadana, de desarrollo comunitario, y así un largo etcétera de espacios laborales. En este sentido, podríamos preguntarnos: ¿cuál de todas estas versiones, construidas desde distintas trincheras, puede dar cuenta de quién es Caro?

Por otra parte, desde el campo de la intervención, este puede ser uno de esos casos que se nos aparecen en el desvelo y que nos dejan rumeando hasta altas horas de la noche. Puede ser de esos casos que nos desafían a la creatividad y a desplegar todos nuestros recursos; que nos llevan a reunirnos y coordinarnos en reiteradas ocasiones con la red de programas intervinientes.

A su vez, puede transformarse en aquella historia que nos aproxima a la desesperanza del quehacer profesional. Para algunos, ya

inmersos en la total indolencia laboral, este puede llegar a ser un caso tildado de «cacho» o problema, porque pareciera ser que no se vislumbra manera alguna de mejorar la situación. Asociado a esto, cabe señalar que el propio sistema laboral, en su búsqueda por mejorar la calidad, cobertura y tiempos de respuesta de la atención, en general, se ha ido quedando atrás respecto de los altos desafíos que presenta intervenir en este tipo de procesos. Y es que el Estado, como organismo generador de políticas públicas, hace ya bastante tiempo dejó de intervenir en los problemas de poblaciones relativamente homogéneas. Más bien, este entramado ya no da cuenta de la complejidad de la sociedad actual, entonces, ahora debiera encargarse de fenómenos altamente dinámicos, pero que sin embargo no logran ser procesados e intervenidos a tiempo (Güell, 2007; Rosanvallon, 2007). Mientras tanto, los programas de atención deben lidiar con metas exigentes, cuyas cifras de éxito en la atención deben arrojar números altamente positivos, que permitan reflejar la excelencia en el servicio; solo así se puede intentar asegurar la sostenibilidad de dicha oferta programática en el tiempo. En otras palabras, trabajar con casos de alta complejidad como el de Caro puede, incluso, poner en riesgo la continuidad de un determinado programa orientado a la atención y búsqueda de un mayor bienestar de las personas, lo que sin duda suena altamente incongruente y hasta perverso.

Ahora bien, haciendo un ejercicio de total simplificación de la persona de Caro, algunas de las proyecciones que pudiera tener un caso como este son que, una vez que cumpla la mayoría de edad, se mantenga acompañada por algún programa de atención de personas en situación de calle, o bien, si llega a tener un historial de delitos, tarde o temprano tendrá ingresos y reingresos al sistema penal cerrado. En cualquiera de estos escenarios, su caso comenzará a tener una disminución en el número de técnicos/profesionales intervinientes, comenzará a ser invisible ante los ojos del sistema de vida de nuestra sociedad, hasta llegar a abrazar el olvido.

A MODO DE CIERRE

Por múltiples razones, el entendimiento y abordaje de la realidad social ha tendido a su compartimentalización. Si bien con ello se intenta manejar analíticamente la realidad, al escindir y clasificar la complejidad de las heterogéneas realidades de nuestras sociedades modernas, ello puede atentar contra la visibilización e integralidad de la mirada de las personas y las problemáticas sociales que les impactan (Reyes, en prensa), generando intervenciones parceladas, que en ocasiones nada tienen que ver con dichas personas. De alguna manera, esto nos debiera retornar a la cuestión acerca del para qué de nuestro ejercicio técnico/profesional. Si va en la línea de trabajar para y con otros, pues tenemos una tarea titánica de repensar nuestros quehaceres, para orientarlos a ese encuentro de saberes que tienda a la conjunción de puntos de vista, entre las disciplinas y las propias personas a quienes va destinada nuestra acción, de manera de nutrir y complejizar el quehacer técnico/profesional.

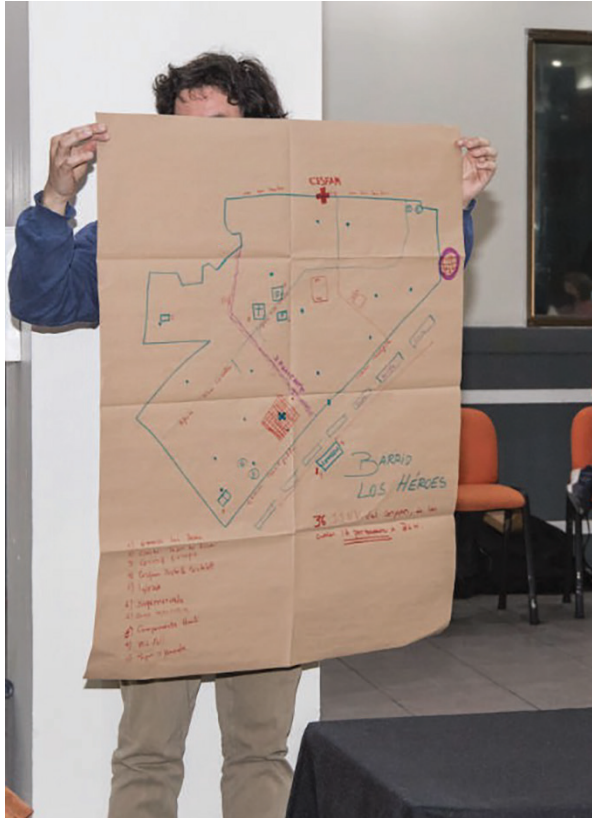
Por otro lado, respecto del propio acto de la intervención, se puede entender que esta se despliega a través de un trabajo con categorías analíticas y no con personas en cuanto a su condición natural (Matus, 2003); es decir, si tomamos en consideración el relato de Caro, la intervención con la joven se desarrollaría en tanto las categorías «niña o joven vulnerada en sus derechos», «víctima de violencia intrafamiliar y de abuso sexual», «madre adolescente», «deserción escolar», «persona en situación de calle», entre otras categorías. Son estas las que convocan a trabajar con la persona de Caro, para ingresarla a un determinado sistema de atención. El punto es que estas pueden terminar superponiéndose a la persona, es decir, generar rótulos que, lejos de abrir posibilidades, naturalicen y etiqueten a la persona, sobre todo desde una perspectiva invalidante. De allí la importancia de interrogar permanentemente la pertinencia del uso de dichas categorías, de manera tal que estas no pauten a priori la reflexión y, por ende, terminemos invisibilizando a la persona en cuestión.

En definitiva, lo óptimo sería que se despliegue de un trabajo interdisciplinario orientado a la construcción conjunta de la problemática de la intervención, inclusive, utilizando nuevas categorías, las que sean funcionales al propósito último de la intervención, para generar cambios tendientes a provocar mejoras en la calidad y condiciones de vida de las personas.

Desde esta óptica, esta reflexión debiera llevarnos a que nuestra labor avance firmemente hacia el encuentro entre perspectivas, porque nos requerimos mutuamente para hacerle frente a la complejidad y dinamismo de los fenómenos y problemáticas sociales. No dejemos de hacer esto, «por todas las Caro que siguen intentando jugar».

REFERENCIAS

- Güell, P. (2007). *La sociedad chilena ha cambiado de escala: ¿y ahora qué?* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD.
- Matus, T. (2003). La intervención social como gramática: hacia una semántica propositiva del trabajo social frente a los desafíos de la globalización. *Revista de Trabajo Social*, (71), 55-71. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/6059>
- Reyes, J. (en prensa). *El Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario: Relato de un trabajo auspicioso de aproximación interdisciplinar*. Escuela de Trabajo Social, FSyCS-UDLA.
- Rosanvallon, P. (2007). *La nueva cuestión social: repensar el Estado providencia*. Ediciones Manantial.



Sección 2

Emergencias sanitarias desde un enfoque participativo y comunitario



RIESGOS EN SALUD: APUNTES PARA SU GESTIÓN ESTRATÉGICA DESDE LA COMUNICACIÓN SOCIAL COMUNITARIA

José Miguel Labrín Elgueta¹

SOCIEDAD MEDIATIZADA Y LA CONSTRUCCIÓN DE LOS RIESGOS SANITARIOS

La transición del siglo XX al XXI estuvo marcada por una intensificación de aquellas tensiones que daban cuenta de un cambio de época. La superación de la pretensión moderna anclada en el desarrollo social permanente, las verdades consolidadas a través del conocimiento científico y la fuerza de la razón humana para la construcción de un futuro de progreso se han puesto en duda en la medida en que los mismos logros han generado una percepción global de límite a la supervivencia humana: la preocupación sujeto-entorno, situada en la crisis del cambio climático, la expansión tecnológica y la virtualización de nuestras interacciones —con el temor a la despersonalización a través de la ubicuidad que ofrece

¹ Periodista, Universidad de Chile. Facultad de Comunicación e Imagen, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Correo: jmlabrin@uchile.cl

internet, o la expansión del quehacer humano transgrediendo y trastocando límites ecológicos—, son algunos ejes por medio de los cuales es posible graficar el sentido que se forja en estas primeras décadas de los 2000.

En este escenario, la noción de riesgo deja de ser solo una construcción subjetiva e individual de quien experimenta un peligro o amenaza, sino que pasa a formar parte de la estructura y configuración de la sociedad global en la que residimos. El nuevo contexto posindustrial interpela constantemente a reflexionar acerca del límite y la posibilidad de responder a un bienestar compartido. Así, mientras en una primera modernidad las instituciones y las políticas podían establecer aquel eje de inclusión y de reducción de brechas o desigualdades, hoy su situación en crisis despliega una inseguridad permanente, donde la demanda por la reducción de incertidumbre emerge como una cualidad propia de una racionalidad nueva exigible.

Ulrich Beck (1998) ya a fines de los 80 del siglo pasado observaba lo anterior como una precondition que marcaría el surgimiento del nuevo milenio:

Al contrario que los riesgos empresariales y profesionales del siglo XIX y de la primera mitad del siglo XX, estos riesgos ya no se limitan a lugares y grupos, sino que contienen una tendencia a la globalización que abarca la producción y la reproducción y no respeta las fronteras de los Estados nacionales, con lo cual surgen unas amenazas globales que en este sentido son supranacionales y no específicas de una clase y poseen una dinámica social y política nueva (p.19).

No es extraño, entonces, que el campo de la salud sea actualmente uno de los principales ámbitos donde se ponen en juego estos pliegues contemporáneos. La formalización del conocimiento científico aplicado al bienestar ha ido de la mano de la conformación de espacios sociales que permiten responder adecuadamente a dicha complejidad. El sistema sanitario, que organiza la pregunta por el bienestar en nuestra sociedad contemporánea, generó una retórica donde las condiciones de inclusión estaban dadas por la prevención, la atención, la recuperación, o la rehabilitación. Lo sanitario,

por tanto, organizaba la producción científica con lo político, para establecer las condiciones de coordinación de aquello que puede confirmar la salud pública (Zamorano Farías, 2019).

En ello, las instituciones mediaban entre los sujetos y dicho sistema y promovían desde allí aquellas condiciones de seguridad que solo encontraban respuesta en dicha intersección. El avance científico del siglo XX —traducido a una práctica médica accesible— no solo redujo la tasa de mortalidad infantil, eliminó enfermedades a nivel global (como la viruela), o elevó la esperanza de vida en el mundo occidental, sino que también generó las condiciones donde la experiencia del bienestar se reunía en el carácter colectivo, en la expansión del conocimiento y la protección compartida.

Sin embargo, en la sociedad del riesgo, aquello que era propio del desarrollo, reúne en sí mismo la posibilidad de fracaso, y con ello, un relato social dominante donde lo que hace, deshace; lo que busca controlar, desregula. Por ejemplo, en pocas décadas se pasó de la desnutrición a la malnutrición por exceso, donde la mayor adquisición e industrialización de los alimentos junto con las rutinas laborales generaron una relación distinta con la comida y una amenaza potencial para el bienestar futuro: el daño se desplaza temporalmente y emerge como un riesgo futuro de diabetes, hipertensión o cáncer.

Por otra parte, la aceleración de las transformaciones comunicacionales ha sido espejo y reflejo de esta nueva modernidad, que distribuye los riesgos en la población (Lozano Ascencio & Franz Amaral, 2017). Aquellas redes que han permitido la construcción y la generación de vínculos transnacionales y han superado los límites espaciotemporales, establecen también la posibilidad de una individualización mayor y la selección sobre la base de algoritmos. Asimismo, la expansión del registro informativo a múltiples plataformas más allá de la especialización del periodismo ha aumentado la circulación de noticias falsas o estrategias de desinformación, como al mismo tiempo ha posibilitado la construcción de televulnerabilidad, como forma de un riesgo a distancia.

Visto así, la intersección de la comunicación y la salud aparece como un lugar de prácticas que permite gestionar los riesgos

contemporáneos. Desde una perspectiva consciente de los campos que organiza y de su reflexibilidad, es posible actuar para reducir la incertidumbre y producir seguridades. Esto conlleva al reconocimiento de una función específica de la comunicación que tiene que ver con su orientación a la coordinación de los comportamientos de quienes participan en un contexto cultural dado: la comunicación, como un proceso interactivo, permite generar distinciones que, llevadas al actuar en el mundo, favorecen el reconocimiento de patrones posibles de ser y pertenecer en una sociedad.

De esta manera, la comunicación de riesgos en salud reconoce su lugar con la articulación de las percepciones que administran los sujetos y sujetos en este vivir complejo o, dicho de otra manera, en las posibilidades de acoplarse con la construcción de bienestar prevalente. Según Zamorano Farías (2019) citando a Luhmann:

Si bien el problema del riesgo no atañe a las organizaciones médicas de manera directa, está acoplado a la forma en que la salud y la enfermedad son tratadas en las comunicaciones científicas, políticas y en el ámbito de la opinión pública. Precisamente, por ello Luhmann pone de relieve la importancia del papel de la medicina en la sociedad y la codificación médica, lo cual posibilita centrarse en el sistema médico como un sistema de comunicación que comprende a médicos (y en general personal de salud) y pacientes sobre sus aspectos estructurales (enfermedad/salud) y su manera de tratar con demandas o reclamos individuales (p. 56).

TIEMPOS PANDÉMICOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

Lo reseñado no puede obviarse al mirar la reciente pandemia por COVID-19. No ha sido menor la temprana mediatización de la nueva enfermedad como amenaza a la humanidad. Dicha construcción de sentido tampoco fue azarosa. Desde la gripe H1N1 (conocida como gripe porcina) y el surgimiento del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS, por sus siglas en inglés) existía, como selección informativa de los medios, el riesgo permanente de

la próxima gran pandemia. La infección por COVID-19 logró su cometido anticipadamente.

Tras pocas semanas, la experiencia asiática y europea de confinamiento y muerte escaló a una forma del global de vivir. Por primera vez en décadas, la posibilidad del bienestar individual y colectivo pasaba por la restricción del movimiento, el uso de dispositivos como las mascarillas y el distanciamiento físico, en definitiva: la aceptación de la limitación de nuestras acciones en pos del bien común. Luego, esta cesión coordinada, también se observó en la rápida aceptación de la vacuna como mecanismo de reducción de daños frente a la infección del SARS-CoV-2. Las medidas regulatorias, por tanto, requerían de la aceptación general y masiva de estos nuevos acuerdos de relación, que permitiesen elevar las condiciones de bienestar de la población.

En este sentido, el riesgo estructural que evidenciaba contemporáneamente la pandemia derivaba en un riesgo posible de ser percibido —aceptado o no— por parte de los sujetos. En una sociedad en donde el riesgo es inmanente, la construcción social de estos será un proceso clave para comprender las alternativas y mecanismos de reducción de la incertidumbre. Dicho de otro modo, los riesgos —y en especial en el ejemplo reciente de la pandemia—, requerían que estos fueran parte de una explicitación permanente, de tal manera que la regulación de la misma pandemia pudiese operar, y para ello la comunicación, tanto en sus niveles mediáticos, institucionales, grupales o interpersonales, fueron clave para su desarrollo.

Arnold-Cathalifaud junto a otros (2020) apuntan a este proceso en su análisis de la pandemia desde una perspectiva sistémica. En efecto, refiriéndose a una segunda etapa del COVID-19, frente al peligro inicial como algo externo, se construye un marco del riesgo:

A partir de allí, el SARS-CoV-2 adopta la forma de riesgo para la sociedad mundial: el virus ya no será considerado un peligro, sino un riesgo; su propagación ya no será un suceso natural o providencial, externo a la sociedad o propio de hábitos de poblaciones lejanas, sino que su propagación y efectos serán atribuidos a las decisiones de medidas, mejores o peores, que se toman para enfrentarla. La observación y evaluación

de las políticas de contención de la pandemia dejan un lugar para que su amenaza adquiera una nueva elaboración social. Específicamente, una paulatina aceptación de la parte oscura de los riesgos, por ejemplo, una aceptación condicionada de la expectativa del descubrimiento y producción de fármacos para tratar a los afectados y a potenciales contagiados (Arnold-Cathalifaud et al., 2020, p. 171).

ELEMENTOS FUNCIONALES PARA LA GESTIÓN COMUNICACIONAL DE LOS RIESGOS EN SALUD

He aquí donde emerge uno de los ejes centrales para la comunicación de riesgos en salud. La repartición de los riesgos opera de manera diferencial en quienes son parte de la sociedad. De esta forma, más allá del carácter probabilístico de un análisis convencional de los riesgos, es cierto también la vulnerabilidad de quienes tienen mayores posibilidades de experimentar un acontecer como peligro o amenaza. En este sentido, la facticidad del riesgo implica reconocer tempranamente las asimetrías o desigualdades existentes en nuestras sociedades contemporáneas, ya sean estas de carácter socioeconómicas, sexogenéricas, étnicas y/o culturales.

Por otro lado, al igual que en otros procesos sociales, las condiciones del riesgo tienen relación con la percepción de estos. Estas brechas comentadas en los párrafos anteriores también pueden estar situadas en un marco mayor, donde pese al riesgo factual, la percepción de estos resulte equívoca. Esto puede deberse a múltiples factores, desde un mecanismo para evitar la estigmatización de un grupo o colectivo, hasta una estrategia para evitar la responsabilidad personal o de reconocimiento de vulnerabilidad asociadas socialmente a una enfermedad o condición. En este sentido, el riesgo factual es tan relevante como el riesgo percibido, siendo este último el que orienta aquellas decisiones vinculadas al comportamiento.

Estos aspectos pueden reconocerse en función de las relaciones entre peligros (como característica técnica del riesgo, avalada por una comunidad científica y una evidencia afín) con grados de percepción, previendo desde allí disposiciones cognitivas como emocionales en

la construcción de dichos imaginarios. Así, mientras una percepción baja asociada a un peligro alto permitiría aseverar que la evidencia no ha logrado generar preocupación (o alarma) en determinados sujetos o población, una percepción alta pero un peligro bajo, habla más bien de un discurso del miedo generalizado, que no ha podido ser delimitado según las características del sujeto o grupo.

Por otro lado, una percepción moderada dentro de un encuadre de peligro moderado reconoce una ciudadanía en estado de alerta, más receptiva a la orientación por parte de la institucionalidad de salud o agentes similares. En el otro cuadrante, cuando la percepción de riesgo es alta en un contexto de alto peligro para la población, será posible observar una alta perturbación con una creciente demanda de información marcada posiblemente por una fase aguda de una crisis, en este caso, sanitaria. En dicho contexto, además, producto de la mayor demanda de información y comunicación, es posible aumentar el riesgo desde otros lugares, por ejemplo, el surgimiento de noticias falsas o procesos de desinformación. Reflejo de lo anterior es la evidencia que propone Pedro César Cantú (2009) citando a Farré Coma (2005):

Existen tres principios fundamentales en la comunicación social de riesgos: considerar que las percepciones en la sociedad son reales, aun si se trata de circunstancias inexistentes, ya que estas pueden generar acontecimientos que promuevan un temor generalizado; se debe instituir un puente de confianza y credibilidad, basado principalmente en la realización de actividades de resolución a la problemática existente y en una comunicación que satisfaga las necesidades de los medios de comunicación y audiencia a quien se dirige, abatiendo la información técnica, para contar con un público bien informado que participe, se interese y se oriente a la búsqueda de soluciones al conflicto tratado; y contemplar una comunicación eficaz de los riesgos en la cual se reconozca la importancia de estar preparados para llevar prácticas convenientes para comunicarse con una audiencia muy diversificada y con gradientes diferenciales de conocimiento y preparación (p. 261).

LA GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE RIESGOS COMO UNA OPORTUNIDAD DE CAMBIO SOCIAL

A partir de estos antecedentes, es importante relevar que la comunicación de riesgos pertenece al campo de la comunicación estratégica, orientada al cambio social. Esto implica que todo proceso comunicacional de esta naturaleza puede ser intervenido y gestionado, es decir, puede ser orientado hacia fines específicos. En este caso, elevar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de la población.

Esto hace que la comunicación de riesgos pueda participar de cualquier estrategia de promoción y prevención de la salud y que esta sea un eje del trabajo comunitario, particularmente en la gestión de procesos que requieren de un abordaje integral. En este sentido, es necesario considerar en cualquier administración comunicacional de riesgos su relación con los procesos vinculados a las emergencias sanitarias, conflictos o crisis. Así, mientras las primeras remiten a la idea de un cambio inesperado de determinados acontecimientos pasados, los conflictos ponen de manifiesto las posiciones contrarias frente a la problematización, abordaje, propuestas de solución y/o resolución de un determinado tema sanitario. Las crisis, por último, son una perturbación mayor que puede poner en riesgo la viabilidad de un plan, programa u organización sanitaria, como también afecta la calidad de vida de determinadas grupos o poblaciones. O como plantea Riorda (2011), la comunicación de crisis es «dotar de certidumbre y eliminar la conflictividad» (p. 30).

Con ello, en la comunicación de riesgos es recomendable considerar también las fases en las que se encuentra la situación problema, incluso en tanto emergencia, conflicto o crisis. Estas se pueden ubicar desde un periodo potencial o de precrisis —donde surgen las primeras señales o alertas—, pasando por la fase aguda, crónica, o bien, de resolución. Es importante considerar que la comunicación de crisis, al vincularse con la comunicación de riesgos, permite establecer un aprendizaje recurrente a nivel organizacional, siendo entonces un factor de desarrollo también para las instituciones de salud en la medida en que la observación de riesgos se establece como un criterio permanente de relación con su entorno y públicos.

Este es quizás uno de los ejes relevantes para desarrollar una adecuada gestión de la comunicación de riesgos desde una perspectiva social comunitaria. El reconocimiento de quienes son agentes y sujetos del bienestar, en términos de audiencias o públicos, nos permite actuar desde un lugar de pertinencia. Tal como lo establece Diligenti (2021) refiriéndose al lugar de los riesgos como construcción social según Emiliana Mangone: «un problema de la vida cotidiana por el cual deben considerarse las implicaciones políticas y las posiciones de los individuos respecto de metas individuales y colectivas» (p. 101).

Esta pertinencia, que eminentemente es cultural, debe también ser relevante en términos de las prácticas y procesos de comunicación en los cuales participan estos grupos o poblaciones. Esto implica que la comunicación debe situarse planificadamente, es decir, cómo y a través de qué plataformas sus grupos objetivos se vinculan entre sí y también a través de qué tipo de medios estos se informan. Eso no solo en la perspectiva ser más eficaz y eficiente en vehiculizar y permitir la apropiación significativa de mensajes o contenidos preventivos o promocionales por parte de la población, sino ante todo para la generación de un entorno comunicacional marcado por la legitimación de derechos, su accesibilidad y promoción.

Es por esto que, en un contexto societal donde las instituciones están altamente desprestigiadas, el pacto social en el que se pone en juego la gestión de riesgos de la población demanda una construcción permanente de ciudadanía, visto a su vez por la relación de las organizaciones generadoras de bienes públicos, con el bienestar de la población. Ello, junto con la administración de la evidencia como un criterio verificador, permite intervenir en el actual espacio social de alta incertidumbre, para reducir y establecer certezas en función de seguridades.

Por otra parte, la construcción de confianzas es un eje permanente de la comunicación de riesgos. Según Gil Calvo (2009):

en la actualidad, como consecuencia de su privatización impulsada por la globalización, esas fuerzas vivas han quedado desautorizadas. Y cuando su autoridad se pierde también

desaparece la confianza pública en las instituciones normativas... Si las instituciones pierden su autoridad normativa todo resulta posible, incluyendo la emergencia espontánea de toda clase de riesgos sociales (p. 188).

Esta dimensión política y estratégica retoma la idea de que la comunicación de riesgos tiene un espacio de planificación altamente consolidado, a través del cual es posible establecer criterios de toma de decisiones, a partir del monitoreo constante tanto de la variación del peligro fáctico, como de las percepciones que configuran el riesgo para la población. Esta situación de permanente alerta y observación del entorno (incluyendo en él la naturaleza simbólica del bienestar), es una característica central del proceso de gestión comunicacional, siendo entonces flexible al cambio y estratégicamente situado.

Este marco decisional no solo pasa por los gestores de la comunicación de riesgo, sino también por todos los actores que participan de la gestión. Esto permite observar que los recursos con los cuales se cuenta para abordar la comunicación estratégica pueden estar presentes en articulación y alianza con otros. La relación colaborativa que puede existir en la gestión de la comunicación de riesgo puede tener una alta incidencia, tanto para configurar un espacio de alerta permanente, una coordinación con los medios y dimensión pública de la comunicación, como también para la puesta de capacidades diversas que legitimen la comunicación de riesgo en los grupos objetivos. Líderes locales, voceros de organizaciones, especialistas próximos u otras instituciones, incluyendo redes virtuales y medios, pueden ser parte de una cámara de resonancia de los sentidos disponibles sobre el bienestar y el cuidado, que pueden establecer distinciones nuevas respecto de las amenazas o riesgos.

Así como la colaboración emerge como una posibilidad, también lo es la participación de quienes son parte o representan a las poblaciones en riesgo. Más allá del nivel consultivo, propio del monitoreo como del reconocimiento de públicos, lo cierto es que la estrategia de comunicación de riesgos puede involucrar a dichos grupos vulnerables en otras dimensiones. Esto, entonces, abre las posibilidades de cogestión, fiscalización y evaluaciones ciudadanas,

ámbitos que, en virtud de las condiciones efectivas de ejecución de la comunicación de riesgo, pueden conllevar beneficios a nivel de legitimidad, asertividad y vínculo, entre otras.

Este enfoque, visto desde la responsabilidad de lo público, demanda condiciones de transparencia y rendición de cuentas significativas. El nuevo pacto ciudadano que demanda la reconfiguración de lo público determina que las entidades que establecen una comunicación de riesgos deben someterse al escrutinio social constante, en un escenario permanente de comunicación bidireccional.

Las posibilidades de reconocer el lugar de transformación que permite la comunicación de riesgos implican asimismo cumplir un papel orientador en tiempos de incertidumbre. Y en este contexto es relevante ubicar el acto de comunicar desde su valor etimológico: «poner-en-común» implica la intencionalidad compartida en un marco colaborativo, donde lo simbólico permite establecer repertorios de sentidos comunes que se traducen en una acción compartida, ante todo coordinada, en este caso bajo la posibilidad de un bienestar individual y colectivo. Por ello, la comunicación de riesgos en salud es, ante todo, una comunicación orientada al actuar conjunto, aceptando un acuerdo por mejorar la calidad de vida de una comunidad.

REFERENCIAS

- Arnold-Cathalifaud, M., Pignuoli-Ocampo, S. & Thumala-Dockendorff, D. (2020). Las ciencias sociales sistémicas y la pandemia del coronavirus. *Revista Cinta de Moebio*, (68), 167-180. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2020000200167>
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Cantú, P. (2009). Comunicación de riesgos en salud y el ambiente. *Ciencia UANL*, 12(3), 256-261. <https://core.ac.uk/download/pdf/76585159.pdf>
- Diligenti, G. (2021). La pandemia del COVID-19 a través de los medios de comunicación: entre “la comunicación del riesgo” y “el riesgo de la comunicación”. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 37(13), 101-102. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8238042.pdf>

- Farré Coma, J. (2005). Comunicación de riesgo y espirales del miedo. *Comunicación y Sociedad*, (3), 95-119. <https://www.scielo.org.mx/pdf/comso/n3/0188-252X-comso-03-95.pdf>
- Gil Calvo, E. Riesgo, incertidumbre y medios de comunicación, en Moreno Castro, C. (Ed.). (2009). *Comunicar los riesgos. Ciencia y tecnología en la sociedad de la información* (pp. 185-198). Biblioteca Nueva.
- Lozano Ascencio, C. & Franz Amaral, M. (2017). Los estudios de la comunicación de riesgos y de catástrofes en las sociedades cada vez más vulnerables. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*, 10(2), 5-9.
- Riorda, M. (2011). La comunicación gubernamental como comunicación gubernamental. *Politai*, 2(3), 96-111. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/politai/article/view/13956>
- Zamorano Farías, R. (2019). Medicalización, riesgo y demandas al sistema de la medicina. Una mirada desde la teoría de los sistemas sociales. *Revista Derecho y Salud*, 3(3), 48-61. [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2019\)04](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2019)04)

ALFABETIZACIÓN EN SALUD PARA EMERGENCIAS SANITARIAS. CONSIDERACIONES COMUNITARIAS

Juan Pedro Guerrero Núñez¹

EMERGENCIAS SANITARIAS

La actual pandemia por COVID-19 y otras emergencias sanitarias del pasado, como el brote de síndrome respiratorio agudo grave (SARS), la pandemia de gripe A (H1N1), el brote de síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), el brote de ébola en África Occidental y la epidemia de Zika, han requerido respuestas globales y organizadas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Al respecto, el *Reglamento Sanitario Internacional* de la OMS relaciona

¹ Matrón por la Universidad de Antofagasta. Máster en Promoción de la Salud y Desarrollo Social (Universidad Pública de Navarra), Máster en Salud Pública (Atlantic International University), Máster en Sexología y Sexualidad Humana (Asociación Hispanoamericana de Psicología Aplicada), Doctorando en Ciencias de la Salud (Universidad Pública de Navarra). Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Atacama. Copiapó, Chile. juan.guerrero@uda.cl

el concepto de emergencias sanitarias con el riesgo de propagación de enfermedades (OMS, 2021).

El año 2019, según el índice de seguridad sanitaria mundial que evalúa la capacidad de los sistemas sanitarios para enfrentar amenazas biológicas naturales, accidentales o deliberadas que puedan generar epidemias o pandemias, se determinó que la seguridad sanitaria era débil en todo el mundo y que ningún país estaba completamente preparado para enfrentarlas (Cameron et al., 2019).

Sin embargo, más allá de lo biológico, se deben reconocer otros eventos que, potencialmente, pueden provocar emergencias sanitarias. Por ejemplo, el cambio climático es un problema de salud pública, por sus efectos sobre las personas y los sistemas de salud (Nicholas et al., 2021). Además, pese a los tratados internacionales, el uso de agentes biológicos, químicos y radiactivos por episodios terroristas o bélicos, son una amenaza latente en la generación de nuevas emergencias, para las cuales la humanidad deberá estar preparada (Williams et al., 2022).

No obstante, la pandemia por COVID-19 ha generado indiscutiblemente una crisis sanitaria sin precedentes, provocando cambios súbitos y dramáticos con restricciones locales y globales, donde una adecuada alfabetización en salud (en adelante AS), nunca ha sido tan imprescindible para la supervivencia (Spring, 2020). Más aún cuando las personas debieron participar activamente en la implementación de acciones de mitigación contra la propagación, como el distanciamiento físico, la higiene y el lavado de manos, cuarentenas, la restricción de movilidad y uso de mascarillas, entre otras (Lazcano-Ponce & Alpuche-Aranda, 2020).

La emergencia ha ocupado, pues, las más altas instancias gubernamentales y el primer plano de las agendas políticas. Las ciudades han sido el epicentro de la pandemia y es desde allí donde se deberán planificar las estrategias de prevención, detección y respuesta ante amenazas y emergencias sanitarias venideras y su posterior recuperación. Esto, complementado por el desarrollo de la capacidad de las personas y comunidades para enfrentar la *infodemia*, que corresponde a la sobreabundante información existente, especialmente aquella que es inexacta y falsa (OMS, 2022).

