



# Estrategias teórico metodológicas basadas en la reflexión acción para equipos de salud comunitaria

Bases conceptuales y  
modelamiento metodológico

Patricia Castañeda Meneses (Coordinadora)

Ketty Cazorla Becerra

Maritza Cofré Conejeros

Raúl Hozven Valenzuela

María Paz Martínez Rubio



# **Estrategias teórico metodológicas basadas en la reflexión acción para equipos de salud comunitaria**

Bases conceptuales y  
modelamiento metodológico

Patricia Castañeda Meneses (Coordinadora)

Ketty Cazorla Becerra

Maritza Cofré Conejeros

Raúl Hozven Valenzuela

María Paz Martínez Rubio

Financiado por Proyecto: UVA 2295 “Creando lazos permanentes con la comunidad regional:  
por una vinculación con el medio más significativa y bidireccional”

Esta publicación se adscribe a la conmemoración de los 100 años de Trabajo Social en Chile y  
América Latina y a los 80 años de Trabajo Social Universitario en Valparaíso.

Informe de difusión de resultados del proyecto colaborativo  
«Formación, experimentación y validación de estrategias teórico-metodológicas  
basadas en la reflexión acción con equipos de salud comunitaria»,

Área Salud Corporación Municipal de Viña del Mar CORMUVIÑA/  
Universidad de Valparaíso. Años académicos 2024-2025.

Universidad de Valparaíso, Vicerrectoría de Vinculación con el Medio. Proyectos de  
Vinculación con el Medio: CREANDO LAZOS PERMANENTES CON LA COMUNIDAD REGIONAL:  
POR UNA VINCULACIÓN CON EL MEDIO MÁS SIGNIFICATIVA Y BIDIRECCIONAL UVA 2295.

ISBN

978-956-09198-9-2



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.

### **Equipo responsable**

Prof. Patricia Castañeda Meneses.

Prof. Ketty Cazorla Becerra.

Prof. Raúl Hozven Valenzuela.

**Escuela de Trabajo Social.**

**Facultad de Ciencias Sociales.**

Prof. Maritza Cofré Conejeros.

**Escuela de Obstetricia y Puericultura.**

Prof. María Paz Martínez Rubio.

**Escuela de Medicina. Campus San Felipe.**

**Facultad de Medicina.**

### **Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social, Área Salud.**

Dr. Rodrigo Valenzuela Barra.

**Director Área Salud.**

Carolina Cabello Aguilera.

**Trabajadora social.**

**Unidad de Promoción y Participación.**

**Este trabajo está sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0).**

**Este libro fue arbitrado por pares externos, bajo la modalidad doble ciego.**

**Correo electrónico de contacto: [patricia.castaneda@uv.cl](mailto:patricia.castaneda@uv.cl)**

**Diseño y diagramación:**

Ángelo Escobar Cebrero.

## Indice

1.	Presentación .....	7
2.	Principales fundamentos de las estrategias Teórico-metodológicas basadas en la reflexión acción para equipos de salud comunitaria .....	9
3.	Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Walkscape .....	14
3.1.	Bases conceptuales: Walkscape. Caminar como técnica de intervención comunitaria sociosanitaria .....	14
3.2.	Modelamiento y Validación Estrategia Teórico-Metodológica De Reflexión Acción. Walkscape .....	19
	Proyecto: Efectos en el territorio del CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza y aprendizajes en la gestión de riesgos en atención primaria de salud por megaincendio de febrero 2024. ....	21
	Proyecto: La salud nos une. construyendo puentes con la comunidad. CECOSF Santa Julia y CECOSF Las Palmas chilenas. Parcela 11. ....	36
	Proyecto: Nunca es tarde para sentirse mejor. CESFAM Las Torres, Forestal. ....	67
4.	Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Sistematización. Recursos de estabilización. ....	85
4.1.	Bases conceptuales: Sistematización. Generación de conocimientos desde la propia práctica.....	85
4.2.	Modelamiento y validación estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Sistematización. Recursos de Estabilización. ....	89
	Proyecto: Análisis comparativo de los procesos de acceso a prestaciones de salud del programa cardiovascular en atención primaria. CESFAM Miraflores Achupallas y CESFAM Dr. Marco Maldonado. ....	91
5.	Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Storytelling / narrativas .....	108
5.1.	Bases conceptuales. Storytelling/narrativas. Aportes para el trabajo en salud comunitaria. ....	108
5.2.	Modelamiento y validación estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Storytelling/narrativas. ....	111
	Proyecto: Miradas sobre migración, gestación y crianza. CESFAM Gómez Carreño. ....	113
	Proyecto: Gestión de talentos: Patín-ando por Las Achupallas. CECOSF Sergio Donoso	136

6.	Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Podcast. ....	157
6.1.	Bases conceptuales. El Podcast como herramienta en salud. ....	157
6.2.	Modelamiento y validación estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Podcast. ....	161
	Proyecto Podcast como herramienta de comunicación y difusión de las reuniones del Consejo Local de Salud y Comité Gestión Usuario del CECOSF Villa Hermosa .....	163
7.	Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Estudios de memoria. ....	173
7.1.	Bases conceptuales. Estudios de memoria. Reconocer la Memoria y el Patrimonio Sanitario de la comunidad. ....	173
7.2.	Modelamiento y validación estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Estudios de memoria .....	175
	Proyecto Fragmentos de la Memoria del CESFAM Nueva Aurora de Viña Del Mar .....	177
8.	Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Radio Comunitaria. ....	191
8.1.	Bases conceptuales. La radio comunitaria y su potencial como estrategia de comunicación de salud en el territorio . ....	191
8.2.	Modelamiento y validación estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Radio comunitaria .....	195
	Teen Reñaquinos en Salud. Proyecto Radio Comunitaria. Espacio radial para difusión de contenidos de Salud Adolescente. CESFAM Dr. Jorge Kaplán .....	197
9.	Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Fotoelicitación y fotovoz. ....	211
9.1.	Bases conceptuales. Capturar momentos mediante la luz. El uso de la fotografía en salud comunitaria .....	211
9.2.	Modelamiento y validación estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Fotoelicitación .....	215
	Proyecto conociendo mi entorno, cuido mi entorno. CESFAM Brígida Zavala, Forestal .....	217
	Reflexiones finales. ....	233

# 1. Presentación

La presente publicación expone los resultados de la iniciativa denominada *Proyecto colaborativo Área Salud Corporación Municipal de Viña del Mar CORMUVIÑA/Universidad de Valparaíso. Formación, experimentación y validación de estrategias teórico-metodológicas basadas en la reflexión acción con equipos de salud comunitaria*, adjudicado en el Fondo Concursable de Proyectos de Vinculación con el Medio UVA 2295 dependiente de la Vicerrectoría de Vinculación con el Medio de la Universidad de Valparaíso; y llevado a cabo durante los años académicos 2024 y 2025. El proyecto tuvo por objetivo implementar una vinculación colaborativa bidireccional entre la Universidad de Valparaíso y el Área de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social, para la formación, experimentación y validación de estrategias teórico-metodológicas basadas en la reflexión acción en los equipos de salud comunitaria, que contribuyan a la calidad y pertinencia de la atención de problemáticas socio-sanitarias en los diversos territorios locales de la comuna.

La organización del proyecto consideró las siguientes fases de trabajo y permitió la obtención de los siguientes resultados:

**Tabla N°1.** Organización de la experiencia.

Fases de trabajo	Características	Resultados
Fase 1 Formación I semestre 2024	Formación de los equipos de salud comunitaria del área salud de la CORMUVIÑA en estrategias teórico-metodológicas basadas en la reflexión acción aportadas por el equipo académico a cargo de la iniciativa.	Ciclo de formación de 40 horas. Certificación de 42 participantes por la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.
Fase 2 Experimentación y Validación II semestre 2024	Rescatar, experimentar y validar saberes y aprendizajes sociales de los equipos de salud comunitaria del Área Salud de la CORMUVIÑA con el fin de enriquecer las estrategias teórico-metodológicas basadas en la reflexión acción y generadas desde la experiencia directa en los territorios.	12 equipos de salud comunitaria pertenecientes a 12 centros de salud familiar (CESFAM) y centros comunitarios de salud familiar (CECOSF) de la comuna de Viña del Mar realizan experimentación y validación de estrategias teórico-metodológicas basadas en la reflexión acción acompañados por tutorías académicas a cargo del equipo responsable del proyecto.

<p>Fase 3 Difusión I semestre 2025</p>	<p>Difusión de la experiencia en instancias sociales, profesionales y académicas.</p>	<p>Elaboración de informe de difusión para incorporar a bases de datos de bibliotecas de la Universidad de Valparaíso y del Área de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social.</p> <p>Difusión de los resultados de la experiencia en instancias sociales, profesionales y académicas.</p>
--	---	--

**Fuente:** Elaboración propia en base a formulación, implementación y resultados de proyecto.

La presente publicación con fines de difusión, presenta los principales fundamentos de las estrategias teórico-metodológicas basadas en la reflexión acción aplicadas en la experiencia; junto con los respectivos procesos de modelamiento y validación bajo tutorización académica, realizados por los equipos de salud comunitaria de los Centros de Salud Familiar y los Centros Comunitarios de Salud Familiar de la comuna de Viña del Mar que aportan un amplio abanico de acciones sanitarias de alto interés público y valor social, factibles de realizar en los territorios.

Finalmente, el equipo académico responsable agradece la colaboración recibida de parte del área salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social; en especial de su director, Dr. Rodrigo Valenzuela Barra y de la profesional responsable de la Unidad de Promoción y Participación, trabajadora social, Carolina Cabello Aguilera, quienes facilitaron el logro de los objetivos comprometidos en el proyecto. Asimismo, extiende sus agradecimientos al equipo de estudiantes conformado por Óscar Gómez Marín, de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina; y Nicole Muñoz González, de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, quienes participaron en la implementación de las actividades del proyecto; y al equipo de la Unidad de Convenios y Desempeños de la Universidad de Valparaíso, quienes colaboraron con la ejecución de los aspectos de gestión administrativa y financiera del proyecto.

## 2. Principales fundamentos de las estrategias teórico-metodológicas basadas en la reflexión acción para equipos de salud comunitaria

La tradición histórica de la salud pública chilena está asociada al paradigma positivista, reconociendo a la bioestadística, la demografía y el manejo experto de la educación en salud como estrategias teórico-metodológicas predominantes en la implementación de los sistemas de vigilancia, información e intervención sociosanitaria del país. Estas estrategias se han situado en el centro de los procesos sanitarios y están fundadas en las expresiones naturales/biológicas de la salud, las que son analizadas desde los criterios de uniformidad, funcionalidad, cumplimiento de patrones promedio y generación de conocimiento especializado. Como consecuencia, las expresiones históricas/sociales de la salud basadas en las raigambres comprensivas y críticas de las ciencias sociales se han desplazado a los márgenes, invisibilizando los aportes de los saberes y aprendizajes sociales en torno a la salud que se encuentran presentes en los equipos de salud y en los territorios (Sola *et al.*, 2019). El Consorcio CUECH de Universidades Públicas por el Territorio (2021) reconoce que esta situación se replica en los procesos de formación profesional, dado que el análisis de los planes de estudio de las carreras de la salud a nivel nacional revela que la oferta de asignaturas o módulos vinculados a las ciencias sociales no superan en promedio el 5 % del total de la malla curricular. Por ello, el Consorcio se plantea que las universidades «siguen formando para la enfermedad y no para la salud, para los hospitales y no para la atención primaria, para individuos y no desde la transdisciplinariedad para la comunidad» (Consorcio CUECH Universidades por el Territorio, 2021).

Lo anterior adquiere mayor relevancia, considerando que en las dos últimas décadas se ha observado un incremento significativo de problemáticas socio sanitarias inéditas en los territorios, las que se encuentran vinculadas profundamente a los procesos histórico/sociales de la salud. En específico en la comuna de Viña del Mar —territorio de interés del presente proyecto— se destacan el envejecimiento de la población con un índice comunal de 113,1 por sobre el promedio nacional de 71,6 (proyecciones de población comunal 2023 según INE, 2017), el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y el dramático incremento en los problemas de salud mental (MINSAL, 2018). Se suman a lo anterior, los efectos inexplorados de la pandemia COVID-19 (López-Contreras *et al.*, 2023), los desastres ambientales asociados a la crisis climática (Bergamini *et al.*, 2017); la inseguridad ciudadana debido al crimen organizado y el

narcotráfico (Urzúa *et al.*, 2023), el debilitamiento de la institucionalidad democrática, (Medel, 2023), la migración internacional masiva (Stefoni *et al.*, 2023), los desconocidos efectos ligados a nomofobia o conductas de dependencia a dispositivos móviles (Cortés y Herrera, 2022) y a las consecuencias en la vida humana derivadas de los avances de la inteligencia artificial (Herrán, 2022).

Este complejo panorama ha sobrepasado en forma significativa los conocimientos, experiencias y capacidad de respuesta acumulados a la fecha por las estrategias teórico-metodológicas positivistas, empujando a la salud pública a buscar renovados repertorios que le permitan enfrentarse a la gran dinámica de cambios trascendentales que atraviesa actualmente la sociedad y que se caracterizan por la incertidumbre, el riesgo y el azar (Beck, 2006). Por ello, se valora la incorporación de las estrategias teórico-metodológicas basadas en la reflexión acción a la tarea sanitaria, dado que facilitan la comprensión de los sistemas de valores y referentes aportados por la tradición histórica, la memoria colectiva, la diversidad cultural, la participación social y la identidad local, dotando a la salud de miradas situadas, respetuosas de la diversidad, atentas a la contingencias e imprevistos y dotadas de una mayor pertinencia cultural (Zarco-Colón *et al.*, 2019).

En forma consistente, el espacio universitario se ha focalizado en el último tiempo en enriquecer los repertorios sociosanitarios a través de estrategias teórico-metodológicas basadas en las expresiones histórico/sociales de la salud y definidas desde la perspectiva de la reflexión acción; a través del diseño, modelamiento y validación de nuevas propuestas entre las que destacan *walkscape* (Careri, 2019), sistematización (Castañeda, 2014), *storytelling*/enfoque narrativo (Clandinin, 2006; Balach y Montenegro, 2003), *podcast* (Taningrum *et al.*, 2024), memoria colectiva (Nebot- Gómez de Salazar *et al.*, 2020), radio comunitaria (García, 2021), fotoelicitación (Torre y Murphy, 2015) y fotovoz (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2016), Todas ellas constituyen aportes de la academia a la calidad y pertinencia de los procesos sociosanitarios y buscan optimizar los desempeños de los equipos de salud de atención primaria, especialmente en los vinculados a la salud comunitaria, dado su vínculo distintivo con los territorios. Asimismo, facilitan la visibilización de los saberes y aprendizajes sociales generados por los equipos de salud, dado que permiten rescatar la gran capacidad que poseen respecto a adaptabilidad y lectura estratégica de la contingencia respecto de los sectores asignados bajo su responsabilidad (Hernán-García *et al.*, 2006).

En los últimos años las políticas sectoriales han incorporado parte de estas nuevas demandas, destacando especialmente el modelo de salud familiar y comunitaria en la Atención Primaria (MINSAL, 2012). Sin embargo, se reconoce que la impronta positivista sigue siendo predominante, por lo que se requieren redefiniciones que garanticen desempeños capaces de acoger las problemáticas sociosanitarias inéditas presentes en

los territorios a través de las estrategias basadas en la reflexión acción. En específico, estas estrategias representan un repertorio renovado y con mayor pertinencia para enfrentar las actuales condiciones de incertidumbre, riesgo y azar, que facilite la expresión de los saberes y aprendizajes sociales de los equipos de salud, haciendo posible una dinámica virtuosa de acción y reflexión sobre la acción que enriquece transversalmente la tarea socio-sanitaria (Carrasco y Yuing, 2014) y contribuyen en la mejora de la atención en salud y en la pertinencia de su acción especializada.

## Referencias bibliográficas

- Alencar-Rodrigues, R., & Cantera, L. (2016). La Fotointervención como Instrumento de Reflexión sobre la Violencia de Género e Inmigración. *Temas em Psicologia*, 24(3), 927-945.
- Bergamini, K., Irarrázaval, R., Monckeberg, J. & Pérez, C. (2017). *Principales problemas ambientales en Chile. Desafíos y Propuestas*. Centro de Políticas Públicas. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- INE (2017). *Proyecciones de población comunal 2023 según INE, 2017*. Instituto Nacional de Estadísticas.
- Balash, M. & Montenegro, M. (2003). Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas. *Encuentros en psicología social*, 1(3), 44-48.
- Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Carrasco, J., & Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas Individuo y Sociedad*, 13(2), 98-108. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-415>
- Castañeda, P. (2014) *Propuestas metodológicas para Trabajo Social en Intervención Social y Sistematización*. Cuaderno metodológico. Universidad de Valparaíso.
- Careri, F. (2019). *Walkscapes. El andar como práctica estética*. Gili.
- Clandinin, J. (Ed.). (2006). *Handbook of Narrative Inquiry. Mapping a Methodology*. Sage.
- Consortio CUECH Universidades por el Territorio (2021). 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 Santiago de Chile, Universidad de Chile, Universidad de Concepción, Universidad de Valparaíso, Universidad de La Frontera.

- Cortés, M., & Herrera, E. (2022). Nomofobia: Adicción al teléfono inteligente. Impacto en jóvenes y recomendaciones de su adecuado uso en actividades de aprendizaje en el área salud. *Revista médica de Chile*, 150(3), 407-408. <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/10056>
- García García, J. (2021). Antecedentes históricos y legales de la radiodifusión comunitaria en Chile (de 1950 a 2000). *Historia Actual Online*, 54, 63-74.
- INE (2017) *Censo de Población y Vivienda 2017. Proyecciones de Población 2023*. Instituto Nacional de Estadísticas.
- Herrán A. (2022). Inteligencia artificial, salud y derechos humanos: ¿hacia un gobierno de los algoritmos? *Bioderecho y retos. M-Health, genética, IA, robótica y criogenización*. Cristina Gil Membrado (dir.), 297-335. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9607260>
- Hernán-García, M., Cubillo-Llanes, J., García-Blanco, D., & Cofiño, R. (2020). Epidemias, virus y activos para la salud del barrio. *Gaceta Sanitaria*, 34(6), 533–535. <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911120300935>
- López-Contreras, N., López-Jiménez, T., Horna-Campos, O., Mazzei, M., Anigstein, M. S., & Jacques-Aviñó, C. (2023). Impacto del confinamiento por la COVID-19 en la salud autopercebida en Chile según género. *Gaceta sanitaria*, 36, 526-533. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.04.002>
- Nebot-Gómez de Salazar, Nuria, Morales-Soler, Eva, & Rosa-Jiménez, Carlos. (2020). Metodologías participativas y patrimonio cultural inmaterial en los barrios. *Universitas-XXI, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, (33), 83-102. <https://doi.org/10.17163/uni.n33.2020.04>
- Medel, R. M. (2023). Chile, la política y la calle. *Nueva Sociedad*, (305), 104-115. <https://nuso.org/articulo/305-chile-la-politica-y-la-calle/>
- MINSAL (2018). *Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2012) *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Organización Panamericana de la Salud.
- ONU (2015) *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Organización de las Naciones Unidas.
- Sola, C., Molina, J., & Padilla, J. (Eds.). (2019). *Comprender para cuidar: Avances en investigación cualitativa en Ciencias de la Salud* (Vol. 4). Universidad Almería.

- Stefoni, C., Jaramillo, M., Bravo, A., & Macaya-Aguirre, G. (2023). Colchane. La construcción de una crisis humanitaria en la zona fronteriza del norte de Chile. *Estudios fronterizos*, 24. <https://doi.org/10.21670/ref.2302113>
- Taningrum, N., Kriswanto, E. & Pambudi, A. F. (2024). From headphone to health: utilizing podcast to improve the nutrition literacy of high school students. *Retos*, 59, 267–273.
- Torre D. & Murphy J. (2015) A Different Lens: Using Photo-Elicitation Interviews in Education Research. *Education Policy Analysis Archives*, 9 (23)111. <https://doi.org/10.14507/epaa.v23.2051>
- Urzúa, P., Iftimi, A., & Suay, F. (2023). Seguridad ciudadana como elemento fundamental para el desarrollo humano: análisis de delitos en Chile mediante un modelo logístico espaciotemporal. *Revista Iberoamericana de Estudios de Desarrollo. Iberoamerican Journal of Development Studies*, 12(1), 30-49. [https://doi.org/10.26754/ojs\\_ried/ijds.699](https://doi.org/10.26754/ojs_ried/ijds.699)
- Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., Pedraz Marcos, A., & Palmar Santos, A. M. (2019). *Investigación cualitativa en salud* (Vol. 58). CIS.

### 3. Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. *Walkscape*

#### 3.1. Bases conceptuales. *Walkscape*. Caminar como técnica de intervención comunitaria sociosanitaria

Las metodologías de intervención social de perfil postmoderno han agregado paulatinamente a lo discursivo o narrativo herramientas ligadas a las prácticas sociales, es decir, a las actividades cotidianas, colectivas y situadas que involucran la integración de elementos humanos y materiales, y en donde lo relacional resulta clave, tal como sucede en el caso de la práctica del caminar (St. Pierre, 2013; Gherardi, 2009). La caminata puede ser vista como una herramienta metodológica de intervención que permite abordar lo sociosanitario y captar experiencias, percepciones y relaciones espaciales desde una perspectiva situada y vivencial. Algunas formas específicas de caminatas que se originan en el ámbito de la investigación cualitativa, pero que transitan sin dificultad hacia el campo de la intervención sociosanitaria, incluyen entrevistas caminadas (O'Neill y Hubbard, 2010), derivas situadas (Pinder, 2018), sombreos (Hamada, 2019) o *walkscape* (caminatas), entre otras.