INFODEMIA

Un estudio de más de 100 millones de mensajes en Twitter, compartidos desde el 22 de enero al 10 de marzo del 2020, concluyó que oleadas de información potencialmente poco confiables precedieron al aumento de las infecciones por COVID-19, exponiendo a países enteros a una grave amenaza para la salud pública (Gallotti et al., 2020). En este contexto, el director general de la OMS señaló «No solo estamos luchando contra una pandemia; estamos luchando contra una infodemia» (The Lancet Infectious, 2020).

En medio de una crisis, la sobreabundante información hace difícil identificar lo que es «auténtico», más todavía si no se cuenta con fuentes confiables (Banerjee & Meena, 2021). La información científica y técnica se mezcla con rumores, datos manipulados, información incorrecta, expertos y noticias falsas, que tendenciosamente dificultan el análisis y discernimiento de las personas (García-Saisó et al., 2021). Esto puede acelerar el proceso epidémico al intervenir y fragmentar la respuesta social, influyendo en el comportamiento de las personas y alterando la eficacia de las medidas abordadas por los gobiernos (Cinelli et al., 2020).

En este sentido, tener confianza en la información del gobierno y contar con un nivel de educación superior, son variables que disminuyen la creencia en mitos e información falsa en torno al COVID-19. Por el contrario, tener confianza en las redes sociales, en la comunicación interpersonal y en la información entregada por autoridades religiosas son variables que aumentan dichas ideas. Por ello, la capacitación en alfabetización mediática es una real alternativa de mitigación, ya que permite aumentar las prácticas de análisis crítico de publicaciones en redes sociales, contribuyendo a disminuir la infodemia (Melki et al., 2021).

Enfrentar distintas emergencias sanitarias y sus infodemias asociadas será el gran desafío de las comunidades. Para esto, será vital que los gobiernos avancen en políticas de salud que promuevan la AS, reconociendo su rol como un determinante social que contribuye a comprender la complejidad ecológica y multinivel de los procesos que determinan la salud (Cardona-Arias et al., 2021) y conscientes

de que, sin ella, se generan gradientes sociales que refuerzan aún más las desigualdades (Kickbusch et al., 2013).

ALFABETIZACIÓN EN SALUD

Este término fue utilizado por primera vez en 1974 por el doctor Scott Simonds, profesor de Educación en Salud, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, en su artículo «La educación en salud como política social» (1974). Desde esa fecha, la AS ha presentado una evolución conceptual constante, permitiendo desarrollar distintos modelos e instrumentos de medición.

En la década de los 90, el *Glosario de Promoción de la Salud*, presentó la AS como el conjunto de «habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud» (OMS, 1998). Asimismo, la Biblioteca Nacional de Medicina la conceptualizó como «el grado en que las personas tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información y los servicios básicos de salud necesarios para tomar decisiones de salud adecuadas» (Ratzan & Parker, 2000). Una revisión sistemática que identificó 17 definiciones concluye que,

la alfabetización sanitaria está vinculada con la alfabetización e implica el conocimiento, la motivación y las competencias de las personas para acceder, comprender, evaluar y aplicar la información sanitaria, con el fin de emitir juicios y tomar decisiones en la vida cotidiana en materia de atención sanitaria, prevención de enfermedades y promoción de la salud para mantener o mejorar la calidad de la salud durante el curso de la vida (Sørensen et al., 2012).

SUS DIMENSIONES Y ÁMBITOS

Esta última definición de Sørensen y colaboradores, brinda cuatro dimensiones o habilidades que las personas deben desarrollar para gestionar la información en salud: acceder, comprender, evaluar

y aplicar. Además, identifica tres ámbitos en los cuales las personas se deben desempeñar:

- Promoción, que corresponde a información acerca de determinantes de la salud y factores protectores.
- Prevención, que trata de la información de los factores de riesgo.
- Atención sanitaria, correspondiente a cuidados y cumplimiento de consejos o indicaciones (Sørensen et al., 2013).

SUS ENFOQUES

En 2008, Pleasant y Kuruvilla, a partir de las diferencias entre una evaluación individual y una colectiva, propusieron un enfoque integral de AS, constituido por un componente clínico y otro de salud pública. El clínico ayuda a los médicos, por ejemplo, a comunicar mejor sus recetas y a los pacientes a comprender y cumplir sus tratamientos. El de salud pública, en tanto, vincula la AS con la promoción de la salud, el mercadeo social, la educación y el empoderamiento (Pleasant & Kuruvilla, 2008).

Otro enfoque desarrollado es la AS organizacional (ASO), la que se define como «el grado en que una organización implementa políticas, prácticas y sistemas que facilitan a las personas navegar, comprender y utilizar la información y los servicios para cuidar su salud» (Sentell et al., 2021). En una etapa inicial, se generan evaluaciones organizacionales de AS, enfocándose en la comunicación escrita y hablada, abordando la dificultad para navegar por las instalaciones y el sistema de salud. En etapas avanzadas, en cambio, se elaboran planes estratégicos para iniciar y difundir prácticas de AS, establecer una fuerza laboral preparada y estructuras de apoyo, concientizar y capacitar al personal, así como monitorear políticas y cambiar la cultura organizacional (National Academies of Sciences, 2015).

La ASO considera la organización como la responsable de comprender y hacerse cargo de las necesidades de información de salud de sus pacientes, en vez de responsabilizarlos a ellos y a sus cuidadores (Koh et al., 2013). Este cambio de paradigma ayuda a

implementar el enfoque centrado en la persona, que es un complejo proceso donde las preferencias, necesidades y valores del paciente son fundamentales para el diseño organizacional (Hernández et al., 2013).

ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Una emergencia sanitaria como la generada por la pandemia por COVID-19, es un momento y entorno de rápida evolución, donde investigadores y profesionales de medicina y salud, están permanentemente aprendiendo y contribuyendo a los ajustes que requiere la política gubernamental. Lamentablemente, rara vez los gobiernos toman decisiones exclusivamente basadas en la experiencia empírica y muchas veces, pretendiendo demostrar control, aceleradamente brindan información con falsas garantías a la comunidad (The Lancet Infectious, 2020).

En estos complejos escenarios, las comunidades requieren de capacidades para tomar decisiones respecto de su salud. Estas decisiones se toman mayoritariamente en el hogar, escuelas o en diversos espacios comunitarios y no en entornos de atención en salud, donde puedan ser asistidos por profesionales (Medicina y Salud, 2004). Por esto, es imprescindible intervenir para mejorar los niveles de AS sobre la base de investigación construida en modelos de información-motivación-habilidades del comportamiento para mejorar la toma de decisiones (Fleary & Joseph, 2020).

Durante la pandemia, se observó a nivel mundial que la baja AS afectó a un alto porcentaje de la población, contribuyendo a la propagación de información errónea en línea, agravada por la facilidad y naturaleza viral de compartir en las redes sociales (Bin Naeem & Kamel Boulos, 2021). Sin embargo, se ha observado una disociación entre lo que la gente cree y comparte en redes sociales, principalmente por falta de atención o precisión en la evaluación de información, más que por el intercambio intencional de información errónea (Pennycook & Rand, 2021). Una razón más para

entrenar a las comunidades en el análisis crítico de la información que consumen y desean compartir.

Así, por ejemplo, en Australia, un estudio desarrollado en plena pandemia demostró que las personas con bajo nivel de AS eran más susceptibles a respaldar creencias falsas en torno al COVID-19 y a las vacunas en general, así como también evidenciaron una menor comprensión de los síntomas y los comportamientos de prevención de la enfermedad, se sintieron menos preparadas y más ansiosas por la pandemia y refirieron mayor impacto financiero, así como una menor probabilidad de enfermar y mayor dificultad para acceder y comprender la información del gobierno (McCaffery et al., 2020). En España, en tanto, altos niveles de AS se relacionaron positivamente con el número de medidas preventivas adoptadas, así como también con un nivel de conocimiento y comportamiento de búsqueda de información (Falcón et al., 2022).

Por su parte en Alemania un hallazgo positivo fue que la exposición sistemática de información, claramente estructurada y repetida, parece haber mejorado la capacidad de procesar o analizar la información, evidenciado por la detección de mejores niveles de AS luego de la crisis pandémica, aunque no hubo cambios en las personas mayores y con peores niveles en quienes poseían enfermedades crónicas (Schaeffer et al., 2021).

Estos ejemplos demuestran la necesidad de evaluar la vulnerabilidad de ciertos grupos de la comunidad con enfoque de riesgo —como personas que viven en asentamientos irregulares, sin hogar, dependientes de economía informal, con discapacidad, infantes que trabajan, refugiados, inmigrantes, marginados o aislados social y geográficamente, entre otras—, dado que las emergencias sanitarias les afectan en forma desproporcionada (OMS, 2022).

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

Dado que es difícil implementar mediciones de AS en el ambiente clínico, se recomienda que los proveedores brinden atención de salud bajo el supuesto de que todas las personas, independientemente de

su nivel educativo o socioeconómico, poseen eventualmente un bajo nivel de AS, de modo que debiera ser considerada una «precaución universal» (Hirsh et al., 2020).

Al respecto, los pacientes comprenden mejor la información cuando se les habla despacio, se utilizan palabras sencillas y se presenta una cantidad regulada de mensajes. De igual modo, se sugiere que el material escrito se redacte para un nivel de educación de sexto grado o inferior y deseablemente con ilustraciones y dibujos (Safeer & Keenan, 2005), materiales que pueden ser validados con la participación de líderes y representantes de la comunidad. Otras estrategias incorporan también la transmisión de elementos clave en cada consulta, comunicación sin jerga, uso de imágenes para aclarar conceptos y confirmación de la comprensión del paciente mediante el método «muéstrame» o «enséñame» (Kountz, 2009).

Aunque muchos sostienen que es necesario desacreditar la información errónea o falsa proveniente de las redes sociales que los usuarios usan, se debe actuar con prudencia al respecto, ya que «simplemente repetir un rumor, aumenta su poder» (Scheufele & Krause, 2019).

En el caso de grupos vulnerables, se recomienda contribuir a su acceso a la comunicación digital y que los mensajes que se les comparta sean comprensibles, según el perfil de sus destinatarios. Esto demandará esfuerzos para evitar el lenguaje técnico, realizar traducciones a diferentes idiomas y adaptarse a las necesidades de personas que no leen (OMS, 2022).

Finalmente, se debe considerar que la AS, además de ser un determinante y predictor de la salud, es fundamental para lograr el empoderamiento de las personas y comunidades, razón suficiente para incorporar el enfoque de ASO a nivel de políticas y modelos de atención en salud.

REFERENCIAS

- Banerjee, D. & Meena, K. S. (2021). COVID-19 as an “Infodemic” in public health: Critical role of the social media. *Front Public Health*, (9), 610623. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.610623>

- Bin Naeem, S. & Kamel Boulos, M. N. (2021). COVID-19 misinformation online and health literacy: A brief overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8091. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158091>
- Cameron, E., Nuzzo, J. & Bell, J. (2019). *Global health security index. Building collective action and accountability*. <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>
- Cardona-Arias, J. A., Zapata, W. S. & Fonseca, J. C. (2021). Retos para la incorporación de métricas en los enfoques de la determinación social de la salud. *Medicina Social*, 13(3), 196-204. <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/1045/2249>
- Cinelli, M., Quattrocioni, W., Galeazzi, A., Valensise, C. M., Brugnoli, E., Schmidt, A. L., Zola, P. & Scala, A. (2020). The COVID-19 social media infodemic. *Scientific Reports*, 10(1), 16598. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73510-5>
- Falcón, M., Rodríguez-Blázquez, C., Fernández-Gutiérrez, M., Romay-Barja, M., Bas-Sarmiento, P. & Forjaz, M. J. (2022). Measuring COVID-19 health literacy: Validation of the COVID-19 HL questionnaire in Spain. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02050-5>
- Fleary, S. A. & Joseph, P. (2020). Adolescents' health literacy and decision-making: A qualitative study. *American Journal of Health Behavior*, 44(4), 392-408. <https://doi.org/10.5993/AJHB.44.4.3>
- Gallotti, R., Valle, F., Castaldo, N., Sacco, P. & De Domenico, M. (2020). Assessing the risks of 'infodemics' in response to COVID-19 epidemics. *Nature Human Behavior*, 4(12), 1285-1293. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-00994-6>
- García-Saisó, S., Martí, M., Brooks, I., Curioso, W., González, D., Malek, V., Mejía, F., Radix, C., Oztzy, D., Zacarías, S., Pereira Dos Santos, E. & D'Agostino, M. (2021). Infodemia en tiempos de COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Publica*, (45), e89. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2021.89>
- Hernández, S. E., Conrad, D. A., Marcus-Smith, M. S., Reed, P. & Watts, C. (2013). Patient-centered innovation in health care organizations: A conceptual framework and case study application. *Health Care Management Review*, 38(2), 166-175. <https://doi.org/10.1097/hmr.0b013e31825e718a>
- Hirsh, J., Wood, P., Keniston, A., Boyle, D., Quinzanos, I., Caplan, L. & Davis, L. (2020). Universal health literacy precautions are associated with a significant increase in medication adherence in vulnerable rheumatology patients. *ACR Open Rheumatology*, 2(2), 110-118. <https://doi.org/10.1002/acr2.11108>

- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F. & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy. The solid facts*. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Koh, H. K., Brach, C., Harris, L. M. & Parchman, M. L. (2013). A proposed ‘health literate care model’ would constitute a systems approach to improving patients’ engagement in care. *Health affairs (Project Hope)*, 32(2), 357-367. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1205>
- Kountz, D. S. (2009). Strategies for improving low health literacy. *Postgraduate Medicine*, 121(5), 171-177. <https://doi.org/10.3810/pgm.2009.09.2065>
- Lazcano-Ponce, E. & Alpuche-Aranda, C. (2020). Public health literacy in the face of the Covid-19 pandemic emergency. *Salud Pública de México*, 62(3), 331-340. <https://doi.org/10.21149/11408>
- McCaffery, K. J., Dodd, R. H., Cvejic, E., Ayrek, J., Batcup, C., Isautier, J. M., Copp, T., Bonner, C., Pickles, K., Nickel, B., Dakin, T., Cornell, S. & Wolf, M. S. (2020). Health literacy and disparities in COVID-19-related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours in Australia. *Public Health Research & Practice*, 30(4), 30342012. <https://doi.org/10.17061/phrp30342012>
- Medicina, I. d. & Salud, C. d. A. e. (2004). *Alfabetización en salud: una receta para acabar con la confusión*. Prensa de las Academias Nacionales (EE. UU.).
- Melki, J., Tamim, H., Hadid, D., Makki, M., El Amine, J. & Hitti, E. (2021). Mitigating infodemics: The relationship between news exposure and trust and belief in COVID-19 fake news and social media spreading. *PLoS One*, 16(6), e0252830. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252830>
- National Academies of Sciences (2015). *The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health*. Autor.
- Nicholas, P. K., Breakey, S., McKinnon, S., Eddy, E. Z., Fanuele, J. & Starodub, R. (2021). A CLIMATE: A Tool for Assessment of Climate-Change- Related Health Consequences in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 47(4), 532-542.e531. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.10.002>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2021). *La labor de la OMS en emergencias sanitarias. Fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias: aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/359703>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2022). *Marco para el fortalecimiento de la preparación ante emergencias sanitarias en las ciudades y los entornos urbanos*. Autor.

- Pennycook, G. & Rand, D. G. (2021). The Psychology of Fake News. *Trends in Cognitive Sciences*, 25(5), 388-402. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.tics.2021.02.007>
- Pleasant, A. & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152-159. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan001>
- Ratzan, S. & Parker, R. Introduction, en Selden, C.R., Zorn, M., Ratzan, S. & Parker, R. (Eds.). (2000). *Current bibliographies in medicine: Health literacy* (pp. V-VII). National Institutes of Health.
- Safeer, R. S. & Keenan, J. (2005). Health literacy: The gap between physicians and patients. *American Family Physician*, 72(3), 463-468. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16100861/>
- Schaeffer, D., Klinger, J., Berens, E. M., Gille, S., Griese, L., Vogt, D. & Hurrelmann, K. (2021). Health Literacy in Germany before and during the COVID-19 Pandemic. *Gesundheitswesen*, 83(10), 781-788. <https://doi.org/10.1055/a-1560-2479>
- Scheufele, D. A. & Krause, N. M. (2019). Science audiences, misinformation, and fake news. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(16), 7662-7669. <https://doi.org/10.1073/pnas.1805871115>
- Sentell, T., Foss-Durant, A., Patil, U., Taira, D., Paasche-Orlow, M. K. & Trinacty, C. M. (2021). Organizational health literacy: Opportunities for patient-centered care in the wake of COVID-19. *Quality Management in Healthcare*, 30(1), 49-60. <https://doi.org/10.1097/qmh.0000000000000279>
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education y Behavior*, (2), 1-10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. & Consortium Health Literacy Project, E. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1), 948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Spring, H. (2020). Health literacy and COVID-19. *Health Information and Libraries Journal*, 37(3), 171-172. <https://doi.org/10.1111/hir.12322>

- The Lancet Infectious, D. (2020). The COVID-19 infodemic. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(8), 875. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30565-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30565-X)
- Williams, M., Armstrong, L. & Sizemore, D. C. (2022). *Biologic, chemical, and radiation terrorism review*. Stat Pearls Publishing,

GÉNERO: PERSPECTIVA FUNDAMENTAL EN EL ABORDAJE DE LAS EMERGENCIAS SANITARIAS

Carlos Güida Leskevicius¹

PRESENTACIÓN

Motiva este capítulo problematizar algunos aspectos relacionados con la presencia de la perspectiva de género en situaciones de emergencias sanitarias, tomando como insumos el informe final de sistematización (Gallo et al., en prensa), los planteos de la *Guía de orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19*² (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020) y producciones académicas que relevan la trascendencia de dicha perspectiva.

¹ Doctor en Medicina por la Universidad de la República, Uruguay. Universidad de Las Américas, UDLA. Santiago, Chile. cguida@udla.cl

² La guía fue elaborada gracias a los aportes de un amplio equipo de especialistas.

ALGUNAS PRECISIONES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS

En las últimas décadas se ha incrementado la bibliografía que evidencia las desigualdades en salud y género en contextos críticos, parte de la cual demuestra el aumento de la vulnerabilidad de grupos específicos y más aún cuando se produce la intersección con otras condiciones/situaciones (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2017). Estas vulnerabilidades se generan en gran medida por factores relacionados con lo social/político/ cultural y sus consecuencias trascienden fronteras, como lo demuestran los efectos del cambio climático.

Es decir, la vulnerabilidad no es una esencia ni una condición innata, sino que responde a las formas en las que cada sociedad valora los derechos humanos y da garantía de su cumplimiento. Los discursos en torno a la vulnerabilidad que se replican en las comunicaciones no hacen más que fortalecer los prejuicios y estereotipos, además de invisibilizar las posibilidades de un abordaje socioeducativo (Güida, 2015). Así como pensamos en la determinación social de la salud y en una epidemiología crítica (Breilh, 2015), proponemos pensar y planificar desde la vulneración social con perspectiva interseccional. De la misma manera en que no puede encapsularse el género como un factor o variable presente en dimensiones de determinantes o condicionantes de los procesos de atención y cuidado, asimismo no puede entenderse el género como un tipo de vulnerabilidad que corresponde tan solo a la condición de niñas y mujeres. Hablamos de género en tanto categoría de análisis relacional, entendiendo que la construcción del género es el producto y también el proceso de su representación (de Lauretis, 1989). Y es sabido que —en las emergencias sanitarias y desastres en lugares bien diversos del planeta— niñas, mujeres, niños y hombres no parten de un mismo lugar en el espacio social.

Por su parte, además de las diferencias socioeconómicas y del acceso a los recursos, en situaciones de emergencia y desastre las necesidades según sexo-género, grupo etario, condición y capacidades psíquicas, físicas y familiares pueden ser específicas (Aguilar, 2021). La falta de consideración de estas particularidades puede

transformar una situación susceptible de atención y cuidado en un riesgo o en un daño para la salud y la integridad personal, familiar o colectiva. Un ejemplo de ello lo ha sido la dificultad en el acceso a la anticoncepción por parte de las mujeres luego del terremoto de 2010 (Forttes, 2014) y en la actual pandemia (Corporación MILES, 2021).

Distintos tópicos de los procesos de salud y su atención pueden ser leídos desde la perspectiva de género: la salud sexual y reproductiva, la atención personal o colectiva en salud mental, o bien, la atención oportuna a situaciones de violencia de género. Por ello, la capacitación de los equipos de salud resulta crucial. En el caso de una pandemia, es indudable que el personal técnico y profesional, agentes comunitarios y personas con tareas relacionadas (farmacias comunitarias, organizaciones y comisiones barriales) pueden colaborar en una respuesta comunitaria con perspectiva de género: para ello es primordial la sensibilización y la formación, en un marco de aprendizaje situado y con una mirada crítica y constructiva.

El *Manual de género para acción humanitaria* del Comité Permanente entre Organismos (IASC, 2017) esquematiza las acciones por desarrollar para promover la igualdad de género en las distintas fases del ciclo de programas humanitarios (Anexo 1). Al respecto, para que estas acciones puedan llevarse adelante es imprescindible la formación avanzada de profesionales y de equipos, así como la comprensión y sensibilidad de otras áreas en cuanto a su importancia. De esta manera, se podrá trabajar en beneficio de todas y todos, sin constituirse en un obstáculo en cada fase.

En esta línea, la producción de recursos didácticos, como guías y acceso a información impresa y digital puede resultar un avance. Un ejemplo reciente en Chile lo constituye el documento *Género y reducción del riesgo de desastres. Acercamiento a nivel local* (CITRID y Mesa de Trabajo en Gestión del Riesgo y Género, 2020).

Por su parte, en la *Guía de orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19* (OPS, 2020) se da cuenta del impacto diferenciado en mujeres y hombres, tanto en los obstáculos para aplicar medidas de salud pública no

farmacológicas, como en los efectos no deseados en la salud y en qué medida la amplificación de las vulnerabilidades se expresa principalmente en niñas y mujeres, desde una perspectiva interseccional. Ello indudablemente no implica menospreciar los impactos en distintos grupos poblacionales que atravesaron vulneraciones de sus derechos humanos fundamentales. Por el contrario, hay que considerar la relevancia que posee el género, transversalizando la condición de dichos grupos.

Por ello, y siendo la igualdad de género uno de los principios en los que se basan las recomendaciones, los otros pilares formulados en la guía no pueden prescindir del enfoque de género: equidad, derechos humanos, pertinencia cultural, participación de la comunidad e intersectorialidad. Eso es lo que nos ha llevado a explicitar que el género no es un tema, un asunto o una variable, sino una categoría de análisis multidimensional (Güida, 2020).

Esto implicará el análisis de las situaciones particulares, la comprensión de lo que expresan los actores locales y el acumulado de producciones académicas previas. En esa dirección, hemos podido visualizar la necesaria comprensión de las masculinidades en situaciones de desastre y emergencia (Güida, 2010).

Es decir, ante situaciones que resultan complejas y que implican respuestas intersectoriales de corto plazo y la posterior reconstrucción/ rehabilitación comunitaria, la preparación resulta fundamental. Pero la actuación intersectorial con perspectiva interseccional conlleva a pensar de manera integral, *interagencial*, interdisciplinaria e interprofesionalmente las situaciones de vulneración presentes y las posibles consecuencias que aumentarían de modo exponencial a los sujetos. Al respecto, lo que nos muestran algunas décadas de trabajo en la temática, es que las instituciones gubernamentales responden a una lógica de «sector» y lo intersectorial e interprofesional encuentra distintos obstáculos para su concreción, tanto como los tiempos de capacitación en perspectiva de género y derechos (Güida, 2015).

A partir de un documento de la OPS (Anexo 2), se puede reflexionar acerca del lugar que podría ocupar la perspectiva de género y su relación con los activos en salud, si se considerara la satisfacción

de las necesidades humanas fundamentales y los aportes del análisis de la pobreza multidimensional.

Con ello queremos enriquecer y dar complejidad a una mirada de los determinantes sociales para que esta no resulte «determinista» y el planteo no sea mecanicista. O mejor aún, una sociedad preparada debiese, al menos, considerar que las respuestas deben actuar sobre el contexto, lo que incidiría positivamente en disminuir los efectos negativos en las interseccionalidades y en una territorialidad definida por «determinantes y enfoque». De esta manera, una perspectiva salutogénica, que supere un enfoque de causalidad implicaría, al menos, considerar la «bidireccionalidad de las flechas», esto es, dialogar en el lugar desde el cual se mira: ya sea a partir de las respuestas, o bien, en función de las propuestas en materia de gestión del riesgo.

Por lo mencionado, el papel de los equipos de salud en el primer nivel de atención resulta tan importante, como uno de los actores clave en la estrategia.

UNA LECTURA DE GÉNERO ACERCA DEL PROCESO DE PROBLEMATIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

El proyecto «Equipos de salud como agentes educadores en medidas de salud pública no farmacológicas para grupos de población en situación de vulnerabilidad», fue elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y ejecutado en Chile con la colaboración de la Universidad de Las Américas (UDLA), durante los meses de octubre a diciembre de 2021.

El proyecto se estructuró sobre la base del desarrollo de instancias de capacitación a los equipos multidisciplinarios de salud pública de siete comunas de distintas partes del país. Estos equipos asistieron de forma presencial a tres sesiones de trabajo, y de manera virtual, a un espacio de entrega de insumos y exposición de expertos. Las comunas participantes se dividieron por áreas geográficas determinadas por sedes de la UDLA: Viña del Mar, Santiago y Concepción.

A las instancias de capacitación asistieron 56 personas en calidad de participantes, siendo ellas 39 mujeres y 17 hombres, esto

es, un 70% de mujeres ante un 30% de hombres³. El primer nivel de atención es un espacio laboral primordialmente femenino y el sector salud está integrado en su mayoría por mujeres profesionales y técnicas. El informe de sistematización que integra esta publicación releva la importancia de la perspectiva de género en la composición según sexo-género de los equipos y de lo que implica en América Latina —incluyendo a Chile— la distribución del trabajo no remunerado para las mujeres. Lamentablemente este aspecto se ha acentuado debido a la pandemia, tanto por la sobrecarga que ha generado esta emergencia sanitaria en el ámbito laboral, como por las repercusiones en el cuidado doméstico.

Al respecto, el informe de sistematización identifica los aportes de los equipos de salud, diferenciando las viñetas según se trate de mujer u hombre y de la ciudad en la cual realizó la capacitación. En el proceso de análisis de contenido se identificaron 19 códigos. En su descripción, de acuerdo con el material disponible en los registros, los códigos no parecen remitir a las desigualdades sexo-género, a la identificación de las prácticas comunitarias, a los vínculos laborales o a otros tópicos que permitan aproximarse a las relaciones sexogenéricas. Esta invisibilidad de las diferencias —que en diversos análisis resultan sustantivas en lo nacional y en el sistema de atención de salud, tal como señala el informe— demuestra justamente la ausencia de formación en esta línea. Estas diferencias de poder entre hombres y mujeres se han naturalizado: es normal, entonces, que sean las mujeres quienes trabajan en el primer nivel de atención y que esas mujeres sean quienes tienen una diferencia salarial en relación con el personal de otros niveles de complejidad del sistema de atención.

A su vez, es sabido el lugar que ocupan las mujeres en el cuidado doméstico, en las redes de sociocuidado comunitario y en la relación con los centros de atención de salud pública en los barrios. Sin embargo, nada de esto se encuentra en los discursos de las propias mujeres participantes del estudio. Este es un punto interesante de

³ El equipo del proyecto estuvo integrado por dos coordinadoras/facilitadoras; dos hombres y una mujer en carácter de conferencistas en la instancia virtual; dos hombres en la dirección; y dos hombres sistematizadores de la experiencia, es decir, una relación inversa a la de quienes se capacitaron como educadoras.

análisis que supera los cometidos de este capítulo, pero que dejamos planteado: siendo mayoritariamente mujeres quienes están a cargo de la atención y el cuidado en el sistema institucional y siendo en su mayoría mujeres las encargadas del cuidado informal y no remunerado de familias y colectivos, no existen testimonios acerca de lo relevante de estos aportes.

Así pues, en la interfaz entre los espacios de atención y los barrios en los cuales se encuentran dos sistemas culturales, bien podría generarse colaboración y sinergia para superar una mirada estereotipada entre unos y otros (Roberts, 2001), y en este caso en particular, entre unas y otras. En diversos contextos y en distinta literatura académica hemos visualizado los prejuicios de las mujeres de los centros de salud sobre las mujeres en condición de pobreza y vulnerabilidad, así como desde las mujeres que viven en las comunidades ante las mujeres integrantes de los equipos de salud (López et al., 2003).

Sin la perspectiva de género explicitada en las conversaciones de problematización ni tampoco en la posterior presentación de la guía de OPS, se genera un silencio abrumador. O como se explicita en los documentos de análisis sexo-género en salud: estamos ante la denominada «ceguera de género» (Gómez, 2010).

Si lo que vieron/sintieron/observaron quienes participaron del proceso de capacitación no es susceptible de problematizar las condiciones y las configuraciones de prácticas de género —lo que pueda expresar el nivel central o la dirección de las municipalidades—, no tendrá mayor resonancia.

Cabría realizar un análisis acerca de las propuestas de autocuidado del Ministerio de Salud de Chile, MINSAL, que replican el orden social de género y las posibles intersecciones o si se realizaron planteos con vocación transformadora en la materia. Esta invisibilidad del género no permite, entonces, dar cuenta de que el sufrimiento psíquico, individual y colectivo —en un contexto de crisis económica, de duelos, de alteración de la vida cotidiana— está embebido en las relaciones entre sujetos generizados.

Es así como se puede deducir que, en la fase de problematización, el sistema sexo-género no es percibido como relevante, y que quizás las consignas de trabajo grupal no enfatizaron en develar el peso del género, con el fin de no sesgar lo que se iba procesando en la realidad de cada comuna. Las preguntas que dieron lugar al trabajo grupal fueron: ¿qué pasó?, ¿que sentimos?, ¿qué observamos?

En todas ellas podrían haber surgido descripciones o unas primeras reflexiones, pero no ha sido así. En ese sentido, y con esta información disponible, cuando los códigos dieron lugar a la elaboración de las nueve categorías⁴, lógicamente las mismas no pudieron reflejar la dimensión de género. En algunas de ellas, quienes trabajamos desde la perspectiva de género podríamos sospechar que existen especificidades. Las nueve categorías fueron las siguientes:

- Infodemia
- Identidad de los equipos de salud
- Vulnerabilidad
- Ritualidad
- Proceso de toma de decisiones
- Nueva normalidad
- Salud como un derecho
- Medidas no farmacológicas
- Territorialidad-comunidad

De manera sintética, se puede problematizar en torno a la infodemia y los códigos relacionados, en qué medidas las transgresiones a las normativas sanitarias establecidas revisten aspectos relacionados con género: tanto los incumplimientos de las recomendaciones de aforos, las modalidades de violencia hacia los equipos y establecimientos de salud como la replicación en redes de información falsa pueden revestir aspectos generacionales, de género y de identidades locales o grupales. Inclusive el miedo a lo que en un principio era

⁴ Definidas por los sistematizadores como «conjunto de códigos en una visión más amplia y aglutinadora en torno a una temática en particular, mayormente complementada con una base teórica con fines explicativos».

lejano y desconocido y luego real y cercano, puede ser vivido de manera diferente según las identidades de género, con manifestaciones en la salud a través de lo construido en lo psicofísico. Los miedos, pues, pueden abarcar no solo la propia vida, sino el cuidado de otros ya sea en el hecho de proveer, o de trabajar en lo privado o en lo público. Las noticias acerca de los cordones sanitarios, tanto para la población como para las personas que trabajan en el primer nivel de atención en salud, generaron incertidumbre, temor, pero también implicaron un reordenamiento de las estrategias de cuidado, en las cuales las mujeres estuvieron más involucradas.