En este marco, interesa revisar específicamente la técnica de *walkscape*, propuesta por el arquitecto italiano Francesco Careri (2019) que —a diferencia de otras técnicas— consiste en el acto de caminar visto como una herramienta reflexiva y colectiva que facilita el percibir, conocer y transformar el entorno en un continuo relacional humano-material, definiéndolo como un acto que puede influir simbólica y físicamente tanto en el espacio natural como en el socialmente construido. Desde la perspectiva de la intervención socio sanitaria, esta técnica genera la oportunidad de reflexionar activamente respecto de la percepción del espacio que nos rodea, de identificar las relaciones sociales y de poder que lo cruzan. Así, el caminar es entendido como una práctica reflexiva que pone en diálogo a las personas con su entorno significativo. Sin embargo, a la fecha, el autor principal no ha propuesto un protocolo único de aplicación de la técnica, pues se concibe como algo emergente y en devenir constante, donde todo componente coherente sirve para sostener la práctica del caminar en reflexión.

Para efectos de la oportunidad de intervención sociosanitaria que representa, se propone a continuación un esquema flexible para la aplicación del *walkscape* en contextos sociales (Cazorla *et al.*, 2024, en revisión), siempre considerando que la técnica emerge en un marco teórico postmoderno, abierto a la exploración constante. Así entonces, desde esta propuesta, se identifican cinco hitos principales, los que pueden modificarse

o ajustarse, conforme las necesidades del contexto social y el perfil de las personas participantes. Corresponden a los siguientes:

**Hito 1: Preparación.** Se debe definir el objetivo de intervención sociosanitaria que se pretende alcanzar con el *walkscape*, analizando su factibilidad y pertinencia en el contexto territorial, institucional sanitario y comunitario donde se desarrollará.

**Hito 2: Convocatoria.** Se define una consigna de convocatoria *walkscape* para contactar a los sujetos de interés principal. En este hito es relevante que previamente se contextualice en detalle la experiencia, explicando que implica una caminata o paseo libre por un lugar a definir en conjunto.

**Hito 3: Encuentro de planificación.** Se explica a las personas participantes la técnica y se analiza en conjunto la definición del objetivo de intervención. Asimismo, se acota el guion temático de preguntas o consignas que serán abordadas, se define el recorrido a realizar y se revisan las implicancias prácticas de su ejecución.

**Hito 4: Encuentro de ejecución.** Las personas participantes se reúnen en el lugar específico previamente acordado para desarrollar la caminata. Esta se inicia analizando las razones de selección del lugar y recordando el objetivo de intervención definido, para así comenzar a caminar según el recorrido propuesto. Es importante señalar que este recorrido puede ser modificado en pleno desarrollo de la técnica. Durante el *walkscape* el guion temático se utiliza como catalizador de reflexión. Esta conversación se puede registrar en grabadora o se pueden utilizar un cuaderno de campo para apuntar las principales reflexiones. La duración es relativa pues dependerá de las oportunidades de devenir en la caminata.

**Hito 5: Encuentro de evaluación.** Una vez realizado el *walkscape*, las personas participantes ponen en común la experiencia del caminar en el entorno seleccionado. También es una instancia de evaluación de la experiencia, con el fin de identificar aprendizajes, propuestas de mejora y recomendaciones de réplica en otros contextos.

Los principales aportes del *walkscape* para la intervención sociosanitaria permiten indicar la reflexión colectiva en favor de revalorizar un entorno en términos territoriales o de espacios públicos y facilita la observación *in situ* de las relaciones dadas entre las personas participantes y los vínculos sociales determinantes de su salud. Asimismo, el caminar con otras personas facilita un redescubrimiento en intersubjetividad de este entorno significativo, muy útil en el análisis de factores socioambientales ligados a la salud de las comunidades; y configura un espacio propicio para encontrarse con pares y compartir prácticas sociales en el contexto en el que suceden, fortaleciendo la cohesión del grupo y la identidad comunitaria, como demanda la realización de las actividades ligadas a la promoción de la salud familiar, la participación comunitaria y la organización social.

La aplicación de la técnica en contextos sociosanitarios se proyecta como una herramienta útil para fines diagnósticos, al permitir identificar antecedentes relaciones de las personas y sus espacios; como con fines de ejecución, ya que permite generar instancias que promuevan cambios sociales en favor de un bienestar de salud integral. En este sentido, es una técnica que permite analizar críticamente cómo las relaciones y su entorno se tramam en una red que propicie desigualdades sociosanitarias o presente la oportunidad de promoción de la salud en clave colectiva, considerando las diversas alternativas de *walkscape* que pueden realizarse por medio de caminatas familiares, intergeneracionales, multiculturales, de diversidad sexo-genérica o condiciones heterogéneas de movilidad y diversidad funcional. La versatilidad y flexibilidad de la técnica permite que se enriquezca con otras técnicas o sistemas de registros, tales como la producción de fotografías mientras se desarrolla la caminata para una posterior foto voz o foto-intervención u otras combinaciones posibles de crear en conjunto con las personas participantes.

Por último, a modo de consignar desafíos de implementación de la técnica, es importante señalar que el *walkscape* exige una planificación logística detallada y ligada a cuestiones de condiciones previas de salud, capacidad de movilidad, accesibilidad universal, clima, seguridad, entre otros aspectos que deben ser tomados en cuenta al analizar su factibilidad. Al mismo tiempo, es necesario considerar que las caminatas son prácticas sociales que no son posibles de controlar en su totalidad, por lo tanto, las contingencias son esperables y deben ser manejadas con criterios éticos pertinentes. Sin duda, la técnica *walkscape* permite explorar otras formas de intervención socio-sanitaria que sumen a lo discursivo el involucramiento de prácticas sociales de la vida cotidiana como el caminar. En este contexto, siempre será una experiencia que invite a volver a caminar por las rutas de siempre, pero esta vez, con una disponibilidad a analizar y dialogar con pares significativos sobre las relaciones sociales, su entorno y la propia salud.

## Referencias bibliográficas

- Careri, F. (2019). *Walkscapes. El andar como práctica estética*. Gili.
- Cazorla, K., Reyes, M. & Arcadu, M. (2024). Mujeres cuidadoras enfrentadas al movimiento de la ciudad: el caminar como ejercicio de “ciudadanía”. *Manuscrito en revisión*.
- Gherardi, S. (2009). Practice? It’s a Matter of Taste! *Management Learning*, 40(5), 535–550. <https://doi.org/10.1177/1350507609340812>

- Hamada, Y. (2019). Shadowing: ¿What is it? How to use it. Where will it go? *RELC Journal*, 50(3), 386-393. <https://doi.org/10.1177/0033688218771380>
- O'Neill, M., & Hubbard, P. (2010). Walking, sensing, belonging: ethno-mimesis as performative praxis. *Visual Studies*, 25(1), 46–58. <https://doi.org/10.1080/14725861003606878>
- Pinder, D. (2018). Transforming cities: on the passage of Situationist *dérive*. *Performance Research*, 23(7), 18-28. <https://doi.org/10.1080/13528165.2018.1554849>
- St. Pierre, E. A. (2013). The post continue: becoming. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 26(6), 646-657. <http://dx.doi.org/10.1080/09518398.2013.788754>



### **3.2. Modelamiento y validación. Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción *Walkscape***



## Proyecto: Efectos en el territorio del CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza y aprendizajes en la gestión de riesgos en Atención Primaria de Salud por mega incendio de febrero 2024.

### 1. Antecedentes

Centro de Salud Familiar	Dr. Juan Carlos Baeza. El Olivar.
Equipo de salud	Katherine Burgos Arancibia, trabajadora social. Carla Orellana Montenegro, matrona. Montserrat Otazo Toro, psicóloga.
Estrategia reflexión acción	Walkscape.
Tutora	Prof. Patricia Castañeda Meneses.

### 2. Contexto de aplicación

El CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza se encuentra ubicado en Avda. Tamarugal 350, población El Olivar, Viña del Mar. Atiende una población a cargo estimada en 19.932 personas usuarias validadas y sus sectores a cargo están organizados en Sector 1: poblaciones Las Achupallas, Manuel Bustos, Villa Independencia, Villa Rogers y Villa Arauco; Sector 2: población El Olivar; Sector 3: CECOSF Villa Hermosa y Sector 4: poblaciones Villa Dulce, Canal Beagle, Canal Chacao, Limonares y otras personas usuarias residentes en otras comunas o fuera de jurisdicción. Es el establecimiento de la red de atención primaria comunal cuyos sectores a cargo resultaron más devastados por los efectos del mega incendio urbano forestal, sucedido los días 2 y 3 de febrero del año 2024 y que afectó a las comunas de Viña del Mar, Quilpué y Villa Alemana, en la Región de Valparaíso.

Según lo informado por el Comité para la Gestión del Riesgo de Desastres Regional (COGRID) con fecha 20 de marzo de 2024, la tragedia dejó un lamentable saldo de 138 víctimas fatales y 3 denuncias por presunta desgracia. Asimismo, la estimación de los territorios afectados da cuenta de un total de 11.349,2 hectáreas destruidas, de las cuales 427,78 hectáreas corresponden a zonas urbanas y 10.921,42 hectáreas a zonas rurales (CIREN, 2024). Con ello, se destruyó una parte significativa del sistema de áreas naturales, la estructura urbana y el parque habitacional de estas comunas, destacando entre los sectores de mayor afectación las poblaciones El Olivar, Villa Independencia y el campamento Manuel Bustos en Viña del Mar; y poblaciones Canal Chacao, Argentina y Pompeya, en la comuna de Quilpué.

En relación con el número total de hogares afectados, el Sistema de Información Social en Emergencias (SISE, 2024) reportó hasta el 21 de marzo de 2024 un total de 8.188 hogares afectados, conformados por un total de 21.229 personas. Los datos muestran la siguiente distribución de impacto: Viña del Mar con 5.751 hogares y 14.854 personas catastradas; Quilpué, con 2.319 hogares y 6.070 personas catastradas; y Villa Alemana, con 118 hogares y 305 personas catastradas (Ministerio de Desarrollo Social y familia, 2024).

Inmediatamente sucedido el mega incendio, las labores del equipo del CESFAM se volcaron a la realización de acciones de emergencia y apoyo directo en terreno, pudiendo constatarse dificultades en el acceso y asistencia a las prestaciones de salud y servicios sociales de las personas usuarias del CESFAM que se encontraban damnificadas. Lo anterior, debido a que en los sectores afectados la población se encontraba resolviendo acciones de emergencia, tales como retiro de escombros, cuidado de pertenencias, búsqueda de familiares perdidos o desaparecidos y de mascotas extraviadas, o realización de trámites con instituciones públicas; todas ellas actividades de primera necesidad que les dificultaban o impedían acudir en forma regular al Centro de Salud. Por lo anterior, se realizaron acciones en el territorio que buscaron facilitar el acceso a las prestaciones de salud en la población, a través de operativos en terreno coordinados a nivel comunal por Corporación Municipal de Viña del Mar, visitas domiciliarias por parte del equipo de salud a las familias y territorios afectados: junto con coordinaciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias permanentes.

En el marco de la experiencia de aplicación de una estrategia de reflexión acción solicitada, y teniendo presente que el mega incendio afectó de manera directa a la población usuaria y a los sectores asignados al CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza El Olivar, el equipo a cargo decidió realizar una experiencia de *walkscape*, con el fin de observar de manera directa los efectos ocasionados por el siniestro en el territorio. En específico, se selecciona un trazado que incluye las calles Pachuca, Chacarilla y Camiña que alcanzan un 100 % de viviendas siniestradas; junto con las calles Yabricoya y Yape que presentan el 80 % de sus viviendas quemadas. En dichos sectores las viviendas presentaban tipologías individuales, dobles, «burritas» de dos pisos, que comprenden un cuarto de estar-comedor y baño en el primer piso y dormitorio en el segundo piso; y bloques de 4 viviendas, encontrándose dos en el primer piso y dos en el segundo piso.

### 3. Conceptos claves

**Vulnerabilidad y Atención Primaria de Salud.** Está asociado al riesgo de desastre, entendido como una susceptibilidad o probabilidad de sufrir daño y dificultad en la

capacidad de recuperación. En general, existe acuerdo en que la vulnerabilidad no solo tiene que ver con cuán propensa está una persona a ser dañada o sufrir pérdidas, sino también en las dificultades/facilidades de recuperación que posea (Rivas *et al.*, 2024). La vulnerabilidad de riesgo de desastre se evidencia en la Atención Primaria De Salud (APS), dado que los marcos de reducción de riesgos le atribuyen a ésta un papel socioambiental en la preparación y respuesta a las emergencias y situaciones de desastre, lo que ha motivado el desarrollo de investigaciones en salud pública centradas principalmente en los riesgos geofísicos, la vulnerabilidad de las comunidades y los sistemas de alerta temprana. Es ampliamente reconocido que los sistemas de salud pública están diseñados para hacer frente a diversas formas de emergencias y desastres, y que los profesionales de la salud de APS son parte de este sistema (Fernandes *et al.*, 2019). Esta constatación se origina en los resultados obtenidos en seis estudios, realizados en Chile, Estados Unidos, Filipinas, India y Vietnam, en donde las intervenciones analizadas incluyeron la elaboración de protocolos de preparación del personal de enfermería y de educación de la comunidad; la evaluación del riesgo de vulnerabilidad de la comunidad; y la identificación de los servicios de APS para realizar planes de gestión de desastres. Las intervenciones de respuesta descritas se centraron en el tratamiento de traumatismos, la prevención de afecciones de salud y la participación en cursos de capacitación. Se pudo concluir con las pruebas identificadas, que las intervenciones de preparación son inadecuadas y que el desempeño en lo referente a la capacidad de respuesta de la APS es deficiente en situaciones de desastre.

Si se considera que las amenazas socioambientales se han incrementado, debido a los avances de la crisis climática global, se hace necesario avanzar en el conocimiento y análisis de los territorios afectados por condiciones de vulnerabilidad y las oportunidades de la APS para entregar respuestas oportunas. Específicamente, destacan los sectores urbano-forestales que presentan factores climáticos propicios para el desarrollo de mega incendios, tales como el viento, las altas temperaturas y el bajo nivel de humedad, los que junto con aumentar las condiciones de vulnerabilidad al riesgo de desastre de las comunidades que habitan los cerros por causa de incendios forestales, desafían a la APS a entregar respuestas rápidas y oportunas en los territorios afectados (Rivas *et al.*, 2024,).

## 4. Diseño Metodológico

### 4.1. Estrategia teórico-metodológica basada en la reflexión-acción seleccionada. *Walkscape*

### 4.2. Objetivo

Modelar la técnica de *walkscape* en el sector El Olivar en la comuna de Viña del Mar, con el fin de registrar los principales efectos sucedidos en el territorio por el desastre ocasionado por el mega incendio de febrero del 2024 y sus aportes a los aprendizajes en la gestión de riesgos de desastres en Atención Primaria de Salud.

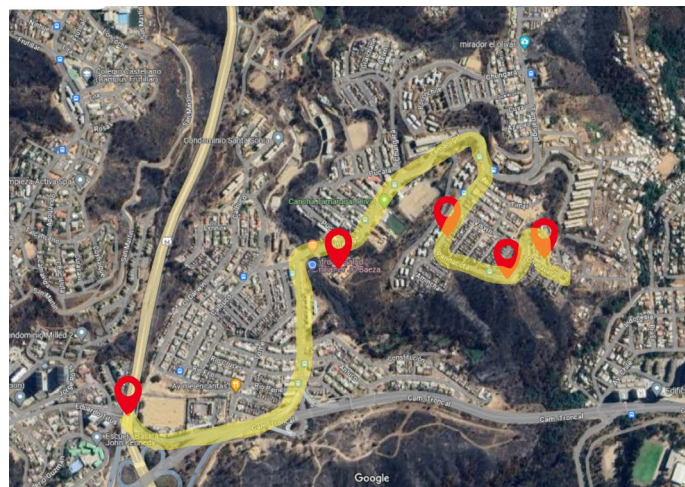
### 4.3. Organización del *Walkscape*

**a) Definición del territorio objetivo.** Población El Olivar. Territorio perteneciente al sector 2 de la jurisdicción del CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza. El Olivar.

Límites: Calles Parinacota, Chanavalla, Pachica y quebradas aledañas (sin nombre), donde no se han construido viviendas.

**b) Definición del trazado del *walkscape*.** El trazado establece como inicio el CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza, caminata por las calles Chanavalla con Chacarilla, Parinacota y finalización en la pasarela que se ubica en calle Eduardo Titus con Camino Internacional que permite vista panorámica al Troncal Urbano y alrededores.

**Imagen N°1:** Trazado de *walkscape* en el territorio definido



**Señalética:** Lugares constitutivos del trazado recorrido.  
**Fuente:** Captura Google Maps.

### **c) Criterios de definición del trazado del *walkscape***

- **Según criterio de conveniencia:** Corresponde a un sector que se encuentra aledaño al CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza, lo que facilita su realización.
- **Según criterio de oportunidad:** A la fecha de la aplicación del *walkscape* no se han demolido las viviendas siniestradas, por lo que existe una mayor posibilidad de observación de los efectos del mega incendio en el territorio.
- **Según criterio ético:** El sector se encuentra actualmente despoblado, lo que permite aplicar el *walkscape* sin riesgos de revictimización de las familias damnificadas.

### **d) Aplicación del *walkscape***

#### **Datos de la salida a terreno**

Fecha: 06 de junio 2024

Horario estimado: 13:00 a 15:30 horas.

Duración estimada: 2.5 horas.

Sistemas de registro: Fotográfico y audio.

Puntos de detención y motivos de la detención.

- Pasarela Troncal Urbano lado norte: Calle Eduardo Titus donde se obtiene una visión de dimensiones de daño del incendio y su extensión. Se logra visualizar hacia el horizonte la Reserva Naturaleza «El Palmar»; lado oeste Jardín Botánico Viña del Mar; y parte de la reserva Lago Peñuelas.
- Calle Parinacota: Visualización de extensión de daños provocados por el incendio, Jardín Botánico zona norte.
- Calle Chanavalla: Toma de fotografías de daño a infraestructura, viviendas, edificios y plazas.

### **e) Cierre del *walkscape***

Horario de cierre: 16:00 horas.

Se cumple el trazado original sin cambios o ajustes.

## 5. Resultados

### 5.1. Descripción del recorrido realizado en el *walkscape* por el equipo

Comenzamos nuestro recorrido en la calle Eduardo Titus, tomando como plataforma de observación la pasarela Troncal norte. Observamos hacia sector Villa Dulce Crav y población El Olivar. Un barrio destrozado, con algunas casas en reconstrucción, pero la mayor parte, despoblado, inhabitable, con una gran extensión de daño. Se logra observar líneas del horizonte, parte de Reserva Palmar El Salto y parte de la Reserva Lago Peñuelas.

Vamos re-viviendo sensaciones de escalofríos, tristeza, impotencia.

También observamos cómo la naturaleza va retomando su color, después de 4 meses de la tragedia. Color verde en algunos árboles que se pensaban muertos, así como el tomar consciencia de cómo la mente va normalizando escenarios y deja de ver lo evidente.

Mientras avanzamos, vamos empatizando con la gente, focalizándose en el día del incendio, y no poder entender cómo algunas personas pudieron salvar sus vidas, cuando se estaba quemando todo a su alrededor, de manera literal.

Recordar también, la lamentable falta de empatía al informar riesgos posteriores al incendio, caídas de árboles, en donde se nos decía «eso está lejos de acá» «no nos afectará a nosotros», la falta de empatía en la entrega de información oportuna a nuestros usuarios. «Mándalos al Serviu», «no tenemos por qué saber esa información». Esto nos dio cuenta, una vez más, de cómo se trastoca la labor fundamental de la APS, «prevención y promoción», de la mano de los determinantes sociales para nuestro trabajo.

Este recorrido hace que rememoráramos lo compartido por usuarias/os, «nunca en la vida había pasado ningún incendio desde el Jardín Botánico hacia El Olivar, siempre se controlaban en el Jardín Botánico» «Solo nos dimos cuenta cuando nos caían bolas de fuego encima, ningún aviso, nada de nada».

Los primeros terrenos/visitas domiciliarias se hicieron con todos los elementos habituales que se lleva a una campaña o visitas. Pero nos percatamos que era muy poco lo que se ocupaba, pues ahora el escenario era otro. Ahora todo se trataba de contener a personas usuarias; a personas, y las primeras necesidades eran otras: recuperar anteojos, solicitud de lavados de oídos o recuperar medicamentos que se quemaron, audífonos, curaciones por quemaduras, vacunas antitetánicas, etc.

Fuimos avanzando hacia población El Olivar, recorriendo la calle Parinacota y Chanavalla, observando también sectores completamente destruidos y deshabitados.

El último lapso del recorrido fue más bien de silencio, cansancio, muchos sentimientos encontrados, impotencia, pero con la fe de poder hacer cambios y/o evidenciar para que este tipo de escenarios, desde salud, desde APS, sean de una u otra forma, más amables para las personas afectadas y para los equipos.

## **5.2. Ilustración del recorrido por cotejo de imágenes de la población El Olivar antes y después del mega incendio**

A partir de la información recopilada en el *walkscape*, la caminata realizada confirma una movilidad territorial por zonas inhabitables, debido a la notoriedad de los daños estructurales que presentan las casas, edificios y plazas del sector afectadas por el mega incendio. Las zonas se observan deshabitadas, con mala accesibilidad y con gran cantidad de basura y escombros de todo tipo. Asimismo, se constata vulnerabilidad territorial expresada en edificaciones irregulares, construidas con materiales livianos en un contexto de emergencia habitacional.

A continuación, se realiza un cotejo entre imágenes de la población El Olivar antes y después del mega incendio. Las imágenes previas han sido obtenidas desde la aplicación de libre acceso Google Maps y las imágenes posteriores han sido capturadas en terreno por el equipo profesional responsable del *walkscape*.

### **Imágenes N°2 y N°3**

Calle Parinacota, población El Olivar, Viña del Mar.  
Cotejo N° 1. Antes y después del mega incendio.



**Fuente:** Google Maps.



**Fuente:** Walkscape, 06 de junio de 2024.

### Imágenes N°4 y N°5

Calle Parinacota. Población El Olivar. Viña del Mar.  
Cotejo N° 2. Antes y después del megaincendio.



**Fuente:** Google Maps.



**Fuente:** *Walkscape*, 06 de junio de 2024.

### Imágenes N°6 y N°7

Calle Chanavalla, población El Olivar, Viña del Mar.  
Cotejo N°1. Antes y después del mega incendio



**Fuente:** Google Maps.



**Fuente:** Walkscape, 06 de junio de 2024.

### Imágenes N°8 y N°9

Calle Chanavalla, población El Olivar, Viña del Mar.  
Cotejo N°2. Antes y después del mega incendio.



**Fuente:** Google Maps.



**Fuente:** *Walkscape*, 06 de junio de 2024.

**Imágenes N°10 y N°11**

Rotonda Troncal Urbano adyacente a población El Olivar, Viña del Mar.  
Cotejo N°3. Antes y después del mega incendio



**Fuente:** Google Maps.



**Fuente:** Walkscape, 06 de junio de 2024.

### 5.3. Análisis de la experiencia

Teniendo presente el concepto de vulnerabilidad propuesto por Rivas *et al.*, (2024), que entiende el riesgo de desastre como una susceptibilidad o probabilidad de sufrir daño y sus consecuentes dificultades en la capacidad de recuperación; la experiencia de *walkscape* realizada reveló una alta vulnerabilidad de la comunidad local frente al mega incendio, la que fue exacerbada por factores climáticos y socioambientales presentes en el devastador evento. El recorrido realizado en el sector permitió constatar los efectos de la concreción del riesgo de desastre, expresado en el impacto destructor del siniestro y que se tradujo en la pérdida de vidas y en cuantiosos daños materiales parciales y totales observados en viviendas, infraestructura comunitaria y dotación de espacios públicos, lo que anticipa las dificultades estructurales que enfrenta la capacidad de recuperación de la población en el mediano plazo.

En este marco, las acciones realizadas por el CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza El Olivar en los días posteriores al mega incendio, buscaron aportar en la capacidad de recuperación, por medio del despliegue del equipo de salud en operativos en terreno y visitas domiciliarias que facilitaron el acceso a los servicios sanitarios, dificultados en su asistencia regular debido a la situación de desastre. Con ello, las acciones del centro de salud confirmaron los planteamientos de Fernández *et al.*, (2019), respecto a la importancia de la APS para enfrentar las emergencias y los desastres que suceden en el territorio. En forma simultánea, se visualizó el despliegue en terreno de distintos servicios públicos, instituciones privadas y personas particulares, a los que se sumaron aportes de comunas de diversas regiones del país que se trasladaron al territorio, con la finalidad de colaborar en la emergencia desde el sector salud e inter-sector, acercando diversas prestaciones y beneficios a la población.

Estas acciones fueron motivadas por la intención de reforzar las atenciones sanitarias frente a la magnitud de la emergencia, pero algunas de ellas fueron realizadas sin una previa coordinación con el municipio, con el Área Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar o con el propio CESFAM, por lo que no siempre se alcanzó una colaboración eficiente con la institucionalidad local. Ello dificultó contar con respuestas oportunas frente a las demandas de la comunidad o definir diagnósticos preliminares de manera conjunta, presentándose situaciones que provocaron sobreintervención en algunos sectores, falta de intervención en otros o resolución parcial en algunas de las intervenciones realizadas. Así entonces, emerge como aprendizaje la necesidad de integrar los conocimientos territoriales, mejorar la eficacia y eficiencia en la respuesta sanitaria y tener presente la magnitud de la emergencia para triangular oportunamente los saberes que aportan los distintos actores locales, comunales, nacionales, en vistas a una intervención coordinada y con base territorial. Este aprendizaje se extiende

a las intervenciones de preparación y respuesta ante desastres, ya que, aunque posean un carácter proactivo, alcanzan un mayor beneficio cuando se presentan en niveles de integración y coordinación entre actorías locales y externas, que permiten optimizar el conocimiento del contexto local y aumentar la eficacia de las acciones conjuntas. Ante esto, se hace necesario considerar mayores niveles de inversión en la capacitación continua de los equipos de salud en la gestión de emergencias y en la disponibilidad de recursos para enfrentar las amenazas socioambientales derivadas del avance de la crisis climática global.

## 6. Reflexiones finales

El mega incendio del 2 y 3 de febrero del año 2024 que afectó a las comunas de Viña del Mar, Quilpué y Villa Alemana, evidencia la necesidad de mejorar la preparación de la atención primaria de salud frente a los desastres, a través de la elaboración de planes comunales y locales basados en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, que permitan enfrentar proactivamente las consecuencias que representa este tipo de eventos para la población y los territorios afectados. En específico, el CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza realizó esfuerzos notables de movilización en terreno, para proporcionar atención sanitaria en los diversos sectores afectados, respondiendo con prontitud y dentro de sus capacidades y recursos a la emergencia sucedida. Sin embargo, queda en evidencia la necesidad de fortalecer los protocolos de preparación y respuesta ante emergencias dentro de los sistemas de salud, siendo crucial que la Atención Primaria de Salud se adapte a las exigencias que representan este tipo de eventos, junto con desarrollar estrategias de mayor formalización y estructuración que permitan enfrentar y disminuir los efectos que se producen en la calidad de vida de la población. Por ello, se valora la colaboración para este fin que se realice entre las diferentes actorías públicas, privadas y comunitarias; junto con la orientación de las acciones de mejora continua en torno a la capacitación de los equipos de salud y a la disponibilidad de recursos, que permitan mejorar la resiliencia y la eficacia en futuras emergencias.

En resumen, respecto del tema analizado, el mega incendio de febrero del año 2024 ha revelado tanto la emergente capacidad de respuesta proactiva del CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza, como las limitaciones estructurales y operativas en el manejo de desastres que posee su equipo de salud. Este evento constituye un llamado a la acción, que busca reforzar la preparación y coordinación de la salud pública frente a los desastres socio naturales, destacando la importancia de un enfoque integral y adaptativo en un contexto de crisis climática que se acrecienta amenazadoramente a nivel nacional e internacional.

Finalmente, en relación con los aprendizajes de las autoras de este documento en el ámbito personal y profesional, se considera que este proceso vivenciado a través de la estrategia de reflexión-acción del *walkscape* ha significado un espacio terapéutico, que facilitó la conexión, reflexión y narrativa del desastre que afectó a la Población El Olivar, territorio bajo asignación institucional y de responsabilidad profesional directa. En ocasiones, el equipo de trabajo cuestionó los fundamentos científicos que pudieran tener estas descripciones y reflexiones sobre las que se ha construido el presente informe; pero al mismo tiempo, coincidió en que la experiencia vivida como víctimas y/o testigos del desastre sucedido, es fundamento suficiente para exponer la experiencia, rescatar los relatos escuchados, comunicar las sensaciones físicas de la tragedia y asumir un rol de testigos directas de la destrucción, del apoyo mutuo, de la frustración y de la esperanza.

## Referencias bibliográficas

- CIREN (2024). *Informe de daños. Incendios 02 y 03 de febrero de 2024, Viña del Mar. Fase de Rehabilitación y Reconstrucción*. Centro de Información de Recursos Naturales.
- SISE (2024). *Sistema de Información Social de Emergencia*. <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/informacion-social/sistema-informacion-social-en-emergencia>

## Proyecto: La salud nos une. Construyendo puentes con la comunidad

### 1. Antecedentes

<b>Centro Comunitario de Salud Familiar</b>	<b>Santa Julia.</b>
<b>Equipo de salud</b>	Paula Álvarez Rivera, psicóloga. Juan César Astudillo Mancilla, trabajador social. Camila Villarroel Godoy, médico de familia. Estephania Leyton Chacón, agente comunitaria.
<b>Centro Comunitario de Salud Familiar</b>	<b>Las Palmas Chilenas. Parcela 11.</b>
<b>Equipo de salud</b>	Javier Espinal Pontigo, médico de familia. Ángela Jiménez Ortiz, agente comunitaria. María Fernanda Silva Guerrero, trabajadora social.
<b>Estrategia reflexión acción</b>	<i>Walkscape.</i>
<b>Tutor</b>	Prof. Raúl Hozven Valenzuela.

### 2. Contextos de aplicación

#### 2.1. Antecedentes de los centros comunitarios de salud familiar en los que se centra la experiencia

Los Centros de Salud Familiar CECOFs Santa Julia y Las Palmas Chilenas Parcela 11 en que se realiza la experiencia, corresponden a un tipo de institución pública de salud de Atención Primaria con dependencia administrativa del Área Salud la Corporación Municipal de Viña del Mar, y con dependencia técnica del Servicio Salud Viña del Mar Quillota. Poseen una población a cargo dentro del rango entre 3.500 y 11.000 personas inscritas y dependen de un centro de salud de atención primaria de mayor resolutiveidad. Su propósito se orienta a la mantención de la salud de la población, desarrollando principalmente acciones preventivas, promocionales con enfoque familiar y comunitario, en coordinación con la red asistencial y en complementariedad con el centro de salud base, mejorando el acceso, oportunidad y la resolución de los problemas de salud de su comunidad (Ministerio de Salud, 2018).

Las principales funciones de los CECOSF están relacionadas con la implementación de los programas de salud incorporados a la APS en el territorio de su jurisdicción, rea-

lizando acciones destinadas a la educación en salud, a la promoción de estilos de vida saludable, al control de la salud de las familias usuarias del centro y también al control de las enfermedades crónicas detectadas. Asimismo, mantienen contacto con la comunidad organizada de su jurisdicción para compartir informaciones relacionadas con el bienestar de la comunidad, en una coordinación permanente con los Consejos Locales de Salud respectivos, los cuales se han constituido en organizaciones comunitarias funcionales, con personalidad jurídica vigente y existente en los territorios, donde se establecen las coordinaciones entre el equipo de salud, la Corporación Municipal y la comunidad, siendo a su vez el canal a través del cual la comunidad expone sus inquietudes y necesidades al equipo de salud, así como también cuando corresponda a la Corporación Municipal de Viña del Mar y su área de salud establecer contacto y comunicación con la comunidad de los territorios respectivos. Los programas de salud implementados en los CECOSF corresponden al Programa Infantil, Programa Adolescente (10 a 19 años), Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Ciclo Adulto y Adulto Mayor y Programa Odontológico.

Ambos centros de salud desarrollan un trabajo comunitario a nivel institucional y también se vinculan con las organizaciones del sector para trabajar con la comunidad y en beneficio de la comunidad que se tiene a cargo y que se inserta en el área de influencia asignada. La jefatura de CECOSF y el o la profesional encargado(a) de participación social, son los responsables de coordinar la participación del equipo de salud con la comunidad en la que se inserta. De esta forma, la organización formal que existe en específico para este trabajo es el Consejo Local de Salud, instancia representativa con personalidad jurídica, y cuyo objetivo es coordinar y difundir todo tipo de materias relativas a la salud y el bienestar de la comunidad por medio de reuniones periódicas y un plan de trabajo anual. A lo anterior se suma la Comisión Mixta Salud Educación, Justicia y Otros (COMSE), que es la instancia de trabajo entre el CECOSF con otras instituciones presentes en el territorio y en la que se comparten diagnósticos de la población a cargo y se coordinan intervenciones, de modo de lograr un mayor impacto de las estrategias desplegadas en busca de alcanzar una sinergia institucional en pro del bienestar de las familias. La instancia se reúne mensualmente y en sus reuniones periódicas trata materias relativas al trabajo conjunto para el desarrollo, protección y cuidado de las niñas, niños y adolescentes de los territorios adscritos.

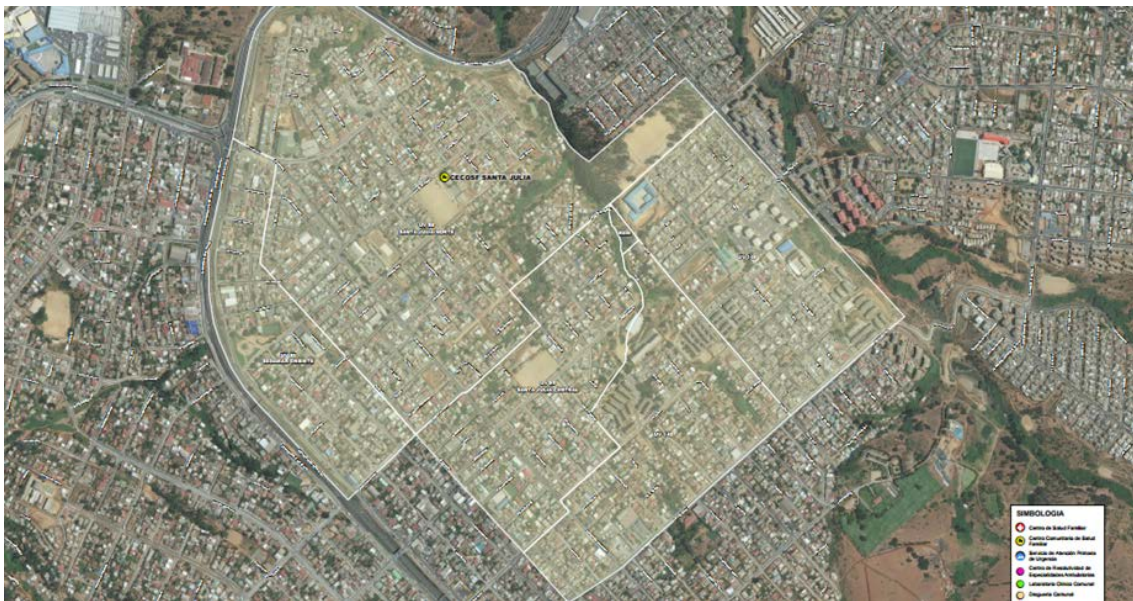
Finalmente, debe mencionarse a la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), cuyas funciones genéricas corresponden a atender a las personas interesadas; entregar orientación en todas las materias relacionadas con los servicios y organismos públicos del sector; recibir y estudiar sugerencias para mejorar la calidad de los servicios del CECOSF; recibir, responder y/o derivar reclamos; registrar las solicitudes ciudadanas; realizar encuestas y mediciones de satisfacción usuaria respecto de la calidad de la atención en salud; establecer coordinaciones con dependencias internas y

externas para garantizar respuestas oportunas; contar con un manual informativo para la población usuaria; y constituirse en un espacio que difunda los derechos y deberes ciudadanos.

### a. Antecedentes CECOSF Santa Julia

El CECOSF Santa Julia está ubicado en Avda. Campos de Flores 46. Santa Julia., Viña del Mar. Su radio de acción comprende el sector Las Achupallas, entre el paradero 1 al paradero 3 1/2 y el sector Santa Julia entre paradero 1 al paradero 7.

**Imagen N°1.** Territorio asignado CECOSF Santa Julia.



**Fuente:** SECPLA. I. Municipalidad de Viña del Mar.

Los propósitos institucionales del CECOSF Santa Julia corresponden a los siguientes:

**Misión:** Tener un Centro de Salud que cuente con infraestructura e implementación adecuadas a las necesidades del usuario externo e interno, que un equipo de salud consolidado, estable, altamente capacitado en atención de Salud Familiar, en una comunidad que sea proactiva en el cuidado y resguardo de su salud.

**Visión:** Propone otorgar una atención integral con un enfoque familiar que asegure un alto grado de compromiso, continuidad y eficiencia para la comunidad.

El sector de Santa Julia está ubicado en la zona nororiente de la comuna de Viña del Mar y tiene sus orígenes en los terrenos pertenecientes al ciudadano español, Dionisio

Hernández, quien era dueño de la parcela que abarcaba desde Reñaca Bajo hasta los cerros de la actual Reñaca Alto y Santa Julia. Al pasar los años, esos terrenos se fueron parcelando y vendiendo a grupos de personas. En sus primeros años de conformación como comunidad, los pobladores y pobladoras se organizaron para conseguir agua potable y luz. No contaban con servicio de alcantarillado y el agua se extraía de los pozos existentes en el territorio. Posteriormente se comenzaron a despachar camiones abastecedores de agua, por parte de la autoridad local. Entre los años 1965 y 1968 se habilitó la primera línea de luz para los postes de alumbrado público.

En el año 1970, durante el gobierno de la Unidad Popular se empezó en poblar este sector a través de tomas de terreno. Una de las más importantes, se llamó «Puro Chile», ubicada en el sector de Paso Los Andes. Durante la dictadura militar se organizó un comedor en el ex jardín *Snoopy*, ubicado en la calle Campos de Flores a un costado de la Junta de Vecinos N° 88 Santa Julia Norte, instancia que se preocupaba de alimentar a los niños y niñas pertenecientes a las familias más vulnerables del sector. Su modalidad de funcionamiento era como Centro de Atención Diurna (CAD), que atendía a la infancia que asistía durante el día, quedando a cargo de una auxiliar de párvulos con ayuda de padres, madres y apoderados(as).

Específicamente, en relación con la historia del CECOSF Santa Julia, en sus orígenes funcionaba como una posta urbana, que dependía técnicamente del Consultorio Profesor Eugenio Cienfuegos de Santa Inés y este a su vez dependía del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ). El equipo de atención en salud estaba conformado por una dupla de médico-enfermera, que venía desde el consultorio Cienfuegos a atender a Santa Julia, 3 veces a la semana. Posteriormente se buscó, a través de una toma de los vecinos, que el funcionamiento de la Posta Santa Julia fuera estable de lunes a viernes en horario de 8:00 a 16:00 horas. Con la llegada de la democracia, el intendente regional de la época visitó el Centro de Salud Santa Julia y resolvió la primera ampliación de este, luego de constatar el hacinamiento en el que se atendía, transformándose de posta urbana a consultorio.

Más tarde, bajo la dirección del Dr. Fernando Voigt se consiguió el primer sillón dental para atención de la población usuaria, siendo la institución Children Internacional la que donó el equipamiento para el box dental y el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota contrató al odontólogo. A partir del año 2007, la administración del Centro de Salud es traspasada a la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social, ocasión en que se constituyó como un consultorio vecinal y posteriormente en un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), iniciando el proceso de implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria vigente en la actualidad. Con relación a la población usuaria, el CECOSF Santa Julia se inserta en una comunidad a la que aporta los elementos de la Atención Primaria de Salud con un equipo de salud responsable de implementar el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).

En esta trayectoria histórica destacan los liderazgos de las organizaciones ejercidos por vecinos y vecinas del sector, entre quienes destacan personas mayores que han dedicado parte importante de su vida a la organización de su comunidad. Estos liderazgos facilitan el establecimiento de vínculos con las organizaciones territoriales, por ser quienes representan formalmente a los territorios en que residen las familias que el CECOSF Santa Julia atiende, en el marco de la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, y de los lineamientos de participación social contenidos en la programación de Atención Primaria de Salud. Al mes de mayo del 2024, el CECOSF Santa Julia alcanza un nivel de cumplimiento de metas sanitarias de 84,94 % y un índice de actividad de la APS (IAAPS) que alcanza el 96.90 %.

### b. Antecedentes CECOSF Las Palmas Chilenas, Parcela 11

El CECOSF Las Palmas Chilenas, parcela 11 está ubicado en calle Río Toltén 185-189, Forestal Alto, Viña del Mar. Comprende las poblaciones: Las Palmas Chilenas, La Alborada, Parcela 11, Villa Cumbres de Chile, población Los Ciruelos y Altos de San Martín.

**Imagen N°2.** Territorio asignado CECOSF Las Palmas Chilenas, parcela 11.



**Fuente:** SECPLA. I. Municipalidad de Viña del Mar.

Los propósitos institucionales del CECOSF Las Palmas Chilenas, parcela 11 corresponden a los siguientes:

**Misión:** Somos un equipo de salud interdisciplinario, calificado, motivado y comprometido con nuestra comunidad. Nuestro objetivo es garantizar una atención de calidad a todas las familias de la comunidad asignada, acompañándolas durante todo su ciclo vital, desarrollando acciones asentadas en la diversidad sociocultural que las caracteriza, en los ámbitos de promoción, fomento, prevención y recuperación de la salud, facilitando la participación en su propio desarrollo y progreso integral.

**Visión:** Ser un CECOSF comprometido con la salud de la población asignada territorialmente, que garantice la oportunidad de acceso a una atención integral, equitativa y de calidad, estableciendo una relación de respeto y confianza mutua. Constituir un equipo interdisciplinario con un enfoque biopsicosocial que considere la intersectorialidad y con esto satisfacer las necesidades de la población. La comunidad será coprotagonista y responsable de este proceso, asumiendo un rol activo en la búsqueda de soluciones a través de la promoción, prevención y rehabilitación en salud.

Desde su creación en el año 2005, su labor ha estado relacionada con las organizaciones comunitarias e instituciones territoriales, que demandan una mejor atención de salud. Por ello, el centro de salud se instala con una mirada comunitaria y compartida de planificación y logros de diferentes proyectos que permitieron su validación como Centro Comunitario de Salud Familiar, que recibe recursos específicos para su sustentación, con un modelo que se demuestra todos los años en sus diferentes evaluaciones sanitarias. La instalación de actividades emblemáticas, la creación del Consejo Local de Salud en el año 2008 y la obtención de su personalidad jurídica en el año 2009, los diagnósticos participativos realizados los años 2012, 2014, 2016, 2019, 2021, 2022; y los planes de promoción y participación sustentan el trabajo compartido y colaborativo realizado a través de los años y que busca un mejor bienestar en salud y calidad de vida para su población.

En la acción sanitaria que se realiza en forma cotidiana, se consideran los determinantes sociales, el Modelo de Salud Familiar, los movimientos migratorios, la incorporación de nuevas culturas y el respeto de los derechos humanos fundamentales de las personas. Al mes de mayo del 2024, el CECOSF Las Palmas Chilenas parcela 11 alcanza un nivel de cumplimiento de metas sanitarias de 81.07 % y un índice de actividad de la APS (IAAPS) que alcanza el 87,1 %.