Respecto de la identidad de los equipos de salud y sus códigos asociados, estos no dan cuenta de estar constituidos fundamentalmente por mujeres. Pese a ello, existen evidencias en Chile de que las mujeres trabajadoras de salud han sido más afectadas en su salud mental que los hombres, siendo además más perjudicadas las personas que trabajan en el primer nivel de atención (Alvarado et al., 2021). Pese a estos antecedentes, el tema no surgió ni como una problemática ni como una propuesta de los gobiernos para dar enfoque de género a los programas de cuidado de los equipos. Una identidad que parece ser homogénea, y que se diferencia de los otros: la población, los usuarios, la comunidad. Por momentos se muestra un lenguaje que es propio de cierta salud pública donde el discurso se aproxima al de la epidemiológica tradicional sobre la sociedad, mientras que en otros existe una cercanía, la *calidez* propia de la comunidad⁵. Esta comunidad reviste cierta abstracción: no se trata de comunidades, donde el papel de los liderazgos posee características propias observadas, por ejemplo, en las ollas comunes (Palacios, 2020). Tan solo una participante señaló su identidad y se expresó en un lenguaje inclusivo:

⁵ Esta descripción de la calidez de lo comunitario corresponde a Baumann (2003) cuando recurre a Rosenfield sobre la imagen del «círculo cálido». Liceaga (2013) a su vez, remite a Tönnies con su asociación de comunidad con «lo sentido», «lo antiguo», «lo duradero», «lo íntimo» y «lo auténtico», mientras que a la sociedad se la identifica con «lo público», «el mundo», el derecho y el Estado; comunidad que es previa a la sociedad y un «organismo vivo», mientras que la sociedad es un «agregado y artefacto mecánico».

Me voy llena de entusiasmo de saber que también en otros territorios hay puntos en común que nos hacen converger en el concepto de salud que lo construimos entre todos y todas (S, S3; M).

El aumento de la carga laboral en estas nuevas condiciones, las limitaciones percibidas en cuanto a los recursos materiales y para el fortalecimiento de los equipos, el estrés generado por la exposición al SARS- Cov-2 en espacios de atención, y una capacitación que consideran insuficiente, son elementos que se conjugaron con todas las tareas asumidas en el ámbito doméstico.

Por su parte, la percepción de la vulnerabilidad está dada por estos factores en donde los equipos participantes de las tres regiones encontraron obstáculos para cumplir su rol en la pandemia, lo que no puede ser escindido de una actuación intersectorial, de las herramientas y los recursos con los que se cuentan, sin olvidar diferentes etapas: el Estallido social, la etapa previa a la instauración de la estrategia sanitaria denominada «paso a paso» y el período previo a recibir las vacunas. Y luego se inició el proceso de vacunación, en contextos de creciente agotamiento de los equipos de salud, coincidentemente con el reconocimiento público de la labor de los equipos en el tercer nivel de atención y el desconocimiento de algunas autoridades nacionales del esfuerzo de los equipos del primer nivel y de las condiciones de vida en las comunidades más vulneradas.

Asimismo, la verticalidad propia de la autoridad sanitaria de Chile produjo contradicciones en los equipos del primer nivel de atención y en ocasiones esta rigidez fue replicada con la «población a cargo». En esa dirección, la percepción de vulnerabilidad de las poblaciones y comunidades reconoce varios aspectos trascendentes. En cuanto a género, este solo aparece en relación con la violencia, si bien los otros aspectos que generan vulnerabilidad no debieran prescindir de la misma (desempleo, desprotección social, falta de servicios básicos, consumo abusivo de sustancias psicoactivas, etc.). El género queda entonces encapsulado en una de sus manifestaciones: la violencia ejercida contra las mujeres. La diversidad de identidades de género y sexuales no surgió en los discursos.

En cuanto a la falta de recursos, según los equipos de salud esta tiene que ver principalmente con temas estructurales: desprotección social, poco acceso a servicios básicos (agua, luz, internet, vivienda, entre otras). Otros como la pobreza y el desempleo, la falta de oportunidades (deserción escolar, oferta laboral), disfunción parental familiar (violencia, soledad y abandono) y la llegada de población inmigrante con alta vulnerabilidad y vulneración de derechos fundamentales fueron aspectos que no recibieron una lectura diferenciada de género, pese a que, en condición de consultantes, se sabe desde hace décadas que son las mujeres quienes más concurren a la consulta (Vega et al., 2003).

Cuando en el documento se describen los rituales colectivos, cabe considerar que la mayoría no logra discriminar según género, si bien en algunos de los talleres develan cómo se ha instalado el mito de la guerra en determinadas comunidades. Es decir, un mundo en pandemia en el cual lo bélico se expresa con términos como *líneas de batalla*, *guerreros*, *armas*, *defensas* y *ataques*. Es ese un mundo pleno de masculinidad hegemónica, aun cuando en estos territorios son las mujeres importantes protagonistas: guerreras serían las trabajadoras de la salud, proyectándose en ellas, capacidades que exceden la tarea profesional.

En el marco de estos rituales de lo novedoso, lo que se instala y lo que se repite en los equipos de salud, es lo que va sucediendo con las imágenes corporales, los cambios en las vestimentas y en las modalidades de saludar, así como la desarticulación de algunas formas de trabajo que se pusieron en cuestión ante la pandemia. En estos tópicos tampoco emergen aspectos distintivos del género.

En cuanto a la salud como un derecho, los informes de sistematización revisten dimensiones como el acceso universal (donde se valora el sistema público chileno), y las carencias que obstaculizan un funcionamiento integral como la falta especialistas —ubicados en el segundo nivel de atención en el sistema público chileno— y accesibilidad a los centros de atención para la población rural. También se constatan dificultades en el acceso a la atención de problemáticas de salud en pacientes, dada la priorización que se otorgó a los pacientes con COVID-19.

Esta podría haber sido, pues, una oportunidad de visibilizar algunos derechos que no pudieron ser garantizados aun cuando son leyes en el país. Un ejemplo es el acceso a la interrupción del embarazo por las causales que considera la Ley 21.030⁶ y otras situaciones que dificultaron la obtención de una anticoncepción segura y la anticoncepción de emergencia (Lampert, 2020). Y si bien el Ministerio de Salud (Minsal), en 2020 ya contaba con un documento técnico de recomendaciones, donde se plantean las estrategias de atención para situaciones de violencia sexual, infecciones de transmisión sexual, anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo, atención de la mujer gestante y de la mujer y el recién nacido/lactante, estos aspectos de alta consideración no surgieron en el campo de los derechos humanos en salud.

En cuanto a las personas inmigrantes, es importante destacar las diferencias existentes entre los distintos países de origen y el nivel de estudios universitarios: las mujeres provenientes de Venezuela alcanzaban un 41,4% (Asociación de Municipalidades de Chile [AMUCH], 2019), mientras que las mujeres provenientes de Haití solo un 2%, pero con 45,7% de nivel medio. Esto conlleva a problematizar la formación e información que tienen los equipos de salud acerca de las poblaciones y grupos inmigrantes: se tiende muchas veces a homogeneizar y a plantear una falta de conocimientos o destrezas, cuando lo que existe en realidad es la necesidad de avanzar en alfabetización crítica en salud, la competencia cultural en salud y el análisis de la interfaz sociocultural entre los centros de atención y las comunidades (Moller & Ugarte, 2018). De otra manera, pueden generalizarse saberes a partir de situaciones acontecidas en la atención en un determinado contexto, y proyectarse a toda la población proveniente de otra nación. Un ejemplo fue la negativa de realizarse el *test* PCR en algunas personas haitianas y adjudicar esta actitud a

⁶ Por ejemplo, cabe aquí considerar la grave situación de aquellas mujeres que se encontraron con cordones sanitarios y un alto nivel de objeción de conciencia ante la interrupción del embarazo, como fue el caso de los 16 ginecobstetras de Osorno. Además, según consigna la asociación MILES y el Colegio Médico de Chile, COLMED, ha existido dificultad en el acceso a la anticoncepción, incluyendo la atención primaria (Lampert, 2020).

todas las personas provenientes de Haití, entendiéndolo como parte de las creencias propias de su cultura. Esta generalización implica una disociación al comparar el sistema de atención en salud convencional en Chile, basada en la medicina occidental, sin visualizar la reivindicación de los sistemas de curación propia de los propios pueblos originarios de las tierras chilenas. Desde la perspectiva de género —y dado que los centros de salud atienden en programas materno-infantiles—, cabe tener en cuenta lo que se proyecta en las mujeres haitianas y sus prácticas de maternidad (Reyes, 2021). El informe no da cuenta de reflexiones acerca de prácticas de discriminación hacia personas migrantes en el sistema de salud público chileno, lo que no parece haberse manifestado en ninguna de sus modalidades (Liberona, 2012; Zepeda & González, 2019).

En cuanto al código de nueva normalidad, este conllevaría a preguntarse entonces qué tiene de nuevo el cuidado doméstico no remunerado. Si bien esta nueva normalidad ha implicado contar con tecnología para realizar tareas laborales y educativas, y convivir más horas con integrantes del núcleo familiar, o en otros casos, no recibir a personas a cargo del cuidado, merece también una lectura de género y de sus intersecciones en el campo de la salud comunitaria, lo cual representa una tarea pendiente para este equipo.

Por su parte, la creación de estrategias por comuna en la sistematización no muestra especificidades relacionadas con la perspectiva de género. Lo cual no sorprende, pues no estuvo presente en la problematización y tuvo un peso relativo en las instancias de capacitación. Un énfasis en esta perspectiva sería de interés en próximas oportunidades, pero los tiempos debieran ser otros, y también considerar su relación con otras perspectivas ineludibles.

Ahora bien, cuando la sistematización intenta colocar en diálogo las categorías con las supracategorías, equiparándolas a las recomendaciones transversales formuladas en la *Guía de orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19* (OPS, 2020), tampoco es posible visualizar la perspectiva de género. Aventuramos dos motivos de este fenómeno.

Por un lado, las recomendaciones transversales para garantizar el respeto de los derechos humanos, las recomendaciones para facilitar la participación social y comunitaria, las recomendaciones para comunicación de riesgos y las recomendaciones del monitoreo y evaluación de las medidas de la publicación de OPS (2020) remiten a personas, familias y comunidades en las cuales el género no es mencionado. Solo una de estas guías menciona desagregar por sexo la información en la última recomendación y podría afirmarse que el género está implícito en los grupos de vulnerabilidad. Ese argumento nos retrotraería a la reflexión de las mujeres como un grupo y como un grupo específico de vulnerabilidad. De igual modo, si bien la sistematización suma una supracategoría denominada «género», apelando a la transversalización, no hay material que haya surgido en los contenidos y los códigos que permitan nutrir con ello las categorías, dialogar con las recomendaciones transversales de la guía y de las supracategorías del estudio.

Como segundo factor podemos mencionar que, al analizar el texto de orientaciones de OPS (2020), específicamente del Anexo 3, el factor estructural denominado «inequidad de género y carga del cuidado» describe allí tres factores intermedios: sobrecarga del cuidado, sobrecarga de tareas domésticas y pérdida de autonomía de las mujeres. Si bien ello refleja la realidad de las mujeres en vastos sectores sociales de América Latina, el género queda asociado con la condición de la mujer y la interpretación de la sobrecarga como el incremento de la carga que le correspondería naturalmente.

La «violencia de género y contra niños y adolescentes» es mencionada como un componente intermedio en el marco del factor estructural denominado derechos humanos. Pues bien, como afirmamos desde hace más de una década, estas dificultades epistemológicas y metodológicas en relación con el género resultan en una mayor confusión y en ocasiones llegan al encapsulamiento de esta categoría dentro del «tema de las mujeres». En particular, esta ausencia e invisibilidad de los hombres resulta en un verdadero obstáculo para avanzar hacia la igualdad de género (Güida, 2020), así como mencionarlos solo para efectos comparativos en relación con

las mujeres, como por ejemplo en el documento *Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas* (OPS, 2021).

Es así como, dado que no destaca el peso del género como categoría de análisis en los otros factores estructurales y ámbitos de las orientaciones (OPS, 2020), sería necesario que los equipos profesionales que realizan el análisis de cada factor tengan plenamente integrada la perspectiva de género, sumado a considerar al género como una de las recomendaciones transversales.

Todo lo mencionado demuestra lo incipiente del análisis basado en sexo-género (Clow et al., 2011), lo cual es un tema para considerar, pues todos los obstáculos y efectos no deseados ante las medidas de salud pública no farmacológicas son susceptibles de este análisis (OPS, 2008). Esta casi prescindencia del análisis de género en algunos documentos importantes desde los niveles locales, nacionales e internacionales nos muestra la dificultad para avanzar de manera sistemática en el tema y conduce a preguntarnos acerca de nuestro rol desde una perspectiva transformadora.

En conclusión, la perspectiva de género no ha estado problematizada en las conversaciones recopiladas en el estudio realizado, pero sí ha sido planteada en las instancias de capacitación relacionadas con las orientaciones de la OPS. A su vez, el análisis de contenidos no pudo captar material suficiente para generar códigos que dimensionaran al género como categoría de análisis. A pesar de existir un alto nivel de conciencia social y académica en cuanto a la igualdad de género y entender que la violencia de género es un problema de salud pública, aún no se logra visibilizar su peso real en los equipos que han participado en el marco de una pandemia. De alguna manera, los discursos y el actuar de los equipos de salud, así como la interpretación, conclusiones y recomendaciones que se abordan como equipo del proyecto, son una forma de *hacer género*: validando, invisibilizando, naturalizando o problematizando y también proponiendo cambios en las relaciones entre mujeres y hombres en toda su diversidad.

Es trascendente que —en nuestro contexto— el MINSAL pueda continuar con la formación de equipos en el análisis sexo-género

tanto a nivel central como en los servicios de salud, ya que ello ha sido valorado por nuestra Facultad de Salud y Ciencias Sociales y se encuentra colaborando con dicho organismo. Complementariamente, el papel de la OPS ha sido y es fundamental para impulsar una agenda de salud pública que realce la perspectiva de género en sus diferentes dimensiones.

REFERENCIAS

- Aguilar, L. (2021). *La igualdad de género ante el cambio climático: ¿qué pueden hacer los mecanismos para el adelanto de las mujeres de América Latina y el Caribe?* Serie Asuntos de Género, N° 159 (LC/TS.2021/79), Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.
- Alvarado, R., Ramírez, J., Lanio, Í., Cortés, M., Aguirre, J., Bedregal, P., Allel, K., Tapia-Muñoz, T., Burrone, M. S., Cuadra-Malinarich, G., Goycolea, R., Mascayano, F., Sapag, J., Schilling, S., Soto, G., Traub, C., Villarroel, S. & Alarcán, S. (2021). El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, 149(8), 1205-1214. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000801205>
- Asociación de Municipalidades de Chile, AMUCH (julio de 2019). *Informe: Mujeres migrantes en Chile. Desafíos y reflexiones*. Dirección de Estudios AMUCH. <https://amuch.cl/wp-content/uploads/2022/05/Estudio-Characterizacion-de-la-Mujer-Migrante-1.pdf>
- Baumann, Z. (2003). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Siglo XXI Editores.
- Breilh, J. (2015): *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Clow, B., Pederson, A., Haworth-Brockman, M. & Bernier, J. (18 de septiembre de 2011). *Afrontando el reto: análisis basado en sexo y género para la planificación, las políticas y la investigación en salud en Canadá*. Course hero. <https://www.coursehero.com/file/46625206/Analisis-sexo-genero-Caso-de-Desastres-Canadapdf/>
- Corporación MILES (abril de 2021). *Tercer informe sobre derechos, salud sexual reproductiva y violencia de género en Chile*. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1427>
- De Lauretis, T. (1989). Technologies of gender. En T. De Lauretis, *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction* (pp. 1-30). Macmillan Press.

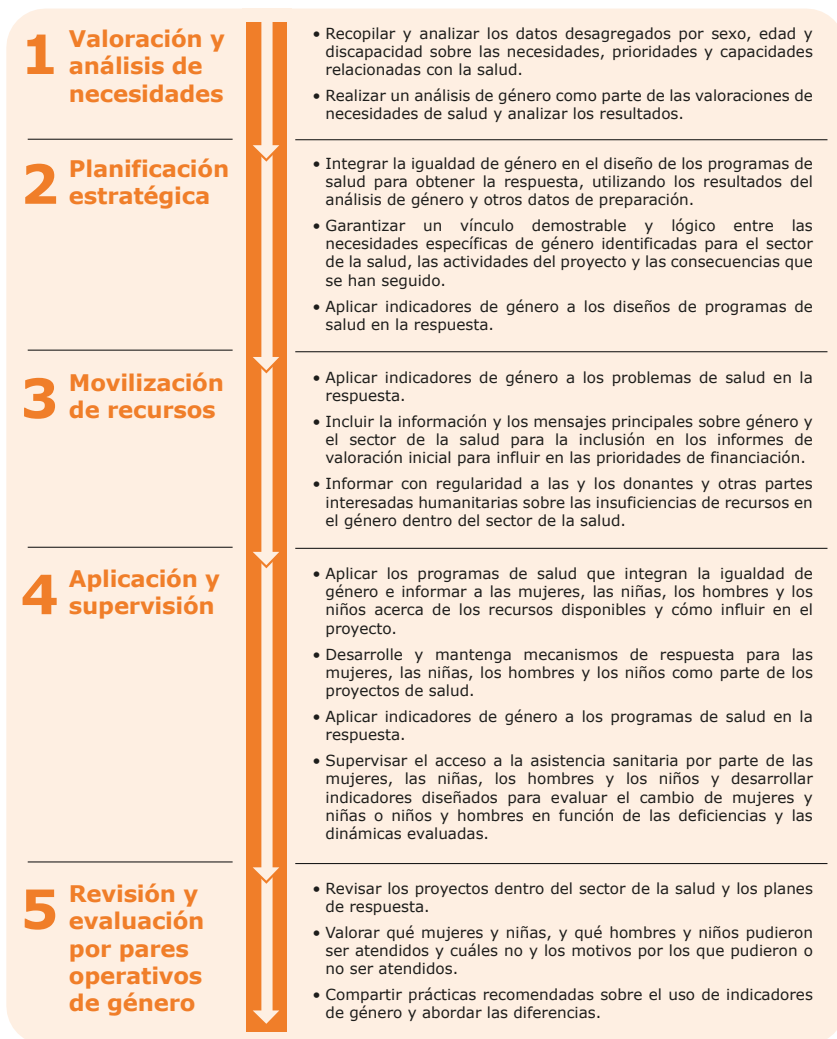
- Forttes, P. (4 de junio de 2014). *Documento diagnóstico. Estado de la reconstrucción. Terremoto y tsunami. 27 de febrero 2010*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. https://elci.sitiosur.cl/wp-content/uploads/2014/07/libro-27-F_V6.pdf
- Gallo, M., Márquez, D. & Villalobos, D. (en prensa). Sistematización de las capacitaciones del proyecto: “Equipos de salud como agentes educadores en medidas de salud pública no farmacológicas para grupos de población en situación de vulnerabilidad. Informe final”. Universidad de Las Américas, UDLA.
- Gómez, E. (2010). *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud*. Organización Panamericana de la Salud, OPS.
- Güida, C. La retórica de los cambios en las relaciones de género y masculinidades desde los discursos de la salud global, en Madrid, S., Valdés, T. & Celedón, R. (Comps.). (2020). *Masculinidades en América Latina. Veinte años de estudios y políticas para la igualdad de género* (pp. 359-388). Universidad Academia de Humanismo Cristiano y Fundación Crea Equidad.
- Güida, C. (2015). *Amplificando vulnerabilidades: acerca de las omisiones y los equívocos en relación a la gestión de desastres, la participación comunitaria y la interseccionalidad*. Boletín electrónico Development Connnections. https://www.u-cursos.cl/plataforma/2015/2/VA-01-0268/1/material_docente/bajar?id_material=1233995 .
- Güida, C. (2010). Hombres e igualdad de género en las situaciones de emergencia. *DVCN Critiques*, 3(2), 1-7. https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/masculinidades_desastresguida.pdf
- Inter-Agency Standing Committee, IASC (2017). *Manual de género para acción humanitaria*. Comité Permanente entre Organismos (IASC). <https://www.refworld.org/es/docid/5afc99504.html>
- Lampert, P. (agosto de 2020). *COVID-19 y anticoncepción: regulación y acceso. Documento asesoría técnica parlamentaria*. Biblioteca del Congreso Nacional. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/29221/1/BCN_regulacion_y_acceso_anticoncepcion_en_Chile_FINAL.pdf
- Liberona, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos étnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales (CI)*, (28), 19-38. <https://www.redalyc.org/pdf/708/70824554002.pdf>
- Liceaga, G. (2013). El concepto de comunidad en las ciencias sociales latinoamericanas. *Cuadernos Americanos*, (145), 57-85. <http://www.cialc.unam.mx/cuadamer/textos/ca145-57.pdf>

- López, A., Benia, W., Contreras, M. & Güida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Facultad de Psicología Universidad de la República, Uruguay-UNFPA.
- Ministerio de Salud de Chile, MINSAL (octubre de 2020). *Orientaciones técnicas continuidad de atención en salud sexual y reproductiva en el contexto de pandemia COVID-19*. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Ciclo Vital. Programa Nacional de Salud de la Mujer. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Ord.-4425-OT-Continuidad-SSR-en-contexto-de-pandemia-FINAL.pdf>
- Moller, S. & Ugarte, J. (2018). Participación en salud: Análisis de interfaz socioestatal y obstáculos para la colaboración entre los distintos actores de la salud en Chile. *Cuadernos Médicos Sociales*, 58(3), 37-45. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/300/274>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2008). *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud*. PAHO.org. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guia_para_analisis_monitoreo_equidad_genero.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2020). *Guía de orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19*. PAHO.org. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52955>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2021). *Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas*. PAHO.org. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55557>
- Palacios, F. (2020). *La participación y rol de las mujeres de sectores populares en ollas comunes*. Documento Programa de intervención Comunitaria, UDLA. <https://www.udla.cl/wp-content/uploads/2020/07/6-La-participaci%C3%B3n-y-rol-de-las-mujeres-de-sectores-populares-en-ollas-comunes.pdf>
- Programa de Reducción de Riesgos y Desastres, CITRID-Universidad de Chile. Mesa de Trabajo en Gestión del Riesgo y Género (Eds.) (2020). *Género y reducción del riesgo de desastres. Acercamiento a nivel local*. Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, VID, Universidad de Chile.
- Reyes, Y. (2021). Maternidades negras en Chile: interseccionalidad y salud en mujeres haitianas. *Revista nuestra América*, 9(17), e5651360, <https://www.redalyc.org/journal/5519/551968077006/html/>

- Roberts, B. (2001). *Las nuevas políticas sociales en América Latina y el desarrollo de ciudadanía: una perspectiva de interfaz*. Lanic. <http://lanic.utexas.edu/project/etext/llilas/claspo/workingpapers/unaperspective.pdf>
- Vega M. J., Bedregal, P., Jadue, L. & Delgado, I. (2003). Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, 131(6), 669-678. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000600012#a
- Zepeda, C. V. & González, M. C. (2019). Discriminación y exclusión hacia migrantes en el sistema de salud chileno. Una revisión sistematizada. *Salud & Sociedad*, 10(2), 188-204. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2019-02-012>

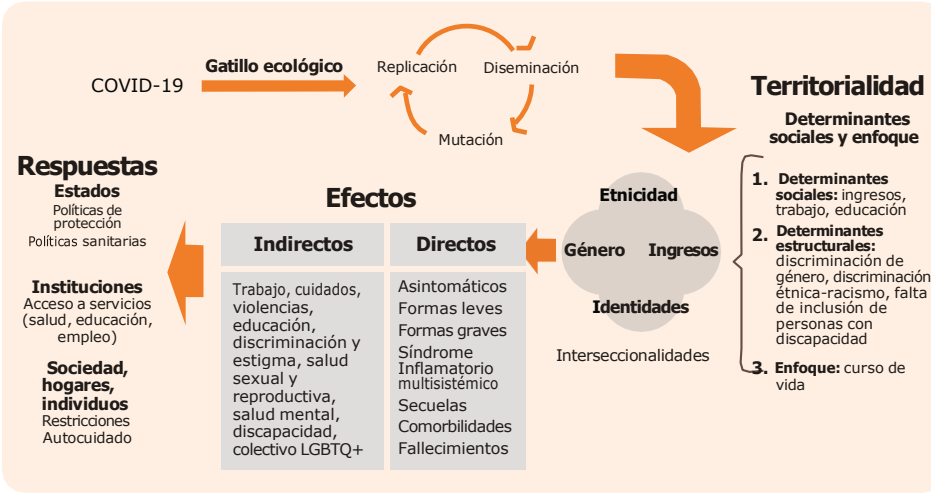
ANEXO 2

FIGURA 1. ACCIONES PARA PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO EN LAS FASES DEL CICLO DE PROGRAMAS HUMANITARIOS



Fuente: Inter-Agency Standing Committee, IASC (2017).

FIGURA 2. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA CARACTERIZACIÓN DE LA PANDEMIA POR COVID-19



Fuente: OPS (2021).

FIGURA 3. MAPA SINÓPTICO DE LOS PRINCIPALES OBSTÁCULOS
Y EFECTOS NO DESEADOS DE DIVERSAS MEDIDAS
DE SALUD PÚBLICA NO FARMACOLÓGICA

Ámbitos o factores estructurales	Factores intermedios (vías)	Cuarentena individual	Confinamiento domiciliario	Cierre de escuelas	Cierre de lugares de trabajo	Restricciones del transporte público	Espacios cerrados	Limitación de aglomeraciones	Lavado de manos con agua y jabón
1. Condiciones materiales de habitabilidad incluida la infraestructura de los barrios	- Ausencia de viviendas - Hacinamiento de los hogares - Prácticas colectivas de convivencia comunitaria								
2. Ingresos y empleo	- Ausencia o abastecimiento regular de agua - Espacio público limitados								
3. Protección social	- Ausencia de ingresos - Ausencia de protección frente al desempleo - Imposibilidad desplazarse para trabajar								
4. Educación y aprendizaje	- Ausencia de derechos sociales - Ausencia de derechos laborales - Ausencia o debilidad del estado de bienestar								
5. Pertinencia cultural	- Altera el funcionamiento escolar y el aprendizaje - Falta de experiencia y medios para métodos de aprendizaje no presenciales - Choque con los valores, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento comunitarios y ancestrales								
6. Riesgo psicosocial y entornos saludables	- Aislamiento social - Deterioro de las relaciones comunitarias - Condiciones adversas para las conductas saludables - Aumento de la incertidumbre								
7. Inequidad de género y carga del cuidado	- Sobrecarga del cuidado - Sobrecarga de tareas domésticas - Perdida de autonomía de las mujeres								
8. Provisión de servicios y suministros básicos	- Dificultad o imposibilidad de acceder a comercio de productos alimenticios y otros servicios - Dificultad a la hora de acceder a comprar medicamentos - Dificultad de acceso a servicios esenciales de protección para niños y niñas en riesgo de sufrir violencia, personas con discapacidad, etc.								
9. Acceso y continuidad de la atención en salud	- Falta de continuidad de controles, reconocimientos médicos y atención de salud - Falta de acceso a servicios de salud - Postergación de consultas y necesidades en salud								
10. Derechos humanos	- Vulneración de derechos - Aumento de prácticas discriminatorias - Violencia de género y contra niños y adolescentes								
11. Participación social y trabajo intersectorial	- Falta de participación en la actuación y aplicación de medidas - Falta de coordinación entre sectores y actores locales	← →							
12. Comunicación	- Ausencia de información dirigida a personas con discapacidad - Falta de comprensión del idioma oficial - Falta de acceso regular y oportuno a los medios de comunicación	← →							

Fuente: OPS (2020).

LA INTERSECTORIALIDAD COMO RESPUESTA
A LAS EMERGENCIAS SANITARIAS
Y A LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD.
MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO
CON ELEMENTOS DE LA PRÁCTICA
EN HUECHURABA

Tamara Cordero Álvarez¹
Jorge Santibáñez González²

¹ Fonoaudióloga por la Universidad Andrés Bello. Magíster en Trastornos del Habla y del Lenguaje por la Universidad de Talca y diplomada en Salud Familiar y Comunitaria por la Universidad de Chile. Especialista en Salud Familiar y Comunitaria. Departamento de Salud de la Municipalidad de Huechuraba. Santiago, Chile. Correo: tamara.cordero@saludhuechuraba.cl

² Sociólogo por la Universidad de La Frontera. Magíster en Gestión de Políticas Públicas en Sociedades Complejas por la Universidad Central y diplomado en Salud Familiar y Comunitaria por la Universidad de Santiago de Chile. Referente comunal de Participación Social en Salud. Departamento de Salud de la Municipalidad de Huechuraba. Santiago, Chile. Correo: jsantibanez@saludhuechuraba.cl

INTERSECTORIALIDAD

En la comuna de Huechuraba, en la Región Metropolitana, existen importantes avances que han venido a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, la disminución de las inequidades y al desarrollo de capacidades de sus habitantes.

Con una población aproximada de 98.000 habitantes y un índice de pobreza de 6% según CASEN 2017, la comuna se organiza y caracteriza a partir de una diversidad territorial y social bastante significativa que ha nutrido un fuerte sentido identitario y de pertenencia en las zonas más antiguas que dieron origen a Huechuraba al inicio de los años 90. Actualmente la comuna se organiza en 7 zonas homogéneas:

- zonas perirrurales que bordean el cordón de cerros circundantes;
- zonas industriales y comerciales, como la Ciudad Empresarial donde conviven sectores poblacionales y condominios privados con alto porcentaje de población adulta mayor;
- zona histórica o llamada «Casco Antiguo», donde se concentra el 60% de los habitantes en poblaciones como La Pincoya, Pablo Neruda, Santa Victoria y 28 de octubre, entre otras;
- zona poniente, que reúne el 20% de los vecinos, con barrios históricos (Los Libertadores) y territorios que actualmente viven un proceso de crecimiento de condominios privados de mayor nivel socioeconómico.

Esta diversidad territorial y social ha significado que los vecinos de la comuna popularicen el lema: «Huechuraba es Chile».

Dado este contexto, es preciso que esta riqueza y diversidad territorial tenga un abordaje intersectorial, lo cual ha quedado de manifiesto en nuestro Plan de Desarrollo Comunal, que orienta la acción de salud y nuestros dispositivos. Es así como el Departamento de Salud de Huechuraba ha transitado desde un modelo clásico preventivo a uno totalmente positivo, que se sitúa entendiendo el territorio como espacio aglutinante para impulsar procesos de

desarrollo salutogénico, que considera un trabajo individual, familiar y comunitario durante todo el curso de vida de los habitantes. Los resultados alcanzados han posicionado a la comuna como pionera en la implementación del Modelo de Atención de Salud que hoy presenta un 96% de cumplimiento en la pauta de medición (MAIS).

Entre los ejemplos de estos avances podemos destacar el plan de vacunación comunal para el virus papiloma humano para niñas de 10 a 12 años —implementado antes de que fuera una política nacional—, y que resolvió la desigualdad de acceso a ese método preventivo; el Programa Huechuraba Sonríe, que instala la atención odontológica en los establecimientos educacionales para toda la comunidad educativa (es decir, estudiantes, familia del estudiante, docentes y paradocentes); la farmacia popular La Pincoya, que entrega medicamentos a bajo costo a todas las familias de la comuna, tanto en el casco antiguo como en los sectores emergentes de Pedro Fontova; las recientes construcciones de recintos deportivos de alto estándar como el polideportivo Marichiweu y la piscina temperada semiolímpica, que hoy sirven de base para ampliar la jornada escolar completa con talleres deportivos para todas las niñas y niños de los establecimientos de educación municipal, entregando espacios de integración social y acceso al deporte en instalaciones de alta calidad, entre otras diversas iniciativas que han contribuido a enfrentar las desigualdades.

En este contexto, y como parte del esfuerzo de potenciar el trabajo intersectorial para enfrentar las inequidades, entre agosto de 2018 y enero de 2019, en el marco de la Mesa de promoción de la salud en todas las políticas, se realizó un taller de fortalecimiento intersectorial focalizado en dirigentes sociales, directores y profesionales de las distintas unidades del municipio, con el propósito de levantar un diagnóstico respecto del estado de la intersectorialidad de la comuna y así avanzar en el diseño de estrategias y acciones para potenciar el desarrollo local en el ámbito comunal.

El énfasis en el trabajo intersectorial alcanza una data que expresa su sostenibilidad y consolidación en el espacio institucional local, identificando una línea de tiempo con importantes avances entre

2016 y 2018, la cual grafica su impacto como herramienta de gestión en pleno contexto de pandemia, al contribuir de manera efectiva al incremento de la organización comunitaria, capacidades familiares y redes sociales que mejorarán el despliegue de las potencialidades de los vecinos y vecinas en el territorio local.

Como es natural, el contexto nacional y mundial afectado por la pandemia por COVID-19 agudizó el debilitamiento de la cohesión social en los territorios (prejuicios, estereotipos, etc.). Esto es, a partir de las diferencias socioterritoriales de la comuna se agudizó lo que Simmel (2012) denominó el *miedo al otro*. Este concepto reflota el miedo al «extranjero» local, al individuo y la familia contagiada. Del miedo al otro se pasó rápidamente a la exclusión del otro y, luego, se convirtió en un componente altamente preocupante para la comunidad. Sin embargo, frente a la situación, fue posible generar canales de comunicación crítica para mantener un diálogo horizontal que permitiera disminuir la incertidumbre acrecentada por las decisiones estructurales iniciales del Gobierno y de los tomadores de decisión a nivel regional.

En efecto, frente a un escenario de incertidumbre y/o amenazas para la ejecución de acciones puntuales, el trabajo desarrollado entre los equipos de salud y la propia comunidad, junto con el aprendizaje adquirido en este proceso, fue posible avanzar y madurar los niveles deseables de incidencia de la participación, avanzando desde los niveles informativos a los consultivos colaborativos, los que permitieron acrecentar las relaciones dialógicas para la nueva gobernanza exigida en las sociedades modernas.

De este modo, pilares fundamentales como la dispersión del poder, de recursos, el nivel y compromiso cívico, además de una efectiva participación ciudadana, han contribuido de manera virtuosa a la búsqueda de respuestas y acciones concordadas desde una lógica deliberativa, incidente y transformadora.

La nueva gobernanza local exige una mirada que vincule las dimensiones e imperativos sistémicos con los que son propios del mundo de la vida. Esto quiere decir que, desde el ámbito de la salud, podemos constituirnos como un eslabón para fortalecer el vínculo

social, lazo que se presiente fragilizado y atenta contra la cohesión, a partir de lo cual entendemos que esta exigencia y desafío se construye en una relación recíproca con las organizaciones sociales, el individuo, la familia y la comunidad.

En la comuna de Huechuraba se entiende la participación social como un proceso colectivo, organizado, libre e incluyente en el cual converge una multiplicidad de actores, cada uno con sus intereses, nivel de compromiso, objetivos y valores socialmente compartidos, en cuyo devenir se espera producir las transformaciones necesarias en el ámbito individual y colectivo.

Si bien esta definición de participación social puede parecer muy amplia, en ella están contenidos algunos elementos que dan sentido a las acciones emprendidas a nivel comunal, toda vez que se desprenden de esta conceptualización algunas dimensiones como actividades, intereses, valores, inclusión, transformación. Es decir, la participación social incorpora la posibilidad de orientación hacia la transformación, la inclusión de miembros, el ejercicio de actividades y la organización realizada a través de valores.

A esta perspectiva se debe sumar también la territorialidad y los esfuerzos intersectoriales, reconociendo las diferencias socioespaciales de la comuna en un marco de creciente globalización. En este sentido, el territorio es un hecho objetivo que determina el devenir de la comunidad, ya que se entiende como un espacio dinámico y en permanente construcción, para lo cual necesita del esfuerzo local para impulsar los procesos de mejoramiento, entendiendo el desarrollo de la propia comunidad como una propiedad emergente de las sociedades complejas, donde los paradigmas integradores salutogénicos cobran mayor relevancia en este contexto altamente cambiante y excluyente.

Concebir la comunidad como una propiedad emergente que propicia los procesos de desarrollo por su carácter local, geográficamente delimitado y en donde se gestiona un sistema de interacciones económicas, políticas y sociopsicológicas, da lugar a un conjunto de relaciones interpersonales sobre la base de una diversidad de intereses y necesidades locales. Es en esta configuración comunitaria donde

se expresa la racionalidad sustantiva (esa añorada por Max Weber) que conjuga valores, tradiciones, sentimientos, historia, identidad y sentido de pertenencia que diferencian a los diversos grupos de interés, trascendiendo más allá de la pura acción instrumental orientada por fines y medios.

NUESTRA RESPUESTA A LA PANDEMIA

En medio de escenarios complejos, como el vivido durante los últimos años, se hace necesario construir relaciones dialógicas en el ámbito de la salud, para reposicionar la racionalidad comunicativa y así catalizar las innovaciones culturales, institucionales y organizacionales, de modo de fortalecer las capacidades de los actores de un determinado territorio y que se generen transformaciones estructurales.

Al respecto, las acciones emprendidas ponen en el centro a la persona, al tiempo que se exige a los equipos de salud profundizar en los pilares de integralidad, centralidad y continuidad. En efecto, al calor del trabajo de participación, promoción, calidad, salud familiar y trabajo intersectorial, como Departamento de Salud hemos impulsado y abierto, junto con la comunidad, espacios de acción y reflexión que van distribuyendo social y democráticamente el conocimiento, pero sobre todo aportan con saber pertinente para la solución colectiva de situaciones problemáticas y contingentes que apuntan hacia la transformación social.

Es así que en el ejercicio y praxis de la participación en el ámbito local de Huechuraba, las mesas barriales, la estrategia comunitaria en contexto de pandemia, la estrategia de vecinas sanas y solidarias, la escuela de saberes en salud comunitaria, sumado al vínculo y cohesión entre los equipos de salud y la comunidad, se han consolidado como una muy buena práctica social y un acierto metodológico para ordenar el trabajo por sectores y profundizar en los niveles de toma de decisiones e información respecto de los avances de salud con, en y entre la comunidad.

La experiencia en plena crisis sanitaria puso en relevancia y movilizó muchos de estos conceptos que pueden parecer abstractos.

Nociones como participación, promoción, determinación social e intersectorialidad se hicieron presentes y constantes entre el estallido social y la pandemia, emergiendo en momentos excepcionales de movilización social y materializándose en acciones solidarias mecánicas u orgánicas, que reactivaron un tejido humano que parecía dormido.

En efecto, la crisis hizo reemerger y reconfigurar expresiones de organización que alguna vez dieron vida a la comuna en sus primeros pasos. De este modo, frente al riesgo, el miedo, la incertidumbre y el distanciamiento físico obligado, volvieron las ollas comunes como estrategia conocida por la comunidad para hacer frente a la precarización de sus condiciones de vida; el valor del centro comunitario o vecinal para el acopio y resguardo de ropa, juguetes, pañales, etc.; y por último, la activación comunitaria se materializó en acciones de cuidado para reunir y elaborar elementos de protección, así como también en la facilitación de sedes vecinales para la ejecución de actividades preventivas, comunicación del riesgo y trabajo formativo.

en el año 1975, nos organizamos como comedor abierto... abrimos las puertas para que llegara gente, que nos juntáramos, y eso permitió conversar con la gente... en mi casa... porque nosotros no teníamos capilla y nadie se atrevía a juntarse en otra parte... Yo siempre he dicho, cuando uno no conoce las cosas, se tiene más miedo. Cuando uno las conoce ya es diferente, es como enfrentar otra cosa (Garcés, p. 120).

Con este ejemplo queremos graficar que, si podemos recoger alguna lección de estos últimos años críticos, es la capacidad organizativa de la comunidad y sus formas de comunicación e información, las que también se instalan como brechas que deberemos abordar en esta lógica de co-construcción de políticas locales efectivas.

EN QUÉ ESTAMOS HOY DÍA

Si entendemos que la participación social es, en sí misma, un determinante de la salud, el sentido de realidad obliga a generalizar y universalizar estos espacios y, con ello, también se hace necesario profundizar y ampliar los grados de incidencia comunitaria en las

acciones de salud en el territorio, ya que este representa un agente de transformación social, ese espacio aglutinante de un potencial de recursos (humanos, institucionales, culturales y económicos) sobre los que se articularán los procesos de crecimiento económico local.

En la actualidad, desde la perspectiva del desarrollo endógeno y con atención a los derechos humanos, se requiere de la producción de conocimiento pertinente —debido principalmente a la obsolescencia vertiginosa del saber—, es decir, de la cantidad mínima de conocimiento para entender la naturaleza sistémica, abierta y compleja del problema del desarrollo, incorporar nuevos métodos y enfoques de participación real, e invertir en capital social mediante la educación e incidencia social.

Al respecto, desde un principio como equipo comunal de salud, nuestra experiencia local ha estado enfocada en desarrollar acciones coordinadas virtuosas que atiendan las necesidades de la población con un enfoque de equidad y determinación social y, en este sentido, ha sido preciso fortalecer los espacios de articulación y trabajo intersectorial para movilizar los recursos y el capital social presente en los diversos territorios de la comuna.

No obstante, pese a los esfuerzos y declaraciones bien intencionadas respecto de la emergencia de la promoción como activo transversal en programas sanitarios, aún siguen prevaleciendo ciertas visiones patogénicas, positivistas y con escasa racionalidad sustantiva para entender el sentido de las acciones humanas, más que acciones sanitarias o de otra índole reduccionista.

De ahí la importancia de un trabajo colaborativo con todos los agentes del territorio para avanzar en la construcción y puesta en marcha de los activos comunitarios, como una estrategia que permite «identificar y movilizar las riquezas y los recursos de la comunidad que generan salud entre sus integrantes a través de un proceso participativo» (Observatorio de Salud en Asturias [Obsaludasturias], 2016, s.p.).

En cuanto al sentido y sustento de visualizar la salud desde la mirada que propone la corriente emancipadora de salud (García, 2014), existen dos fundamentos centrales que dan cuenta de una

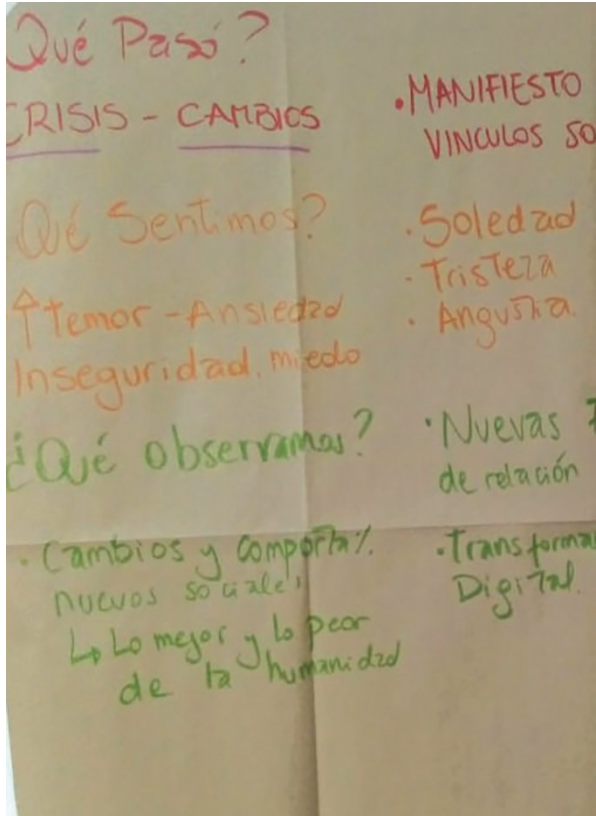
integralidad del ser humano: sus características biológicas y los diversos contextos que lo han conformado en lo simbólico.

De este modo, esta comprensión de salud niega la fragmentación de la experiencia de las personas, pues toma en cuenta sus capacidades y contextos históricos como sujetos partícipes, influidos e influenciados por un contexto determinado, es decir, como sujetos activos capaces de gobernar su devenir histórico y de ser responsables en la construcción de sus condiciones de salud.

Nuestra apuesta como equipo de salud, por lo tanto, apunta a impulsar este proceso emancipador de la promoción de la salud, dando los primeros pasos de esta senda mediante una articulación a nivel local con los distintos departamentos municipales y con los recursos del territorio comunal que, de alguna forma, dan cuenta de su interdependencia en el trabajo mancomunado, integrándose y generando soportes y tejidos sociales que promueven la construcción colectiva de la salud integral de las personas.

REFERENCIAS

- Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Oxford University Press.
- Garcés, M. (1997). *Historia de la comuna de Huechuraba*. ECO Educación y comunicaciones.
- García, D. (2014). *Introducción al enfoque emancipador de la promoción de la salud*. Universidad Autónoma de México.
- Municipalidad de Huechuraba (2018). Plan de Desarrollo Comunal 2029-2024. Secretaría Comunal de Planificación, SECPLAN.
- Simmel, G. (2012). *El extranjero. Sociología del extraño*. Ediciones sequitur.



Sección 3

Sistematización del proceso de capacitación vinculado a la guía de orientaciones de medidas de salud pública no farmacológicas, para población en situación de vulneración en contexto COVID-19



SISTEMATIZACIÓN DE LAS CAPACITACIONES
DEL PROYECTO: «EQUIPOS DE SALUD
COMO AGENTES EDUCADORES EN MEDIDAS
DE SALUD PÚBLICA NO FARMACOLÓGICAS
PARA GRUPOS DE POBLACIÓN EN SITUACIÓN
DE VULNERABILIDAD»

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, UDLA-
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA
DE LA SALUD, OPS

Diego Márquez Ossandón¹
Diego Villalobos Gómez²

¹ Sociólogo por la Universidad Católica de Temuco. Magíster en Investigación en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Analista de información en la Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.
Correo: marquezdiego89@gmail.com

² Psicólogo por la Universidad de Valparaíso. Programa de Tratamiento y Prevención de Consumo de Drogas (PDC) de la red Mejor Niñez. Valparaíso, Chile.
Correo: diego.villa29@gmail.com

PRESENTACIÓN

El presente informe da cuenta de la sistematización de datos realizada a partir de los espacios de discusión que se produjeron en el marco del proyecto «Equipos de salud como agentes educadores en medidas de salud pública no farmacológicas para grupos de población en situación de vulnerabilidad», proyecto elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y ejecutado en Chile con la colaboración de la Universidad de Las Américas (UDLA), durante los meses de octubre a diciembre de 2021.

El proyecto se estructuró sobre la base del desarrollo de instancias de capacitación a los equipos multidisciplinarios de salud pública correspondientes a siete comunas de distintas partes del país, los que asistieron —de forma presencial— a tres sesiones de trabajo, y de manera virtual, a un espacio de entrega de insumos y exposición de expertos.

Las comunas participantes se dividieron en tres áreas geográficas determinadas por sedes de la UDLA en las que se ejecutaron dichas acciones: Viña del Mar, Santiago y Concepción. En la sede de Viña del Mar, asistió un equipo de salud de la comuna de Petorca; en la sede de Santiago, asistieron equipos de las comunas de Huechuraba, Maipú y San Joaquín; y en la sede de Concepción, asistieron profesionales de las comunas de Penco, Hualpén y Tomé.

El desarrollo de las sesiones se estructuró considerando la entrega de información y facilitación de espacios para la discusión respecto de sus prácticas en el quehacer de sus funciones, además de instar a la constitución de relatos de memoria en cuanto a las vivencias que han marcado el devenir del país —y del planeta— desde marzo de 2020 a la fecha. En concreto, se propició un despliegue de procesos diagnósticos, problematización y reflexión de los equipos, para finalmente llegar a la construcción de estrategias situadas en sus territorios, dirigidas a prevenir el contagio por COVID-19 desde la aplicación de medidas no farmacológicas en la población en situación de vulnerabilidad.

A continuación, se presenta el desglose de cada uno de los pasos que siguió el proceso de sistematización, además de explicar el

funcionamiento de las capacitaciones y los focos teóricos que han otorgado un marco de entendimiento común en la ejecución de las acciones y la comprensión de los resultados.

EJES ESTRUCTURANTES DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN

En función de entregar una mirada amplia respecto de la información del presente informe, se ha considerado relevante dar cuenta de los ejes que guían y determinan la forma en que se entregarán los antecedentes, los objetivos de cada uno de estos y la operatividad explicativa en torno a la mirada macro de la salud pública y la promoción de medidas no farmacológicas en el combate contra el COVID-19 en los territorios vinculados con el proyecto. En esta línea, y en virtud de aquello que se aspira entregar, los tres ejes considerados son: proceso educativo, relato de las y los participantes y construcción de estrategias.

PROCESO EDUCATIVO

En cuanto al sustento teórico de las actividades que se ejecutaron, se releva la construcción de instancias que promovieran los espacios reflexivos y de discusión en función de elaborar —de manera colaborativa— relatos comunes y/o puntos de inflexión que nutrieran el proceso de capacitación. En ese sentido, se hizo hincapié en la base de la educación popular de Paulo Freire (1970), intencionando que los pilares del proceso se centraran en que la enseñanza por lograr proviniera de las creaciones de las y los participantes por sobre una mirada experta, propiciando la horizontalidad del conocimiento y cuestionando la entrega vertical de información.

RELATO DE LAS Y LOS PARTICIPANTES

Respecto de este eje, se explicita que la base del proceso de sistematización se asienta en los relatos que han entregado los equipos de salud en cada uno de los espacios de discusión. En este sentido, los

procesos comunicativos son complejos, como describe la sociología. Para Luhmann (1998), la comunicación es el elemento principal de los sistemas sociales; como primer paso está la emisión, posteriormente el envío de la información y finalmente la comprensión. Desde esta perspectiva, se describe que no todas las instancias son relaciones comunicativamente exitosas. Dado esto, la emisión de información por sí sola no es comunicación, sino que se requiere de un proceso mucho más complejo que se representa en la comprensión y este proceso, como fin último, solo puede analizarse en virtud de la totalidad de sus tres etapas antes mencionadas.

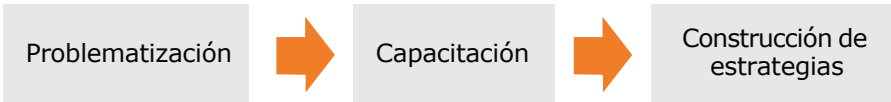
Finalmente, este proceso de forma continua elabora la auto-poesis necesaria para la función y mantención de un sistema social, es decir, su autorreproducción (Corsi et al., 1996). El espacio comunicativo se vuelve central en estos procesos, tanto para las experiencias que vivieron los equipos de salud participantes como en la capacitación *in situ*.

Por su parte, con la construcción lógica del agrupamiento de narrativas con fines explicativos a través de una nomenclatura que se ha otorgado a cada una de las diferentes actividades de la capacitación, se buscó dar cuenta de los aprendizajes y la vinculación de estos aspectos concretos con otros emotivos y simbólicos, fundamentalmente desde la visión de las y los trabajadores de la salud como protagonistas de la crisis sanitaria, entendiendo que esto ha sido mucho más complejo que solo ser profesionales sanitarios.

CONSTRUCCIÓN DE ESTRATEGIAS

El tercer eje se centra en el objetivo final de la ruta trazada por los espacios de reflexión y discusión entre los equipos de salud, y radica en la finalización de la secuencia descrita a continuación.

FIGURA 1. SECUENCIA DE ACCIÓN DEL PROYECTO



Fuente: elaboración propia.

De esta forma, uno de los puntos clave de este proceso lineal se centró en la posibilidad de situar los conocimientos construidos en los territorios de cada equipo, además del contenido local y de los aspectos identitarios de cada comuna, junto con los espacios de interacción con otras localidades y la contrastación de las realidades.

OBJETIVOS TRAZADOS POR EJE

Luego de explicitados los tres ejes estructurantes del análisis, a continuación, se da cuenta de los objetivos establecidos respecto de cada uno de estos lineamientos, con el propósito de armonizar la comprensión del texto, y de volver a esta división en el cierre del informe. Los objetivos se describen en la Tabla 1.

TABLA 1. OBJETIVOS TRAZADOS POR EJE

Respecto del proceso educativo	• Describir e implementar dinámicas y actividades que promuevan la construcción colectiva de conocimiento entre las y los participantes de los equipos de salud presentes en las instancias de capacitación.
En relación con los relatos de las y los participantes	• Analizar y construir entes aglutinadores en torno a las narrativas de las y los participantes para generar formas explicativas de mostrar los relatos de los equipos de salud presentes en las instancias de capacitación.
En cuanto a la construcción de estrategias	• Definir y relevar, como elemento fundamental del proceso de sistematización, la construcción que realicen los equipos de salud respecto de las estrategias de prevención del COVID-19, a través de medidas no farmacológicas situadas en su territorio y en la comunidad con las que se relacionan en la atención y la cotidianidad.

Fuente: elaboración propia.

ARISTAS TRANSVERSALES

Ya constituidos los ejes que guían esta sistematización, y establecidos los objetivos para cada eje en su desarrollo, se ha considerado relevante dar cuenta de dos elementos que operan como aristas transversales del proceso, es decir, que cruzan la base estructural del análisis sin ser, necesariamente, parte explícita de la construcción de las herramientas de abordaje de la información. Estos son: territorios abarcados y dinámicas desarrolladas y perspectiva de género.

TERRITORIOS ABARCADOS Y DINÁMICAS DESARROLLADAS

Acerca del desarrollo de las sesiones en cada una de las ciudades referidas, se da cuenta de dinámicas de comunicación y discusión sumamente distintas, con particularidades propias que distinguen a los territorios, tanto por su ubicación geográfica en relación con el centro administrativo del país, como por elementos de urbanización presentes en cada comunidad. A continuación, se describen los aspectos visualizados y los registros fotográficos en cada espacio.

Santiago

Las actividades desarrolladas en la capital contaron con la participación de cinco equipos de salud de tres comunas distintas, donde se promovió la discusión desde realidades disímiles en términos de la población a la que se atiende y a su nivel de vulnerabilidad. En términos de las narrativas expresadas, se destacan dos puntos: por un lado, una mirada permanentemente política y social en la comprensión de la realidad, con validación de las organizaciones sociales y del mundo desde ópticas críticas hacia la institucionalidad; y por otro lado, se releva el rol que le otorgan los equipos de salud a sus territorios como entes autónomos, al cuestionar el sentido común de vinculación vertical desde la medicina hacia las personas, e intencionando visiones de participación comunitaria en la toma de decisiones.

Viña del Mar

Respecto de lo ocurrido en esta ciudad, las sesiones desarrolladas contaron con la participación de solo un equipo de salud, correspondiente a la comuna de Petorca. Este elemento influyó en buena parte de la dinámica ocurrida, favoreciendo espacios de conversación que tendían a homogeneizar, y situarse desde hechos concretos. En términos de las narrativas expresadas, se destacan dos puntos: por un lado, el despliegue de relatos identitarios de la comuna y su particularidad en términos de la crisis hídrica que sufre, constituyendo al servicio de salud dentro de dicha dinámica, y validando además a los actores sociales que participan de la pugna por el agua; y por otro, la descripción constante de narrativas de vida rural, e incluso con aspectos de aislamiento en contraposición a la vida en las grandes urbes de la región, lo que en su opinión determina aún más el acceso a servicios y el funcionamiento de las instituciones de salud.

Concepción

En este caso, el proceso de capacitaciones se llevó a cabo dos jornadas (uniendo la primera y segunda en un día completo de trabajo), en la que participaron cuatro equipos de salud de tres comunas distintas. En términos de las narrativas expresadas, se destacan dos puntos: primero, se releva la comprensión de las poblaciones desde sus determinantes sociales, fundamentalmente asociados con aspectos territoriales de sus comunas, mayormente costeras y vulnerables, construyendo un escenario de precariedad laboral en localidades que se fundaron a partir de caletas de pescadores; y en segundo lugar, se hacía referencia constante a la ruralidad como elemento fundamental para comprender el vínculo que tienen las instituciones con sus comunidades. En esta línea, las dos comunas con mayor población rural daban cuenta de las complejidades en el trabajo intersectorial y apoyo en redes, además de complejizar el acceso concreto de apoyo médico, y también en términos de hacer llegar información fundamental para el resguardo ante la pandemia.

FIGURA 2. ACTIVIDADES EN LAS SEDES UDLA

Sede UDLA Concepción



Sede UDLA Viña del Mar



**Sede UDLA Santiago
1º sesión**



Fuente: elaboración propia.

PERSPECTIVA DE GÉNERO

Un aspecto importante por considerar —en términos basales respecto del proceso de sistematización— tiene que ver con la perspectiva de género y, en particular, con el rol que juega ésta en cuanto a la constitución simbólica de los equipos de salud, que son el pilar estructural del análisis.

En este sentido, los equipos de salud también son reflejo de cómo se representan los géneros a través de la división social del trabajo, y en América Latina y el Caribe, estos están fuertemente feminizados. En el caso de Chile, la información que entrega la Superintendencia

de Salud (SIS) indica que el 69% de las y los técnicos y profesionales de la salud pertenece al género femenino, y que cerca del 55% de esta fuerza laboral tiene menos de 34 años. La profesión mayoritaria en este contexto es la psicología, donde el 73% corresponde a mujeres, seguida muy de cerca por las enfermeras/matronas, donde el 96% se identifica como mujer. Los médicos cirujanos/as (58%) y kinesiólogos/as (55%) también representan carreras altamente feminizadas (SIS, 2021).

Es en este escenario y distribución de los equipos de salud donde se considera pertinente reflexionar acerca de su rol como agentes educadores en medidas no farmacológicas. Según datos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) la distribución por género de la fuerza laboral en salud —que no solo es representativa de Chile, sino también del continente—, consigna que 6 de cada 10 médicos son mujeres, y 9 de cada 10 profesionales de la enfermería también lo son. Este organismo relaciona la expansión de este género en las profesiones de la salud con la importancia de las habilidades blandas y el trabajo en equipo, el potencial docente y la generación de confianza, aspectos que las mujeres serían más capaces de lograr (Robles et al., 2019).

Los estudios en torno a la temática de género en los profesionales de salud, tiene una larga trayectoria en la enfermería. La pandemia dejó en evidencia varios problemas de los sistemas sanitarios, pero uno que se observó principalmente en los medios de comunicación era la visibilidad/invisibilidad de estas profesiones, aspecto que desde algunas perspectivas se produce por tratarse de un espacio fuertemente feminizado y que, dado el contexto de crisis, se relevó que los aspectos del cuidado, la educación y los ambientes laborales eran condiciones menos valoradas y relacionadas fuertemente con un tipo de género (Següel et al., 2015).

En la misma perspectiva, la Organización de Estado Americanos (OEA) señala que, en el contexto de contingencia sanitaria generada por COVID-19, se exacerbó las crisis de los cuidados para las mujeres, ya que la socialización, el trabajo productivo y el aumento de su carga se desarrollaron en distintos escenarios simultáneos:

como parte fundamental de los equipos en los centros de salud, pero al mismo tiempo, las mujeres siguieron cumpliendo con iguales exigencias sus labores al interior de sus hogares, por lo que se trató de una situación de base sumamente inequitativa (Comisión Interamericana de Mujeres [CIM], 2020).

Por último, la Organización de Naciones Unidas (ONU) recalca que, en el contexto de crisis sanitaria, las brechas salariales de género se mantuvieron, es decir, las mujeres siguieron ganando un 16% menos en promedio por igual labor. En algunos países en vías de desarrollo —como Chile— esas brechas pueden llegar casi al 30%. En esta línea, en el sector salud, esta brecha de desigualdad está evidenciándose de manera más directa: por un lado, la existencia de una sobredemanda de trabajo debido a la pandemia por COVID-19 y, por otro, la agudización de otras problemáticas como la falta de insumos de cuidado, elementos que impactan e intensifican las inequidades de género, al ser un sector compuesto en gran porcentaje por mujeres (ONU, 2020).

Los antecedentes expuestos invitan a reflexionar acerca de cómo la temática de género es esencial al vincularse con los equipos de salud y comprender los fenómenos que aborda esta sistematización, ya que tanto la población que atiende como las profesiones que componen el sistema sanitario son mayoritariamente mujeres que viven cotidianamente el impacto de desigualdades estructurales de un orden político fundamentalmente patriarcal (Forstenzer, 2019).

ESTRUCTURA DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN

En cuanto al proceso de sistematización, el objetivo general fue identificar y describir códigos de relatos y vivencias en las instancias de capacitación realizadas al personal de salud en las regiones de Valparaíso, Biobío y Metropolitana, con énfasis en la identificación de las etapas y dinámicas que marcaron el proceso, en función de reconocer los códigos que se reiteraron y que posteriormente permitirían construir categorías de análisis de las narrativas visualizadas con fines explicativos.

La base teórica se sitúa en lo que postula Cáceres (2003) respecto del análisis de contenido que, en este caso en particular, denota tanto el *contenido manifiesto* —esto es, los aspectos referidos concretamente al uso de estrategias no farmacológicas como prevención al contagio por COVID-19— como el *contenido latente*, es decir, narrativas que en los datos analizados aparecen como divergentes de la temática central, asociados por ejemplo a emociones y sensaciones vinculados con el impacto de la pandemia en términos simbólicos.

En particular, la búsqueda se concentró en reelaborar los datos brutos que se obtuvieron como insumo de los talleres, aglutinándolos en conjuntos homogéneos o clústeres que agruparan información de similar sentido, mediante una lógica de pasos sucesivos que permitiera la determinación de reglas definidas que justificaran dicho agrupamiento, ya sea por algún motivo teórico, o bien, por alguna intencionalidad del equipo investigativo.

En términos operativos, el proceso contempló cuatro pasos relevantes a seguir de forma secuencial, y que conformaron la continuidad en la dinámica de la estructuración de la información disponible, que finalmente le daría sentido explicativo a lo analizado. Los cuatro pasos fueron: códigos, categorías, supracategorías y enlace con las estrategias desarrolladas por comuna.

En primer término, los códigos se conformaron en su totalidad a partir de las narrativas identificadas en los espacios de discusión por las y los participantes del proceso de capacitación.

Luego, las categorías se definieron como conjunto de códigos en una visión más amplia y aglutinadora en torno a una temática en particular, mayormente complementada con una base teórica con fines explicativos. En este punto, es relevante notar que el enlace de los códigos hacia las categorías es flexible y no exclusivo, pudiendo un código conformar más de una categoría.

Respecto de las supracategorías, se definió que estas operaran como conjunto de categorías dirigidas a uno de los cuatro ejes que sustentan y le otorgan un marco de comprensión al proyecto³:

³ Ver la Guía de orientaciones para la aplicación de medidas no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad.

derechos humanos, participación social, comunicación del riesgo y alfabetización en salud. Complementariamente, y a partir del desarrollo del proceso mismo, se adhirió una quinta supracategoría: la perspectiva de género, comprendida como eje transversal que trasciende y cruza la estructuración de la sistematización.

Finalmente, se encuentra el enlace con las estrategias desarrolladas por comuna y donde se detallan las acciones que cada una de las comunas participantes elaboró como herramienta de intervención localizada para ejecutar en su territorio, identificando cuáles fueron las supracategorías que primaron en dicha construcción.