## 2.2. Contexto Política Social de Salud

### a. Marco regulatorio de la Atención Primaria de Salud (APS)

Existen varios elementos en el marco regulatorio de la APS en Chile que delimitan la manera de establecer vínculos con la comunidad. Entre estas definiciones se cuentan la Ley N°20.584 del año 2012 sobre Derechos y Deberes de los Pacientes; la Ley N°19.368 del año 1995 sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, la Estrategia Nacional de Salud (MINSAL, 2011); las orientaciones para la implementación del Modelo Integral en Salud Familiar y Comunitaria, MAISFC (MINSAL, 2012); el marco operativo de la estrategia de cuidados integrales centrados en la persona ECI-CEP (MINSAL, 2012) y el protocolo de trato de usuario. Este marco invita a buscar la mejora permanente en la relación entre el equipo de salud, la comunidad y el territorio que ocupan. A nivel local, esto se traduce en mejorar la vinculación entre el equipo de salud y la comunidad. Dado que en los centros de salud existen solicitudes ciudadanas relacionadas con el trato usuario, la vinculación funcionaria con la comunidad a través de la profundización del conocimiento del territorio y de los saberes locales, es una poderosa herramienta para profundizar la conexión del centro de salud con la población beneficiaria.

### b. Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 y 2021-2030

La Estrategia Nacional de Salud (ENS) en Chile (MINSAL, 2011; 2022) establece objetivos claros para mejorar la salud de la población, enfocándose en la Atención Primaria de Salud (APS), la prevención y promoción de la salud y el fortalecimiento de la red asistencial. Nuestro proyecto se inserta en varios objetivos de la ENS, como:

- Fortalecimiento de la Atención Primaria: Promoviendo la participación comunitaria y la integración de servicios de salud con un enfoque en la salud familiar y comunitaria.
- Promoción de la salud y prevención: Involucrando a la comunidad en actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Accesibilidad y continuidad del cuidado: Mejorando el acceso a servicios de salud mediante la comprensión directa de las necesidades de la comunidad y fortaleciendo los lazos entre la comunidad y los servicios de salud.

### c. Modelo de Salud Familiar y Comunitaria

El modelo de salud en Chile se basa en la Atención Primaria de Salud, con un enfoque familiar y comunitario (MINSAL, 2012), que busca:

- Integralidad del cuidado: Proporcionar una atención que no solo aborda problemas de salud física, sino también aspectos psicosociales y culturales.
- Participación comunitaria: Fomentar la participación de la comunidad en el diseño y ejecución de programas de salud.
- Humanización de la atención: Promover una atención más empática y centrada en las necesidades reales de la comunidad.

### 3. Marco conceptual

**3.1. Participación social.** Refiere al proceso mediante el cual los individuos y las comunidades intervienen activamente en la identificación de problemas, la toma de decisiones, la planificación, la ejecución y la evaluación de las políticas, programas y servicios de salud. Este enfoque busca promover la corresponsabilidad, el empoderamiento y la capacidad de la ciudadanía para influir en su propio bienestar y en el de su comunidad (MINSAL, 2018).

**3.2. Trato usuario.** Para el MINSAL (2024) es un componente clave en la calidad de la atención en salud e implica proporcionar una atención humanizada y respetuosa, que considere la dignidad, derechos y necesidades de las personas. Esto incluye la comunicación efectiva, la empatía, el respeto por la privacidad y la confidencialidad, así como la entrega de información clara y comprensible para que las personas usuarias puedan tomar decisiones informadas sobre su salud. La calidad del trato al usuario es fundamental para mejorar la experiencia y satisfacción de las personas con los servicios de salud.

**3.3. Vínculo entre el equipo de salud y la comunidad** se define como la relación de colaboración y confianza mutua establecida entre los trabajadores de la salud y los miembros de la comunidad (MINSAL, 2018). Este vínculo es esencial para promover la salud, prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida de la población. Para establecer un vínculo efectivo —es crucial fomentar la participación comunitaria— involucrando a los miembros de la comunidad en la planificación, implementación y evaluación de las políticas y programas de salud. La comunicación efectiva es otro elemento clave, manteniendo un diálogo abierto y continuo que facilite el intercambio de información y la comprensión mutua. La confianza y el respeto son fundamentales para crear un ambiente donde la comunidad se sienta escuchada y valorada por el equipo de salud.

**3.4. Salud y territorio.** Cada CECOSF ocupa un territorio específico, que de manera permanente se identifica y delimita, aportando una división territorial clara que permita que las intervenciones sanitarias se focalicen. La claridad sobre el espacio ocupado demanda revisar periódicamente la cartografía e identificar los lugares de interés para la labor asignada. Lo anterior, levanta la pregunta respecto si quiénes trabajamos (habitamos) este espacio estamos en condiciones de afirmar que conocemos el territorio. Lo anterior cobra aún más

sentido, al vincularse con los planteamientos de Careri (2002), respecto a la importancia de andar el territorio para conocerlo. Desde el ámbito de la salud, se pretende manejar en forma experta la salud y los cuidados de las personas, pero si no se experimenta lo que el territorio ofrece, se plantea la interrogante respecto a la posibilidad real de trabajar en la mejora del bienestar y la salud de las comunidades. En este marco, la pandemia COVID-19 significó un ejercicio de adaptación sin precedentes tanto para quienes trabajan en salud, como para quienes habitan en los territorios donde cada CECOSF se localiza. Este evento cambió la manera de relacionarse con el entorno, dado que limitó de manera importante la interacción con lo externo, en un contexto dinámico donde el territorio se siguió modificando empujado por las necesidades de cada comunidad. Considerando lo anterior, el visitar o visitar el espacio en donde se localizan los centros de salud se hace más que necesario.

En América Latina y a nivel local, andar significa enfrentarse a muchos miedos: miedo a la ciudad, miedo al espacio público, miedo a infringir las normas, miedo a apropiarse del espacio, miedo a ultrapasar barreras que a menudo son inexistentes, miedo a los demás ciudadanos, percibidos casi siempre como enemigos potenciales. El simple hecho de andar da miedo, y por tanto se deja de andar: quien anda es un sintecho, un drogadicto, un marginal (Careri, 2002) En tanto, es necesario tener presente que los espacios urbanos generalmente evocan acontecimientos y eventos sucedidos, los que luego se relacionan con las sensaciones que provocan en quienes transitan esos espacios o los evitan. Estas sensaciones se identifican como topofilia, donde existe una afinidad con el lugar debido a eventos positivos acaecidos; y topofobia, relacionado a la experiencia negativa, en estos casos esos lugares tienden a evitarse (Villanueva y Langhoff, 2021).

Considerando estos elementos, resulta comprensible que exista una tendencia importante a abandonar la práctica del caminar y el observar. En los territorios donde se ubican los CECOSF existe una importante estigmatización de algunos sectores, principalmente por motivos que tienen que ver con la inseguridad. Son comunes los relatos que hablan de actividades delictuales, presencia de basura y vectores o de espacios que son poco adecuados para niños, mujeres y personas mayores. Por esto la invitación es a caminar por el territorio, a errar, a ser el símil a un barco a la deriva. Considerando en este caso que la expresión más clara de la deriva es el laberinto. No el laberinto clásico sino el laberinto dinámico, tal y como el propio Constant lo definiera: un lugar donde es posible extraviarse, pero no en el sentido de perderse, sino en el sentido más positivo de encontrar caminos desconocidos (Pellicer *et al.*, 2016).

Otro de los elementos que fundamenta el caminar y (re)descubrir el territorio tiene que ver con la idea de que en las ciudades existe una extrema vigilancia y control de los centros; por otra parte, se observa dinamismo y devenires de las periferias, por lo que conformarían una suerte de ciudades paralelas, con sus propias dinámicas (Laguna, 2015). Y desde la salud familiar y comunitaria, la necesidad de comprender las

maneras de relacionarse con su población usuaria y leer cómo se desarrolla la vida de quienes habitan allí, se torna más difícil lograr que las intervenciones tengan sentido y logre ser coherentes para las personas y comunidades.

## 4. Diseño metodológico

### 4.1. Estrategia teórico-metodológica basada en la reflexión-acción seleccionada *Walkscape*

La Ley 20.584 de Derechos y Deberes del Paciente establece que las personas deben recibir un trato digno por parte del personal de salud. La forma en que el equipo de salud se relaciona con las personas que atiende, influye directamente en la percepción que tienen de la atención recibida. En este sentido, el trato al público usuario es uno de los componentes fundamentales en la relación entre los equipos de salud, las personas y las comunidades. Lograr una mayor vinculación de los equipos de salud con el territorio puede favorecer un mejor trato usuario.

Por esto, se propone la realización de un *walkscape* que permita al personal de salud, especialmente a quienes habitualmente no salen a terreno, como los equipos administrativos de SOME, puedan conocer mejor a las personas que se atienden, sus necesidades y su inserción en el territorio. Con ello, se pretende mejorar la relación entre el equipo de salud de los centros de salud y sus respectivas comunidades. La actividad se llevará a cabo en dos centros de salud, los que corresponden a los CECOSF Las Palmas chilenas parcela 11 y CECOSF Santa Julia. En cada establecimiento se enfocará el trabajo en el territorio que le corresponde, adaptándolo a la realidad local de cada lugar. La organización interna del proceso se ha definido en los siguientes términos: el equipo de salud del CECOSF Las Palmas Chilenas revisará los aspectos teórico-metodológicos relacionados con la actividad, mientras que el equipo de salud del CECOSF Santa Julia ejecutará la actividad en terreno y llevará a cabo el proceso reflexivo posterior.

Se considera la vinculación con el medio en el que se trabaja, aporta a la humanización del trato usuario y permite generar una acción de inserción efectiva del equipo de salud en el territorio, permitiendo que lo caminen, lo vivencien, lo palpen, lo entiendan, lo asuman, lo comprendan, empaticen con sus habitantes y se involucren con las realidades que pueden vivir las familias usuarias del centro de salud. En lo concreto, permitirá observar la comunidad que interpela frecuentemente sobre aspectos que tienen relación con el trato, Por eso se plantea como una manera de mejorar la vinculación entre equipos de salud y comunidad, a través del recorrido del territorio y la resignificación del espacio mediante la realización de un *walkscape*.

## 4.2. Objetivo

Implementar un *walkscape* como espacio que facilite la vinculación del equipo de salud con el territorio de Santa Julia, fomente la humanización del trato y contribuya en la comprensión de la vida cotidiana de las familias que habitan el sector.

## 5. Desarrollo del *walkscape*

### 5.1. Preparación

En una primera instancia se tuvo espacios de diálogo con personas clave de la comunidad de Santa Julia, para poder definir la ruta que se iba a trazar para el recorrido de la caminata. Dentro de lo que se consideró para esta ruta, estaba el que se hiciera dentro del territorio de influencia del CECOSF Santa Julia. Considerando que el sector está organizado en paraderos, se inició la ruta desde el paradero 1 hasta el paradero 6, puntos de referencia que están dentro del área de influencia en la que debe trabajar el equipo del centro de salud. Con ello se buscó incluir en el recorrido a distintos lugares significativos de la comunidad y se definió establecer hitos en el territorio que destacaran lugares significativos e identitarios de la comunidad. Posteriormente se seleccionó a los integrantes del equipo que pudieran participar de esta instancia, en la que se busca contribuir a la humanización del trato y a una mayor vinculación de las personas que trabajan en el centro de salud con el territorio donde habitan las familias que son usuarias del Centro Comunitario de Salud Familiar Santa Julia.

### 5.2. Consideraciones éticas

Se contó con el consentimiento de todas las personas involucradas en la actividad, quienes recibieron información respecto a fecha propuesta para el día 10 de julio de 2024 y el horario de inicio definido a contar de las 14:00 horas, sujeto a condiciones meteorológicas favorables. Esta información fue entregada durante la reunión de equipo de salud celebrada el 03 de julio de 2024, ocasión en que quienes se interesaron en participar en el *walkscape* autorizaron la captura de imágenes y registro de voz en teléfonos celulares y decidieron su participación en forma voluntaria e informada.

### 5.3. Convocatoria

Durante la reunión efectuada al día 03 de julio de 2024 se realizó una presentación al equipo de salud, donde se explicó la actividad que se iba a desarrollar. Si bien es cierto la invitación se hizo de manera abierta y voluntaria, la intención era que la mayor cantidad de integrantes del equipo pudieran involucrarse y participar en la actividad. El inicio del recorrido es desde el centro de salud, ubicado a la altura del paradero 2 de Santa Julia, para continuar hacia el paradero 1 y desde ahí hasta el paradero 6 de Santa Julia, retornando desde ese punto hacia el centro de salud. A lo largo del camino, se visitaron distintos lugares significativos del territorio de Santa Julia.

### 5.4. Calentamiento. Encuentro y saludos

Las 24 personas participantes del *walkscape* se reunieron el día 10 de julio de 2024 a las 14 horas en la entrada principal del CECOSF Santa Julia. En este punto de encuentro se realizó un saludo y una bienvenida, agradeciendo la presencia de cada participante. Continuó con un ejercicio de estiramiento y elongación para poder iniciar la caminata. Se formularon algunas preguntas puntuales respecto de las principales estaciones que se visitarían y una vez resueltas las dudas, se dispuso el inicio del recorrido.

### 5.5. Arranque del *walkscape*

El inicio se produjo en el mismo CECOSF Santa Julia, desde ahí se caminó por la calle Campo de Flores, denominada así en honor al Campo de Flores bordado que aparece en la letra del himno nacional de Chile, hasta la esquina de calle Estadio, donde se ubica la sede social de la Junta de Vecinos Santa Julia Norte N° 88, un lugar de gran relevancia para el trabajo que el equipo de salud realiza con la comunidad; ese es el trecho que muchas personas recorren día a día para llegar al centro de salud, pasando por veredas estrechas y lugares donde a veces la basura está dispersa en el suelo, a pesar de que existen contenedores dispuestos para que sea depositada.

**Imagen N°3.** Calle Campo de Flores.



**Fuente:** *Walkscape*, 10 de julio de 2024.

Caminando por la avenida Campo de Flores se llega a la sede social dónde se realizan diversas actividades, tales como: talleres de salud mental, talleres de alimentación saludable, reuniones del Consejo Local de Salud de Santa Julia, reuniones de la mesa temática de seguridad de Santa Julia en la que el centro de salud también participa y otras reuniones relevantes como: la cuenta pública participativa que realiza la encargada del CECOSF Santa Julia cada año y reuniones relevantes que se deben tener entre personas de la comunidad y representantes que pertenecen a la institución de salud y a otras instituciones afines. Por lo anterior, el poder considerar ese espacio dentro de la ruta de la caminata era de gran relevancia.

**Imagen N° 4.** Sede social.



**Fuente:** *Walkscape*, 10 de julio de 2024.

Posteriormente y siguiendo con la definición de la ruta, se recorrió por calle Estadio hasta Avenida Santa Julia, pasando por los locales comerciales, donde se expende comida de diversas características que es adquirida por personas de Santa Julia y de otros sectores de la comuna de Viña del Mar, como también a personas que van de paso y que llegan a ese centro neurálgico del sector, que es aledaño a la rotonda Santa Julia.

**Imagen N°5.** Locales de venta de comida.



**Fuente:** *Walkscape*, 10 de julio de 2024.

La rotonda Santa Julia es un punto de conexión vial con Concón por el norte, sector El Salto por el sur, centro de Viña del Mar, Valparaíso e inicio del Camino Internacional que conecta con Mendoza. Por ende, esta zona es un punto de gran significancia para la comunidad de Santa Julia y para toda la región. En ese espacio se comenta la relevancia del primer hito que va a dejar una huella del recorrido: la demarcación del paradero 1. Aquí se dejó una huella en uno de los pilares de cemento de la pasarela de Santa Julia, donde se puso el número 1 y la sigla «SJ», correspondiente a Santa Julia. Al momento de marcar el hito se generó un espacio de explicación de la historia local, dado que antiguamente la avenida principal se encontraba a nivel de la calle. En cambio, hoy es una autopista que está subsumida en el subsuelo, a partir de una construcción que intervino este barrio de Viña del Mar, dividiéndolo en dos partes: en el sector nororiente se encuentra el sector de Santa Julia y en el sector sur poniente se encuentra el sector de Achupallas. Ambos territorios se encuentran actualmente divididos por la carretera y solo cuentan con algunos pasos sobre nivel y pasarelas que conectan los sectores oriente y poniente. De esta forma, Santa Julia y Achupallas se constituyen en barrios independientes no conectados directamente, situación que refleja un cambio en la dinámica territorial, social y comunitaria de estos sectores de la comuna de Viña del Mar.

**Imágenes N°6, N°7, N°8 y N°9**  
Rotonda Santa Julia.  
Primer hito del recorrido.



**Fuente:** *Walkscape*, 10 de julio de 2024.

## 5.6. Recorrido

Se comienza el avance por la caletera Carlos Ibáñez, que es una de las vías aledañas a la autopista. El recorrido se traslada por el sector correspondiente a Santa Julia, zona nororiente del viaducto, transitando por una vereda y marcando los distintos paraderos a lo largo de ese camino. De esta forma, el segundo hito es la marca del paradero 2 de Santa Julia. Posteriormente se hizo lo mismo en el paradero 3 donde se ubica un sector muy importante para el territorio, ya que años atrás con la ayuda de autoridades y la organización de la comunidad, se intervino un terreno hundido, frondoso y abundante en vegetación, pero oscuro por las noches e inseguro. Este terreno fue rellenado por la comunidad, en una actividad colaborativa y siempre recordada en Santa Julia, para ser transformado en una plaza, que constituye en la actualidad como la única área verde como espacio público con la que cuenta el territorio: la gran plaza del paradero 3 de Santa Julia, aledaña a la junta de vecinos N° 85 Sedamar Oriente. En esa sede social y en esa plaza se producen diversos encuentros de la comunidad y espacios recreativos de niños y niñas del sector, quienes se divierten en los juegos habilitados con ese fin.

### Imagen N°10

Gran Plaza Paradero 3 Santa Julia.  
Segundo hito del recorrido.



**Fuente:** Walkscape, 10 de julio de 2024.

Del mismo modo, la sede social cumple un rol fundamental en la vida de la comunidad, dado que acoge las diversas actividades de encuentro vecinal. En este lugar también se ubica el huerto comunitario que se ha construido con el trabajo de integrantes de la comunidad y con recursos del ámbito de la promoción de salud, entregados desde la Corporación Municipal de Viña del Mar. Por ende, es un espacio de gran relevancia comunitaria, por lo que se muestra a las personas participantes de la caminata. El recorrido por este lugar coincidió con la presencia de la presidenta de la Junta de Vecinos, Alejandra Ureta, a la que se saludó públicamente y donde las personas participantes de la caminata pudieron también verla y saludarla, haciendo de esta experiencia algo vivo y dinámico, que permitió conocer personalmente a la dirigente comunitaria. Similar situación sucedió con algunos vecinos y vecinas que al paso de la caminata fueron identificando a sus integrantes como parte del equipo de salud de su barrio.

**Imagen N°11.** Sede comunitaria.



**Fuente:** *Walkscape*, 10 de julio de 2024.

**Imágen N°12.** Sede comunitaria.



**Fuente:** *Walkscape*, 10 de julio de 2024.

Posteriormente, se siguió avanzando por los siguientes paraderos, a través de la caletera de la Avda. Carlos Ibáñez, donde se constataron las modificaciones en el sector a lo largo del tiempo. A las personas que participaron —con especial atención a quienes habían ingresado recientemente— se les contó parte de la historia de la comunidad. En ese marco, se pudo constatar que en algunos lugares existían puntos donde la gente cruzaba de un lado para otro cuando todavía no estaba el viaducto en el subsuelo, lo que actualmente no sucede. Sin embargo, los paraderos del sector que antes estaban a nivel de la avenida hoy siguen siendo un punto de referencia que cada habitante del territorio que los identifica y que los nuevos y nuevas habitantes van aprendiendo a conocer.

**Imagen N° 13.**

Ubicación de paradero del sector.



**Fuente:** *Walkscape*, 10 de julio de 2024.

**Imagen N°14.**

Demarcación de paradero del sector.



**Fuente:** *Walkscape*, 10 de julio de 2024.

**Imagen N°15.** Avance del recorrido.



**Fuente:** *Walkscape*, 10 de julio de 2024.

El recorrido siguió avanzando en dirección hacia el paradero 4. En cada lugar donde se llegaba a un paradero nuevo, se marcaba el número y las letras «SJ» en el poste más próximo, para dejar testimonio escrito de que ese lugar es un punto de referencia relevante para la ubicación geográfica y espacial en el territorio de Santa Julia.

Se completó la demarcación de los paraderos 4 y 5, para finalmente llegar hasta el paradero 6, por donde se ingresa hacia el sector nororiente por calle Los Alelíos, para confluir en la Avda. Dionisio Hernández, calle que lleva el nombre del dueño de la parcela que dio origen a la población Santa Julia. Dionisio Hernández era un hombre migrante español, que adquirió el predio, dando el nombre de Santa Julia a este fundo, porque él era devoto de dicha santa en España, por lo que allí se encuentra el origen del nombre del sector de Santa Julia.

**Imágen N°16.**

Ubicación de paradero del sector.



**Fuente:** Walkscape, 10 de julio de 2024.

**Imágen N°17**

Ubicación de paradero del sector .



**Fuente:** Walkscape, 10 de julio de 2024.

**Imagen N°18.** Vista de las personas integrantes de la caminata.



**Fuente:** *Walkscape*, 10 de julio de 2024.

Avanzando por la Avda. Dionisio Hernández, se fueron marcando puntos de referencia con relación a los paraderos. De esta manera se marca el paradero 6, el paradero 5  $\frac{1}{2}$ , el paradero 5, el paradero 4, el paradero 3, hasta llegar al paradero 2, por la misma Avda. Dionisio Hernández, donde nuevamente se retorna a la calle Campo de Flores.

**Imagen N°19.** Puntos de referencia.



**Fuente:** Walkscape, 10 de julio de 2024.

**Imagen N°20.** Puntos de referencia.



**Fuente:** Walkscape, 10 de julio de 2024.

Finalmente se llegó al centro de salud Santa Julia, donde se concluyó satisfactoriamente la caminata.

**Imagen N°21.** Retorno a CECOSF Santa Julia.



**Fuente:** *Walkscape*, 10 de julio de 2024.

**Imagen N°22.** Retorno a CECOSF Santa Julia



**Fuente:** *Walkscape*, 10 de julio de 2024.

## 5.7. Enfriamiento

Una vez que se llegó de regreso de la caminata al CECOSF Santa Julia, se convocó al grupo de participantes en una sala, donde se pudo generar un intercambio de impresiones, experiencias y conclusiones, que aportaron comentarios relevantes para poder dejar un registro de la actividad. Finalmente, se agradeció la presencia en la actividad y se valoró la importancia de realizarla. Se espera que mantenga su impacto en el tiempo y realice aportes significativos en la dinámica del equipo de salud, conforme al objetivo trazado, permitiendo acercar a las personas que participaron al territorio en el que trabajan y mejorar la calidad de la vinculación entre el centro de salud y las familias que ahí habitan.

**Imagen N°23.** Panorámica mural.  
**Venimos de abajo como los árboles.**



**Fuente:** *Walkscape*. 10 de julio de 2024.

## 5.8. Registro de la reflexión grupal de las personas que participaron en *walkscape*

### Inicio de la transcripción

**JC:** Muchas gracias por haber participado, porque esta actividad como lo dijimos tiene que ver [con] con una iniciativa, una acción que tiene que ver con que nos vinculemos de una manera distinta con el territorio, porque yo sé que —insisto— trabajamos acá algunos ya hace varios años, otros hace muchos años, otros hace pocos años, otras personas vienen de paso porque están aprendiendo a hacer sus profesiones en este centro de salud y en su etapa de práctica (...)

**Participante 1:** Y algunos somos parte del inventario (...)

**JC:** Y otros son parte de la historia del principio de este centro de salud, entonces eso es algo super interesante de considerar como primera cosa. Lo segundo es tratar de que ustedes entiendan de que en ese territorio por donde caminamos viven las familias, que nosotros atendemos acá. La señora que antes llegaba temprano a sacar la hora, que ahora lo hace por el WhatsApp. La persona que a veces no puede venir 2 veces porque no tiene plata para la micro y se tiene que venir del paradero 6 caminando en la mañana (...)

**Participante 2:** Es corto (...)

**JC:** Es corto, pero muchas personas quedaron un poco extenuadas con la caminata. Imaginen, ni siquiera llegamos a la mitad del territorio, porque el territorio sigue hasta arriba en el cerro.

**Paula:** Imagínense los que viven en las tomas (...)

**JC:** Entonces, lo que nosotros queremos en este ejercicio final les vamos a entregar una hojita de color, y les vamos a pedir que en esa hojita ustedes escriban respuesta a dos preguntas, la primera pregunta era.

**Paula:** ¿Qué aspectos les llamaron la atención de todo el recorrido?

**Camila:** ¿Y no es mejor que lo conversemos?

**JC:** Si, también. También lo pueden escribir entonces, ¿Qué fue lo primer que les llamó la atención en este recorrido, en este encuentro con el territorio que les haya quedado como una reflexión sobre todo? ¿Algo que les preocupe de lo que ustedes vieron? Una cosa es lo que les preocupe y lo otro con qué me quedo. Pero primero, respondamos la primera pregunta, algo que les preocupe o algo que le llame la atención así de lo negativo.

**Participante 3:** Las veredas son super angostas. Uno siente que va a pasar un auto y lo van a pasar a llevar a uno.

**Participante 4:** Yo hubiera venido por la vereda con mi guagua y mi coche, no llego.

**Participante 5:** Y la gente que pueda andar en sillas de ruedas (...) yo lo encuentro terrible.

**Participante 6:** Andan por la calle de hecho (...)

**Participante 4:** En algún minuto yo anduve con mi papá en silla de ruedas y es terrible, las calles angostas y sucias más encima.

**Participante 4:** Levantadas, y no siempre hay pasada de una calle a otra, como cruzan como suben las sillas (...) inooo!

**Participante 7:** Muy fácil accidentarse.

**Participante 4:** Yo por eso me voy a empezar a venir en bicicleta.

**JC:** Acá quieren decir algo:

**Participante 8:** Falta limpieza. Se notaba el pasaje que está aquí al lado está super limpiecito, pero todos los demás (...)

**JC:** Esos son aspectos que uno ve todos los días aquí. Yo creo que el tema de la poca consideración con las personas que tienen necesidades especiales es evidente, que es un problema estructural de nuestro barrio, este barrio se hizo en un momento, así como bien improvisado (...)

(Interrupción. Alguien entra).

**JC:** Y ahora para poder cerrar el proceso, ¿con qué se quedan? Algo positivo que quiera rescatar de lo que hicimos hoy día. Me gustaría escuchar también esas opiniones.

**Participante 4:** La cantidad de negocios que hay en las casas.

**Participante 9:** Como yo soy nueva, lo veo todo como un poco desde afuera. Y me gustó mucho como la unidad que tienen entre ustedes, que se tratan con mucha buena onda, son como todos amigos (...) (risas).

**JC:** Yo creo que es verdad. A lo mejor no nos damos cuenta de eso, pero cuando se ve desde afuera (...) que bueno que nos dijo eso, gracias.

**Participante 4:** En todo caso, no es la primera persona que nos dice eso.

**Varios:** Es verdad (...)

**Participante 4:** Es algo muy rescatable entre nosotros.

**Participante 1:** Incluso la gente nueva que va llegando, se va integrando también (...)

**Participante 4:** En otros consultorios son muy apáticos.

**Paula:** O hacen diferencias los tipos de funcionarios (...)

**Participante 1:** Bueno, yo no los pude acompañar por razón de salud, pero hay un detalle que es importante. Yo siempre cuando venía para acá o pasaba por este sector en auto decía: ¡ah!, San Juliano, decía. Fijo que va a andar por la calle, a veces teniendo vereda. El San Juliano camina por la calle. Y es divertido porque, por ejemplo, aquí en la avenida Santa Julia hay veredas buenas o relativamente buenas. Yo sé que en otros

lados es un desastre, pero la gente camina por la calle. La señora (...) ahí va la «abuelita». Y a veces, gallos ya jóvenes, que se supone que tienen capacidad para pensar un poco, van por la calle no más. Y el otro día, por ejemplo, yo iba en el auto como a 10 km por hora, o menos, detrás de una abuelita, por la mitad de la calle. No le quise tocar la bocina, porque la iba a asustar. Capaz que le diera un infarto (...)

**Participante 6:** No aprovechan la pasarela también. Pasan por arriba de las rejas de protección.

**Participante 1:** Sí, pero eso tiene una razón de ser importante, porque en las pasarelas asaltan. Incluso de día (...) pero la probabilidad de atropello, aunque sea a baja energía igual está. Entonces, ¿de dónde viene esa filosofía?, yo creo que, porque el San Juliano se acostumbró a andar por la calle, porque no tiene vereda.

**Participante 8:** A veces los autos se estacionan en la vereda también. A mí me pasa que yo camino mucho por acá. De repente, voy por la vereda y hay un auto estacionado. Y me tengo que bajar.

**Participante 1:** Es que no habría problema que estacionaran. Siempre y cuando dejes un espacio para que la persona pase.

**Participante 7:** Es que como es tan pequeña la vereda, uno no puede pasar.

**Participante 9:** O también pasa que, hay container en las veredas. Entonces, alrededor del container se junta basura y la gente obviamente prefiere pasar por la calle.

**Participante 1:** Pero esas son situaciones más bien puntuales. En general, el resultado es que las veredas están hechas un desastre, la avenida Santa Julia no está tan mala, pero hacia adentro (...)

**Participante 10:** Pero yo te diré que la vereda aquí no la usan para el peatón de ninguna parte. Santa Julia, Villa Alemana o llámese como se llame. Aquí la gente va a ir por la calle.

**Participante 1:** Pero aquí es mucho más. Y yo no sé cómo no hay más atropellos.

**Participante 11:** Yo quería destacar algo. Que dentro de todo lo encontré bastante tranquilo, creo que (...)

**JC:** En este horario es tranquilo, si (...)

**Participante 11:** Es bastante tranquilo, no se vi, así como el «jereklein» a todo chanchito. Fue como bastante cómodo y tranquilo al caminar. Entonces, igual es rescatable. Entendiendo como están las cosas, que de repente, 12 del día te asaltan. Pudimos caminar tranquilamente, encuentro.

**Participante 4:** Justo hoy día no había ningún borrachito en la rotonda.

**Participante 6:** Había, pero estaban piola.

(risas)

**JC:** ¿Alguna otra idea para cerrar?

**Paula:** Francisco dijo recién ¿esto cada cuánto se hace?, es que estaría super bueno hacer más seguidas.

**JC:** Bueno, nosotros, hoy día. Bueno, creo que también hablo por mis compañeras, de Camila y Paula, yo creo que a pesar de todo lo que (...) porque yo conozco a mi equipo y ustedes uno ya es parte de este equipo, yo los conozco. Pero a pesar de que son reclamos para algunas cosas, yo agradezco y valoro que hayan ido. Y que hayan hecho todo el recorrido. Porque nadie se fue antes. Pero fueron recorrieron todo. Y yo agradezco que lo hayan hecho, porque de verdad que es diferente mirar la vereda desde el auto o desde la micro, que verla caminando. Y eso es lo que nosotros buscamos, y tiene que ver con el trato humanizado, tiene que ver con la empatía con ponerse en el lugar de los otros y tiene que ver con que tenemos vecinos y usuarios que vienen al consultorio caminando todos los días y que no toman micro, porque la micro la guardan para ir al centro a hacer alguna compra o hacer algún trámite. Y no hay más plata. Nosotros a lo mejor no tenemos esa realidad, porque dentro de todo tenemos un trabajo estable. Unos más que otros, pero es muy distinta la realidad de las familias que nosotros atendemos acá. Entonces que ustedes tuvieran la oportunidad un poco de vivir esa realidad, aunque sea un ratito, yo creo que es super rescatable. Porque de alguna manera, en algún momento, yo les aseguro. Cuando estén completando algún dato en el aviso, diciendo ¿Dónde vive usted? o ¿De dónde viene usted? Ahora ustedes van a saber de qué paradero viene esa persona, cuál es la distancia que recorre y a lo mejor vamos a humanizar un poco más el trato que tenemos con las personas.

Porque nosotros trabajamos con seres humanos. Trabajamos con familias. Trabajamos a veces con problemas, y problemas muy graves. Y bueno, tenemos que seguir en este camino hasta cuando ya corresponda terminar nuestro trance como trabajadores. Y a algunos nos queda bastante. A otros les queda menos. Otros están recién empezando. Pero eso es. Aquí vamos a estar, hasta que nos de la salud (...) Así que yo le doy las gracias por haber participado y un aplauso para nosotros.

(aplausos)

**Fin de la transcripción.**

## 6. Reflexiones finales

En el caso de los CECOSF de la ciudad de Viña del Mar, la invitación de caminar por los territorios conecta directamente con sectores periféricos. Interpela a abandonar los prejuicios personales, a (re)descubrir los aportes y contenidos disponibles en el espacio local y a profundizar la calidad de la vinculación con la población a cargo. En ese marco, la aplicación del *walkscape* ha dado origen al proyecto «La salud nos une, construyendo puentes con la comunidad», lo que ha demostrado que la iniciativa resulta ser efectiva para fortalecer la relación entre el equipo de salud y la comunidad que atiende. A través del recorrido realizado, las personas participantes han podido conocer de manera más profunda el territorio y las necesidades de sus habitantes. Esto ha permitido ofrecer una atención más personalizada y empática, esperando en el futuro mejorar la percepción de la población usuaria sobre el trato recibido. Su principal aprendizaje ha sido la importancia de incluir en el trabajo en terreno al personal de salud que no suele realizar esas tareas y que —por lo tanto—, tiene mayores distancias para involucrarse directamente con la comunidad, debido a que no conoce su territorio. Al facilitar esta interacción, se produce una mejor comprensión de las condiciones y desafíos locales, junto con reforzar el compromiso y la cohesión del equipo de salud.

El impacto positivo en el equipo de salud participante ha sido significativo. La experiencia les permitió ver su entorno de trabajo desde una nueva perspectiva, más humana. La unidad y camaradería dentro del equipo se han visto fortalecidas, lo que mejora el ambiente laboral y, por ende, la calidad del servicio ofrecido a la comunidad. Asimismo, el recorrido realizado ha permitido identificar diversos problemas estructurales en el barrio de Santa Julia, tales como la falta de accesibilidad para personas con movilidad reducida y la necesidad de mejorar la limpieza y el mantenimiento de las áreas públicas. Estas observaciones son cruciales para planificar futuras intervenciones y abogar por mejoras en la infraestructura del barrio. Finalmente, se ha enfatizado la necesidad de dar continuidad a este tipo de iniciativas. La favorable evaluación de la experiencia sugiere su mantención y ampliación en el tiempo, para seguir mejorando la relación entre el equipo de salud y la comunidad, así como para abordar de manera más efectiva las necesidades y desafíos del territorio. La continuidad y el seguimiento son esenciales para consolidar los avances logrados y asegurar un impacto duradero en la calidad de la atención y el bienestar de la comunidad.

## Referencias bibliográficas

- Careri, F. (2002). *Walkscapes: El andar como práctica estética* (2ª ed.) Editorial Gustavo Gili.
- Laguna, A. (2015). Ensayo para una cartografía maricona de Bogotá: el centro. *Maguaré*, 29(2), 287-313. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/61685/58106>
- MINSAL (2024). *Presentación: Trato digno en salud*. Ministerios de Salud. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Orientaciones-Tecnicas-de-Trato-Digno.pdf>
- MINSAL (2022). *Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2021). *Marco operativo: Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2018). *Participación ciudadana en atención primaria. Un aporte al desarrollo del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Ministerio de Salud
- MINSAL. (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Ministerio de Salud.
- Pellicer, I., Nubiola, C., & de Lacour, R. (2016). Derivas: arte, ciudad y sociedad. *URBS. Revista de Estudios Urbanos y Ciencias Sociales*. 4(1) 9-20 <https://repositorio.ual.es/handle/10835/2948>
- República de Chile (2012). *Ley N°20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud*. Ministerio de Salud. <https://bcn.cl/25b3z>
- República de Chile (1995) Ley N°19.378. *Establece estatuto de atención primaria de salud municipal*. Ministerio de Salud, <https://bcn.cl/2eu9o>
- Villanueva, M. & Langhoff, A. (2021). (Re)descubriendo la ciudad. Experiencia con un grupo de adultos mayores en Bahía Blanca, Argentina. *Quid 16*, Número Especial Red CU, 190-210. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/quid16/article/view/6372/pdf>

## Proyecto: Nunca es tarde para sentirse mejor

### 1. Antecedentes

Centro de Salud Familiar	Las Torres, Forestal.
Equipo de salud	Marisel Hernández Gómez, trabajadora social.
Estrategia reflexión acción	<i>Walkscape</i> .
Tutora	Prof. Patricia Castañeda Meneses.

### 2. Contexto de aplicación

El Centro de Salud Familiar Las Torres se encuentra ubicado en Avda. La Paz s/n, esquina Pakarati, Forestal Alto, Viña del Mar. Fue inaugurado en diciembre de 1993, como Consultorio General Urbano C.G.U., Las Torres. Posteriormente, fue denominado Consultorio Amigable Las Torres y más tarde fue acreditado como Centro de Salud Familiar. Su población asignada al año 2023 alcanza a 15.353 personas, concentrando en el rango de 60 y más años a un total de 2.590 personas, las que se distribuyen en 1.125 hombres y 1.465 mujeres. Según la estadística del programa de salud mental de CESFAM Las Torres, el programa atiende a un total de 125 personas mayores de 60 años, lo que representa al 16.5 % de la población total inscrita en el programa, de las cuáles un 72 % corresponde a mujeres. Además, se visualiza que muchas de las personas mayores en controles de salud mental presentan escasos avances terapéuticos o bien tienen temor al momento de planificar el alta, pues no tienen otros espacios de participación social o redes de apoyo. A lo anterior se agrega que, a contar del año 2023, comenzó la implementación de la estrategia de cuidado integral centrado en las personas (ECICEP) en el centro de salud, que se priorizó en su inicio con la atención de personas mayores catalogadas como G3 o riesgo alto, que presentan características de multimorbilidad, polifarmacia, mayores consultas a urgencia y a episodios de hospitalización.

### 3. Conceptos claves

#### Envejecimiento (MINSAL, 2023)

El envejecimiento es un fenómeno dinámico, progresivo, irreversible y universal que tiene diferencias muy importantes entre las personas. En el curso de este fenómeno influyen aspectos moleculares en el cerebro, aspectos a nivel celular en los sistemas del cuerpo, y aspectos psicológicos. La gran heterogeneidad de las resultantes del en-

vejecer, en cuanto a la multiplicidad y cambio permanente de factores contextuales, propios de un proceso longitudinal. Por otra parte, la presencia de patologías y otras condiciones que afectan la salud mental de las personas no condiciona que no puedan tener una salud mental funcional y una buena calidad de vida en esta etapa vital.

Una buena forma de comprender mejor las dinámicas psicológicas del envejecer es tener en cuenta las siguientes premisas: los procesos psicológicos del envejecimiento son un *continuum* de esos mismos procesos a lo largo de la vida; las vivencias y experiencias de la vida van dejando su huella en el funcionamiento psíquico, especialmente constatables en estrategias de afrontamiento y patrones de relaciones interpersonales de las personas mayores; los factores contextuales entre los que se desenvuelven las personas mayores determinan en forma relevante su devenir psicológico; y los factores contextuales en los que se desenvuelven las personas mayores son diversos y pueden incluir aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales.

Los factores ambientales que afectan la salud mental a las personas mayores pueden clasificarse en factores protectores y factores de riesgo. Los factores protectores corresponden a los siguientes:

- a. Redes de apoyo social.** Tener amigos, familiares y comunidades que brinden apoyo emocional puede ayudar a las personas a enfrentar el estrés y las adversidades. Las relaciones positivas fomentan un sentido de pertenencia y seguridad.
- b. Entorno seguro y estable.** Vivir en un lugar seguro, con acceso a servicios básicos como salud, educación y empleo, contribuye a una mejor salud mental. La estabilidad económica y la vivienda adecuada son cruciales.
- c. Acceso a recursos de salud mental.** La disponibilidad de servicios de salud mental, como terapia y grupos de apoyo, puede ser un factor protector importante. La educación sobre salud mental también ayuda a las personas a buscar ayuda cuando la necesitan.
- d. Actividades recreativas y culturales.** Participar en actividades que fomenten la creatividad y el bienestar, como el arte, el deporte o la música, puede mejorar el estado de ánimo y reducir el estrés.
- e. Educación y conciencia.** La educación sobre la salud mental y la promoción de la resiliencia pueden empoderar a las personas para manejar mejor sus emociones y situaciones difíciles.

Por su parte, los factores de riesgo corresponden a los siguientes:

- a. Pobreza y desigualdad económica.** La falta de recursos económicos puede generar estrés crónico, ansiedad y depresión. Las personas en situaciones de pobreza a menudo enfrentan múltiples desafíos que afectan su bienestar mental.

- b. Violencia y trauma.** Vivir en un entorno violento o haber experimentado trauma puede tener efectos devastadores en la salud mental. Esto incluye violencia doméstica, abuso infantil y violencia comunitaria.
- c. Aislamiento social.** La soledad y el aislamiento pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental. La falta de conexiones sociales puede llevar a sentimientos de desesperanza y depresión.
- d. Contaminación y entorno dañino.** La exposición a contaminantes ambientales, como el aire y el agua contaminados, puede afectar no solo la salud física, sino también la salud mental. Un entorno poco saludable puede contribuir a la ansiedad y el estrés.

Para las personas mayores, la conexión social es particularmente importante para atenuar los factores de riesgo como el aislamiento social y la soledad. En esta etapa de la vida, las actividades sociales fructíferas pueden mejorar considerablemente la salud mental positiva, la satisfacción con la vida y la calidad de vida; también pueden reducir los síntomas depresivos (OMS, 2023).

## 4. Diseño Metodológico

### 4.1. Estrategia teórico-metodológica basada en la reflexión-acción seleccionada. *Walkscape*

### 4.2. Objetivo

Modelar la técnica del *walkscape* a partir de la descripción y análisis de los factores protectores y de riesgo ambientales asociados a la salud mental de las personas mayores que asisten al taller de salud mental del CESFAM Las Torres.

### 4.3 Organización del *walkscape*

#### a. Definición del territorio objetivo

Población Loma Sur. Territorio perteneciente al sector 2 de la jurisdicción del CESFAM Las Torres, Forestal.

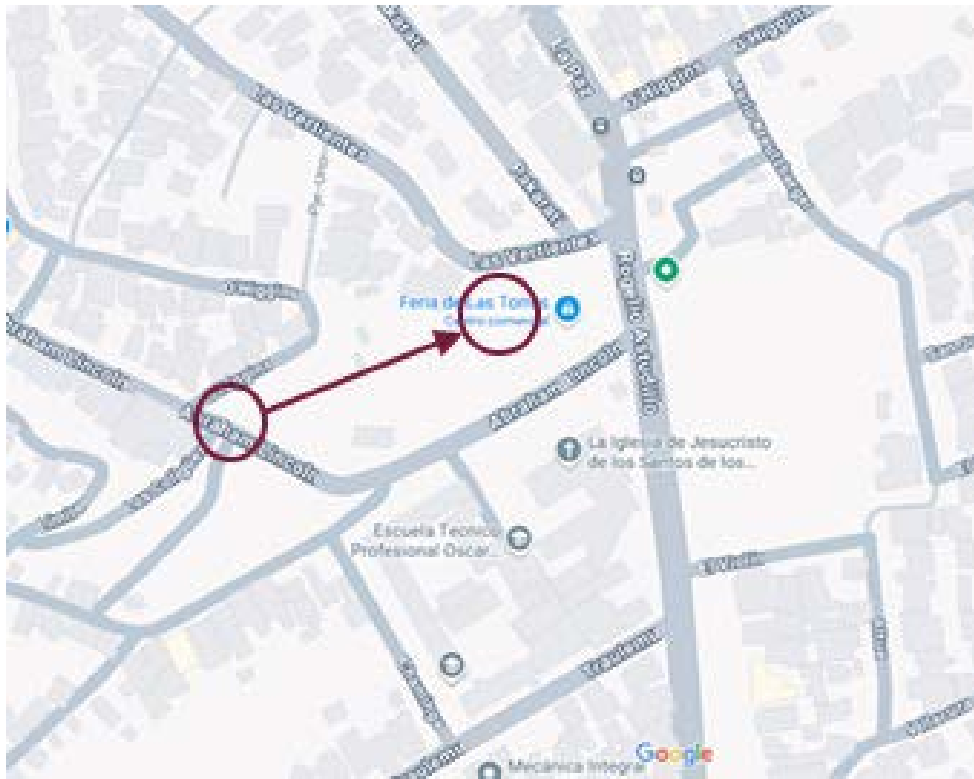
Límites: Calle Abraham Lincoln con calle Las Vertientes.