ESTRUCTURA DEL PROCESO DE EJECUCIÓN DE LAS CAPACITACIONES Y DINÁMICAS RELACIONALES

Respecto del desarrollo de las sesiones presenciales en cada una de las sedes de la UDLA, en este punto se da cuenta de la lógica de funcionamiento en cada caso, además de presentar los aspectos relacionales visualizados en las dinámicas comunicativas entre las y los participantes, y en la vinculación establecida con quienes cumplieron el rol de relatoras.

En esta línea, se realizaron tres sesiones en cada una de las sedes, intencionando el desarrollo de tres etapas consecutivas que se formularon en virtud de favorecer el objetivo final del proyecto: la creación de estrategias de prevención de COVID-19 en cada territorio desde el uso de medidas no farmacológicas.

TABLA 2. SESIONES CONSIDERADAS Y ETAPAS CONSECUTIVAS

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
Problematización		
Capacitación 1	Capacitación 2	Capacitación 3

Fuente: elaboración propia.

SESIÓN 1: PROBLEMATIZACIÓN Y CAPACITACIÓN I

En relación con la primera etapa del proceso, se buscó indagar en las percepciones de los equipos respecto de la temática central de las capacitaciones: el uso de medidas no farmacológicas en sus territorios, y particularmente, en la vinculación con los sectores más vulnerables de la población. De esta forma, se propiciaron espacios para visualizar cómo los equipos han comunicado el riesgo de contagio y el uso adecuado de este tipo de medidas.

En cuanto a las actividades que constituyeron esta etapa de las sesiones, se produjeron cuatro espacios diferenciados: el primero, en donde se presentaron los lineamientos generales del proyecto y se inauguró el proceso desde su marco normativo; luego, se realizó una dinámica de presentación de las y los participantes, enfocada en distender a los equipos y favorecer instancias de conversación; en tercer lugar, se desarrollaron dinámicas grupales enfocadas en problematizar la caracterización de la población vulnerable con la que se vinculaba cada comuna; y por último, los espacios de discusión en cuanto al uso de estrategias de comunicación para la población en cada territorio.

CAPACITACIÓN I

Durante la primera sesión también se llevó a cabo la segunda etapa del proceso, dirigida al levantamiento de información desde la *Guía de orientaciones para la aplicación de medidas no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad*. En concreto, se informó a las y los participantes de la existencia de este documento, intencionando discusiones acerca de sus percepciones y perspectiva de aplicabilidad en sus territorios.

Las actividades contempladas permitieron el desarrollo de espacios de discusión en cuanto a la aplicabilidad de la guía en cada uno de sus territorios, visualizando como aspecto fundamental la búsqueda de instancias de participación, y desde ahí, se generaron descripciones y comparaciones respecto de cómo los servicios de salud se relacionaban con la población que atendían, y

fundamentalmente, se direccionaba hacia la transformación de este vínculo equipos-comunidad durante el desarrollo de la pandemia. A partir de estas conversaciones, se instauraron los cuatro ejes que componen la estructura basal del proyecto: participación social, derechos humanos, alfabetización en salud y comunicación de riesgo.

En cuanto a la relación con las talleristas, la primera etapa del proceso permitió la validación de quienes guiaban las dinámicas, y facilitó el desarrollo del primer espacio de capacitación en concreto.

SESIÓN 2: CAPACITACIÓN 2

El segundo espacio de capacitación incluyó dos instancias específicas de trabajo: una que abarcó todo el desarrollo de la segunda sesión presencial; y otra que se ejecutó de forma virtual, en la que participaron todos los involucrados en el proceso.

En cuanto a la sesión presencial, el foco de las actividades se centró en la profundización de los cuatro ejes de la guía ya referidos y, fundamentalmente, en la asociación de estas estructuras teóricas con las nociones de «población vulnerable» presentes en cada territorio. De esta forma, se les propuso la creación de mapas de redes para identificar a los actores sociales presentes en sus comunas, y cómo los servicios de salud se relacionaban con ellos. Este punto en particular permitió distinguir de manera más clara los sectores rurales de los urbanos, y la forma en que los equipos se despliegan y se adaptan en función del escenario que conforman.

En relación con la sesión virtual, se propuso una dinámica expositiva desde miradas expertas en función de complementar las discusiones de los espacios presenciales, y nutrir de contenido y experiencias el próximo paso del proceso: la construcción de estrategias. En esta línea, se presentaron: Juan Guerrero Núñez con la temática «Alfabetización en salud. Un eje estratégico para la atención primaria. Bases conceptuales»; José Miguel Labrín con «Comunicación de riesgos en salud»; y finalmente, Mónica Valenzuela llevó a cabo una dinámica participativa que buscaba propiciar la interacción entre participantes de distintas comunas, y que se enfocaba en construir

reflexiones a partir de la evaluación de la incorporación de la comunicación del riesgo en sus comunidades.

SESIÓN 3: CONSTRUCCIÓN DE ESTRATEGIAS

La etapa final del proceso de capacitaciones estuvo constituida desde la narrativa de cerrar, armónicamente, las sesiones realizadas a través de la concreción —operativa y situada— de los conocimientos adquiridos, elaborando estrategias que incluyeran las nociones de localidad, interdisciplina e intersectorialidad.

Las actividades que se le propusieron a las y los participantes consistieron en formas de comparación de las ideas que surgieran en cada comuna a partir de evaluaciones de sus vínculos con las comunidades en general y con actores sociales específicos, que pudieran ser aliados u obstaculizadores en la búsqueda de medidas no farmacológicas de prevención ante el COVID-19.

En cuanto a la relación con las talleristas, fue posible identificar una cohesión de los grupos participantes y la validación del espacio como instancia pertinente y adecuada en la búsqueda de respuestas desde los equipos de salud, otorgándole importancia a la concreción de las estrategias creadas, y elaborando compromisos de trabajo colaborativo a largo plazo.

CATEGORÍAS EXPLICATIVAS

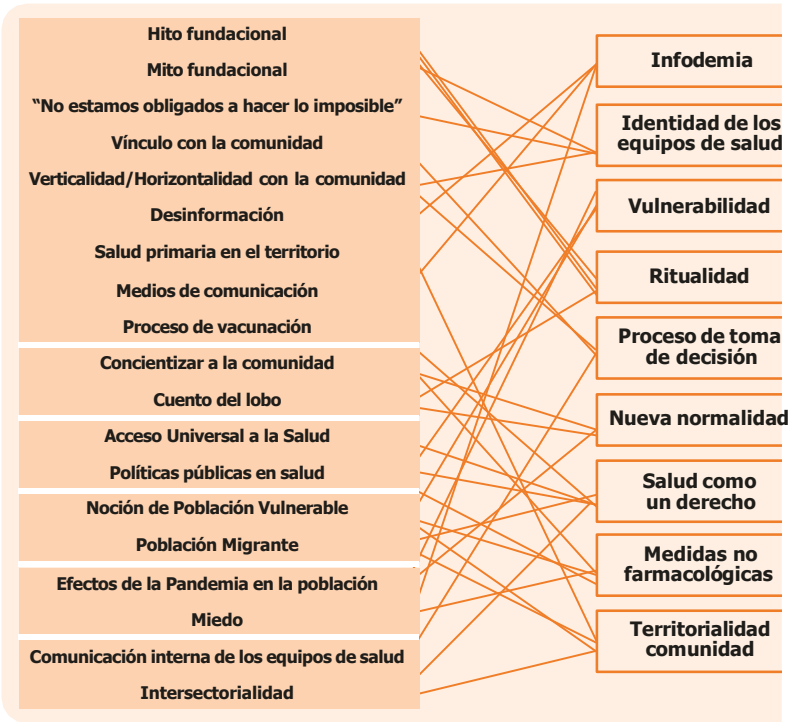
Luego de analizadas las principales narrativas presentes en el despliegue de las sesiones de la capacitación, y desarrollados los códigos asociados a cada uno de los ejes temáticos identificados, se presentan aquí las categorías de análisis con fines explicativos respecto de cada una de estas y los códigos que las componen, además del anclaje teórico y la descripción de la pertinencia de cada código —y sus aspectos específicos— en la forma en que complementa una categoría.

Para la identificación de los discursos de los participantes se utilizaron las siguientes etiquetas: cada cita textual de las y los

participantes del proceso se acompaña de la primera letra de la ciudad en la que fue mencionada, es decir: Santiago = S; Viña del Mar = V; y Concepción = C. Además, se identificó la sesión específica de la siguiente forma: Sesión 1 = S1; Sesión 2 = S2; Sesión 3 = S3). Por último, el género de la persona se etiquetó así: Hombre = H; Mujer = M; Género No Binario = NB. En el caso particular de Concepción, se consideraron las dos jornadas realizadas como sesiones, de modo que no existe una codificación de la tercera sesión.

La Figura 3 presenta un esquema resumido donde se vinculan los 19 códigos identificados con las nueve categorías elaboradas a partir del análisis descripto.

FIGURA 3. CÓDIGOS IDENTIFICADOS Y CATEGORÍAS



Fuente: elaboración propia.

En las siguientes páginas se detalla la composición de cada categoría constituida por el equipo sistematizador, junto con su justificación teórico-práctica.

INFODEMIA

Esta categoría debe su nombre a un concepto teórico desarrollado por la comunidad científica en el periodo de pandemia. Moyano y Mendivil (2021), referen que el término corresponde al exceso abrumador de información, con una considerable presencia de datos inexactos, falsos o engañosos.

En cuanto a las narrativas visualizadas y a los parámetros de análisis acordados, esta categoría está constituida por tres códigos: desinformación, medios de comunicación y miedo. Cada uno de estos entregan insumos para la construcción que han realizado los equipos de salud participantes acerca de las dinámicas de manejo de la información durante la crisis sanitaria y, particularmente, en las consecuencias que ha favorecido este escenario.

Desinformación

Este código en particular presenta una serie de aspectos visualizados en las narrativas de las y los participantes del proceso, en los que se hace referencia a ejes vinculados con la sobreestimulación de antecedentes recibidos por la población, y cómo este escenario ha implicado consecuencias complejas para los equipos de salud y su relación con las personas que reciben sus servicios.

Al respecto, es posible identificar dos aristas de análisis que han sido consideradas fundamentales. En primer lugar, la percepción generalizada en los equipos de salud en cuanto a las respuestas en la población ante la llegada y avance del COVID-19. Esta apreciación releva la noción de «incredulidad» (V; S1; M) y «falta de conocimiento» (S; S1; M) como ángulos estructurantes, y que se configuran como explicativas de patrones de conducta riesgosos y poco cuidadosos, por ejemplo, el mal uso de la mascarilla o el respeto parcial

a las medidas de distanciamiento social. En este sentido, distintos equipos de salud mencionan las fiestas clandestinas (V; S1; M) como expresión literal de la inconsciencia colectiva ante el virus.

Es que tuvimos varios procesos que se vieron dificultados, porque específicamente encontramos que había gente que no estaba bien preparada o no tenía la capacitación o la experiencia necesaria para comunicar a la población la información (C; S1; M).

En segundo término, destacan las apreciaciones de los equipos de salud respecto de conductas irracionales visualizadas en la población durante el desarrollo de la crisis sanitaria. En concreto, se visualiza, en distintas comunas, la transformación del miedo y la desinformación en comportamientos violentos. En esta línea, se recabaron relatos de ataques dirigidos a los centros de salud solicitando el acceso a vacunas en el periodo inicial de la pandemia, cuando aún no eran aprobadas ni testeadas en ningún lugar del mundo (C; S1; M); también hechos de discriminación en sus comunidades residenciales, donde vecinos les pedían no retornar a sus casas para no poner en riesgo a otras personas (V; S2; H); e incluso personas que les lanzaron cloro en las afueras de sus casas, creyendo que con dicha acción frenarían la propagación del virus (V; S1; M).

Medios de comunicación

Este código hace referencia a las discusiones en cuanto al papel que cumplieron los medios de comunicación masiva dentro del proceso estructural de difusión de la información. Se identificaron aquí dos momentos clave.

Una primera instancia ocurrida como preparación y capacitación obtenida antes de la llegada del virus al país. Durante esta fase existía una tranquilidad frente al comportamiento del virus, reconocían sus capacidades humanas y disponían de recursos físicos para lidiar con este. Se planearon en este momento estrategias de difusión por vía remota, para mantener un contacto estrecho con las comunidades. Luego, en el inicio efectivo del aumento de casos e implementadas

las medidas de confinamiento, se generaron situaciones de angustia en el personal de salud, puesto que el diseño de la trazabilidad de los recursos no daba abasto.

Tampoco hay apoyo del Estado... la comunicación de la pandemia debió haber venido del Estado, no de los equipos de trabajadores de la salud (C; S1; M).

El segundo momento relevante estuvo marcado por la brecha etaria y la relación de la población con los medios de comunicación. Aquí los jóvenes —a través del uso de las redes sociales— tenían un mayor acceso a la información que se difundía allí, lo que trajo como consecuencia la conformación de dos frentes: «los antivacunas» (S; S1; M) y «los anticovid» (C; S1; H), los que generaron fuertes choques, pues ejercían la propagación del miedo, desinformando y complejizaron las funciones del personal de la salud.

Los anti —que hay anti todo—, que nunca van a estar de acuerdo con ninguna propuesta porque, aunque estén de acuerdo aparentemente, no van a estar de acuerdo después (S; S1; H).

Para intervenir de manera positiva frente a esta situación, los dirigentes comunitarios fortalecieron estrategias alternativas de comunicación.

Las redes sociales y los medios como algo que en el fondo tiene una alta influencia, pero que han actuado también en forma indifere-
nte, porque comunican en base a cómo se mueve el termómetro (C; S1; M).

Miedo

En cuanto a este código, las temáticas abordadas dentro de los espacios de discusión se direccionaron en profundizar en lo ocurrido durante el periodo de pandemia, y en analizar aquellas fibras de supervivencia presentes en la población como sujetos colectivos e individuales. En este contexto, el miedo, en tanto emoción básica, fue un factor desencadenante que se manifestó dentro del personal de

salud con diversas extensiones: en incertidumbre (V; S1; M), sensación de sentirse vulnerables (C; S2; M), pánico (V; S1; H), temor a lo desconocido (C; S1; M) y al desempeño del virus mismo (V; S1; H).

En esta línea, se generaron ejes de discusión acerca de las vivencias en sus espacios personales y laborales, y los resguardos para protegerse del virus, al tiempo que lidiaban con la permanente sensación de miedo de contagiarse y propagar la enfermedad. En este contexto, por un lado, se relata que se vivió «pánico social comunitario» (V; S1; M), que se evidenció entre los compañeros de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) quienes, al ingresar a los turnos, se observaban a sí mismos minuciosamente para despejar dudas de cualquier síntoma visible que hiciera sospechosos de portar el virus. Y, por otro, en sus espacios privados y personales, el miedo se manifestó cuando la población actuó de manera violenta ante el personal de salud, lanzando cloro a las puertas de las viviendas de las y los trabajadores, hasta el extremo de pedirles que no llegaran a sus casas:

el miedo saca lo mejor y peor de nosotros (C; S3; M).

La primera ola para nosotros significó muerte, desempleo, confusión y los sentimientos asociados eran dolor, pena, abandono, rabia, angustia y mucho, mucho miedo (C; S1; M).

El miedo en la población mostró que puede causar efectos contradictorios, pero que provienen de una misma manifestación de violencia. En esta línea, los equipos de salud relataron que algunas comunidades se autoconfinaron como medida de prevención, pero al tiempo después, se estaban realizando fiestas clandestinas:

Dolor, pena, rabia, abandono, angustia y mucho miedo, miedo por lo que nos estaba pasando a nosotros y nuestras familias, pero también en el trabajo y la población en general (C; S1; H).

Identidad de los equipos de salud

Esta categoría hace referencia a narrativas que han estado sumamente presentes en las sesiones de capacitación, y que dan cuenta de los procesos emocionales, vinculares y relacionales que han vivido quienes se desempeñan como trabajadores de la salud. En la misma línea, aparecen referencias al cambio radical que ha transformado el sentido de pertenencia hacia su espacio laboral, y también respecto de cómo el resto de la sociedad los mira y comprende en cuanto al rol que han jugado en el transcurso de la pandemia.

En esta línea, el Colegio Médico de Chile (Colmed), a través de un informe publicado en abril de 2021, refiere las complejidades que han debido atravesar quienes se desempeñan en este rubro desde marzo de 2020 a la fecha, remarcando las sugerencias que han explicitado organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ONU en cuanto a valorar el trabajo de los equipos, y resguardar y garantizar el buen funcionamiento de los sistemas a través del cuidado de las personas, tanto a nivel físico como en salud mental. En este contexto, la categoría a detallar consta de cuatro códigos temáticos: mito fundacional, verticalidad/horizontalidad de los equipos de salud en su vinculación con la comunidad, efectos de la pandemia en la población y «no estamos obligados a hacer lo imposible».

Mito fundacional

Este código nace como mecanismo agrupador de narrativas simbólicas respecto del inicio de la crisis sanitaria, y los componentes constitutivos de la nueva cotidianidad, tanto para las y los trabajadores de la salud como para la población en general. En concreto, se visualiza una serie de discusiones y narrativas que surgieron como respuesta emocional a los hechos ocurridos desde marzo de 2020 (descritos en detalle en el código «hito fundacional»), tanto como personas que vivieron un fenómeno mundial que transformó sus vidas, como desde el rol de trabajadores de la salud, en el que

fueron interpelados por la sociedad como líderes de una batalla. En ese sentido, se identifican emociones expresadas como «pánico» (V; S1; M), «angustia» (C; S1; M) e «incertidumbre» (V; S1; H) entre los elementos más referidos, pero sumamente vinculados con nociones más complejas, como la «falta de empatía por parte de la población» (V; S1; M), tanto en el desarrollo de cuidados comunitarios de prevención, como hacia quienes desempeñaban labores en el sistema de salud. En paralelo, se observaron concepciones traumáticas como marcas iniciales del mito a construir, asociadas al «miedo a la muerte» (S; S1; H), como eje estructurante de una ambivalencia en el sentir colectivo: por un lado, querer combatir al «enemigo», y, por otro, la sobreexposición que ello implicaba en términos individuales y del riesgo de contagiar a sus familias y cercanos.

Verticalidad/horizontalidad de los equipos de salud en su vinculación con la comunidad

Este código en particular ha sido constituido por todas las referencias asociadas a las relaciones de poder entre los equipos de salud y la población en general, particularmente respecto de los procesos pedagógicos implicados en el desarrollo de la pandemia por COVID-19, y las resistencias que la misma comunidad ha expresado ante el discurso científico.

En esta línea, ha sido posible visualizar la presencia de discursos que destacan la participación y organización comunitaria como eje fundamental de los procesos de vinculación con la población. Es relevante referir que estas narrativas se encuentran presentes, de forma mucho más manifiesta, en los equipos de salud de sectores urbanos, configurándose una arista diferenciadora que sitúa las prácticas horizontales en el manejo del poder, mayormente, en las grandes urbes del país.

Efectos de la pandemia en la población

En cuanto a los efectos que ha generado la crisis sanitaria en la comunidad, tanto en la población en general como en las y los trabajadores de la salud desde sus vivencias personales, este código se configura en la comprensión de aquellos discursos, mayormente narrados en primera persona, que dan cuenta de distintas aristas de complejidad que ha dejado este periodo de transformaciones. Con fines explicativos, se han diferenciado en dos niveles: el nivel emocional de afectación y el nivel conceptual de afectación.

En primer lugar, el nivel emocional de afectación agrupa una amplia gama de descripciones fenomenológicas respecto de eventos críticos vivenciados —de forma colectiva— desde marzo de 2020 hasta la fecha, y que apela a narrativas más transversales en el tiempo que las desarrolladas en el código «mito fundacional». En esta línea, se releva un eje de sintomatología ansiosa asociada con «melancolía» (V; S1; M), «inseguridad» (S; S1; H), «miedo» (V; S1; M), «impotencia» (V; S1; M), «irritabilidad» (C; S1; H) y «enojo» (V; S1; M), configurándose las consecuencias en la salud mental de las personas como un aspecto de importancia transversal. En contraparte a la descripción de estados emocionales desestabilizantes, es posible identificar discursos de optimismo, mayormente vinculados con «esperanza» (S; S1; M), «resiliencia» (V; S1; M) y «solidaridad» (V; S1; M), destacándose acciones de la sociedad civil individuales (como la donación de víveres y colectas dirigidas a sectores precarizados) y colectivas (participación en ollas comunes y construcción de tejido social).

Conductas temerarias significa que hay gente que tenía los recursos, estaba sensibilizada a la información, aún así seguía cometiendo acciones que ponían en riesgo a los demás (V; S1; M).

En el caso del nivel conductual de afectación, este se encuentra principalmente asociado con las consecuencias directas de los periodos de cuarentena estricta y limitaciones de movilidad, además de la transformación de los espacios sociales y de interacción con otras personas. En concreto, existen referencias al «sedentarismo» (S; S1; H) como eje explicativo de fenómenos

de aumento en la obesidad/ malnutrición, licencias médicas por salud mental y dinámicas familiares que cambiaron radicalmente, favoreciendo escenarios de hacinamiento y/o violencia intrafamiliar. En la narrativa de agudización de estos aspectos, se identifica la idea de «normalización del caos» (V; S1; H) como comportamiento colectivo que ha ajustado sus costumbres a una «nueva normalidad» (V; S1; M).

«No estamos obligados a hacer lo imposible»

Este código en particular está nombrado desde una cita textual extraída de una de las sesiones, y se configura como eje explicativo del rol de las y los trabajadores de la salud en el combate contra la crisis sanitaria. En concreto, se ha visualizado una narrativa común que se funda en la sobreexigencia a la que se vieron expuestos los equipos de salud, interpelados tanto por las instituciones de poder como por la población, quedando en una posición que se hacía constantemente incómoda y que pocas veces fue recompensada de forma efectiva. Complementariamente, se reiteran metáforas con lenguaje de guerra en la percepción global de los primeros meses, como la autodefinición de «batallón» (C; S1; M) y el constante uso del concepto «primera línea» (V; S1; H), asociado también a los significantes simbólicos posteriores al proceso de Estallido social ocurrido en Chile en octubre de 2019.

Me voy llena de entusiasmo de saber que también en otros territorios hay puntos en común que nos hacen converger en el concepto de salud que lo construimos entre todos y todas (S; S3; M).

Situaciones límites en donde las relaciones laborales y de efectividad se tensionaron al máximo por ciertos hechos ocurridos:

no nos dejan tomarnos vacaciones, como estamos a tope con el trabajo empezamos a tener cargas administrativas que antes no teníamos, y la verdad es que todo se redujo a que no podíamos tomarnos días para descansar (S; S2; M).

VULNERABILIDAD

La tercera categoría por describir radica en el concepto de vulnerabilidad, elemento comúnmente utilizado en las clasificaciones de población y en la creación de indicadores relacionados con el desarrollo humano. Para la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), el concepto de vulnerabilidad social se basa en dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico social de carácter traumático. Por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento (Pizarro, 2001). Para Techo.org (2020), en tanto, existe la «vulnerabilidad social» que se explica desde dos componentes: uno asociado a la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades y las familias en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto de algún evento económico-social traumático; y otro relacionado con el manejo de recursos y las estrategias que estos mismos usan para enfrentar los efectos de ese evento.

Dados estos antecedentes, era muy importante la manera en que los equipos de salud participantes pensaran y definieran este concepto, ya que fue uno de los objetivos planteados desde un inicio del proyecto. Los dos códigos que conforman esta categoría son: políticas públicas en salud y noción de población vulnerable.

Políticas públicas en salud

Este código agrupa relatos y descripciones que realizaron los equipos de salud acerca de las políticas públicas en salud. Debido al contexto de vulnerabilidad de estos territorios, el área de salud fue una de las más afectadas, principalmente por los escasos recursos municipales destinados a su funcionamiento. Un aspecto relevante referido en las discusiones fue la exigua infraestructura asignada, pues muchas locaciones dentro de los CESFAM debieron

reconvertirse para atender la demanda de los pacientes y, en algunos casos, ocupar espacios comunitarios como sedes de juntas de vecinos y otras dependencias municipales que no estaban habilitadas para este tipo de atenciones.

hay escasos recursos municipales para salud; se vio inexperiencia del gobierno y sus políticas sobre todo las económicas. Gran parte de nuestra población empezó a depender del IFE⁴. Nosotros veíamos lo que pasaba con el COVID-19 en otras partes del mundo tres semanas antes de lo que llegaría a pasar acá y aun así llegamos tarde. No había alcohol gel ni mascarillas para el personal de salud, mucho menos para la población (S; S2; M).

Si lo vemos desde las grandes directivas, estuvieron muy ausentes exigiendo cosas que prácticamente no se podían dar y nosotros interactuando con la comunidad y entendiendo que lo que realmente se necesitaba era muy por sobre lo que ellos esperaban (C; S1; M).

El proceso de vacunación abrió una segunda etapa. Los participantes refirieron que tanto los equipos de salud como la población en general sintieron una «profunda esperanza» (V; S1; M), ya que la creación y disponibilidad de vacunas significaba la posibilidad de un término al periodo de la pandemia.

Los relatos también hablaban de las restricciones sociales. Al respecto se comentó que los confinamientos y las restricciones de movimiento produjeron cambios en las conductas de las personas: las organizaciones de ollas comunes y surgieron redes comunitarias para dar respuesta a las crecientes necesidades del periodo.

La mirada estatal paternalista no permite generar toma de decisiones comparativas entre la familia, comunidad y el individuo. No hay planes transversales en los CESFAM (...) los equipos y la institucionalidad es vertical, ya que la salud se observa desde lo patológico, como un modelo biomédico, y eso lo hace rígido (C; S2; M).

⁴ Ingreso familias de emergencia, IFE, es un seguro social implementado por el Gobierno de Chile y destinado a las personas que no pudieron trabajar debido a las cuarentenas impuestas para evitar contagios por COVID-19.

Si el modelo de salud es «familiar y comunitario», la comunidad necesita ser partícipe y apropiarse de su rol activo; el personal de la salud necesita dedicarse en gran medida a lo biológico, y los otros profesionales de la salud a los planes de promoción para equilibrar el trabajo (S; S2; M).

Noción de población vulnerable

Un aspecto que se trabajó detalladamente con los equipos de salud fue la definición de población en situación de vulnerabilidad. Esta síntesis hace alusión a los principales relatos que dan sentido a esos debates, donde esta noción apuntó a imbricaciones sociales, políticas y materiales que impactaron directamente la salud de las personas, es decir, en aquellas más propensas a convivir con un permanente ir y venir a los centros sanitarios.

población vulnerable es aquella que presenta un grado de limitación de recursos que determinan el acceso a bienes y servicios y/o a determinados riesgos (S; S2; M).

Según los equipos de salud, la falta de recursos tiene que ver en gran medida con temas estructurales: desprotección social (S; S2; M) y poco acceso a servicios básicos (agua, luz, internet, vivienda, etc.) (S; S2; H), pero también refieren ejes como la pobreza y desempleo (V; S2; M), la falta de oportunidades asociada a la deserción escolar (C; S2; M), escasa oferta laboral (V; S1; M), disfunción parental familiar (S; S2; M), violencia (V; S1; M), soledad y abandono (S; S2; M), densidad de población migrante sin redes de apoyo (V; S1; M) y hacinamiento (V; S1; H). Como se aprecia, se trata de un grupo de personas que tiene disminuida su capacidad de prevenir, resistir y sobreponerse a los impactos de las situaciones cotidianas.

A nivel conceptual vemos necesaria la diferenciación entre situación de pobreza y situación de vulnerabilidad (C; S2; H).

La discusión de los equipos de salud también evolucionó hacia distinguir entre los conceptos de vulnerabilidad y de pobreza. La primera fue descrita como una:

condición que acoplaba una gran cantidad de variables, y que no todas dependen de las personas, más bien de su entorno, la salud y ejes socioculturales, también aspectos simbólicos como la estigmatización (V; S1; H).

La vulnerabilidad, en tanto, aparece como algo mucho más complejo para los equipos de salud, pues es referida como «una condición que no puede dejar atrás lo económico» (S; S1; H), y que está anclada al territorio (rural o urbano), a los vínculos sociales y a la estigmatización que sufren grupos sociales, como la población migrante.

Para avanzar, los equipos de salud propusieron que esta problemática se enfrente de forma interdisciplinaria, es decir, no solamente entender la transmisión de los riesgos para esa población como una labor de los equipos de salud, sino como un deber de todos los equipos municipales. Como respuesta práctica, se propone que estos conceptos aparezcan definidos en el Plan de Desarrollo Comunitario (PLADECO) y que sean una guía de trabajo e intervención comunitaria para todos los actores del municipio.

RITUALIDAD

Esta categoría en particular aborda el concepto de rito como aquellos mecanismos creados por la comunidad para establecer vínculos y reforzar los lazos de los individuos, a la vez que se enraízan en tradiciones creadas para enaltecer o soportar crisis emocionales. Estas dinámicas ayudan a conservar la seguridad interior frente a las crisis y, de esa manera, se fortalecen y perpetúan a través de símbolos aplicados.

El cuidado es en relación con el círculo vital, yo veo al adulto mayor que llegan con unas mascarillas con salsa de tomate, o muy lavadas como llenas de motitas... eso se ve en todos ahora... pareciera que el cuidado y la calidad de la mascarilla ya no cuenta, es como un rito de no cuidarlas (V; S1; M).

En esta línea, se detallan tres códigos que constituyen el desarrollo del concepto de ritualidad: hito fundacional, mito fundacional y cuento del lobo.

Hito fundacional

Este código corresponde a ese primer instante caótico de asimilación de la situación de pandemia. El personal de salud lo identificó como la «percepción de incredulidad» (V; S1; M) en relación con que el virus pudiera salirse de control durante el brote en China, y la situación de descontrol a partir del proceso de protestas y transformaciones sociales en el marco del Estallido social. Ambos momentos marcaron un hito, un quiebre cuyo significado simbólico refiere a crisis y cambios estructurales.

El hito se marca, desde los relatos de los equipos de salud, en el primer brote del virus en sus lugares de trabajo, y empieza a ser concreto con los cambios de los turnos y, más aún, cuando llega la circular de la institucionalidad, explicando que el personal de riesgo debía aislarse por enfermedades preexistentes, lo cual causó que muchas y muchos compañeros de trabajo del ámbito de la salud tuvieran que irse a sus casas por resguardo de su bienestar.

En cuanto a lo comunitario, el hito fundacional se hizo concreto al observar a través de los medios de comunicación el estado de catástrofe en otros países, los números de fallecidos, la velocidad de la propagación, las noticias del desabastecimiento y la parálisis producida por la declaración de la pandemia, cuyo desenlace efectivo fue la declaración de la cuarentena obligatoria que, desde todos los puntos de vista, creó una modificación en la manera de ser y habitar el mundo.

ahí todo cambió sin vuelta atrás, decretaron las primeras cuarentenas y era como estar en una película (V; S1; H).

Mito fundacional

En cuanto a la construcción de la noción de mito —visualizado como articulación de un sistema de ideas que organiza una experiencia traumática dentro de un grupo social—, se refiere a que la experiencia del inicio de la pandemia dejó marcas que se superan a través de ciertos mecanismos simbólicos, que hemos denominado bajo la categoría del mito fundacional, es decir, elementos aglutinados de significantes que apelan a la narrativa —a veces onírica— del cambio en la cotidianidad ya explicada en la noción de hito.

Este eje está compuesto por narraciones diversas, y que contienen aspectos emotivos que se fortalecen a través de rituales, generando una mayor cohesión entre los sujetos. En este contexto, se identificó la construcción del «mito del guerrero», presentado en los relatos a través de frases cuyo referente simbólico remite permanentemente a la lucha: «nos preparamos para combatir, como si fuéramos un ejército» (C; S1; H), «sentimos que estábamos en una guerra» (V; S1; M), «así es la vida, sin certezas, vamos a morir» (C; S1; M).