Se realizará una visita guiada con 10 personas mayores pertenecientes al taller de salud mental del CESFAM Las Torres, a dos puntos ubicados en el sector Loma Sur.

## b. Definición del trazado del *walkscape*

El recorrido se inicia en la intersección de las calles Abraham Lincoln con O'Higgins, esquina con gran afluencia cotidiana de personas. Existe un paso de cebras para el cruce de peatones, que facilita conectar la caminata a calle Abraham Lincoln con Las Verrientes, lugar de funcionamiento semanal de la feria local hortofrutícola los jueves y domingo.

**Imagen N°1.** Trazado de *walkscape* en el territorio definido.



Señalética o punto analizado espacio recorrido

**Fuente:** Captura Google Maps.

## c. Criterios de definición del trazado del *walkscape*

**Conectividad.** Los caminos se conectan de manera fluida con otros espacios y rutas, facilitando la movilidad y la exploración de las personas mayores participantes.

**Accesibilidad.** El trazado es accesible a las personas mayores, considerando las dificultades en el desplazamiento de algunas personas mayores que deben movilizarse con apoyo de bastones.

**Seguridad.** Se realizará en un lugar que garantice la seguridad de las personas mayores, como iluminación adecuada, visibilidad y la ausencia de obstáculos peligrosos.

**Interacción social.** El trazado fomentará un espacio donde las personas puedan interactuar, descansar y disfrutar.

#### d. Aplicación del *walkscape*

Datos de la salida a terreno:

Fecha: 24 de octubre de 2024.

Horario estimado: 15:00 horas.

Duración estimada: 1 hora 30 minutos.

Sistemas de registro: Audiovisual.

#### e. Cierre del *walkscape*

Horario de cierre: 16:45 horas.

Se cumple el trazado original sin cambios o ajustes.

## 5. Resultados

### 5.1. Descripción del recorrido del *walkscape*

El punto de encuentro acordado fue el módulo de Municipio en tu Barrio, que estuvo en funcionamiento hasta el año 2023 y cesó sus funciones por razones de seguridad del equipo municipal a cargo. Hasta el punto de encuentro llegaron 11 personas mayores que participaron de la actividad. El día y hora de realización del *walkscape* estaba predeterminado por la planificación de los días de funcionamiento del taller de salud mental. El día se presentó extraordinariamente caluroso, por lo que el cansancio fue más rápido de lo habitual, haciendo más lento en su desplazamiento y aumentando el esfuerzo físico. A ello se sumó la ausencia de lugares con sombra durante el recorrido que permitiesen descansar y guarecerse de la alta temperatura. Se llevó a modo de botiquín de primeros auxilios agua para hidratación y bloqueador para protección del sol, siendo utilizados ambos recursos a lo largo del trayecto. Las grabaciones realizadas mediante celular no fueron efectivas, ya que hay registros en los que apenas se distinguen las voces de las personas mayores participantes, por lo que recurrir a notas fue una alternativa eficaz.

**Imagen N°2.** Grupo en punto de encuentro



**Fuente:** Walkscape, 24 de julio de 2024.

## **5.2. Factores protectores de salud mental en el proceso del envejecimiento a partir del recorrido**

### **a. Redes de apoyo e interacción social**

A pesar de las dificultades que se presentaron en el desplazamiento, las personas mayores mencionaron a la feria hortofrutícola que funciona en el lugar como una instancia de interacción social donde se manejan con comodidad y les permite socializar con distintas personas del sector. Con ello, se confirma que este tipo de actividades comunitarias son importantes para mantener la salud mental, ya que fomentan el sentido de pertenencia y la conexión social. La relación de confianza y conocimiento de vecinos (as) en la feria implica que —a pesar de los problemas— existe un sentido de comunidad que puede ser un recurso valioso para las personas mayores. Este apoyo mutuo contribuye a mitigar el impacto de los factores de riesgo de la salud mental en dicha población. La interacción positiva brinda un espacio donde las personas pueden

compartir sus experiencias, lo que reduce la sensación de soledad y aislamiento. Las personas mencionan que «todos se conocen» y son «vecinos». Este sentido de pertenencia y apoyo mutuo es un factor protector clave, ya que puede ayudar a reducir el estrés y fomentar la cohesión social.

«¿No se sienten inseguros? Aquí la gente más o menos toda se conoce. Sí, es que casi [todos] son vecinos. Los que venden aquí son vecinos. Pero cuando empezaron, los tomaba la misma gente. Sí, la gente le puso a (...) Ahora no».

(*Walkscape*, 24 de octubre de 2024)

### Imágenes N° 3 y N°4. Feria local.



Fuente: *Walkscape*, 24 de octubre de 2024.

### b. Entorno seguro

El recorrido por la calle Las Vertientes permite recordar la erradicación del microbasural ubicado en ese sector, y en cuyo lugar actualmente están instalados juegos infantiles. Esta situación ha aumentado la conciencia sobre la importancia de mantener el lugar limpio, además de generar sentido de pertenencia.

«Por lo menos ahora no botan basura, cualquiera venía y estaba lleno de basura. Había todo, colchones, todo. Colchones, muebles, de todo» ¿Eso lo están respetando, el tema de no botar basura? Sí, porque antes había basura».

«Ahí pusieron los juegos, ¿no? lo usan los niños. Los niños el domingo, cuando vienen a las seis. Cuando salen del colegio, pasan también (...)»

(*Walkscape*, 24 de octubre de 2024)

**Imágenes N°5 y N°6. Lugar de erradicación de microbasural.**



**Fuente:** *Walkscape*, 24 de julio de 2024.

**c. Acceso a recursos de salud mental: servicios y recursos**

Durante el recorrido realizado por el sector, las personas mayores participantes del taller de salud mental implementado por el CESFAM afirman que la instancia es una herramienta valiosa para mejorar su bienestar emocional y social, situación que se expresa en la actividad que realizan en esa oportunidad. Por ello, solicitarán a la dirección del CESFAM que durante el año 2025 dicho taller funcione con frecuencia semanal y no quincenal, como lo es a la fecha. Además, tomando como referencias la experiencia de otras organizaciones, el grupo ha planificado la tramitación de la personalidad jurídica, requisito de formalización que les permitiría adquirir el carácter de multifamiliar.

**Imagen N°7.** Grupo de personas mayores analizando su entorno.



**Fuente.** *Walkscape*, 24 de octubre de 2024.

En forma simultánea, la experiencia exitosa observada en la erradicación del micro-basural les motiva a idear la realización de talleres de reciclaje para aprovechar los materiales disponibles en sus hogares. Esta conversación grupal muestra un interés activo por aprender y realizar actividades con conciencia ambiental de las necesidades de su entorno, lo que se considera beneficioso para promover el bienestar psicológico.

«Eso fue lo que nos pasó a nosotros por las sedes. Organizamos las sedes. Compramos el terreno. Hicimos el agua. Pagamos la luz».

«Aunque son todas bases de proyectos. Uno presenta el movimiento como (...) ¿Sabes qué? Esta sede de nosotras la que hemos ocupado va a ser cerrada. No haya costado ni plata, no haya costado nada».

(*Walkscape*, 24 de octubre de 2024).

#### **d. Actividades recreativas y culturales**

En la medida que el recorrido se realiza, la conversación del grupo se desarrolla en torno a la mención de talleres y cursos ofrecidos por la municipalidad a través de las juntas de vecinos. Las referencias realizadas por las personas mayores a estas actividades, indica que hay un interés por parte de la comunidad en mejorar la calidad de vida de las personas mayores, a través de instancias de participación voluntaria en actividades educativas y culturales, situación que se constituye en un factor protector que promueve la autoestima y el bienestar mental.

«Yo vengo del operativo médico en la junta de vecinos de Loma Sur. Hasta electro estaban haciendo. Ahí vamos a hacer gimnasia también».

(*Walkscape*, 24 de octubre de 2024)

### **5.3. Factores de riesgo de salud mental en el proceso del envejecimiento a partir del recorrido**

#### **a. Pobreza y desigualdad económica**

En la conversación sostenida con el grupo durante el recorrido, se reflexionó sobre las condiciones económicas que representa la participación en grupos u organizaciones vecinales. Muchas personas mayores viven con pensiones bajas o ingresos limitados, lo que dificulta su acceso a las actividades comunitarias que requieren un costo, tales como talleres, clases o eventos recreativos. La falta de dinero puede generar que algunas personas mayores se aíslen y eviten participar en actividades comunitarias, donde perciben que no pueden contribuir económicamente o donde se sienten menoscabados frente de los demás.

«Yo participé en la 49 [JJ. VV] pero era pura plata. Tenía que tirar por lo menos 5 lucas cada uno. Porque la once, el huevo, llevar el huevo, la rifa del aceite, la rifa. No, esta cuestión y pagar la cuota. Así que por eso me retiré, porque la verdad que nunca daban las cifras. Porque para eso tienen tesorera. Para que den cuenta de la plata que hay adentro y de la que está. Nosotros teníamos que poner 500 pesos cada una. Es como mucho».

(*Walkscape*, 24 de octubre de 2024)

## b. Violencia e inseguridad

A pesar de los años que las personas mayores viven en el sector y de su importante conocimiento del territorio, la percepción de inseguridad es un tema recurrente en los testimonios. A menudo, el grupo menciona experimentar miedo al salir de su domicilio, especialmente durante la noche. No obstante, algunas personas sienten que no han tenido experiencias negativas directas, la evaluación social indica que el ambiente es considerado peligroso. Esto se agrava por la falta de vigilancia y la ausencia de cámaras de seguridad que deberían estar operativas. La inseguridad no solo afecta la calidad de vida de los residentes, sino también su bienestar mental, generando un ciclo de autocuidado y aislamiento.

«Pero ninguna cámara funciona aquí. Bueno, pero parece que el municipio contrató cámaras y no están funcionando. Ni allá abajo en el centro, que se supone que hay más actividad. Por lo que dice don René, lo ve en la televisión. Yo veo Quinta Visión y él se queja de las cosas que no se hacen (...) Si no hay cámaras y todo, si la gente quiere ser mala, la medida va a ser deficiente (...)».

«Aquí venden mucha droga (...) Allá donde termina la feria

¿En la noche es inseguro?

Es peor, no se puede salir (...) Yo no salgo. No vivo acá (...)

Pero si uno no sale, ¿también es un indicador de que uno no se siente seguro al salir?

No

¿No? a lo mejor a uno no le pasó nada durante este tiempo (...)Pero supo de alguien, que le pasó, entonces uno, ¿qué es lo que hace? Auto cuidarse».

(*Walkscape*, 24 de octubre de 2024)

## c. Aislamiento social

El punto de encuentro correspondió a las dependencias municipales que en la actualidad no están funcionando. Su traslado terminó con la entrega de un conjunto de servicios sociales y comunitarios en el mismo territorio, generando una nueva necesidad en las personas mayores frente a sus trámites y una mayor percepción de aislamiento.

**Imagen N° 8.** Grupo analizando los servicios del territorio.



**Fuente:** *Walkscape*, 24 de octubre de 2024.

Por otra parte, la falta de una junta de vecinos en funciones en algunos sectores, sumado a la desconfianza en la gestión de recursos comunitarios, reflejan un sentimiento de desconexión entre las personas residentes en el sector. Esto puede llevar a un mayor aislamiento, debido a que las personas mayores no se sienten apoyadas ni representadas. Hay un sentimiento de desconexión respecto de los liderazgos comunitarios y una percepción generalizada de abandono por parte de las autoridades. Esto puede traducirse en una falta de identidad y cohesión social entre vecinos(as), así como en la disminución de la capacidad de respuesta ante los problemas locales.

«Señorita, aquí no hay ninguna junta de vecinos (...) la 49 es sin presidente, sin nada, sin nadie. Arriba la primera [está] cerrada. La 48 tampoco funciona. No tenemos dónde sacar el certificado de residencia. Hay que ir a la notaría a sacarlo. Estamos mal, mal aquí».

(*Walkscape*, 24 de octubre de 2024)

Entre los problemas relevantes y que pueden ser observados en el territorio por medio del *walkscape* se mencionan la falta de pavimentación en las veredas y la mala iluminación, lo que afecta la movilidad y la seguridad de las personas mayores. La frustración por la falta de respuesta de las autoridades también es evidente, especialmente en

lo que respecta a la reparación de luminarias, el acceso al sector, las veredas en mal estado y la falta de iluminación, las que son referidas como problemáticas recurrentes. Estas condiciones dificultan la movilidad, especialmente para quienes usan bastones o tienen problemas de movilidad e incrementan el riesgo de accidentes y caídas, lo que puede afectar la salud mental al generar ansiedad y miedo a salir.

**Imágenes N°9 y N°10.** Condiciones físicas del entorno.



**Fuente:** *Walkscape*, 24 de octubre de 2024.

**Imagen N°11.** Persona mayor participante de *walkscape* con movilidad reducida.



**Fuente:** *Walkscape*, 24 de octubre de 2024

Las condiciones físicas del entorno, como la falta de pavimentación en calles y veredas, así como la inadecuada iluminación, son consideradas problemáticas por el grupo. La infraestructura deficiente genera incomodidades y dificultades de acceso, especialmente para personas mayores o con movilidad reducida. Los testimonios indican que la ausencia de un mantenimiento adecuado, como el cambio de luminarias quemadas, tampoco contribuye a la percepción de seguridad en el espacio público.

«Está mala porque la alcaldesa se está (...) arregla abajo. Claro, dice que ya ha cambiado toda la luminaria. Yo veo la misma luminaria que arriba, pero esa luminaria que no alumbraba nada (...)Y usted cuando se quema un foco, llama, se le dicen en 72 horas. No puede ser 24, sino que 72. Y a veces ni siquiera en 72».

(*Walkscape*, 24 de octubre de 2024).

**Imagen N°12.** Iluminación inadecuada.



**Fuente:** *Walkscape*, 24 de octubre de 2024.

Por otra parte, la pavimentación de las veredas ha generado un nuevo problema, al convertirse en estacionamiento de vehículos particulares obstaculizando el paso de peatones.

«Ese es el gran problema. Esa camioneta, mire. Debería ser la vereda, pero arriba... Ha sido un gran problema desde que nos pavimentaron las calles. Las veredas son de los otros».

(*Walkscape*, 24 de octubre de 2024).

**Imágenes N°13 y N° 14.** Uso de las veredas por vehículos.



**Fuente:** *Walkscape*, 24 de octubre de 2024.

En ese mismo sentido, la accesibilidad es un tema recurrente. El grupo refiere a veredas que no están pavimentadas y que dificultan el tránsito, especialmente para personas mayores o con movilidad reducida. La falta de mantenimiento en las calles y veredas hace que el acceso a ciertos lugares sea complicado —y se menciona que— en días de lluvia, el terreno se vuelve resbaladizo, lo que agrava aún más la situación del acceso.

«Si, yo me demoro mucho (...) porque de la torre para abajo es pura tierra. Y como arenilla uno se resbala, y en subida (...) descanso como 5 veces para llegar a la torre (...) pero aquí mismo, también es tierra. Si llueve, se resbala (...) tiene uno que traer zapatillas buenas antiderrapables».

(*Walkscape*, 24 de octubre de 2024).

La movilidad puede ser un desafío para las personas mayores, especialmente si dependen del transporte público. En ocasiones que no tienen los medios para pagarlo o si hay un recorrido que cubra el trayecto que necesitan, se vuelve inaccesible. En consecuencia, es probable que eviten participar en actividades comunitarias que se llevan a cabo en lugares distantes. La falta de accesibilidad en los vehículos puede hacer que sea difícil para que puedan subir y bajar del móvil. Estas situaciones pueden generar disminución de su autonomía y aumentar su aislamiento.

«La gente tiene que salir de allá a tomar la locomoción acá». (*Walkscape*, 24 de octubre de 2024).

#### d. Contaminación y entorno dañino

La falta de áreas verdes adecuadas puede afectar la salud mental y el bienestar de la comunidad. En específico, la gestión de residuos es un tema crítico en las conversaciones. La presencia de basurales y la contaminación en el entorno afecta la calidad de vida de las familias residentes; y a pesar de ciertos esfuerzos para limpiar áreas y mantener espacios respetados como las ferias, la contaminación persiste. El grupo de participantes menciona que son los mismos vecinos y vecinas quienes generan parte del problema, lo que refleja una falta de conciencia comunitaria sobre la importancia de mantener el ambiente limpio.

«Ahí en la esquina? Ah, el basural horrible. El basural que es(...) pero ya mañana pasa el aseo y lleva todo. No, pero no es la feria. Porque allí están botando basura (...) ahí con una (...) con una carretilla».

(*Walkscape*, 24 de octubre de 2024).

**Imagen N°15.** Contaminación.



**Fuente:** *Walkscape*, 24 de octubre de 2024.

## 6. Conclusiones

El *walkscape* realizado con el grupo de personas mayores reflejan sus preocupaciones y vivencias en un contexto comunitario al que pertenecen hace décadas. A partir de la experiencia, se obtienen conclusiones sobre los factores protectores y de riesgo ambientales que influyen en la salud mental de este grupo etario en forma cotidiana. El análisis de problemas sociales como la inseguridad, las condiciones físicas, la contaminación, el aislamiento social y el difícil acceso a servicios en la vida cotidiana no solo limitan la calidad de vida, sino que también obstaculizan el desarrollo de una comunidad integrada y resiliente. La falta de participación, la infraestructura deficiente y un entorno contaminado, son obstáculos evidentes que requieren atención de las autoridades locales y que deben ser abordados con estrategias inclusivas y sostenibles que fomenten la cohesión social y el bienestar comunitario. Los comentarios registrados a lo largo del recorrido ponen en evidencia que la salud mental de las personas mayores está profundamente influenciada por su entorno físico y social inmediato. La falta de infraestructura adecuada, la inseguridad y el acceso limitado a servicios de salud son factores de riesgo identificados por el grupo, que pueden afectar negativamente su bienestar.

Asimismo, los ingresos económicos son identificados como un factor limitante para la participación comunitaria, ya que los gastos en salud, alimentación y vivienda pueden consumir gran parte de los ingresos, por lo que priorizan el gasto en satisfacer necesidades básicas y no invierten en actividades sociales o recreativas que fomenten su bienestar mental y emocional.

Por tanto, si las actividades comunitarias no ofrecen beneficios claros o atractivos — como la posibilidad de acceder a servicios gratuitos o descuentos— los adultos mayores pueden restarse de participar, especialmente si su situación financiera es precaria. Sin embargo, la experiencia realizada valora la interacción social y las iniciativas comunitarias como factores protectores que contribuyen en forma directa a la salud mental de la población mayor. En consecuencia, resulta crucial que se implementen políticas y programas que fortalezcan la cohesión social y mejoren sus condiciones de vida, para promover su bienestar en forma integral.

La motivación de la comunidad a organizarse es un reflejo de su deseo de mejorar su situación, abordar problemas comunes y fortalecer la cohesión social. Cuando las personas se unen, pueden compartir recursos, ideas y apoyo, lo que les permite enfrentar desafíos de manera más efectiva. Así también, la organización comunitaria puede fomentar un sentido de pertenencia y empoderamiento, ya que sus integrantes sienten que tienen voz y pueden influir directamente en su entorno. En resumen, es una manifestación del anhelo de colaboración y cambio positivo. Por ello, la organización

comunitaria juega un papel fundamental en la promoción de la salud mental. A través de iniciativas locales, se pueden crear espacios de apoyo donde las personas se sientan escuchadas y comprendidas. Estas organizaciones pueden ofrecer talleres, grupos de apoyo y recursos educativos que ayudan a desmitificar los problemas de salud mental; asimismo fomentar la conexión entre los distintos grupos etarios de la comunidad, fortalecer la pertenencia y contribuir a mejoras en la calidad de vida de las personas.

## Referencias bibliográficas

CESFAM Las Torres (2015-2017). *Resultados de Diagnóstico Participativo CESFAM Las Torres, Forestal. 2015-2017*. Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social. Área Salud.

MINSAL (2023). *Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores*. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Mental. Departamento Ciclo Vital Oficina Nacional Salud Integral para Personas Mayores.

OMS (2023). *Salud mental de los adultos mayores*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

## **4. Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción: Sistematización recursos de estabilización**

### **4.1. Bases conceptuales. Sistematización. Generación de conocimientos desde la propia práctica**

La sistematización es una estrategia teórico-metodológica orientada a la generación de conocimientos a partir de los propios desempeños profesionales. Valora centralmente los aprendizajes obtenidos desde las prácticas sociales, los que muchas veces son invisibilizados debido a que su expresión contingente y cotidiana impide reconocer los esquemas comprensivos o los marcos conceptuales orientadores de la acción, que facilitan el análisis y reflexión respecto de los saberes sociales que se construyen dentro de los propios territorios y en directa relación con diversos grupos de interés. Para la organización de una sistematización de experiencias, es requisito indispensable que las actividades que se busca analizar y reflexionar se encuentren en plena implementación y/o se hayan realizado en forma efectiva, ya que constituyen el centro del proceso de descripción y análisis de la práctica social. En efecto, la sistematización pone su interés en todas las acciones que se realizan en los diversos contextos profesionales, superando las aproximaciones rutinarias, repetitivas o estandarizadas que puedan identificarse en una primera caracterización; ya que reconoce que el potencial creativo del desempeño es la condición basal para obtener aprendizajes que enriquecen a la práctica a partir de su reflexión permanente.

La experiencia señala con claridad que los desempeños se constituyen en dominios profesionales distintivos, cuando han sido aplicados durante rangos de tiempo determinados y han sido validados en su aplicación en situaciones diversas; permitiendo así obtener un repertorio de versiones o modalidades de aplicación que reflejan un amplio rango de exploración en lógica ensayo/error que confirma su validez y facilitan su transferencia a nuevos ámbitos sociales. Como principal fundamento de los dominios profesionales distintivos se encuentra la práctica social, la que tradicionalmente comunica sus aprendizajes relevantes por medio del relato oral descriptivo y circunstancial, perdiendo el rigor y trascendencia que representa su comunicación por medios formales de análisis y reflexión profesional.

Para el desarrollo de un proceso de sistematización que permita avanzar en una comunicación formal y orientada a la generación de conocimientos desde la práctica social, Castañeda (2014) propone la siguiente estructura metodológica, que permite transformar una experiencia particular en un informe basado en el conocimiento y aprendizaje profesional.

**1. Contextos de la experiencia.** Este primer antecedente expone la información relevante respecto a contextos institucionales, programáticos, territoriales, sociales, económicos, de política social, de sujetos de intervención o cualquier otro contexto relevante en que se inscribe la práctica social que se desea sistematizar.

**2. Marco conceptual.** Explicitación de los conceptos claves en que se enmarca la práctica social conforme los referentes vigentes en los espacios profesionales y que se expresan principalmente a través del lenguaje especializado.

**3. Marco metodológico.** En este apartado se requiere explicitar los fundamentos metodológicos que respaldan la elección de la sistematización como estrategia teórico-metodológica de generación de conocimientos, con especial atención en la explicitación de sus diferencias con la investigación y la evaluación social. Asimismo, debe delimitarse la sistematización respecto de los principales aspectos de interés de la práctica social que dan origen al proceso, distinguiendo los aprendizajes profesionales, los procesos de intervención o los aspectos metodológicos como los temas de mayor recurrencia. En forma consecutiva, deben formularse los objetivos de la sistematización, que incluyen las tipologías verbales vinculadas a la generación de conocimientos tales como identificar, caracterizar, describir o analizar; a los que se suman los vinculados a procesos reflexivos impulsados desde la práctica, como representar, transferir, revisar, organizar y proponer.

Del mismo modo, en el apartado metodológico deben declararse los colectivos participantes de la sistematización, incluyendo en este concepto a las personas convocadas a las actividades de interés, a los equipos de trabajo y a las instancias que se encuentran vinculadas con la práctica y que sostienen en forma directa o indirecta los saberes sociales que serán identificados y valorizados durante el proceso. Consecutivamente, deben formularse las técnicas con fines de sistematización que serán utilizadas, siendo las de uso frecuente la revisión documental, la entrevista y la observación, en sus modalidades participante y no participante. Respecto al plan de análisis de la información, por lo general la sistematización transita en análisis categoriales, conceptuales, de integración teórico práctico, de secuencia y de contenido, integrando los sistemas de registro como evidencias del proceso. Finalmente, la validación de los resultados reconoce el juicio experto, la base ampliada de acuerdos y la triangulación de fuentes, técnicas, tiempos y/o conceptos como procesos que aportan rigor científico y bloquean los eventuales sesgos del proceso realizado.

**4. Resultados del proceso de sistematización.** Organizado a partir de los objetivos y operativizado conforme las declaraciones del marco metodológico, este apartado expone los resultados obtenidos en el proceso de sistematización que transforma la actividad cotidiana en conocimiento profesional. Constituye el foco de interés de la sistematización y exige el desarrollo de un proceso inferencial y de abstracción que permita avanzar desde evidencias concretas y parceladas hacia un esquema comprensivo de mayor trascendencia.

**5. Conclusiones y aprendizajes.** La sistematización concluye con la declaración de las principales conclusiones y aprendizajes de la experiencia, las que constituyen el aporte especializado del proceso realizado, conforme a las condiciones de transferibilidad que pueden ser aplicadas a cada contexto homólogo en que la práctica social se desarrolle.

Para la recopilación de acciones o reconstrucción de procesos prácticos de manera acotada, la autora propone la formulación de recursos de estabilización, los que son definidas como «estrategias que dotan de estabilidad al contenido profesional recopilado y respaldan los procesos de análisis e interpretación de mayor abstracción»; junto con reconocer sus propiedades de generación de una sólida plataforma al proceso de análisis de información, en la medida que dotan a la práctica de sentidos y de referencias, contextualizándola y colocándola dentro de un orden de realidades y de conocimientos que trascienden el detalle disperso de los relatos cotidianos construidos en torno al quehacer práctico (Castañeda, 2014). Los recursos de estabilización propuestos por la autora corresponden a fichas de trabajo, protocolos o pautas de trabajo profesional y secuencias metodológicas.

Respecto de las fichas de trabajo, constituyen construcciones operativas que permiten objetivar la información disponible, aportando una maqueta inicial de organización de contenidos alineados desde el repertorio profesional y/o institucional disponible, con lo que facilitan la reconstrucción de procesos de trabajo de los que no se dispone de respaldos o evidencias directas. En relación con los protocolos o pautas de trabajo profesional, son sistemas de registros organizados que describen la secuencia del proceso práctico a nivel operativo. Finalmente, las secuencias metodológicas son explicitaciones de las actividades desarrolladas por el equipo profesional, que permiten visibilizar la secuencia de toma de decisiones y de recursos metodológicos utilizados de manera cotidiana, pero no siempre comunicados explícitamente, por suponer que constituye un referente de comprensión universal.

Con todo, la sistematización es una oportunidad de rescate y valorización de la práctica profesional, que permite a los equipos contar con una estrategia colectiva de construcción de conocimiento que facilita la reflexión, la creación y la propuesta de nuevos marcos conceptuales y referentes de análisis que emergen desde los aprendizajes obtenidos desde su propio quehacer cotidiano.

## Referencia bibliográfica

Castañeda, P. (2014). *Propuestas metodológicas para Trabajo Social en intervención social y sistematización*. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso.



## **4.2. Modelamiento y validación. Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción: Sistematización, recursos de estabilización**



## Proyecto: Análisis comparativo de los procesos de acceso a prestaciones de salud del Programa Cardiovascular en Atención Primaria. CESFAM Miraflores Achupallas y CESFAM Dr. Marco Maldonado.

### 1. Antecedentes

Centro de Salud Familiar	Miraflores Achupallas.
Equipo de salud	Karem Valenzuela Ahumada, trabajadora social. María José Vásquez Escalona, trabajadora social. Freddy Fuentes Monsálvez, médico de familia. Joaquín Pérez Estay, médico cirujano.
Centro de Salud Familiar	Dr. Marcos Maldonado.
Equipo de salud	Verónica Mora Cornejo, trabajadora social. Negdaliz Rodríguez Medina, médico de familia. Carolina Pérez Toro, nutricionista. Cristian Yañez Leiva, médico cirujano.
Estrategia de reflexión acción	Sistematización. Recursos de Estabilización.
Tutora	Prof. Patricia Castañeda Meneses.

### 2. Contextos de aplicación

#### 2.1. Centros de Salud Familiar

**a. Centro de Salud Familiar Miraflores-Achupallas.** El Centro de Salud Familiar Miraflores-Achupallas, es un establecimiento de atención primaria (APS), dependiente del Área de Salud de la Corporación Municipal para el Desarrollo Social de Viña del Mar (CMVM). Está ubicado en Avda. Eduardo Frei esquina El Membrillo s/n. Miraflores Alto, Viña del Mar. La atención comunitaria en el sector de Miraflores presentó sus primeros atisbos antes de la década de 1960 mediante la organización de esta, desarrollando la atención a pacientes y entrega de insumos como medicamentos y fórmulas lácteas en la sede de la junta de vecinos «4 Vientos». Para el año 1959 el establecimiento fue trasladado a la Avda. Las Rejas #1663, Unidad Vecinal 66, Miraflores; donde funcionó como posta de atención realizando controles de niño sano, morbilidad y realizando la entrega de leche desde el Consultorio N°3 (actual CESFAM Dr. Marcos Maldonado). Consecutivamente, con el objeto de potenciar el desarrollo del centro de salud en el territorio, la comunidad gestionó la entrega de un terreno por parte de la CORHABIT (actualmente SERVIU), ubicado a 200 metros de la unidad vecinal donde se encontraba la posta.

Considerando que solo se dispuso del terreno, la comunidad coordinó un plan de acción para abastecerse de materiales y construir el edificio. Para ello se realizaron actividades como «sobre de puerta en puerta», donde cada vecino aportaba con dinero. Hacia el año 1968, se construyó el consultorio periférico Miraflores-Achupallas, atendiendo a la población ubicada en la jurisdicción que abarcaba desde la actual plaza de Miraflores hasta el paradero 1 de Achupallas. Posteriormente, en el año 1982 y debido a la ampliación de la población en el sector, el centro de salud debió trasladarse, logrando en el año 1985 la construcción del consultorio Lusitania para el sector de Miraflores Bajo. En el año 1988, se establece su ubicación definitiva en el sector de Miraflores Alto, donde actualmente funcionan sus dependencias. Hasta ese momento, el consultorio tenía dependencia administrativa directa del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, cambiando más tarde a depender del Área Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social, la que se mantiene vigente a la fecha. En 1992, se incorpora a sus dependencias el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), con el objetivo de satisfacer las necesidades y demandas de la población para las atenciones de urgencia. El año 2005 se inaugura el Centro de Salud Vecinal (CESV), trasladando a un equipo multidisciplinario del entonces consultorio hacia el paradero 8, donde se encuentra ubicado actualmente el Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), Sergio Donoso Rodríguez, sigla que adquirió tras la reforma de salud del año 2012. El Centro de Salud Familiar de Miraflores-Achupallas, es acreditado como tal, en el año 2009.

A partir del año 2005 comienza la implementación del Modelo de Atención en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, como parte de las políticas públicas en salud. Su objetivo es entregar una atención de mayor integralidad a las familias y a la comunidad. Este proceso se ha ido insertando de manera paulatina y amigable para la población usuaria externa e interna, a pesar de las resistencias iniciales que se presentaron de parte de los equipos de salud en general. No obstante, lo anterior, a nivel local, se logró conformar un equipo de trabajo capacitado en elementos básicos de salud familiar orientado hacia el desarrollo de habilidades y destrezas para su mejor implementación.

**b. Centro de Salud Familiar Dr. Marcos Maldonado.** El Centro de Salud Familiar Dr. Marco Maldonado Acharán, se encuentra ubicado en calle Álvarez 1682, Viña del Mar. Es un establecimiento de Atención Primaria de Salud, que utiliza el modelo de salud familiar y pertenece a la red asistencial de la Corporación Municipal de la comuna. Actualmente cuenta con una población *per cápita* de 33.000 personas y 43.000 inscripciones. El establecimiento tiene su origen en la década de 1970 como consultorio materno – infantil, que funcionó en forma itinerante en el Hospital de Niños y en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de la ciudad de Viña del Mar. El 24 de marzo de 1984 se inaugura en su ubicación definitiva como Consultorio N°3, con un territorio asignado que comprendía los sectores de Chorrillos, Canal Beagle, Villa Dulce, todo el sector de Forestal, el Plan hasta 8 Norte y Cerro Castillo hasta la Parroquia de Viña.

Posteriormente, gracias al surgimiento de postas periféricas y su posterior transformación a consultorios y los procesos de municipalización en salud sucedidos en el país, el amplio territorio asignado se fue reduciendo paulatinamente hasta el que comprende en la actualidad, que corresponde a los sectores de Chorrillos, Forestal Bajo y el plan de la ciudad hasta 8 Norte. Además, se atiende población residente en los alrededores del sector descrito y en comunas aledañas a Viña del Mar. En el año 1994, el consultorio recibe el nombre de Consultorio Dr. Marco Maldonado Acharán, en honor al médico pediatra del mismo nombre. En enero del año 2006, en el contexto de las reformas de salud, se somete a un arduo trabajo de capacitaciones al personal en forma interna y comienza un proceso de formación profesional a través de diplomados y pasantías. De esta forma, el antiguo consultorio pasa a ser reconocido como Centro de Salud Familiar CESFAM, adscrito a un modelo que se centra en mantener los logros sanitarios alcanzados producto de las mejores condiciones de vida de la población en general y el éxito de la intervención a través de políticas de salud de carácter universal.

Asimismo, se centra en los problemas propios del envejecimiento de la población, la reducción de brechas de equidad y en otorgar pertinencia a las políticas de salud en relación con expectativas y necesidades de la población. Además, considera la continuidad de la atención a lo largo del ciclo vital de las personas y de las familias; la integración y articulación de la red para un acceso oportuno y aumento de la resolutivez del sistema; un enfoque anticipatorio al daño y énfasis en la promoción de la salud, en un marco de respeto por la diversidad cultural. A partir del año 2007, este CESFAM que dependía hasta entonces del Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota pasa a formar parte del Área Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social, completando así el proceso de municipalización de la Atención Primaria en la comuna.

**c. Trabajo comunitario en CESFAM Miraflores-Achupallas y Dr. Marcos Maldonado.** En lo relativo al trabajo comunitario desarrollado a lo largo del tiempo en los CESFAM Miraflores-Achupallas y Dr. Marco Maldonado, se han experimentado distintas etapas y ciclos que se vislumbran como hitos que permiten definir una historia local en la temática. Así entonces, en un principio los líderes comunitarios intencionaban un trabajo que les permitiera organizarse para conseguir cubrir sus necesidades en salud. Es así como los Consejos Locales de Salud se incorporan como una instancia de representación para la comunidad en el contexto de la salud pública, contribuyendo a generar instancias que dieran cuenta de un proceso necesario para idear nuevas estrategias relacionadas con la participación ciudadana y los problemas de salud que afectan a los territorios. De esta manera se va realizando un trabajo mancomunado que tiene como función principal avanzar hacia nuevas estrategias que permitan dar respuesta a los desafíos en salud, generando instancias orientadas a trabajar de manera organizada a través de técnicas que permitan visibilizar de manera medible las problemáticas de la comunidad.

Es así como se evidencia un fuerte enfoque en el trabajo comunitario en ambos centros, colaborando estrechamente con organizaciones locales para promover la salud y el bienestar, lo que incluye campañas de vacunación, ferias de salud, talleres educativos, consultas ciudadanas de satisfacción usuaria, entre otras, destacándose en este aspecto los diagnósticos participativos como uno de los ejes centrales del actuar de los procesos comunitarios. El último proceso diagnóstico realizado el año 2022, pudo evidenciar en sus resultados que en la dimensión de acceso (Pregunta 13 De acuerdo con su experiencia, ¿cuál es la principal dificultad para acceder a la atención en salud?) se identificaron las siguientes dificultades en las respuestas entregadas en torno al tema:

- a. Acceso: horarios y tiempos de espera; cantidad de profesionales, falta de información y difusión; distancia y locomoción y economía.
- b. Organización: saturación del sistema, burocracia, mala atención y poca empatía. Junto con lo anterior, las personas participantes logran priorizar como prioridad en su comunidad la salud mental y las enfermedades crónicas.

De lo anterior, nace la necesidad de ir dando respuesta a las prioridades en salud evidenciadas por la comunidad a través de los diagnósticos participativos y expresadas por dirigentes participantes en el Consejo Local de Salud. En esta instancia se destaca la dificultad para acceder a las horas para atención de controles crónicos, materializado en las largas filas que debe hacer la población usuaria una vez al mes a temprana hora de la mañana, para poder obtener una hora de atención de control para sus patologías crónicas.

**d. Contexto programático. Programa de Salud Cardiovascular.** El área de salud de la Corporación Municipal para el Desarrollo Social de Viña del Mar tiene a su cargo 10 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 4 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y 5 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Si bien toda la red de salud primaria de la comuna basa sus acciones en los lineamientos oficiales emanados desde el Ministerio de Salud a nivel central y del Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota a nivel local, cada uno de los establecimientos funciona en la práctica tomando en cuenta su realidad local basada en principalmente en la información correspondiente a población asignada, recurso humano disponible y características del territorio a su cargo. No obstante, las realidades locales, se debe tener presente en forma permanente el compromiso de cumplimiento de los objetivos sanitarios, siendo uno de ellos el de salud cardiovascular que, si bien posee una estructura estandarizada respecto de la canasta de prestaciones, su acceso se hace de forma diferenciada según la realidad que se presenta en cada centro. Por ello, se han implementado a nivel local una serie de estrategias que permitan facilitar el acceso de la población usuaria al considerar la escasa oferta disponible y la alta demanda existente. En atención a dichas estrategias y con el objeto de unificar los procesos para las distintas prestaciones del

Programa de Salud Cardiovascular (en adelante PSCV) es que se ha decidido hacer una sistematización de la gestión sanitaria realizada en los CESFAM Dr. Marco Maldonado y Miraflores-Achupallas, con el fin de aunar criterios de estandarización de las prestaciones de salud y mejorar la gestión de horas y la accesibilidad de la población usuaria.

Para el funcionamiento de los CESFAM, resulta relevante sistematizar la forma en que se ofertan y entregan las prestaciones de salud a los usuarios, lo que debe estar enmarcado en las directrices del Modelo de Salud Familiar (MINSAL, 2011). Actualmente se puede observar que existen diversas situaciones, particularidades y condiciones de la población presentes en cada centro de salud, que conlleva a que cada uno funcione y genere habilidades y procesos independientes, de acuerdo con las características propias de su población y a la demanda que presenta hacia el establecimiento de salud. Por esto resulta importante unificar y estandarizar el proceso de entrega de horas, para que pueda ser replicado y sostenible en el tiempo (Smith y Jones, 2010) de modo que, indistintamente donde se atienda una persona usuaria, la forma de acceder a una prestación sea la misma dentro de los establecimientos de la red.

El PSCV comprende un conjunto de acciones y recursos dirigidos a mantener e idealmente mejorar el nivel de salud de la población de 15 y más años —a través de la pesquisa precoz de ciertas patologías— otorgar atención médica oportuna y de calidad cuando se requiera, con el fin de prevenir y disminuir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por eventos cardiovasculares, así como prevenir las posibles complicaciones (MINSAL, 2017). El número de atenciones requeridas por la población del PSCV está previamente definida y representa un gran porcentaje en las agendas profesionales de los CESFAM, lo que, contrastado con la insuficiente oferta de horas a causa de brechas de recurso humano da como resultado un colapso del funcionamiento del centro especialmente en el proceso de apertura de agendas. Esta situación conlleva a buscar alternativas de optimización del recurso humano, distribución de funciones y acciones intentando dar respuesta a estas necesidades, de manera de disminuir las inequidades de acceso y oportunidad de la atención en salud.

Desde la mirada del Modelo de Salud Familiar, se busca promover la continuidad de la atención centrada en la persona, brindándoles acceso oportuno y de calidad (MINSAL, 2015). Por su parte, las Orientaciones Técnicas del Programa de Salud Cardiovascular establecen la frecuencia de los controles, el rendimiento y la concentración de estos, lo que permite establecer calendarios para citaciones según patologías a través de la estandarización de las prestaciones (García, 2012). Al revisar los procedimientos de acceso a las horas para el Programa Cardiovascular se ha observado un patrón en las problemáticas de los distintos centros de salud que tiene relación con la congestión que genera el acceso a las prestaciones. Así entonces, en lo que respecta a los CESFAM Dr. Marco Maldonado y Miraflores, es posible observar que el primer centro de salud

mantiene la lógica tradicional de entrega de horas, es decir, la persona usuaria solicita su atención de manera espontánea. Por otra parte, el segundo centro de salud optó por un cambio en el agendamiento, a través de un sistema asistido en base a flujogramas y gestión de atenciones con la idea de garantizar mayor oportunidad. Con base en estas variantes y los resultados obtenidos, es que la sistematización de los procesos se convierte en una oportunidad de generar estrategias de mejora para la gestión en salud.

### **3. Conceptos claves**

#### **3.1. Antecedentes del Programa de Salud Cardiovascular**

En Chile, el sistema de salud reconoce a la atención primaria como pilar fundamental para garantizar el acceso equitativo y cobertura universal de la población usuaria a la salud (MINSAL, 2018). Dentro de este contexto, varios conceptos y programas han sido desarrollados para fortalecer la calidad y eficiencia de la atención. En particular, el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una de las principales estrategias para prevenir la morbimortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares. El programa se crea en el año 2002, con énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS) y tiene como objetivo principal la prevención, diagnóstico precoz y manejo integral de enfermedades cardiovasculares, dentro de las que se incluye hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, enfermedad cardiovascular aterosclerótica y tabaquismo en mayores de 55 años (MINSAL, 2014; Fernández y Martínez, 2019). Esto incluye la implementación de flujogramas específicos que guían las citas programadas con médicos, enfermeras(os) y nutricionistas, facilitando una atención coordinada y anticipada para los y las pacientes. Para ello, se realizan acciones de ingreso al PSCV y seguimiento. Existen dos fases de seguimiento de pacientes las que corresponden a compensación, que tiene por objetivo el logro de las metas establecidas; y la de seguimiento de paciente compensado(a). La frecuencia de los controles difiere en estas etapas y según patología, conforme el siguiente detalle:

- a. Hipertensión arterial (HTA): En la fase inicial, desde que se indica el tratamiento farmacológico hasta que se logra la meta de compensación de la HTA, se debe controlar a la persona cada 2 semanas o máximo cada 4 semanas, para ajustar el tratamiento farmacológico y evaluar efectos adversos de los fármacos, con el fin de alcanzar la meta de compensación en un plazo razonable que no supere los 3 meses (MINSAL, 2013, 2014).
- b. Diabetes Mellitus: Los ajustes iniciales de las dosis de hipoglicemiantes orales y de insulina se pueden realizar con un seguimiento de glicemia capilar con glucómetro, pero a los tres meses se debe evaluar el nivel de compensación con una HbA1c (Fernández y Vega, 2018; MINSAL, 2014).