Cuento del lobo

Este código hace parte de la categoría de la ritualidad y opera como referencia a una frase acompañada de la sucesiva explicación durante una de las actividades participativas, como una manera simbólica de explicar el fenómeno de la pandemia desde la vivencia particular de las y los trabajadores de la salud.

El cuento del lobo gira en torno a la figura del «pastor» (discurso oficial), quien juega con el sentido de seguridad de una comunidad —cuya principal fuente de supervivencia era la producción de lana—, amenazando con la llegada de un «lobo feroz» que quiere devorar a todas las ovejas. Así, por varias noches seguidas el pastor grita que viene el lobo, para observar la reacción de la comunidad que, con rabia, descubre la broma. Posteriormente, una noche cuando ya nadie creía en la presenciamiento del lobo tras los gritos engañosos del pastor, el animal efectivamente llega y devora a todas las ovejas, tomando

por sorpresa a la población, que tras las amenazas reiteradas (e incumplidas) había perdido su capacidad de reacción y de defensa.

Las y los profesionales de la salud relataron que dicha historia se vivenció en ambas direcciones, señalando que «ni nosotros ni ellos lo creíamos» (V; S1; M), refiriéndose a los equipos de salud y a la población general acerca de la llegada del COVID-19. En paralelo, se identificó que la narrativa expresada por el Gobierno, tanto por vías oficiales como a través de los medios de comunicación, intentó transmitir campañas que tranquilizaran a las personas.

la información de la autoridad era de certeza, con que esto no llegaría y si llegaba, estábamos preparados para la situación (S; S1; M).

A partir de narrativas de este tipo se hizo referencia a la concreción del cuento del lobo, gracias a lo cual se fueron afianzando los imaginarios colectivos de desconfianza, a partir de especulaciones de control que culminaron siendo falsas.

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

La presente categoría apela a la forma en que se da sentido a los relatos de los equipos de salud en cuanto a cómo se articularon los vínculos sociales durante la pandemia, ya sea entre los mismos profesionales, entre sus jefaturas y, fundamentalmente, en el proceso de interacción con sus comunidades.

Desde la sociología, se puede observar un esfuerzo teórico donde los vínculos se destacan por su fuerza y de una forma probablemente lineal (Granovetter, 1973) que combina el tiempo, la intensidad emocional, intimidad (confianza mutua) y los servicios recíprocos que caracterizan dicho vínculo. De esta forma, se pueden orientar los procesos y su articulación, lo cual está fuertemente relacionado con la manera en que se reconfiguraron los vínculos durante la pandemia por COVID-19, con tensiones y acercamientos, y cómo se estrecharon los lazos en los territorios a raíz de las experiencias de los equipos de salud. Se destacan aquí los siguientes códigos:

vínculos con la comunidad, comunicación interna en los equipos de salud y verticalidad/horizontalidad de los equipos de salud con la comunidad.

Vínculo con la comunidad

En cuanto a este código, es relevante señalar que para los equipos de salud todo el periodo pandémico significó una revinculación con sus comunidades. El acercamiento que existía, el cual era valorado por ambas partes, para algunos equipos significó un retroceso de años de trabajo colaborativo y comunitario, algo así como una especie de pérdida de la confianza. Al inicio de la crisis sanitaria se observaban sentimientos encontrados, refiriendo que no existía autocuidado en la población. Se evidenció una falta de empatía de la comunidad hacia la labor que realizaban los equipos de salud, sumado cierta discriminación y maltrato.

Mientras nosotros estábamos cumpliendo todos los protocolos y éramos la primera línea contra el COVID-19, veíamos que existían fiestas clandestinas como eje de porfía (V; S1; M).

Otro aspecto negativo que fue visualizado por los equipos de salud fue la violencia hacia los equipos de trabajadoras y trabajadores, pues creían que ellos traían el virus a los territorios al estar expuestos en sus lugares de trabajo. Los comentarios referían a una «caza de brujas» (V; S1; H), y que los apuntaban con los dedos principalmente donde ellos vivían. Se dieron situaciones de intimidación a los trabajadores de los CESFAM por situaciones de muerte de usuarios y contagios, sobre todo por las condiciones de hacinamiento. Los funcionarios eran los responsables de lo que estaba pasando:

El miedo inicial se transformó en violencia al poco tiempo, la gente tiró cloro afuera de las casas de algunos trabajadores de la salud (V; S1; M).

Los equipos de salud destacaron igualmente que las comunidades se autoorganizaron en cadenas de ayuda para suministrar mascarillas, alcohol gel, alimentos y asistencia a los adultos mayores. Este tipo de iniciativas también fue articulado, en la mayoría de los casos, desde los CESFAM, lo que en la segunda etapa de la pandemia significó un cambio positivo en la relación de estos centros con sus territorios.

Valorar cuál ha sido el rol de nosotros como agentes de salud en la contención de esta pandemia, en estos escenarios de crisis es donde florece lo mejor y lo peor de las personas y las instituciones (C; S1; M).

Al respecto, el proceso de vacunación sin duda fue una situación positiva que ayudó a recomponer esos vínculos, proceso que también no estuvo exento de roces, como los quiebres de almacenamiento de vacunas y las filas producto de la espera para conseguirlas. A juicio de los equipos de salud, esto podría volver a cambiar en función de la gravedad de la situación sanitaria, aspecto que ya se tiene considerado para salvaguardar este tipo de relaciones.

Comunicación interna en los equipos de salud

Este código hace referencia a las tensiones presentes dentro de la dinámica relacional de los equipos de salud. Los relatos describen que estas tiranteces fueron producto de la confusión en las decisiones de las autoridades sanitarias del país y que ello se trasladó a las disposiciones locales.

en el inicio de la pandemia, la comunicación de riesgo fue confusa y errada con muchas frases desafortunadas, las cuales provenían de la máxima autoridad sanitaria del país, el ministro de Salud (C; S1; M).

La toma de decisiones fue discutida por los equipos de salud: mientras algunos comentaban que no las compartían de plano, otros describieron que ciertos cargos directivos consultaron con los equipos de la primera línea, y se pudo enfrentar la crisis de otra manera. Como se describió en el código anterior, muchas de las iniciativas

para retomar un trabajo coordinado con las comunidades fueron locales, es decir, desde los mismos equipos se plantearon aspectos que hicieron la diferencia para recomponer el vínculo con sus territorios, y el factor de comunicación interna fue clave para lograr estrategias y acciones prioritarias para combatir el COVID-19:

el director de servicio nunca nos acompañó a las actividades en terreno. Fue una decisión no sacar a los profesionales de los *box* y llevarlos a las escuelas (S; S2; H).

Verticalidad/horizontalidad de los equipos de salud con la comunidad

Este código en particular profundiza en los discursos de los equipos de salud, eje en el que se pudo observar una discusión respecto de la verticalidad/horizontalidad con la que los equipos de salud se vinculan con sus comunidades, lo cual habría provocado que la pandemia se combatiera con distintas sensaciones entre las y los profesionales de la salud, quienes consideraban importante remarcar el vínculo cercano que tenían con los dirigentes sociales del territorio, ejemplificado en programas como educadores y comunicadores de salud. En esos contextos, propusieron que había ciertos determinantes sociales de la salud, como la pobreza, el desempleo y el acceso a servicios básicos, entre otros y que eso permitió tener lazos sociales más horizontales los que, fundamentalmente, culminaron en diagnósticos participativos donde los dirigentes y educadores fueron los principales articuladores:

Un gran porcentaje del personal de salud está educado en esta toma de decisiones de forma vertical: yo entrego una indicación y espero que el usuario la cumpla, y cuando viene con un *feedback* —«yo creo doctor que es mejor esto»—, mucha de la gente de salud se siente choqueada (S; S2; M). Se ha trabajado y requieren planes consensuados en una relación de horizontalidad para dar mayor participación social cuando se vuelva a las actividades presenciales, donde se deben retomar las mesas barriales, diálogos ciudadanos, y diagnósticos participativos (S; S1; M).

En los territorios desde donde provenían los equipos de salud, se señalaron lugares con gran población de adultos mayores que evidenciaba una brecha tecnológica y económica, lo cual dificultó mucho más la relación con la institucionalidad. Esto representa una autocrítica importante para estos equipos de salud, y en cómo se proyectan respecto de la forma de intervención que se realiza.

Hay un choque con lógicas institucionales muy vertical, con un modelo centrado en la enfermedad y lo patológico que le da preponderancia a las prácticas del modelo biomédico, lo que genera rigidez institucional (C; S1; M).

Según lo anterior, para los equipos de salud esto genera una alteración de los procesos de diagnóstico y eso transforma la relación de los usuarios y los profesionales de la salud. En una mirada más estructural, esto se produce por una «visión paternalista desde el Estado» (C; S1; M), la cual permea las relaciones con los ciudadanos:

Todas las actividades que tienen que ver con educación y comunicación de información son de un modo unidireccional, nosotros creemos que estamos diciendo, y la gente está entendiendo automáticamente, porque no nos hemos cuestionado si es la forma adecuada de entregar la información (C; S1; M).

NUEVA NORMALIDAD

Esta categoría en particular aúna tres códigos que han construido las nuevas normas de convivencia desde del inicio de la pandemia en marzo de 2020 y se enfoca en cómo los equipos de salud han apoyado la configuración de dicho proceso, elaborando estrategias de comunicación hacia la comunidad de modo que favorezcan un contexto de cuidados y medidas de prevención.

El concepto de «nueva normalidad» ha sido utilizado por figuras del Gobierno y del ámbito público para referirse a los cambios en la cotidianidad de la población producto de la crisis sanitaria, y también fue citado por los participantes en los espacios de discusión.

Se reúnen aquí los siguientes códigos: concientizar a la comunidad, cuento del lobo y efectos de la pandemia en la población.

Concientizar a la comunidad

El presente código ha aglutinado discursos de los equipos de salud en su lucha para que la población opere con las medidas más básicas de cuidado ante el COVID-19, y fundamentalmente, las complejidades que han encontrado en ese proceso. En esta línea, se visualizan dos ejes: falta de conocimiento y conciencia y reconfiguración de los espacios de comunicación.

La «falta de conocimiento y de conciencia» (V; S1; M) por parte de la comunidad, sumada a la idea de que las medidas sanitarias no se respetan en los espacios cotidianos (uso de mascarilla y el lavado de manos), direccionan las narrativas hacia la irresponsabilidad de las personas que asisten a los centros de salud.

Por otro lado, los mismos equipos reconocen que «los espacios de comunicación se han reconfigurado» (C; S1; M), haciendo referencia a la transformación de los vínculos, y validando que han existido cambios radicales de las conductas sociales en virtud de prevenir contagios por COVID-19. En esta línea, se menciona la cancelación de eventos masivos (V; S1; H) y la tendencia general a aislarse (S; S1; M) durante el periodo más crítico de la pandemia.

Cuento del lobo

Este código —ya desarrollado en la categoría «ritualidad»— se construye como metáfora explicativa respecto de la percepción distante del COVID-19, y la negación colectiva a que pudiera «afectarme a mí» (V; S2; M), por más que todo alrededor indicara lo contrario. En este marco, se identificaron dos aspectos atingentes al análisis de la categoría «nueva normalidad»: por un lado, en relación con el acercamiento del virus al país, y la percepción de que no llegaría a Chile o que, de hacerlo, no afectaría de igual modo a lo que había ocurrido en países de Europa en el verano de 2020; y, por

otro, que los equipos de salud visualizaron que la población «posee un sentimiento de invulnerabilidad» (V; S2; M) e «incredulidad respecto de la pandemia» (V; S2; H), complejizando los intentos por educar en la prevención, y en consecuencia, emergieron resistencias ante la construcción de un marco relacional que resguardara el contagio por COVID-19.

Efectos de la pandemia en la población

En cuanto a las consecuencias que ha provocado la pandemia en la población, y la forma en que este escenario ha ido construyendo una nueva manera de relaciones y patrones de conducta, se consideró relevante incluir el presente código en la categoría de «nueva normalidad», tomando uno de los niveles ya referidos en el presente informe.

Al respecto, se da cuenta del ya señalado nivel conductual de afectación en cuanto al proceso de acostumbramiento a los periodos de aislamiento y cuarentenas, lo que generó un escenario en el que, ya en un contexto de liberación de las medidas, la población tendió a mantener conductas de «sedentarismo» (S; S1; M), producto — desde la óptica de los equipos de salud— del trauma que significó el largo periodo de encierro, aunque para otros también significó la apertura a otras oportunidades:

la sociedad fue más fuerte que la pandemia (C; S1; M).
Para muchos fue también una oportunidad, una oportunidad para poder estar aislado con uno mismo, nuestras casas, nuestras familias (S; S1; H).

SALUD COMO UN DERECHO

Esta categoría se ha configurado sobre la base de cuatro códigos, todos con alusiones a la comprensión del acceso a la salud como un derecho humano que debe estar garantizado para toda la población, sin discriminación alguna. En lo expresado por los equipos de salud

existen aristas de análisis más complejas y profundas en cuanto a las dificultades macrosociales y a la desigualdad en el acceso a los servicios básicos, y también referencias más concretas, como la capacidad operativa de la institucionalidad en el proceso de vacunación.

Acceso universal a la salud

Este código se ha erguido como uno de los más abundantes en términos de referencias, fundamentalmente por la amplitud de temáticas y visiones al respecto. En ese contexto, se han identificado dos líneas de análisis fundamentales en términos explicativos: la primera apela al funcionamiento de la salud pública en Chile y a su cobertura, visualizándose una mirada aunada respecto del buen funcionamiento general del sistema en cuanto a la entrega de servicios, pero con dificultades para llegar a sectores aislados —narrativa extraída de las comunas con población rural (V; S2; M) (C; S2: M)—, y escaso acceso a especialistas como problema transversal del sector público, haciendo que la entrega de atenciones se vea, en muchas ocasiones, negada por falta de recursos.

La segunda línea de análisis se vincula con la persistencia en la entrega de servicios durante la crisis sanitaria y, fundamentalmente, hasta qué punto se cuestionó el derecho a la salud por el direccionamiento de esfuerzos para combatir la pandemia. Respecto de ello, se registra una serie de relatos asociados a la reconversión de camas y a la priorización de pacientes con mayores expectativas de vida, donde el factor ético en los equipos, y las discusiones internas que se dieron en dichos contextos fueron fundamentales. De forma transversal, la temática se cerró desde el sentido de responsabilidad de la salud pública, respaldando que la toma de decisiones se configuró en la búsqueda del bien colectivo. Finalmente, en este punto de la discusión se reiteró la idea de que «ningún equipo estaba preparado para la pandemia» (C; S2; M), dando cuenta de la estructura crítica del escenario y el caos que significó, sobre todo en los primeros meses de la crisis sanitaria.

Políticas públicas en salud

Este código da cuenta de expresiones de los equipos asociadas con la estructura macro de políticas públicas en salud en Chile —y también en otras materias—, el manejo de recursos y las contingencias ocurridas durante la crisis sanitaria en su relación con la institucionalidad. En esta línea, se identifican tres aristas de análisis. En primer lugar, se reiteró transversalmente en los espacios de discusión, la falta de recursos en los CESFAM y centros de salud en general, mayormente porque parte del financiamiento proviene del sector municipal y ante ello, se desarrolla una fuerte crítica a la gestión y distribución de los dineros públicos:

A los que trabajamos en el territorio se nos exige que generemos poco menos que políticas públicas locales (C; S1; M).

En segundo lugar, se desarrolló una crítica al manejo del Gobierno durante el desarrollo de la pandemia, tanto en términos comunicacionales y en las formas de construir estrategias de prevención, como en el manejo y transparencia de las cifras de contagio y fallecidos, aspecto que provocó «desconcierto y duda» (S; S2; M) en los equipos de salud.

Como tercer punto, se identificaron narrativas en cuanto al IFE, política pública nacida durante la crisis sanitaria, y que es visualizada por los equipos como fundamental para la vida cotidiana de las familias más vulnerables, aun cuando no presenta una buena regulación ni planificación, y se sostiene la crítica de que no está focalizada en la población que más lo necesita:

Desde el diseño de políticas públicas que no incorpora las diferencias, salud para todos, no todos somos iguales... hay que incorporar esas diferencias (C; S1; H).

Intersectorialidad

El presente código nace en función de aglutinar los discursos que apelaban a la necesidad de trabajo colaborativo con otras áreas del servicio público para dar cumplimiento a los objetivos más transversales del combate contra la pandemia. De esta forma, se han identificado dos líneas de análisis. En primer término, la necesidad de no cargar a los centros de salud con la responsabilidad absoluta del manejo de la pandemia, sino de compartir la urgencia con otros organismos del Estado, de modo que también se vinculen activamente en el proceso:

el nuevo concepto de salud pasa a ser intersectorial, lo que significa que el personal de salud asume la prevención, rehabilitación, capacitación (...) la salud no debe ser responsabilidad total del sector salud, ya que es un concepto muy amplio, debe ser intersectorial (S; S2; M).

En segundo término, se apela al origen simbólico de los centros de salud, relevando su óptica comunitaria como fundamental en la concepción del trabajo a realizar, y dando cuenta de un rumbo perdido para la toma de decisiones a nivel institucional. En este sentido, se puso énfasis en la pérdida de la participación social como fenómeno que aleja a los equipos de sus comunidades.

Población migrante

Aquí emerge una visión consensuada por parte de los equipos de salud participantes en torno al fenómeno de la migración, y fundamentalmente en cuanto al acceso de personas migrantes a los servicios básicos y al resguardo de sus derechos fundamentales. En este sentido, se han identificado dos puntos que aportan al desarrollo explicativo de la categoría: en primera instancia, el reconocimiento del fenómeno migratorio como extensión de la temática de vulnerabilidad, ya que son personas que conviven con una multiplicidad de factores que configuran su estado, y ello requiere garantizar su acceso pleno al derecho a la salud.

En segundo lugar, se mencionan las dificultades para entregar estos servicios, refiriendo la barrera idiomática principalmente, pero también las creencias populares propias de culturas no occidentales, las que no coinciden con los lineamientos de la medicina en Chile:

algunos haitianos pensaban que el PCR podía insertarles el virus, y era muy difícil explicarles que se trataba de un *test* (S; S2; M).

Proceso de vacunación

Respecto de las narrativas que referían al proceso de vacunación y su desarrollo, es posible dar cuenta de visiones comunes que se repetían en los espacios de conversación y, aunque no propiciaban instancias de discusión, facilitaban el consenso y, en consecuencia, no se profundizó en ello. Aun así, se destaca la noción de «esperanza» (V; S1; H) acerca de la visualización del fin de la pandemia, o al menos el término de las medidas más restrictivas de prevención. En cuanto a la gestión institucional de este proceso, el proceso de vacunación se resalta como un acierto del gobierno de turno, tanto por la rapidez con la que llegaron las dosis, como por la creación oportuna del esquema de vacunación.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

La categoría de las medidas no farmacológicas se abordó principalmente desde los obstáculos y efectos no deseados que estas producen. La guía que otorgó la OPS acerca de esta temática tiene una estrecha relación con los discursos de los equipos de salud, ya que justamente, debido a sus contextos territoriales y de vulnerabilidad, afloraron las problemáticas referidas a los obstáculos en la implementación estas medidas.

Los equipos de salud, desde sus experiencias, remarcaron el sentir de los profesionales ante la pandemia, de modo que fue un momento importante de catarsis ante las malas decisiones sanitarias

y económicas de las autoridades, lo que provocó que existieran más barreras que eficacia en los procesos. Los relatos, de cierta forma, se relacionaron con los códigos que hacen referencias al miedo, la concientización de la comunidad, la noción de vulnerabilidad y las políticas públicas en salud. Aquí figuraron estos códigos: miedo, concientizar a la comunidad, noción de vulnerabilidad y políticas públicas en salud.

Miedo

Como se describió anteriormente, tanto para las comunidades como para los equipos de salud, el miedo fue un sentir bastante descriptivo en el inicio de la pandemia. Esta emoción se hizo presente en la comunicación acerca del uso de las medidas no farmacológicas. Al ampliar este código, se denotó también que este tipo de conceptos fue parte de la construcción de las actividades y estrategias que aplicaron los equipos de salud en esta etapa de la crisis sanitaria. Una de las principales manifestaciones del personal tuvo relación con los sentimientos durante las actividades cotidianas: la incertidumbre, la sensación de sentirse vulnerables, el temor a lo desconocido, el pánico, y al desempeño del virus mismo:

quedamos como paralizados, miedo a morir, la (...) que tuvo miedo a que se muriera su abuelita (S; S1; M).

Concientizar a la comunidad

Si bien la idea de concientizar a la comunidad ha sido descrita anteriormente, es un articulador central también en la promoción de los equipos de salud de uso de las medidas no farmacológicas. El primer año de la pandemia fue la única estrategia sanitaria con la que se contaba, tanto para los equipos de salud y como para sus comunidades, situación que también trajo tensión. Los equipos en general cuestionaron la poca concientización de la población, sobre todo en el uso de mascarilla y en el distanciamiento físico:

Empezamos a valorar de una forma distinta la vida, yo no sé si a todos les pasó... las prioridades cambian en función de la familia, lo cercano, darles más valor (S; S1; M).

La incredulidad de la gente frente a la pandemia, malas decisiones de la autoridad referida a las cuarentenas dinámicas, la escasez de material (mascarillas, protectores, alcohol gel entre muchos otros) profundizaron las brechas de vulnerabilidad y contribuyeron a una baja comunicación del riesgo de salud durante la crisis sanitaria. En paralelo, aspectos como la cultura e idiosincrasia de los territorios, la migración y los componentes religiosos de los ciudadanos también jugaron un papel en la comunicación del riesgo que existía en el momento.

Había poca confianza en las autoridades en general, veníamos de un proceso social que deslegitimó a muchas instituciones... yo escuchando a colegas de otros CESFAM vimos lo complicado que fue para ellos vivir estos dos procesos casi en simultáneo y nosotros de cierta forma lo llevamos algo mejor por el trabajo de años con los vecinos (S; S1; M).

Noción de vulnerabilidad

Como ya ha sido mencionado, un aspecto que se trabajó detalladamente con los equipos de salud fue la definición de población en situación de vulnerabilidad. Una de las dimensiones que más se entrelaza con este código tiene que ver con el uso de las medidas no farmacológicas, principalmente respecto de la perspectiva material-económica de acceso a mascarillas, alcohol gel e implementos de desinfección.

Yo creo que a todos nos pasó de recibir al paciente sin mascarilla. Una vez llegó un paciente con una toallita húmeda que le hizo dos agujeros en la oreja y se la puso, o tomaban vasos de plásticos (...) o pedazos de tela y cartón como mascarilla (S; S1:H).

Según los equipos de salud la falta de recursos tiene que ver, principalmente, con temas estructurales; desprotección social, poco acceso a servicios básicos (agua, luz, internet y vivienda, entre otras). Otros factores como la pobreza y desempleo, la falta de oportunidades (deserción escolar y oferta laboral), disfunción parental familiar (violencia, soledad y abandono) y densidad de población migrante (sin redes de apoyo, hacinamiento, recursos, enfermedades) también estuvieron presentes. Como se mencionó, se trata de un grupo de personas que tiene disminuida su capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse a los impactos de las situaciones cotidianas.

Políticas públicas en salud

Este código es una continuación en lo que refiere a las políticas públicas en salud desde el enfoque de las medidas no farmacológicas. Dado el contexto de vulnerabilidad de estos territorios, el área de salud es una de las más afectadas, principalmente por los escasos recursos municipales asignados. Es así como en aspectos no farmacológicos hubo escasez de materiales para afrontar la primera parte de la pandemia: guantes, mascarillas, escudos faciales, alcohol gel, etc., aunque también escasa infraestructura existente y falta de preparación para un evento de esta magnitud.

Otro aspecto relevante para los equipos fue la poca eficacia de la etapa de confinamiento y la primera etapa de medidas por parte de las autoridades:

cada sector tiene diferencias abismales entre ellos, por tanto no es posible la aplicabilidad de las políticas públicas a todos por igual, sin tener en cuenta su unidad; se requiere incorporar las políticas públicas al contexto particular de cada comuna (C; S2; M).

Territorialidad-Comunidad

Esta categoría aúna una amplia gama de referencias y narrativas asociadas al sentido de construcción de un espacio social, tanto desde la mirada de la salud y de su vínculo con la población, como en la vida personal/relacional de las y los trabajadores que participaron en los espacios de capacitación:

La palabra *incertidumbre* está muy presente siempre, todos los días, para saber cómo ir actuando y las medidas que vamos a ir tomando (S; S1; M).

Se releva que, en términos operativos, se visualizó el concepto de «territorio» desde la mirada de la psicóloga comunitaria Maritza Montero (2006), quien refiere que los procesos reflexivos de los grupos sociales son capaces de transformar los lugares, de ser meramente un espacio físico a una concepción de «nosotros-colectivo», hasta concebirlos como una «comunidad». Sobre la base de esta noción, se describen cuatro códigos identificados: salud primaria en el territorio, población migrante, noción de vulnerabilidad e intersectorialidad.

Salud primaria en el territorio

Este código en particular aporta una idea fundamental al desarrollo de la categoría «territorialidad-comunidad», vinculada con el rol que cumplen los servicios primarios de salud en su acercamiento a la población en términos de la entrega de uno de sus derechos fundamentales:

existen determinantes sociales en el acceso a la salud, eso es claro y está a la vista de todos (C; S2; H).

En esta línea, se da cuenta de una percepción respecto de los CESFAM, y de otros dispositivos de la red primaria, que entregan un servicio a quienes no tienen los recursos para asistir a una clínica privada, y deben atenderse en el sistema público, con todas las complejidades que ello implica:

Qué mejor que una persona que ha sufrido con ellos, que ha llorado con ellos, es distinto que lo diga yo, el profesional de la salud, a que lo diga la vecina (V; S2; M).

Estuvimos tristes por la gente que falleció, miedo por el futuro, empatía por nuestros compañeros de trabajo (V; S1; H).

Población migrante

Desde la óptica de los equipos de salud y asociado a la noción de territorio-comunidad, este código ha aglutinado los discursos que refieren a la población migrante en Chile y también posee una temática específica que se relaciona con esta categoría: la barrera idiomática y cultural con personas migrantes que poseen una cosmovisión diferente de la que subyace a la medicina occidental y, en consecuencia, se relatan ejemplos de hechos que reflejan diferencias a nivel de comprensión del mundo. En esta línea, se identifican relatos que relatan la dificultad de crear comunidad en este contexto, pues se visualiza que aún resta tiempo para que se dé una mixtura de culturas y que por el momento solo conviven separadas en el mismo territorio. Volviendo a la noción expresada por Maritza Montero (2006), aquí estaría ausente la constitución del «nosotros-colectivo».

Noción de vulnerabilidad

El código que reúne las visiones asociadas al concepto de «vulnerabilidad» adquiere suma importancia en la presente categoría, pues apela justamente a la construcción colectiva de un sentido de identidad, o al menos, de rasgos comunes y compartidos por un grupo social en particular. En concreto, y sobre la base de lo desarrollado previamente respecto de este código en la categoría «vulnerabilidad», se da cuenta de los rasgos comunes a la población que asiste a los centros de salud, esto es, las características de las personas que habitan los territorios cubiertos por estos organismos

y, en consecuencia, son comprendidos como una comunidad que debe lidiar con dinámicas similares.

Ha sido bien difícil el tema de los postrados, porque cuando los cuidadores se tenían que turnar venían hermanos de otras localidades, se presentaba la dificultad bien grande que los cuidadores han tenido que quedarse solo una o dos personas, no han podido rotar, se ha creado un sinfín de dificultades en el ámbito de la salud mental que se están incorporando y ha aumentado considerablemente (V; S1; M).

Toda esta población, esta toma, no tiene agua potable, y viene el camión aljibe una vez a la semana (V; S1; H).

En definitiva, la ocupación del territorio por parte de los servicios primarios de salud está dirigida, desde la óptica de los equipos, a una parte determinada de la población donde existe un sentido profundo de comunidad, asociada, mayormente, a precariedades y negación de acceso a derechos por parte de la institucionalidad.

Los migrantes de Haití que tenemos nosotros ellos creían que por el PCR se contagiaban... cuando se llamaba por teléfono a informarles que habían dado positivo, muchos le echaban la culpa a cuando les hacen examen, que ahí les estaban metiendo el virus (S; S1; M).

Intersectorialidad

Este código, también referido previamente, aborda lo que los equipos de salud comprenden como «intersectorialidad», y apela a una comprensión del trabajo de los servicios de forma colaborativa y en apoyo permanente, además de una visión del funcionamiento de la institucionalidad en las comunas y en la vinculación con las personas. En concreto, es posible identificar dos aristas de análisis que complementan la categoría de «territorio-comunidad».

Por un lado, se releva la necesidad de mantener y fomentar instancias como las «mesas COVID», espacios en los que participaban actores sociales de distintas áreas, incluyendo salud, educación, seguridad y municipios. En la misma línea, se destacaron experiencias

concretas de apoyos coordinados entre servicios para poner como prioridad el bienestar de la comunidad, por medio de un trabajo territorial-comunitario dirigido y focalizado desde el conocimiento y la experiencia.

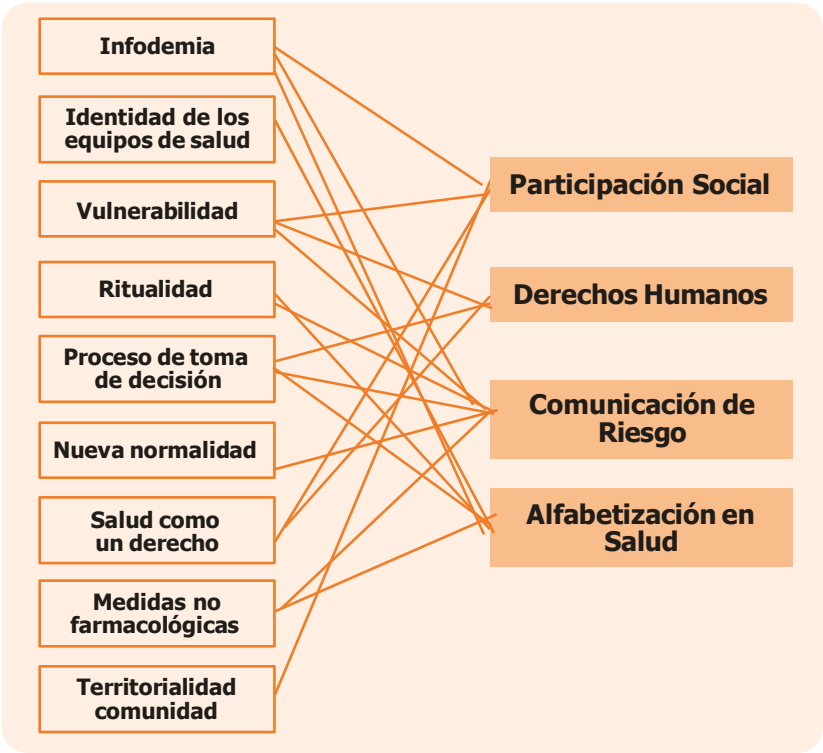
Por otro lado, también emerge el concepto de «asociatividad» como eje estructurante de los relatos identificados en distintas comunas, y que se apunta a la configuración de los servicios que toman como referencia la vida barrial. En este sentido, los equipos de salud desarrollan una visión positiva y alentadora respecto del sentido comunitario de sus territorios, buscando hacerse parte de estos y alineándose a sus parámetros.

SUPRACATEGORÍAS

Luego de describir en profundidad las nueve categorías que fue posible identificar, junto con la multiplicidad de códigos que las componían, es posible continuar con el proceso de sistematización donde las categorías son articuladas con las cuatro supracategorías extraídas de la *Guía a de orientaciones para la aplicación de medidas no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad*.

A continuación, en la Figura 4 se presenta un esquema que da cuenta del anclaje realizado en términos de la relación categoría-supracategoría, para posteriormente desarrollar cada uno de estos ejes.

FIGURA 4. RELACIÓN CATEGORÍA-SUPRACATEGORÍA



Fuente: elaboración propia.

DERECHOS HUMANOS

Respecto de esta supracategoría —y a partir de elementos extraídos de las indicaciones basales realizadas por la OPS, en específico desde las categorías explicativas que se han considerado como fundamentales—, se vuelve relevante construir definiciones que permitan un desarrollo de la temática en vinculación con las ya referidas categorías.

En esta línea, el psicólogo Lawrence Kohlberg (1989) señala el concepto de *desarrollo moral*, entendido como la relación que da cuenta de cómo nos adaptamos socialmente al medio, puesto que la conducta se modifica gradualmente a medida que se adquiere conciencia de nosotros y de los sujetos que nos rodean, es decir, de

la *colectividad*. En este contexto, el autor refiere que la etapa cinco del desarrollo moral es una de las más elevadas, pues se asocia con los derechos humanos y el bienestar social y con la noción de «lo correcto» (Kohlberg, 1989), esto es, respetar los derechos y valores compartidos por el género humano.

Desde lo acontecido en Chile durante la pandemia, y las vivencias de las y los trabajadores de la salud es posible identificar elementos asociados al sentido de lo moral, partiendo de lo señalado por Kohlberg (1989):

todos a honorarios, sin resguardo de nada, sin derecho a nada tampoco, sin derecho a su propia salud, entonces, con que le pasan un overol y una mascarilla, un escudo, unas antiparras y «anda a atender» (S; S2; M).

Bajo esta noción, aparece la idea de «lo correcto», como aquello asociado con la defensa de los principios universales por sobre las leyes o las normas. Sin embargo, durante los primeros meses de la pandemia, y considerando la categoría de «salud como un derecho», los servicios básicos se vieron enfrentados a tener que funcionar sin los recursos mínimos, exponiéndose desde sus propias estructuras, y debiendo tomar decisiones trascendentales durante el proceso de cuidado de otros. Tales fueron los casos en donde los trabajadores de la salud debían decidir quién tenía prioridad de una cama o de un ventilador para poder ser atendido y eventualmente sobrevivir, decisiones en relación con sus propios criterios médicos de supervivencia, poniéndose en la situación de actuar como jueces en el sentido moral. En esta arista, es relevante el marco preexistente respecto de las dinámicas de poder dentro de los equipos de salud, aspecto considerado en la categoría «procesos de toma de decisiones».

En torno a la misma idea, y en particular a la construcción narrativa de la categoría «vulnerabilidad», se hacen referencias permanentes al proceso de vinculación y asimilación con la población migrante, sobre todo en cuanto a las dificultades idiomáticas y epistemológicas asociadas con la comprensión del mundo. En este contexto, se releva el rol de la comunidad haitiana, que mayormente no tuvo la posibilidad de hacer distanciamiento social debido a las

condiciones de hacinamiento en las que viven, además de presentar dificultades de comprensión en la aplicación del *test* PCR, enraizada en las creencias culturales e históricas de dicha población.

En cuanto a las estrategias adoptadas por parte del Gobierno, y el vínculo con las narrativas expresadas por los equipos de salud, se discutió en torno a la aplicación de medidas restrictivas de contingencia durante la pandemia, las que fueron enfáticas para sancionar a quienes violaran las normativas, pero que no tuvieron en cuenta a las poblaciones que vivían a través de la economía informal con un ingreso diario mínimo, dinámica que fue visualizada transversalmente en todas las comunas participantes.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Comprendida como supracategoría, la participación social da cuenta de varios elementos conjugados entre sí que componen un eje transversal que los enlaza de varias maneras.

Por una parte, es importante comprender que la conformación de la categoría «territorialidad/comunidad», como espacio de unificación subjetiva de los significados de los códigos que la componen, es determinante en el momento de conformar a las y los participantes del proceso de capacitación, dando cuenta de elementos que también son constitutivos en su identidad individual y colectiva. En esta línea, Pierre Bourdieu (2000) utiliza el concepto del *habitus* donde ese sujeto —las y los trabajadores de la salud— es parte del proceso y ha incorporado las estructuras del mundo, es decir, ha sido modelado por las condiciones culturales presentes en su círculo inmediato: «Lo que se aprende por el cuerpo no es algo que se posee, como un saber que uno pueda mantener delante de sí, sino algo que se es» (Bourdieu, 2000, p. 125). En esta construcción, la noción de participación social también responde a dinámicas culturales y de poder estructurales en las sociedades, siendo un reflejo de ejes propios de la identidad de una comunidad.

Una población migrante, por ejemplo, está en proceso generacional de adaptación durante el cual no solo sufre el distanciamiento

de la exclusión por la diferenciación, sino en ciertos casos vive el racismo, como le sucede a la comunidad haitiana presente en Chile. Al respecto, Peter Wade (2008) plantea que:

«Negro» implica diferenciación, discriminación, diferencia; significa que una identidad particular tiene que ver con el estatus social, el trato, los derechos, la imagen de la persona. Esa identidad puede ser significativa para excluir y discriminar negativamente (...) para buscar la ciudadanía completa para los que son o se sienten discriminados, se tiene que nombrar y aun acentuar la identidad con base en la cual son discriminados y excluidos de la ciudadanía total. Es decir, para buscar la igualdad se tiene que acentuar la diferencia; para lograr el universalismo, se tiene que enfocar la particularidad (Wade, p. 121).

En este sentido, en los espacios de conversación se refirió que, en ocasiones, personas pertenecientes a la comunidad haitiana se negaron a que se les realizaran un *test* PCR, por considerar que, a través de la nariz con el hisopo, era posible que se les introdujera el virus. Este aspecto se explica por un contexto histórico cultural de esta comunidad, cuando a sus antepasados en el Caribe les inocularon virus fatales con fines investigativos en humanos. Otro aspecto por considerar en este caso es que, en comunidades afrodescendientes e indígenas, la nariz sirve como túnel que comunica el espacio sensorial de lo «divino» con el mundo físico, y «abre», a través de inhalación de sustancias sagradas, portales a otros universos sensoriales. Este elemento de análisis permite abordar la categoría de «infodemia», pues es la que abarca estas nociones en cuanto al manejo de la información asociada al virus, y que incluye cómo algunas concepciones culturales y/o religiosas influyeron en la forma en que las personas lidiaban con el virus.

Habiendo ya revisado los conceptos clave de la categoría «territorialidad-comunidad», en su relación indisoluble con los sujetos y sus modos de habitar y comprender el mundo, es posible abordar la noción de «vulnerabilidad», definida por la *Guía* de la OPS (2020), documento que define el concepto como «aquel grupo de población o territorio con condiciones sociales de exclusión e

inequidad previa a la pandemia y agravadas por ella» (p. 21). De esta manera, el autor vincula el concepto con factores sociales de riesgo, exclusión e inequidades estructurales que parten de los ejes centrales de las políticas en salud pública, así como de la ausencia general de la «salud como un derecho», otro de los elementos abordados en la categoría respectiva en que se hace alusión permanente a las desigualdades existentes en Chile como la base explicativa de diversas problemáticas sociales.

COMUNICACIÓN DEL RIESGO

En el momento de analizar la comunicación del riesgo dentro de los ejes centrales para el funcionamiento de las medidas no farmacológicas implementadas durante el COVID-19, se hace pertinente referirse a la idea de la *construcción de narrativas*, como fue señalado por Benveniste en el análisis de Amossy (Bermúdez, 2007), quien señala que aquello que se entiende por identidad, tanto en función de singularizar al individuo como en identificarlo, logra tomar forma de sí mismo a través del discurso. A partir de esta concepción, es posible señalar que también existe una extensión de su identidad en la construcción de sus mensajes y, en consecuencia, también lo hacen las comunidades al momento de configurar la forma en que querrán colectivizar la sensación de resguardo. De este modo, para los equipos de salud resultó fundamental la comprensión de la población respecto de la crisis sanitaria, y en este punto en particular, si se logró promover efectivamente el uso de medidas no farmacológicas en las acciones de cuidado ante el contagio de COVID-19.

En la misma línea, también señalaron lo complejo que les ha sido lidiar con la infodemia y con lo que esperan generar aquellos grupos sociales que difunden noticias falsas. A ello se suma la información imprecisa entregada por los distintos medios de comunicación y, sobre todo, cómo se manejó el miedo como emoción preponderante en el desarrollo de la pandemia, eje aún más agudizado en contextos de vulnerabilidad, tal como fue descrito en la supracategoría de «participación social».

En este sentido, los equipos de salud han señalado que han sido capaces de encontrar diversas maneras de llegar a la población, tanto a través de radios comunitarias —como en el caso de Petorca—, o movilizándose a territorios segregados y rurales, como en Hualpén. En este escenario, se refiere que los equipos debieron adoptar estas medidas bajo lógicas de poder dentro de sus mismas estructuras, lo que se detalló en la categoría «procesos de toma de decisiones», en donde las y los trabajadores profundizaron en las dificultades internas que vivieron tras el avance del virus, incluido en esto los hitos fundacionales que marcaron su inicio, la mitología elaborada durante los primeros meses, y a partir de ahí, la elaboración simbólica de una ritualidad en términos de relaciones sociales, y una dinámica institucional marcada por elementos de la categoría «nueva normalidad».

ALFABETIZACIÓN EN SALUD

Al hablar de este tema desde la comunicación, la semiología, la sociología o la psicología alrededor de los fenómenos ocurridos frente a la implementación de las medidas no farmacológicas durante el proceso de la pandemia, nos encontramos de manera inevitable con las particularidades y complejidades de América Latina en general, y de Chile en particular.

No se trata simplemente de problematizar en torno al fenómeno de la alfabetización en salud y entender que esos múltiples procesos interdisciplinarios que la componen nos refieren a una realidad que atañe al bienestar, al desarrollo humano y a la vida misma dentro de la esfera de lo público. Se trata de entender, además, que la escucha de todos estos elementos que la componen queda vacía si no se pone en escena la singularidad y particularidades de cada territorio y población, debiendo ajustar la información y los procesos pedagógicos que se planifican a la ritualidad identitaria particular, además de sistematizar que aquellas experiencias que se llevan a cabo den los resultados esperados.

La constitución de la noción de «alfabetizar», concebida como un ejercicio vertical en donde existe una voz experta que entrega antecedentes a un grupo que desconoce aquella información, no opera de manera exacta en este escenario, pues los mismos equipos de salud han descrito instancias comunitarias que han desplegado la promoción de las medidas no farmacológicas, como elementos propios de la «identidad de los equipos de salud», y de los «procesos de toma de decisiones» que se llevaron a cabo dentro de cada centro.

En este contexto, los equipos participantes relevaron la importancia de los espacios de diálogo con la comunidad como eje central de la construcción de una noción comunitaria de «alfabetización», además de señalar que de esta manera es la estrategia más asertiva para combatir la propagación de dinámicas de infodemia, referidas a noticias falsas o cuestionamientos del virus que ponen en riesgo a las personas. En el desarrollo de esta misma idea las y los trabajadores de la salud han hecho mención de un proceso de aprendizaje bidireccional continuo, que buscó que la participación fuera desde «comunicar» y «habitar», por sobre la mera idea de «informar».

CREACIÓN DE ESTRATEGIAS POR COMUNA

En función de dar continuidad a la estructura de funcionamiento determinada por la capacitación y desarrollo de las sesiones, se da cierre al proceso de sistematización entregando los antecedentes centrales de la construcción de estrategias no farmacológicas para la prevención del COVID-19 por cada una de las comunas participantes. En concreto, se hace referencia a las actividades que fueron ejecutadas durante la tercera sesión del proceso, donde se buscó la construcción de una herramienta concreta que aunara lo trabajado en los encuentros previos, y que tomara los aspectos incorporados situándose en cada territorio.

A continuación, se desglosa cada comuna participante, dando cuenta de una caracterización general en términos sociodemográficos que provee el Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM, 2021); aspectos centrales de la dinámica relacional visualizada en el

desarrollo de las sesiones; la construcción de la estrategia en específico; y la vinculación de dicha estrategia con las supracategorías elaboradas como cierre de la sistematización:

PETORCA

Caracterización de la comuna

La comuna de Petorca se sitúa en la provincia de Petorca, la cual es parte de la Región de Valparaíso y se encuentra 190 km al este de la capital regional, Valparaíso. Su población es de 10.558 personas. Respecto del género de sus habitantes, el 50,31% corresponde a población femenina y el 49,60% a masculina. En cuanto a sus niveles de pobreza multidimensional, cerca del 10% de su población se encuentra en esta condición.

El municipio de Petorca tiene ingresos de más de \$4.630 millones de pesos, de los cuales cerca del 48,92% depende de la redistribución que otorga el Fondo Común Municipal. Sus gastos anuales superan los \$4.680 millones de pesos. El aporte del municipio al sector salud comunal es de \$60 millones de pesos, siendo el gasto anual del sector de \$1.950 millones de pesos.

Dinámica participativa dentro del proceso de capacitaciones

Respecto del equipo participante en el proceso de capacitación, es sumamente relevante acotar que, en las instancias desarrolladas en la sede de la UDLA de la ciudad de Viña del Mar, solo participaron las y los trabajadores de la salud provenientes de Petorca, con lo cual se limitó la posibilidad de contrastar realidades y construir relatos de forma colectiva sobre la base de otras experiencias. Esto ocurrió debido a que los equipos de salud de las comunas aledañas se restaron de la actividad días previos a su inicio.

En cuanto a la dinámica relacional visualizada, el equipo participante estuvo compuesto por diez personas, que incluía a las y los profesionales médicos, psicólogos, enfermeras, administrativos,

trabajadores sociales y técnicos en enfermería (TENS), que asistieron de forma regular a las tres sesiones desarrolladas el 4 de noviembre, 11 de noviembre y 2 de diciembre de 2021. En estas instancias, se visualizó una tendencia a relevar aspectos identitarios de la comunidad, marcada por la crisis hídrica y sus consecuencias en la comunidad en general, y aspectos de aislamiento y falta de acceso a servicios e insumos, configurándose una óptica rural en muchos de los rasgos que resaltó el equipo.

Construcción de estrategias

En términos del desarrollo y estructuración de una estrategia específica desde el equipo de salud de Petorca, existieron dos mesas de trabajo que se desplegaron de forma independiente en cuanto a las discusiones y acuerdos que les permitieron cerrar la actividad. En esta línea, ambos grupos construyeron estrategias similares, identificando que la situación por abordar más urgente era la desarticulación de las instituciones dentro de la comuna, destacando la distancia que existe —desde los centros de salud— con el municipio, y relevando la urgencia de promover el trabajo en red en función de consolidar el apoyo a la comunidad.

En concreto, se planteó la realización de diagnósticos comunitarios como estrategia participativa para influir en el PLADECO; y en paralelo, la construcción de un plan de comunicación y difusión estratégica en salud. Ambas líneas repararon en la necesidad de incorporar la participación comunitaria en dichos procesos, proponiendo la incorporación de monitores en salud y la consolidación de las mesas comunales con apertura para todos los actores sociales.

Si bien ambos grupos visualizaron cierta resistencia desde posiciones negacionistas y/o «antivacunas», relevaron la vinculación ya existente con la población, y la posibilidad de integrarla a los espacios institucionales de planificación, lo cual se alza como un acuerdo transversal. En este punto, desde Petorca realzan una práctica ya existente en el territorio: el «Consejo Consultivo», por

lo cual proponen fortalecer esta misma instancia y ampliarla para la implementación de las estrategias construidas.

Anclaje estrategia-supracategorías

En virtud de las estrategias propuestas desde el equipo de salud de Petorca, las variables incorporadas y la concreción de ideas surgidas a partir de las sesiones de capacitación y el ejercicio de situar en su territorio estas nociones, surge el anclaje de manera prioritaria con dos supracategorías desarrolladas previamente en el presente informe.

Por un lado, con «comunicación del riesgo», en virtud de la focalización de la estrategia hacia la información que se le entrega a la comunidad en periodos de crisis sanitaria. En esta línea, surge como relevante el combate a la infodemia, concepto previamente definido en la categoría del mismo nombre, y que apunta —tanto en dicha referencia como en las narrativas que constituyen esta estrategia— a lidiar con la amplia gama de noticias falsas y crecimiento de creencias irracionales que contradicen las medidas de cuidado. Como acción concreta se han propuesto espacios de «sensibilización» que fortalezcan y den estructura a esta nueva forma de cohabitar el mundo, validando las restricciones de movilidad y el resguardo preventivo ante posibles contagios.

Por otra parte, con «participación social» —aspecto que se configura como la principal arista crítica visualizada en el diagnóstico del equipo de Petorca—, señalan que las personas se han sentido ajenas de la toma de decisiones en los centros de salud, y también en la institucionalidad en general. En función de ello, proponen instancias de trabajo intersectorial y vinculación efectiva con el territorio, para incluir al Club de Huasos, las radios locales (en las que ya participan de forma activa), clubes deportivos, juntas de vecinos y organizaciones políticas de lucha comunitaria donde destacan a MODATIMA (Movimiento de Defensa del Agua, la Tierra y la Protección del Medio Ambiente), ente social que se ha organizado a partir de la crisis hídrica que sufre la comuna.

PENCO

Caracterización de la comuna

Esta comuna se ubica en la Provincia de Concepción, Región del Biobío. Integra lo que se denomina «el gran Concepción», y se encuentra a 13 km al norte de la capital regional. Penco tiene una población comunal de 49.865 habitantes, con un 51,41% de mujeres y un 48,59% de hombres. En términos de pobreza multidimensional, cerca del 8,5% de sus habitantes se encuentran en esta condición.

El municipio de Penco tiene ingresos municipales anuales superiores a los \$9.120 millones de pesos, de los cuales cerca del 53,48% depende de la redistribución que otorga el Fondo Común Municipal. Los gastos anuales del mismo bordean los \$8.800 millones de pesos. El aporte del municipio al sector salud es de \$116 millones de pesos y el gasto anual es de más de \$5.940 millones de pesos.

Dinámica participativa dentro del proceso de capacitaciones

En cuanto al desarrollo de las actividades en la sede de la UDLA en Concepción, el equipo de salud de la ciudad de Penco participó junto con las y los trabajadores de las comunas de Hualpén y Tomé, desarrollándose espacios de interacción y comparación de sus procesos y vivencias que facilitaron instancias de construcción colectiva para cada una de las actividades.

Respecto de la dinámica relacional visualizada, es posible dar cuenta de aspectos profundamente ligados a la vida rural y a la cotidianidad ajena a las grandes urbes como elemento común, lo cual se destacó como rasgo identitario diferenciador de la narrativa oficial de combate frente a la crisis sanitaria.

En cuanto a la participación, asistieron de forma regular ocho trabajadoras y trabajadores provenientes de Penco, entre estos, profesionales administrativos, enfermeras, encargados de departamentos y médicos, quienes se presentaron de forma constante a las sesiones realizadas el 19 de noviembre de 2021 (primera y segunda sesión) y el 10 de diciembre 2021 (tercera sesión). En el desarrollo

de estos espacios, se visualizó una marcada tendencia a relevar los aspectos identitarios de la comuna, y las dificultades que refería el equipo para consolidar la comunicación de riesgo en contextos de precariedad de insumos y suministros.

Construcción de estrategias

Acerca de este aspecto, los espacios de discusión de la tercera sesión se vincularon con la necesidad de propiciar instancias de educación dirigidas a la población, y que para ello era fundamental la visión comunitaria y territorializada de la ciudad. En concreto, el equipo propuso la creación de distintos tipos de estrategias comunicacionales dirigidas a sensibilizar a la comunidad por medio del uso de redes sociales y acciones de «puerta a puerta», que movilizaran a las y los trabajadores del servicio en la búsqueda de objetivos de largo plazo. En este punto en particular, se generaron discusiones respecto del uso del tiempo específico de las y los profesionales, y los cuestionamientos que pudieran surgir a partir de miradas contrarias a este tipo de iniciativas.

En la línea de generar acercamientos a la comunidad desde un lenguaje coherente y cercano, se propuso la inclusión de profesionales audiovisuales, músicos y actores/actrices, intencionando que la «percepción real del problema» (C; S2; M) sea a través de una mirada empática y elaborada desde la horizontalidad.

Anclaje estrategia-supracategorías

Luego de revisadas las estrategias propuestas por las y los trabajadores de la salud de la comuna de Penco, las visiones expresadas y la concreción de ideas surgidas a partir de las sesiones de capacitación y el proceso de situar en su territorio lo aprendido, surge el anclaje con dos supracategorías de forma primordial. Por un lado, «participación social», en la que el equipo de salud de Penco otorgó relevancia fundamental a la necesidad de vincular a la comunidad con los equipos de salud, pues se ha hecho mucho más

común tener que lidiar —para ellos como centro institucional— con narrativas provenientes del negacionismo y creencias populares que complejizan el combate a la crisis sanitaria. En paralelo, se relevó la priorización de medidas que impliquen ampliar la cobertura de las estrategias en términos de la población a la que estas llegan, pues en contextos rurales existe una baja adherencia a lógicas que, en las grandes ciudades, pueden causar mucho mayor impacto. En esta línea, se mencionó la propuesta de actividades «puerta a puerta», para intentar llegar directamente a los lugares que pudieran ser resistentes a buscar información.

Así mismo, la supracategoría «alfabetización en salud» emerge para dar énfasis a la propuesta del equipo de salud de reestructurar la toma de decisiones interna de los dispositivos y priorizar estrategias a largo plazo dirigidas a que la población comprenda la dimensión del problema y genere, a partir de la vinculación efectiva con los equipos, una lógica de concientización respecto de la mirada médica, que usualmente se estructura como «vertical y paternalista» (C; S1, M), esto es, intencionar que la relación con la población se despliegue de manera horizontal y comunitaria. En paralelo, se destacó la inclusión de formas de llegar a la población para reconocer sus ritualidades, incluyendo miradas artísticas y culturales propias del territorio-comunidad y que apelan sobre todo a situarse en el «nosotros-colectivo» (Montero, 2006) para construir espacios de educación comunitaria.

HUALPÉN

Caracterización de la comuna

Esta comuna se ubica en la Provincia de Concepción, Región del Biobío. Integra también el «gran Concepción» y se encuentra a 9 km al oeste de la capital regional. Hualpén tiene una población comunal de 97.273 habitantes, con un 51,53% de mujeres y el 48,47% de hombres. En términos de pobreza multidimensional, cerca del 10,5% de sus habitantes se encuentra en esta condición.

El municipio de Hualpén tiene ingresos municipales anuales por más de \$15.896 millones de pesos, de los cuales cerca del 42,25% depende de la redistribución que otorga el Fondo Común Municipal. Los gastos anuales del mismo corresponden a cerca de \$18.614 millones de pesos. El aporte del municipio al sector salud es de \$62.517 millones, siendo su gasto de \$12.895 millones en este sector al año.

Dinámica participativa dentro del proceso de capacitaciones

Respecto del desarrollo de las actividades en la sede de la UDLA en Concepción, el equipo de salud de la ciudad de Hualpén participó, en conjunto, con trabajadoras y trabajadores de las comunas de Penco y Tomé, desarrollándose espacios de interacción y comparación de sus procesos y vivencias que facilitaron la construcción colectiva para cada una de las actividades.

En cuanto a la dinámica relacional visualizada, se destaca una integración mucho mayor a la lógica institucional de las grandes ciudades, pues la comuna se inserta dentro del radio del gran Concepción, facilitando su vinculación con redes de apoyo más especializadas, y atención de una población más accesible y organizada.

En relación con la participación, asistieron de forma regular cinco trabajadoras y trabajadores provenientes de Hualpén, entre estos, profesionales encargados de departamentos, trabajadores sociales y médicos, quienes se presentaron de forma constante a las sesiones realizadas el 19 de noviembre (primera y segunda sesión) y 10 de diciembre de 2021 (tercera sesión). En el desarrollo de estos espacios, se visualizó una marcada tendencia a relevar el trabajo intersectorial del equipo junto con otros servicios, destacando la estructuración de fórmulas que «rescaten las necesidades sentidas de la comunidad» (C; S2).

Construcción de estrategias

En cuanto a la construcción de una estrategia concreta para llegar a la comunidad en el uso de medidas no farmacológicas, el equipo de salud de Hualpén desarrolló un espacio de discusión

que destacó como fundamental la estructura de organizaciones comunitarias presentes en el territorio, y la necesaria invitación a hacerlas parte de un proceso colectivo de participación. En términos operativos, las y los trabajadores de la salud construyeron una estrategia de reactivación de la Educación Participativa de Adultos (EPA), instancia que existía en la comuna en el periodo previo a la pandemia, y que fue visualizada como una arista sumamente funcional para llegar de manera efectiva a la población. En esta línea, el equipo de Hualpén propuso utilizar plataformas virtuales y recursos audiovisuales de promoción, considerando además que el objetivo fundamental radicaba en direccionar las mismas capacidades de la comunidad en favor de la propuesta, intencionado que fueran las personas quienes operen como agentes activos y organizadores de las acciones a ejecutar.

Anclaje de estrategia-supracategorías

En función de la estrategia propuesta por el equipo de salud de Hualpén, las discusiones desarrolladas por las y los trabajadores de la salud participantes y la concreción de los aprendizajes adquiridos durante las sesiones de capacitación, es posible dar cuenta del anclaje de lo desarrollado con dos de las supracategorías construidas en el proceso de sistematización.

En primer lugar, la «participación social», ya que el equipo de Hualpén otorgó suma relevancia a ejes asociados con esta temática en la construcción de su estrategia, fundamentalmente en el trabajo intersectorial con otros servicios de la comuna, dando cuenta de la amplia conectividad y disposición de redes de apoyo al estar situados cerca de la capital regional y en un contexto mayormente urbano. En la misma línea, se relevó la preexistencia de instancias de vinculación directa con la población, particularmente respecto de la EPA como acción que se ejecutaba en la comuna previamente a la crisis sanitaria, y que adquirió un nuevo sentido al pensarse desde la promoción de medidas no farmacológicas en la prevención de contagios por COVID-19.

En segundo término, la «comunicación del riesgo» en términos de dar prioridad a elementos que se focalicen en la población más vulnerable, tanto en afectación por el virus en concreto, como por el acceso a información falsa que ponga en riesgo su bienestar. Al respecto, por parte del equipo de Hualpén se conceptualiza como fundamental la priorización de recursos humanos del servicio de salud al ejecutar tareas destinadas a la prevención de los contagios en instancias comunitarias, refiriendo además que a largo plazo ello opera como una acción que optimiza el uso de recursos en general, pues apela a la concientización y sensibilización como estructurantes de mayores cuidados por las personas, y en consecuencia, favorece la disminución de la propagación del virus.

TOMÉ

Caracterización de la comuna

Esta comuna se ubica en la Provincia de Concepción, Región del Biobío y forma parte del gran Concepción; se encuentra a 32 km al norte de la capital regional. Tomé tiene una población comunal de 58.729 habitantes, donde un 51,53% corresponde a mujeres y el 48,47% a hombres. En términos de pobreza multidimensional cerca del 7% de sus habitantes se encuentran en esta condición.

El municipio de Tomé tiene ingresos municipales anuales por \$13.885 millones de pesos, de los cuales cerca del 66,87% depende de la redistribución que otorga el Fondo Común Municipal. Los gastos anuales del mismo corresponden a \$12.830 millones de pesos. El aporte del municipio al sector salud comunal es de \$233.303 millones, siendo el gasto de \$11.373 millones para este sector en el año.

Dinámica participativa dentro del proceso de capacitaciones

En relación con el desarrollo de las actividades en la sede de la UDLA en Concepción, el equipo de salud de la ciudad de Tomé participó junto con las y los trabajadores de las comunas de Penco y

Hualpén, donde se produjeron espacios de interacción y comparación de sus procesos y vivencias, facilitando la construcción colectiva para cada una de las actividades.

En relación con la dinámica relacional visualizada, se priorizaron los aspectos identitarios de la comuna, fundamentalmente asociados a las ocupaciones de la población, que mayormente vive de la pesca artesanal y de la actividad textil, como ejes estructurales de la comunidad en cuanto a su organización y sentido de pertenencia.

Su participación fue regular, con ocho trabajadoras y trabajadores provenientes de Tomé, entre estos, profesionales encargados de departamentos, terapeutas ocupacionales, nutricionistas y kinesiólogo, además de figuras de coordinación que se presentaron solo el primer día de la actividad. Las capacitaciones se realizaron los días 19 de noviembre (primera y segunda sesión) y 10 de diciembre de 2021 (tercera sesión). En el desarrollo de estos espacios, se relevó una marcada tendencia a priorizar la vinculación ya existente entre el servicio de salud y la población, visualizando además una serie de recursos comunitarios que pueden ser —y ya son— direccionados hacia la prevención no farmacológica de contagios por COVID-19.

Construcción de estrategias

En cuanto a la concreción de la estrategia por parte del equipo de salud de Tomé, es pertinente referir que, en virtud de la cantidad de asistentes en la tercera sesión, las y los participantes se distribuyeron en dos mesas de trabajo, lo que implicó el desarrollo de dos estrategias distintas en sí mismas, pero con aristas en común.

La primera de las estrategias se enfocó en la formación de líderes de salud en la comunidad, con el objetivo de que estos sean capaces de establecer instancias de diálogo participativo en el territorio y, fundamentalmente, democratizar y descentralizar los espacios de toma de decisiones en cuanto al control de la pandemia y las medidas que se determinan desde la institucionalidad. Por otro lado, la segunda estrategia propuso el establecimiento de una mesa comunal para enfrentar la situación de riesgo, que implicaba la educación de

agentes comunitarios y el despliegue de estrategias comunicacionales dirigidas a personas en situación de vulnerabilidad, proceso pensado para ejecutarse mayormente mediante trabajo territorial.

Anclaje estrategia-supracategorías

A modo de aunar aspectos identificados en ambas estrategias, surgió como relevante la búsqueda de horizontalidad del poder que poseen los equipos de salud respecto de la toma de decisiones sanitarias, además de la focalización hacia la población más vulnerable en la entrega de servicios como derecho fundamental.

El primer anclaje es «derechos humanos», en términos de la importancia que ambas mesas de trabajo le otorgaron a la visión de la entrega de servicios —concretos y simbólicos— y a la planificación de estrategias a largo plazo destinadas a asegurar la vinculación efectiva con la comunidad, haciéndola parte de sus cuidados. En la misma línea, se visualizan acciones que focalizan el abordaje hacia grupos vulnerables y mayormente aislados de la institucionalidad, como la población migrante, grupos adolescentes, adultos mayores y escuelas especiales. Al respecto, se configuraron propuestas de adaptación de los materiales a entregar, realización de talleres vivenciales y espacios de diálogo gestionados por la misma comunidad a través de la inclusión en los equipos de salud de agentes comunitarios validados en el territorio. Finalmente, se destacó la búsqueda de ejes de transparencia, exposición de resultados y gastos asociados, en función de mantener y cuidar las confianzas en la vinculación con la población.

En tanto que el segundo anclaje fue «alfabetización en salud», en cuanto a construir tejido social que permanezca en el tiempo y se configure como estrategia a largo plazo. En esa lógica, es relevante que los esfuerzos se verifiquen a partir de una base de educación colaborativa y horizontal junto con la comunidad, tendiendo puentes hacia la institucionalidad de forma transversal, que incluyan al municipio y a las organizaciones sociales, y también a grupos no organizados y contrarios al despliegue de este tipo de estrategias. En

este punto se visualizaron posibles aristas obstaculizadoras al presentar esta idea ante «líderes autoritarios» (C; S2), dando cuenta de una percepción distante y cerrada de las figuras de poder en general.

MAIPÚ

Caracterización de la comuna

Esta comuna se ubica en la Provincia de Santiago, Región Metropolitana. Forma parte de lo que se denomina el «gran Santiago» y se encuentra a 32 km al oeste de la capital regional. Maipú tiene una población comunal de 578.605 habitantes, con un 50,88% de mujeres y el 49,12% de hombres. En términos de pobreza multidimensional, cerca del 2,5% de sus habitantes se encuentran en esta condición.

Este municipio tiene ingresos anuales por más de \$115.390 millones de pesos, de los cuales cerca del 42,86% depende de la redistribución que otorga el Fondo Común Municipal. Los gastos anuales del mismo corresponden a \$120.494 millones de pesos. El aporte del municipio al sector salud comunal es de \$1.670 millones de pesos, y el gasto es de \$22.238 millones de pesos anuales en este sector.

Dinámica participativa dentro del proceso de capacitaciones

Acerca del desarrollo de las actividades en la sede de la UDLA en Providencia, el equipo de salud de la comuna de Maipú participó, en conjunto con trabajadoras y trabajadores de las comunas de Huechuraba y San Joaquín, desarrollándose espacios de interacción y comparación de sus procesos y vivencias, lo que facilitó instancias de construcción colectiva para cada una de las actividades. Respecto de la dinámica relacional visualizada, se señala una integración mucho mayor a la lógica institucional de las grandes ciudades urbanas, lo que facilita su vinculación con redes de apoyo más especializadas, y con atención a una población más accesible y organizada.

En cuanto a la participación, asistió de forma regular un equipo de salud, que trabajó en una mesa de cinco integrantes. En el tercer día de trabajo, solo llegaron dos participantes. Las profesiones de los asistentes eran del área de la medicina, psicología, matrona y enfermería, quienes se presentaron a las sesiones realizadas el 3 de noviembre (primera sesión), el 10 de noviembre (segunda sesión) y el 1 de diciembre de 2021 (tercera sesión). En el desarrollo de estos espacios, se visualizó una marcada tendencia a destacar el sociocuidado, información y monitores de salud.

Construcción de estrategias

En concordancia con la dinámica participativa, el equipo planteó que se debe apuntar a un diagnóstico del problema del sociocuidado, así como de la información y prevención del COVID-19.

En cuanto a la comunicación como eje central se señala que esta debe describir las creencias asociadas con el trabajo en comunidad, ya que esta puede ser parte activa y aportar a la comunicación de riesgo. Las instituciones que están a cargo de ello hoy en día están desprestigiadas, como es el caso de los centros de salud, el Ministerio de Salud y el de Educación. Por ello, es necesario recomponer las relaciones, ya que este es un trabajo colaborativo, nadie sabe todo de una pandemia y los miembros de la comunidad puedan aportar a este tipo de instancias de trabajo. Esto ayuda a tener otra percepción de los equipos de salud con los individuos y viceversa.

En cuanto a las acciones, estas deben ser la creación de diálogos y diagnóstico ciudadanos, con énfasis en los monitores en salud, ya que en la experiencia y cierta evidencia de los equipos de trabajo este tipo de estrategias es de las más eficaces. Como segunda prioridad, se plantea fomentar el uso de redes sociales y material educativo, además de visitas guiadas del personal de salud y, finalmente, llevar a cabo talleres de parte de los profesionales de la salud. Por último, se señala como relevante empoderar a los monitores en el combate contra el COVID-19 para generar y desarrollar líderes comunitarios

que posibiliten la creación de una estrategia más genuina desde los centros de salud.

Los principales obstáculos para poder realizar un trabajo coordinado tienen que ver con la influencia de las redes sociales, las que algunas veces son afines y otras operan en contra de los objetivos comunicacionales.

Anclaje estrategia-supracategorías

El equipo de salud de Maipú basa su estrategia prioritaria en la «participación social». La principal acción que buscan como equipo tiene que ver con los monitores de salud, trabajo cuya base es una extensa red de diálogos ciudadanos y diagnósticos para saber cómo la misma comunidad fortalece su asociatividad, así como encuentros para enfrentar las crisis de sociocuidados. Al participar, se adquiere conocimiento sin darse cuenta y eso se percibe en las y los vecinos.

Cada encargado de promoción de los distintos centros de salud maneja la información con los actores relevantes e importantes de la comuna y con eso es posible saber quiénes son y a quiénes se debe llegar. Cada punto de encuentro debe entregar información resumida y clave para no saturar y posibilitar que el mensaje sea directo a estos monitores. El diagnóstico también debe indicar los obstáculos para la implementación de políticas de combate a la pandemia, ya que eso impacta en la eficacia de la estrategia.

Finalmente, la «comunicación de riesgo» es la segunda gran categoría que se desprende del trabajo del equipo de Maipú. Se relevó de forma muy clara que, en la comuna de mejor calidad de vida —en relación con el resto de las que participaron en esta capacitación— el uso de las redes sociales fue un factor importante al momento de combatir el COVID-19, dado el gran volumen de información falsa en cuanto al manejo de la crisis sanitaria, que mermó la eficacia de la comunicación del riesgo, agudizando más la posibilidad de control de la pandemia en los barrios. En lo que respecta a la participación, se destacó el deseo de que la información trabajada en conjunto fuera socializada por los propios monitores, de forma cercana y directa,

para que le hiciera sentido a la comunidad y así poder lograr una mayor comunicación del riesgo del COVID-19 más efectiva.

SAN JOAQUÍN

Caracterización de la comuna

La comuna se ubica en la Provincia de Santiago, Región Metropolitana. Forma parte también del «gran Santiago» y se encuentra a 9 km al sur de la capital regional. San Joaquín tiene una población comunal de 103.485 habitantes, con un 50,63% de mujeres y el 49,37% de hombres. En términos de pobreza multidimensional cerca del 5,24% de sus habitantes se encuentran en esta condición.

El municipio de San Joaquín tiene ingresos municipales anuales por cerca de \$32.886 millones de pesos, de los cuales aproximadamente el 12,19% depende de la redistribución que otorga el Fondo Común Municipal. Los gastos anuales del mismo corresponden a \$32.907 millones de pesos. El aporte del municipio al sector salud comunal anual es de \$582.021 millones, y el gasto de \$15.534 millones de pesos en este sector al año.

Dinámica participativa dentro del proceso de capacitaciones

En cuanto al desarrollo de las actividades en la sede de la UDLA en Providencia, el equipo de salud de la comuna de San Joaquín participó, en conjunto con trabajadoras y trabajadores de las ciudades de Huechuraba y Maipú, desarrollándose espacios de interacción y comparación de sus procesos y vivencias, lo que facilitó la construcción colectiva para cada una de las actividades. Respecto de la dinámica relacional visualizada, se refiere una integración mucho mayor a la lógica institucional de las grandes ciudades urbanas, lo que es beneficioso para su vinculación con redes de apoyo más especializadas, y con atención a una población más accesible y organizada.

En relación con la participación, asistieron de forma regular dos equipos de salud, los cuales se dividieron en dos mesas de trabajo de cuatro personas. En el tercer día de trabajo, se trabajó en una sola mesa, por falta de quórum. Entre las profesiones de los participantes destacan medicina, trabajo social, kinesiología, matrona y nutrición, quienes se presentaron de forma constante a las sesiones realizadas el 3 de noviembre (primera sesión), 10 de noviembre (segunda sesión) y el 1 de diciembre de 2021 (tercera sesión). En el desarrollo de estos espacios, se visualizó una marcada tendencia a subrayar las situaciones de vulnerabilidad y concientización del uso de las medidas no farmacológicas en la población.

Construcción de estrategias

Para el equipo de salud de San Joaquín la estrategia necesita dar prioridad a la evaluación de las personas en situación de vulnerabilidad y concientizar acerca del COVID-19 en las villas y en la población en general. Se señaló también la necesidad de implementar recursos humanos para la detección de los problemas, medios audiovisuales y contar con un lugar físico donde se pueda trabajar, por ejemplo, un centro, terreno o lugar comunal que esté desocupado y aprovecharlo para estas actividades. De igual modo, si bien se consigna que la población objetivo deben ser todas las personas, el contexto sanitario obliga a hacer énfasis en los adultos mayores y en adolescentes, que son los más reacios a las medidas no farmacológicas. Se busca con ello fomentar la equidad con posibles beneficios en el autocuidado, mayor empoderamiento e inclusive tener impacto directo en la disminución de las enfermedades respiratorias.

Una segunda prioridad apunta a la educación de niñas y niños en las escuelas de la comuna. Los recursos que implicaría esto tienen que ver con los educadores en salud, los mismos colegios y aulas, donde el principal beneficio sería un impacto más efectivo en las medidas no farmacológicas tales como el uso de mascarillas y el lavado de manos.

En cuanto a los principales logros, estos se relacionaron con la educación y la intervención, donde las asociaciones más relevantes son con la comunidad organizada, las redes sociales (virtuales) y las juntas de vecinos. Lo anterior podría generar cierta resistencia entre quienes sientan estas estrategias de forma impositiva (factores políticos), además de los propios conflictos locales que existen entre los dirigentes y el municipio, por ejemplo, en busca de quién tiene más liderazgo. Por ello, la forma primordial de integrarlos tiene que ser escuchando en las mesas territoriales, en los diálogos comunitarios y en los foros y también se menciona el uso de metodologías de diagnóstico de grupo focal.

Para el equipo de San Joaquín la vulnerabilidad es transitoria, no es algo constante, sino que es un proceso. Por ello, debe identificarse de forma correcta, ya que los recursos son escasos en tiempo y disponibilidad y, dada la contingencia, los participantes señalan que los trabajadores de la salud deben ir donde están los contagios.

Anclaje estrategia-supracategorías

En relación con las categorías macro, el equipo de San Joaquín asoció la creación de sus estrategias con la «participación social», donde las instituciones afines para realizar sus estrategias son organismos como las universidades, sindicatos, colegios, jardines infantiles y juntas de vecinos activas. Los profesionales destacaron el término *activo*, como algo primordial para combatir la pandemia, ya que representa un alto compromiso en el ejercicio del poder.

Entonces, al hablar de territorio y de comunidad, se hace referencia a la operatividad de los mecanismos existentes entre esos cuerpos, que realizan prácticas ya sean individuales o colectivas, según la reproducción de sus experiencias al interior de una comunidad y que pueden llegar a conformar un territorio que propicia esta participación de forma activa.

Respecto de la «alfabetización en salud», en San Joaquín los participantes vieron indiferencia en actores clave como es el caso de la Corporación municipal y el mismo CESFAM. Los usuarios que

asistían a los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) los clasificaron como indiferentes, debido a ciertos tipos de problemas vistos ahí. Algunos monitores también cumplieron esta función de educadores en salud.

Los monitores en salud fueron nombrados en esta indiferencia, de modo que es necesario afinar los mecanismos de diálogo con las comunidades y territorios, aspectos de la ritualidad que son fundamentales para mantener estas relaciones.

En cuanto a la «comunicación del riesgo», para los equipos de esta comuna se evidenció que el municipio no jugó un rol importante en estas acciones, sumado a los vecinos con salud privada, grupos antivacunas y dirigentes sociales afines a las autoridades, por lo que solo encontraron obstáculos en el proceso comunicativo.

HUECHURABA

Caracterización de la comuna

Esta comuna se ubica en la Provincia de Santiago, Región Metropolitana. Es parte de lo que se denomina el «gran Santiago» y se encuentra a 19 km al norte de la capital regional. Huechuraba tiene una población comunal de 112.528 habitantes, con 50,77% de mujeres y 49,23% de hombres. En términos de pobreza multidimensional cerca del 5,6% de sus habitantes se encuentran en esta condición.

El municipio de Huechuraba tiene ingresos municipales anuales por cerca de \$37.666 millones de pesos, de los cuales aproximadamente el 7,7% depende de la redistribución que otorga el Fondo Común Municipal. Los gastos anuales del mismo corresponden a \$37.270 millones de pesos. El aporte del municipio al sector salud de la comuna es de \$3.500 millones, siendo el gasto anual de \$15.244 millones para este sector.

Dinámica participativa dentro del proceso de capacitaciones

En el desarrollo de las actividades en la sede de la UDLA en Providencia, los equipos de salud de la comuna de Huechuraba participaron, en conjunto, con las y los trabajadores de las ciudades de Maipú y San Joaquín, desarrollándose espacios de interacción y comparación de sus procesos y vivencias, lo cual facilitó las instancias de construcción colectiva para las actividades. Por su parte, la dinámica relacional visualizada se refiere a una integración mucho mayor a la lógica institucional de las grandes ciudades urbanas, con lo cual es más fácil su vinculación con redes de apoyo especializadas, y atiende a una población más accesible y organizada.

En cuanto a la participación, asistieron de forma regular dos equipos de salud con un total de 11 participantes, los cuales trabajaron en una mesa de cinco y seis integrantes, respectivamente. Las profesiones de los participantes tienen relación con la medicina, sociología, matrona, fonoaudiología, enfermería y dentista, quienes se presentaron a las sesiones realizadas el 3 de noviembre (primera sesión), 10 de noviembre (segunda sesión) y 1 de diciembre de 2021 (tercera sesión). Los equipos de salud de la comuna basan su trabajo en una mesa de equidad en cuanto a las políticas locales.

Construcción de estrategias

Uno de los equipos de salud participante de la comuna de Huechuraba, propuso hacer prioritaria la comunicación de riesgo y una mayor vinculación con los equipos de gestión. Los recursos necesarios tienen relación con entidades educacionales entre las que también se incluyen las universitarias. La población cubierta llegaría a cerca del 80% y los beneficios serían contar con equipos municipales más comprometidos y mejorar las relaciones. En segundo lugar, también se consideró la planificación de actividades de integración comunitaria en conjunto (reuniones). De igual modo, los participantes expresaron la necesidad de tener recursos humanos en el CESFAM y que estos se incorporen a las actividades; en este

caso los beneficios radicarían en la satisfacción de usuarios con foco en este tipo de evaluaciones. Como tercer aspecto, se identificaron sectores de mayor riesgo con equipos municipales, para lo cual se requiere la creación de un mapa de riesgo comunal. Finalmente, se planteó la creación de una mesa de trabajo y comunicación de riesgo entre los equipos de salud y la Dirección de Desarrollo Comunitario, DIDECO. Este equipo destaca la «débil relación con dicha Dirección, en especial con los encargados territoriales» (S; S3).

Una de las críticas es el rol que ha tomado la DIDECO en este proceso, debido a ciertas distorsiones en la comunicación, para lo cual la solución sería la creación de una mesa de trabajo en comunicación de riesgos.

Un objetivo primordial que se destacó es mejorar la relación con los encargados territoriales del CESFAM, ya que ello impacta negativamente en la comunicación de riesgo.

Para el segundo equipo de salud, debieran priorizarse las y los agentes educativos en salud, para conformar con ellos un círculo virtuoso entre personas, centros de salud, comunidad y familias. Desde esta perspectiva, las acciones deben tener como norte la comunicación efectiva, así como también potenciar los vínculos sociales entre pares, fortalecer a los agentes promotores y sociabilizar la información.

Finalmente, destacan que, si las decisiones se toman en conjunto, ello demuestra integridad, por lo cual el objetivo fundamental tiene que ser la mesa de equidad en todas las políticas locales.

Anclaje estrategia-supracategorías

Fundamentalmente las estrategias de los equipos de salud de Huechuraba se basan en la «participación social». Ello se relaciona con la mención de la mesa de equidad en las políticas locales, las que se deben integrar al municipio como alta prioridad, así como las universidades, colegios, espacios de riesgo, sociedad civil, iglesias y otras instituciones de salud, es decir, a todas las organizaciones, empresas e instituciones que están en el territorio.

Cuando se hable de participación se debe visualizar el territorio y la comunidad, es decir, la operatividad de los mecanismos existentes entre esos cuerpos que realizan prácticas individuales o colectivas, según la reproducción de sus experiencias al interior de una comunidad y que pueden llegar a conformar un territorio.

Una segunda estrategia que se debe realizar es la «comunicación del riesgo». Ello se puntualiza debido a la importancia de intervenir espacios donde se encuentran grupos que son opuestos y provocan que estas estrategias sean poco efectivas, como las tomas de allegados, las ollas comunes que en un momento se distanciaron, pero lo fundamental debe ser un trabajo de largo plazo y comprometer esfuerzos institucionales. Esto quedó asegurado en el PLADECO y, aunque fue un trabajo largo, decantó en la mesa de equidad en todas las políticas. En ese sentido, se deben incluir muchos sectores que hoy no son afines.

El enfoque de los derechos humanos también es trascendental para los equipos de salud comunales. Justamente, institucionalizando políticas y estrategias, es posible lograr metas integrales para las familias, los individuos y la comunidad. Esto comprende también a quienes están más lejanos. Aparece en los relatos el concepto de «mar de la integración», el que se consigue dando dinamismo a las estrategias y realizando mucho trabajo de sensibilización con grupos y personas. La comunicación tiene que estar articulada y movilizar los recursos, aprendizajes y activos locales, para romper esa verticalidad de los profesionales de salud y dar origen a relaciones más horizontales, donde todos sean parte de la solución y las acciones se orienten hacia la equidad. Sus experiencias relatan que este tipo de trabajo es el más eficaz para ir reduciendo brechas en las comunidades.

Apreciaciones finales

A modo de resumen del proceso de sistematización en torno a las sesiones de capacitación descritas en el presente informe, como equipo de trabajo se visualiza la pertinencia de dar cuenta de dos

aristas de cierre: un primer elemento relativo a los ejes estructurales del proyecto presentados al inicio del informe; y por otro, en relación con aspectos que complementan el desarrollo explicativo de las entidades de análisis construidas.

RESPECTO DE LOS EJES ESTRUCTURANTES

En relación con el proceso educativo, el equipo sistematizador visualizó que el cariz propuesto respecto de la lógica horizontal y colaborativa en el desarrollo de las actividades facilitó la construcción colectiva de conocimiento nuevo para las y los participantes, favoreciendo la validación de la capacitación como espacio pertinente para, al menos, dos procesos relevantes: constituirse como una instancia que fortaleciera el sentido de identidad de los equipos de salud presentes, conceptualizando y racionalizando eventos que aún son recientes, y que expuestos ante pares, adquieren significados que consolidan rasgos resilientes en quienes han vivenciado la pandemia en los centros de salud; y se visualiza la importancia de proponer acciones elaboradas desde la educación popular (Freire, 1970) como elemento que promueve ejes reflexivos respecto del combate contra la pandemia, permitiendo profundizar en lo político de las decisiones institucionales que se han adoptado, y en el rol de las y los trabajadores de la salud en su implementación, no solo como agentes operativos, sino también como actores sociales esenciales para pensar políticas públicas con sentido territorial.

En cuanto al relato de las y los participantes, ha sido posible construir —por parte del equipo sistematizador— una estructura secuencial que facilita la comprensión explicativa de las narrativas expresadas por quienes asistieron a los espacios de capacitación. A partir de la base explicitada en el desarrollo del informe: código-categoría-supracategoría-estrategias, se establecen reglas específicas que generan entes aglutinadores que se van transformando para llegar al punto cúlmine del proyecto. En este sentido, se definieron 19 códigos, reagrupados en nueve categorías, las que se vincularon con los cuatro ejes transversales del proyecto y que a su vez fueron

identificados en la construcción de estrategias que presentó el equipo de salud de cada comuna en la última sesión presencial.

En relación con la construcción de estrategias, en el proceso de sistematización se da cuenta de la lectura realizada tras la culminación del proyecto desde el rol de los equipos de salud, intencionando una estructura que permitiera visualizar, en cada estrategia, aspectos desarrollados en el proceso previo de problematización y capacitación (sesiones 1 y 2). En paralelo, se presentó la información mediante un formato que hace hincapié en cómo los aspectos identitarios locales y el sentido de territorialidad fueron moldeando elementos comunes entre los equipos de salud pero que, en la proyección de operatividad y funcionamiento, adquirirían matices propios asociados a las particularidades —simbólicas y factuales— de cada comuna.

EN RELACIÓN LOS ELEMENTOS QUE COMPLEMENTAN EL DESARROLLO EXPLICATIVO DEL PROCESO

En primer lugar, se considera pertinente dar cuenta de la base operativa, funcional y territorial que ya desarrollaban los equipos de salud participantes como práctica permanente en su proceso de trabajo durante la pandemia, y en particular, la diversidad de estrategias previamente utilizadas y evaluadas en la promoción del uso de medidas no farmacológicas desde distintas miradas. En esta línea, se releva que buena parte de las propuestas elaboradas se constituían como acciones anteriores ejecutadas en los centros de salud, y ello permitió la construcción de ideas más reflexivas y conscientes de los riesgos, visualizando con antelación posibles factores boicoteadores y/o ejes críticos. Gran parte de los equipos destacó los roles de asociatividad que tienen en la comunidad y que estas estrategias han buscado consolidar o generar instancias de trabajo.

En segundo lugar, se considera relevante reparar en el uso transversal de la supracategoría «participación social» en la construcción de las estrategias de los equipos de salud de todas las comunas participantes. En la lógica de profundizar lo ya referido, se observa una complejidad institucional de los servicios de salud en cuanto a la mirada vertical que proponen en su relación con las comunidades,

tendiendo a tildar como «contracorriente» las medidas y propuestas que promueven una política participativa y democrática en la entrega de servicios y, sobre todo, en la planificación de acciones que incluyan, como agentes protagonistas, a las mismas personas que reciben las atenciones. En esta línea, se destaca aún más la búsqueda de los equipos por crear espacios dialogantes y horizontales, validando los territorios y haciéndose parte activa en los procesos de cambio, como el actual contexto político social que vive el país, que de cierta forma se ha superpuesto a la pandemia por COVID-19, como se mencionó en los inicios de este informe. Varios equipos de salud participantes hicieron nutridas alusiones al Estallido social de octubre de 2019 como un hito importante en la relación que han tenido con sus territorios, con lo cual argumentaban la importancia de la perspectiva política y social en la implementación de estrategias de salud, particularmente a nivel comunal, donde las aristas políticas intervienen mucho más.

Como tercer aspecto, y en términos de exponer los elementos identificados en el proceso mismo de sistematización de la información, aparecen como fundamentales las dinámicas distintivas identificadas en comunas rurales en comparación con las comunas ubicadas en sectores urbanos. En este sentido, los equipos de salud que se despliegan en sectores rurales poseen una vinculación con la comunidad construida desde un sentido común de identidad que valora y valida ejes culturales relevantes en la entrega de servicios de salud. Aun así, la interacción con la población tiende —desde lo visualizado por el equipo sistematizador— a presentar rasgos más institucionalistas y verticales en el despliegue de las estrategias construidas y la descripción de las dinámicas ya existentes. En contraparte, las comunas urbanas referían mayores aristas de participación social y reconocimiento del tejido comunitario, observando una tendencia a buscar la horizontalidad de las relaciones y construir colectivamente las estrategias.

Por último, como cuarto elemento por destacar, el equipo a cargo de la construcción del presente informe considera pertinente referir que el proceso general de sistematización de las capacitaciones

y la configuración de formas de análisis explicativo de aquello está cruzado de forma transversal por el escenario político del país y las transformaciones/ vacilaciones que han marcado el devenir social en el último periodo. En este sentido, las alusiones al Estallido social, el proceso constituyente en curso y las elecciones presidenciales ocurridas el 19 de diciembre de 2021, construyeron un marco referencial en términos de las discusiones y los estándares éticos que fueron parte basal de las conversaciones, aspecto que potenció la relevancia otorgada a la democratización de los espacios y a la participación social, además de la permanente referencia a los derechos humanos —y la salud como uno de estos— como trinchera por defender.

Paralelamente, se da cuenta del tejido institucional del país en la implementación de políticas que impacten en los territorios de forma pertinente, las relaciones con los municipios y sus diferentes enfoques de intervención, sumado a las autoridades sanitarias centrales de país y, en específico, a la participación de las autoridades de educación, la cual fue mínima durante la pandemia y dio cuenta de lo poco colaborativas que son las políticas de intervención, ya que se sostienen más en la creatividad y particularidad de grupos reducidos, que en la experiencia de los equipos de salud presentes en los territorios.

REFERENCIAS

- Bermúdez, N. (2007). La noción de Ethos: historia y operatividad analítica. *Tonos. Revista Electrónica de Estudios Filológicos*, (14). <https://www.um.es/tonosdigital/znum14/secciones/estudios-1-ethos.htm>
- Bourdieu, P. (2000). *Cosas dichas*. Editorial Gedisa.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Revista Psicoperspectivas*, 2(1), 53-82. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol2-Issue1-fulltext-3>
- Colegio Médico de Chile (2021). *El impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud* (Informe Preliminar n° 4).
- Comisión Interamericana de Mujeres, CIM (2020). *COVID-19 en la vida de las mujeres: razones para reconocer los impactos diferenciados*. Organización de Estados Americanos, OEA-CIM.

- Corsi, G., Esposito, E. & Baraldi, C. (1996). *Glosario sobre la teoría social de Niklas Luhmann*. Editorial Universidad Iberoamericana.
- Forstenzer, N. (2019). Feminismos en el Chile post-dictadura: hegemonías y marginalidades. *Revista Punto Género*, (11), 34-50. <https://doi.org/10.5354/0719-0417.2019.53879>
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Nueva Tierra.
- Granovetter, M. (1973). La fuerza de los vínculos débiles. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380. https://www.redcimas.org/word-press/wp-content/uploads/2012/08/m_MGranovetter_LAfuerzaDE.pdf
- Kohlberg, J. (1989). El desarrollo moral, una introducción a la teoría. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19(1), 7-18.
- Luhmann, N. (1998). *Complejidad y modernidad: de la unidad a la diferencia*. Editorial Trotta.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*. Paidós.
- Moyano, D. & Mendivil, L. (2021). Productos comunicacionales para la prevención de la COVID-19 promovidos por los gobiernos de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (45), e111. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.111>
- Organización de las Naciones Unidas, ONU (2020). *Las repercusiones de la COVID-19 en las mujeres*. ONU.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2020). *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19*. OPS/IMS/FPL/COVID-19/20-0021.
- Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Serie estudios estadísticos y prospectivos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.
- Robles, M., Cruz-Aguayo, Y., Schady, N., Zuluaga, D., Fuertes, N. & Kang, M. (2019). *Educación y Salud: ¿Los sectores del futuro?* Banco Interamericano de Desarrollo, BID. <http://dx.doi.org/10.18235/0001520>
- Següel, F., Valenzuela, S. & Sanhueza, O. (2015). El trabajo del profesional de enfermería: revisión de literatura. *Ciencia y enfermería*, 21(2), 11-20. https://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200002
- Sistema Nacional de Información Municipal, SINIM (2021). *Ficha comunal*. www.sinim.cl/fichacomunal
- Superintendencia de Salud, SIS. (2021). *Caracterización de los profesionales de la salud en Chile*. https://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-20912_recurso_1.pdf
- Techo.org (31 de agosto de 2020). *Mapas relevan distribución de vulnerabilidad frente al COVID-19*. Techo-Chile. <https://www.techo.org/>

chile/techo-al-dia/mapas-revelan-distribucion-de- vulnerabilidad-
social-frente-al-covid-19/

Wade, P. (2008). Población negra y la cuestión identitaria en América La-
tina. *Universitas Humanística*, (65), 117-137. [https://www.redalyc.
org/articulo.oa?id=79106507](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79106507)

EPÍLOGO

Para quienes integramos el Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario reviste especial interés poder compartir la experiencia desarrollada a partir de la convocatoria de la Organización Panamericana de la Salud. Pues de esa manera, cumplimos parte importante de los cometidos de este apreciado proyecto.

Esta obra nos brinda —desde las diversas miradas de sus autores y autoras—, poder aproximarnos a lo que implica verdaderamente el derecho a la salud de personas y de sus comunidades. Haciendo patente la necesidad de avanzar en perspectivas de formación interdisciplinar y de un actuar interprofesional en salud comunitaria. Y desde los roles que nos competen, a no olvidar el rol pedagógico que acompaña nuestro hacer, así como la imprescindible apertura al aprendizaje y al intercambio continuo.

Autoras y autores que relatan el desafío de un actuar estratégico y situado en contextos particulares y cambiantes, y que nos dicen que no se trata de mera adaptación de recomendaciones a las nuevas realidades. Van más allá, desafiando a comprender a la salud como un derecho y a la atención sanitaria como parte de los avances paulatinos hacia la salud universal.

Los equipos de salud —como se demuestra en los textos que anteceden a estos párrafos— han vivido, sentido, reflexionado e impulsado cambios en el marco de la pandemia. Entre incertidumbres

y convicciones han ido al encuentro de nuevas estrategias para estos nuevos tiempos de la salud pública.

Un poco reconocido rol de educadores y comunicadores surge entre tanta tarea y tanto compromiso. Compromiso que ha llevado a participar del proyecto como protagonistas y a ir asumiendo la construcción de estrategias comunitarias.

A su vez, en las redes barriales en las que participan, en el entramado comunitario en las cuales están inmersos, estos equipos de salud han ido zurciendo, en un tejido social tantas veces dañado y en el cual las vulnerabilidades también afectan a quienes trabajan para superarlas. Esto, lo han aprendido quienes fueron (fuimos), en el rol de docentes, facilitadores de este proceso pedagógico que expresa un aprendizaje bidireccional.

A toda esta estrategia salubrista, que se le ha denominado *medidas no farmacológicas para grupos de población en situación de vulnerabilidad*, la desafía el trabajo en los vínculos y al desafío intercultural en salud. Pues urge ya no solo comprender la multidimensionalidad de las problemáticas sanitarias y su determinación social, sino también desestructurar aquellas formas de acción que resultan estereotipadas y que tantas veces impiden comprender a *esos otros*.

Autoras y autores que superan una mirada centrada en metas con usuarios y junto a quienes invitamos a las personas lectoras a profundizar acerca de la urgente necesidad de tender puentes: entre quienes atienden y quienes requieren la atención, entre quienes cuidan y quienes necesitan ser cuidados.

Por ello, desde el rol que vienen desarrollando en lo cotidiano y aquí han publicado sus reflexiones, la invitación es a reflexionar, sintetizar y compartir.

De nuestra parte, nos cabe facilitar estos procesos dialógicos, en todas sus formas posibles y desde una perspectiva particular a la cual denominamos salud comunitaria.

CARLOS GÜIDA LESKEVICIUS

Director del Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario
Facultad de Salud y Ciencias Sociales Universidad de Las Américas

NICOLE LOBOS VILLATORO

Coordinadora Académica del Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario
Facultad de Salud y Ciencias Sociales Universidad de Las Américas

Este libro se terminó de imprimir
en Santiago de Chile,
septiembre de 2026

Teléfono: 22 22 38 100 / ril@rileditores.com

Se utilizó tecnología de última generación que reduce
el impacto medioambiental, pues ocupa estrictamente
el papel necesario para su producción, y se aplicaron
altos estándares para la gestión y reciclaje de desechos
en toda la cadena de producción.

Los siguientes textos han sido compilados comprendiendo que, para el desarrollo de un sistema sanitario centrado en las personas, familias y comunidades, que busque responder las inequidades en salud y que se encuentre preparado ante las emergencias sanitarias, se requiere del compromiso de las instituciones universitarias en la formación de profesionales y técnicos de la salud orientados al bienestar colectivo, sensibles a las realidades, incorporando lógicas participativas e interdisciplinarias. Así también el reconocimiento de herramientas como la alfabetización crítica de la salud, el trabajo intersectorial, la comunicación social y comunitaria en salud, el modelo de pedagogías mixtas y la consideración de la perspectiva de género en las emergencias sanitarias son aspectos cruciales para los cambios requeridos. Me complace invitarles a leer este libro, que explora marcos teóricos y experienciales que pueden colaborar a la reflexión de los retos contingentes y futuros de los sistemas de salud en Chile y en la región de las Américas, la necesaria formación profesional y su vínculo con la realidad socio-cultural de las personas, familias y comunidades, con una fuerte impronta en el análisis de la experiencia de capacitación llevada a cabo por el Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario con los equipos de Nivel Primario de Atención en Salud de tres regiones de Chile.

Dra. Orielle Solar Hormazabal