- c. **Dislipidemia:** Hay que considerar el tiempo de efecto máximo de los medicamentos. De esta forma, se debe realizar un perfil lipídico a las 6-8 semanas desde el inicio o cambio del tratamiento (MINSAL, 2012).

Una vez lograda las metas de compensación para cada enfermedad, la frecuencia de los controles disminuye y se determina según el riesgo cardiovascular, o flujograma local (MINSAL, 2014).

### **3.2. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS)**

Los Centros de Salud Familiar (CESFAM) son pilares centrales en la implementación de programas de Atención Primaria en Chile (MINSAL, 2016). Estos centros no solo proporcionan servicios médicos, sino que también promueven la prevención y la salud comunitaria a través de acciones educativas y preventivas dirigidas a toda la familia. El MAIS es un enfoque centrado en la persona que busca mejorar la experiencia del paciente integrando todos los aspectos de su atención médica y social. Este modelo promueve una atención personalizada y coordinada, donde las necesidades individuales y preferencias de cada paciente son consideradas en el diseño de los planes de tratamiento y cuidado (MINSAL, 2019). La continuidad de la atención es un principio esencial que asegura a los y las pacientes recibir cuidados de manera continua y coordinada a lo largo del tiempo y entre diferentes niveles de acción (MINSAL, 2020). Esto se logra mediante la implementación de sistemas de seguimiento y colaboración entre un equipo multidisciplinario.

La integralidad en la atención busca abordar las necesidades de salud de los y las pacientes de manera holística, considerando tanto los aspectos físicos, emocionales y sociales. En el contexto de los programas como el cardiovascular, esto implica ofrecer servicios integrados que cubran desde la evaluación inicial hasta el manejo continuo de la enfermedad. Los equipos multidisciplinarios formados por distintos profesionales de la salud han mostrado ser efectivos en mejorar la compensación de las enfermedades crónicas (García, 2018). Para su correcto funcionamiento, es indispensable que exista una estrecha colaboración en el equipo que favorezca la comunicación efectiva entre sus integrantes y con sus pacientes para el diseño y logro de un tratamiento coordinado y consensuado, incluyendo la atención nutricional y de enfermería según las necesidades específicas de cada paciente.

La planificación anticipada de citas según los flujogramas establecidos permite optimizar los recursos y mejorar la experiencia de la población usuaria, asegurando que cada paso del proceso de atención esté alineado con las mejores prácticas clínicas y las necesidades individuales de cada paciente (Ramos, 2019). Este enfoque proporciona una visión general de cómo los programas y principios conceptuales se implementan y articulan en el contexto de la Atención Primaria en Chile, especialmente en relación con el programa cardiovascular y la continuidad de la atención (MINSAL, 2021).

## **4. Diseño metodológico**

### **4.1. Estrategia teórico-metodológica basada en la reflexión-acción seleccionada**

### **4.2. Objetivo general**

Analizar comparativamente las experiencias de gestión local del programa cardiovascular implementadas en los CESFAM Miraflores-Achupallas y CESFAM Dr. Marco Maldonado.

### **4.3. Informantes claves y fuentes de información**

- a. Dirección y Subdirección de CESFAM Miraflores-Achupallas y CESFAM Marco Maldonado.
- b. Encargados del Programa de Salud Cardiovascular de CESFAM Miraflores-Achupallas y CESFAM Marco Maldonado.
- c. Encargados de SOME de CESFAM Miraflores-Achupallas y CESFAM Marco Maldonado.
- d. Miembros del Consejo Local de Salud de CESFAM Miraflores-Achupallas y CESFAM Marco Maldonado.
- e. Resultados diagnóstico-participativos CESFAM Miraflores y CESFAM Marco Maldonado 2022.

### **4.4. Técnicas de recolección de información**

- a. Entrevistas con fines de sistematización a distintos actores involucrados en el proceso.
- b. Revisión documental de orientaciones, normas técnicas y flujogramas locales.

### **4.5. Mecanismos de validación**

- a. Consulta experta.
- b. Triangulación de información entre CESFAM participantes del proceso de sistematización.

### **4.6. Modalidad de presentación de resultados**

Recursos de estabilización de sistematización. Protocolos o pautas de trabajo profesional.

## **5. Resultados**

### **5.1. Funcionamiento del sistema de gestión del PSCV en CESFAM Miraflores- Achupallas**

El CESFAM Miraflores, tiene una población bajo control de 5.113 personas. En una primera instancia se utilizaba un sistema de asignación de citas que consistía en abrir la agenda un día específico y el paciente se dirigía al SOME o enviaba a alguien en su representación para solicitar una cita; se le entregaba un número de atención y se corroboraba en su carné la fecha del próximo control, agendándole una hora con el profesional correspondiente. Si no había disponibilidad de citas en ese momento, cada paciente debía esperar hasta la próxima apertura de agenda. Entre los aspectos negativos del proceso previamente descrito, destacaba la gran aglomeración que se formaba los días de apertura de agenda. Esto no solo causaba descontento entre la población usuaria, sino también generaba una significativa sobrecarga laboral para el personal administrativo encargado de asignar las citas. Además, este sistema era inequitativo en términos de acceso a la salud, ya que no todas las personas tenían las mismas oportunidades de obtener una hora, siendo favorecidas aquellas que vivían cerca del centro de salud respecto de quienes vivían más lejos o tenían dificultades de movilidad. También había personas usuarias con responsabilidades personales, familiares o laborales que les impedían llegar temprano, por lo que muchas veces no lograban obtener la hora de atención, ya que estas se agotaban rápidamente. Lo anterior, afectaba especialmente a pacientes que requerían cuidados continuos y controles frecuentes para sus condiciones crónicas, que podían estar fuera de metas de compensación.

A fines del año 2023, se instauró un nuevo proceso de entrega de horas médicas para pacientes bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular. Este proceso fue coordinado entre SOME, la jefatura del Programa del Adulto-Adulto Mayor y la dirección del establecimiento. El nuevo sistema consiste en la inscripción de pacientes en una lista de gestión de atenciones, donde se anotan sus datos, la fecha y tipo del próximo control solicitado, así como las fechas de exámenes y electrocardiogramas. Este cambio elimina la necesidad de abrir agendas en una fecha fija y evita informar a la comunidad sobre un día específico para solicitar horas. En su lugar, se indica a cada paciente a acudir directamente a SOME de su sector para inscribirse en la mencionada lista. Cercano a la fecha de control, dos técnicos de nivel superior en enfermería se encargan de revisar la ficha clínica y verificar que el paciente tenga los exámenes y el electrocardiograma solicitados. Una vez corroborada esta información, se coordina la hora de toma de muestra vía telefónica y se asigna una hora con médico en una fecha cercana, de modo que la atención sea con exámenes complementarios actualizados dentro de los rangos disponibles. Este sistema tiene como objetivo garantizar que toda

la población bajo control del programa cardiovascular pueda mantener sus controles al día, evitando los problemas de inequidad en la asignación de horas y las aglomeraciones en las dependencias del CESFAM, con la consecuente sobrecarga al personal administrativo. El proceso descrito se presenta a continuación en el recurso de estabilización con fines de sistematización del protocolo o pauta de trabajo, obteniéndose los siguientes resultados.

## **Sistematización. Recursos de estabilización, protocolos o pautas de trabajo profesionales**

**Nombre: Sistematización del proceso de agendamiento de controles del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). CESFAM Miraflores-Achupallas.**

### **Referentes conceptuales operativos**

**Programación:** Corresponde a la representación y disposición esquemática de las acciones sanitarias relativas a su quehacer asistencial y de las acciones operativas necesarias para soportar el funcionamiento del o de los establecimientos de salud sobre los que se programa. Esta programación, a su vez, debe reflejar los énfasis señalados en la planificación sanitaria y situarse en un periodo razonable para su ejecución. Los productos esperados de la programación son la estimación de acciones sanitarias y operativas a realizar, la estimación de recursos necesarios para realizar la totalidad de las acciones programadas, la oferta de recursos posible de disponer en atención a los recursos asistenciales con los que se cuenta, y la estimación de brecha de recursos asistenciales que harían falta para ejecutar las acciones sanitarias y operativas idealmente estimadas (MINSAL, 2024).

**Agendamiento:** Es la representación y disposición efectiva de las acciones sanitarias a ofrecer a las personas y comunidades que las necesiten. El proceso de agendamiento debe considerar el brindar oportunidades efectivas de acceso a estas acciones sanitarias, así como reflejar, en el mediano plazo, la cantidad y características de las acciones sanitarias programadas previamente para el nivel secundario y terciario (MINSAL, 2024).

<b>Fases de trabajo profesional</b>	<b>Actividades asociadas</b>	<b>Criterios profesionales de aplicación</b>	<b>Ilustración de casos</b>
Persona usuaria PSCV solicita control.	Se deriva solicitud de agendamiento de forma presencial en SOME de cada sector y se actualizan datos personales del paciente: nombre, RUT, sector, teléfono actualizado.	El personal administrativo verifica tipo de prestación e ingresa al paciente en la planilla de gestión de atenciones, que diariamente es derivado a equipo de gestión TENS.	Usuaria de 65 años se acerca al SOME a solicitar hora de control crónico con médico, personal administrativo completa datos de planilla PSCV.
Agendamiento	TENS verifica fecha de control, órdenes de exámenes pertinentes y gestiona fecha de toma de exámenes previo al control con el profesional.	Equipo TENS gestiona toma de hora de exámenes y hora de control médico, y confirma telefónicamente a paciente de sus citas.	TENS revisan ficha clínica y solicitan exámenes faltantes, confirman a paciente y al tener los resultados de éstos, confirman la hora de control médico.
Asistencia a controles	TENS supervisan que paciente asiste a su hora de control.	Se revisa en ficha clínica de asistencia con profesional gestionado.	Paciente asiste a control con exámenes y electrocardiograma actualizados. Se cita a control anual.
Rescate de inasistentes	En caso de inasistencia a exámenes o control con profesional, se realiza rescate del paciente en 3 ocasiones.	TENS contactan a paciente inasistentes y gestionan nueva hora de exámenes y/o control clínico.	Paciente no asiste a primera citación de exámenes, se le gestiona nueva hora y en segunda instancia son tomados, por lo que la paciente puede ser citada a control médico de su sector.

**Fuente:** Resultados de la sistematización.

## 5.2. Funcionamiento del sistema de gestión del PSCV en CESFAM Dr. Marcos Maldonado

El CESFAM Dr. Marco Maldonado la población usuaria del Programa de Adultos y Adultos Mayores con más de 5000 usuarios(as). Sin embargo, los recursos disponibles permiten atender adecuadamente a aproximadamente 3000 usuarios(as), dejando una brecha significativa de más de 2000 personas sin la atención necesaria. Esta disparidad subraya la necesidad urgente de mejorar la capacidad de respuesta del centro y optimizar los recursos para satisfacer las crecientes demandas de salud de la comunidad. En este contexto, se han realizado una serie de desafíos significativos en la gestión de la demanda y la inclusión tecnológica para facilitar el acceso a las prestaciones a través de la implementación de un sistema mixto de entrega de horas por las modalidades presencial y vía WhatsApp. Mensualmente, el centro proporciona un cierto número de citas basado en el recurso humano disponible pero como es esperable, la alta demanda supera la oferta institucional, generando insatisfacción entre la población usuaria que no logra acceder a las prestaciones de salud necesarias. Esto es especialmente problemático para las personas mayores, quienes enfrentan dificultades para utilizar las nuevas tecnologías.

En lo que respecta a la entrega de horas del PSCV del CESFAM Dr. Marco Maldonado, se utiliza un sistema de agendamiento mixto donde se puede acceder por forma telemática o presencial. Para solicitar cita a control debe contar con la derivación a siguientes controles llenada por el último o la última profesional que realiza la atención, la cual debe estar por escrito en su carné de control o en formato de derivación dispuesto para tal fin, especificando datos de la persona usuaria, profesional de próximo control (médico, enfermera, nutricionista), mes y año correspondiente, la misma es regida por flujogramas de atención preestablecidos en el CESFAM. En caso de agendamiento telemático, el usuario envía foto de la derivación a través de un mensaje instantánea de Whatsapp, en horarios establecidos para la atención, donde, tras 72 horas hábiles máximo de espera, recibe respuesta y se le asigna la hora. En la modalidad presencial, cada persona usuaria debe asistir al CESFAM, sacar número de atención y el funcionario(a) administrativo(a) entrega la hora de atención de forma inmediata, según la derivación. En ambos casos, la asignación de horas está sujeta a disponibilidad en las agendas profesionales.

Aproximadamente el 60 % del agendamiento es de forma remota o telemática, este porcentaje ha ido en disminución por los plazos de espera y la poca disponibilidad de horas, por lo que muchas veces las personas usuarias prefieren esperar en el centro, para obtener respuestas más expeditas y evitar que las horas se agoten antes de ser respondida su solicitud. El proceso descrito se presenta a continuación en el recurso de estabilización con fines de sistematización denominado protocolo o pauta de trabajo, obteniéndose los siguientes resultados:

## Sistematización. Recursos de estabilización protocolos o pautas de trabajo profesionales

**Nombre: Sistematización del proceso de agendamiento de controles del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). CESFAM Dr. Marcos Maldonado.**

### Referentes conceptuales operativos

**Programación:** Corresponde a la representación y disposición esquemática de las acciones sanitarias relativas a su quehacer asistencial y de las acciones operativas necesarias para soportar el funcionamiento del o de los establecimientos de salud sobre los que se programa. Esta programación, a su vez, debe reflejar los énfasis señalados en la planificación sanitaria y situarse en un periodo razonable para su ejecución. Los productos esperados de la programación son la estimación de acciones sanitarias y operativas a realizar, la estimación de recursos necesarios para realizar la totalidad de las acciones programadas, la oferta de recursos posible de disponer en atención a los recursos asistenciales con los que se cuenta, y la estimación de brecha de recursos asistenciales que harían falta para ejecutar las acciones sanitarias y operativas idealmente estimadas (MINSAL, 2024).

**Agendamiento:** Es la representación y disposición efectiva de las acciones sanitarias a ofrecer a las personas y comunidades que las necesiten. El proceso de agendamiento debe considerar el brindar oportunidades efectivas de acceso a estas acciones sanitarias, así como reflejar, en el mediano plazo, la cantidad y características de las acciones sanitarias programadas previamente para el nivel secundario y terciario (MINSAL, 2024).

<b>Fases de trabajo profesional</b>	<b>Actividades asociadas</b>	<b>Criterios profesionales de aplicación</b>	<b>Ilustración de casos</b>
Persona usuaria PSCV solicita control	Se deriva solicitud de agendamiento: WhatsApp Presencial en SOME.	Se debe verificar la prestación que corresponde según el caso: Nutrición. Enfermería. Médico.	Usuaría de 65 años se acerca al SOME a solicitar cupo de control crónico.
Agendamiento	Se realiza agendamiento de la prestación según derivación y flujoograma establecido.	Se debe revisar si la prestación que solicita requiere exámenes previos o no.	Usuaría de 65 años sin control crónico en un año, se agenda hora de EMPAM.

Asistencia a controles	Se debe verificar si la persona usuaria asistió o no la prestación otorgada y que correspondía según flujograma.	Si la persona usuaria no asistió y no dio aviso, se debe realizar rescate y reagendar prestaciones faltantes.	Usuaría de 65 años no asiste a EMPAM agendado y no da aviso de inasistencia.
Rescate de inasistentes.	Se debe realizar rescate telefónico hasta en 3 ocasiones.	Se realiza rescate de las personas usuarias crónicas que no han asistido a control en el último año o se suspende dispensación de fármacos asociados al programa.	Se realiza rescate telefónico de la usuaria de 65 años para reagendar su EMPAM.

### 5.3. Análisis comparativo de los resultados

Al analizar comparativamente los resultados obtenidos desde los recursos de estabilización respecto del proceso del agendamiento de horas de los CESFAM Miraflores-Achupallas y Dr. Marco Maldonado en lo que respecta al PSCV, es posible concluir que el proceso de la entrega de horas médicas del CESFAM Dr. Marco Maldonado su principal fortaleza corresponde a la digitalización, sin embargo esta misma condición limita la llegada efectiva de las horas a la mayor parte de la población bajo control, la que en su mayoría corresponde a personas mayores, las que muchas veces no poseen una red de apoyo efectiva para poder facilitar la solicitud de horas en el CESFAM, convirtiéndose así en una debilidad digital para el sistema de salud. Por esto, resulta fundamental determinar las necesidades de las personas usuarias y del personal de salud para asegurar que esta nueva solución de entrega de horas resulte eficaz.

El agendamiento presencial del CESFAM Dr. Marco Maldonado es similar a las gestiones previas realizadas en CESFAM Miraflores-Achupallas, generando las mismas dificultades como aglomeración, sobrecarga laboral e inequidad; las que motivan a realizar cambios. Por su parte, el agendamiento remoto tiene otras dificultades asociadas el tiempo de respuesta, lo que genera mayor incertidumbre en las personas usuarias, inequidades por analfabetismo digital que se acrecienta por carencia de redes de apoyo que faciliten el proceso a la población predominantemente adulta mayor. A la luz de los resultados, se considera que el agendamiento a través de la gestión de atenciones que realiza el CESFAM Miraflores-Achupallas presenta una novedosa herramienta que aporta en la disminución de las dificultades mencionadas y permite satisfacer las necesidades de la población; entendiendo que la misma no está exenta de desafíos y que compromete una mayor organización del centro y recurso humano dispuesto a realizar las acciones según la programación, junto con acciones de monitoreo y desarrollo de planes de mejora continua.

## 6. Reflexiones finales

Debido a las importantes brechas en las metas sanitarias y la capacidad limitada de los centros de salud para satisfacer la demanda, es crucial implementar cambios innovadores que permitan alcanzar los objetivos establecidos. Estas modificaciones deben centrarse en aumentar la capacidad de atención, mejorar la eficiencia en la gestión de citas y optimizar los recursos tecnológicos para incluir a todos los grupos de población, con especial atención en la población mayor. Se comprende lo frustrante que resulta para los y las pacientes no conseguir la correspondiente hora de atención profesional, situación que no solo afecta su salud, sino que también genera un alto nivel de insatisfacción y ansiedad. En el caso de los CESFAM, no tener la capacidad de absorber la demanda también trae implicancias a nivel organizacional, afectando el cumplimiento de las metas sanitarias comprometidas, junto con sobrecargar el sistema con rechazos de solicitudes, creando un ciclo de insatisfacción que perjudica tanto a la población usuaria como al personal de salud.

La información analizada permite afirmar que con el método implementado en CESFAM Miraflores-Achupallas es posible dar cumplimiento a una de las necesidades relevantes expresadas por la comunidad a través del diagnóstico participativo en salud y que en primera instancia fue visibilizado por el Consejo Local de Salud y por representantes de la comunidad, en torno a la necesidad de mejor atención en salud y entrega de horas médicas oportunas. Con ello, se alcanza una mejora en la calificación del servicio en cuanto a utilizar esta modalidad de gestión que impacta directamente en el nivel de satisfacción usuaria y se traduce en menor sobrecarga en el equipo, ya que permite ordenar el proceso de entrega de horas.

El proceso de ordenamiento y comunicación de resultados realizado por medio de los recursos de estabilización facilita la réplica del proceso en otros CESFAM, constituyendo un aporte al acceso en salud, por medio de la optimización de los recursos existentes. En su réplica, se sugiere que la puesta en marcha debe ser por medio de un plan piloto que permita una implementación gradual, para minimizar la resistencia al cambio, identificar y resolver oportunamente posibles problemas durante la aplicación, y considerar recopilación de *feedback* desde la retroalimentación de personas usuarias y personal de salud, con el fin de realizar los ajustes necesarios y las mejoras continuas del proceso. Asimismo, se debe realizar una capacitación del personal, el que debe conocer, comprender y aplicar de manera clara las derivaciones del PSCV, acompañado de una campaña de comunicación masiva que permita informar a sus pacientes sobre el nuevo sistema de programación de citas que se pondrá en marcha. A su vez, se debe trabajar en la adecuada selección de la plataforma digital que se utilizará y la evaluación de las funcionalidades que ésta pueda entregar, con el fin de obtener un margen de error mínimo que permita tener un interfaz amigable, tanto para pacientes como para

el personal de salud que entregará las horas solicitadas. El nuevo sistema de entrega de horas sería monitorizado constantemente por la encargada del PSCV, quien en conjunto con el comité de gestión realizará los ajustes necesarios para mejorar la eficiencia y la satisfacción usuaria.

Por todo lo mencionado anteriormente, transferir los aprendizajes de la sistematización realizada al proceso de entrega de horas permitirá no solo mejorar la eficiencia y la accesibilidad del servicio, sino que también aumentará la satisfacción de la población usuaria al facilitar la programación de sus citas de manera más conveniente, mejorando la adherencia a controles, disminuyendo las inasistencias y traducándose en mejora en la compensación de usuarios(as), optimización del recurso humano, rescates más efectivos y mayor compromiso con y para la comunidad.

Para finalizar, se concluye que el proceso de sistematización ha permitido comparar ambas formas de entrega de horas, lo que, si bien representa una dificultad estructural a nivel país y sin solución definitiva, los resultados obtenidos permiten visibilizar que contar con una planilla de pacientes en control permite cuantificar a la población total que debe ser atendida durante el año, lo que conlleva un valioso insumo al momento de realizar la programación de las agendas de cada profesional. Además, optimiza los recursos, aporta un filtro previo que permite llegar a cada usuario(a) con los antecedentes necesarios para un control adecuado y por, sobre todo, permite avanzar hacia la eliminación de las filas por aperturas de agendas mes a mes, dando posibilidad de acceso a usuarios(as), sin importar su ubicación geográfica particular. Este es un proceso que recién comienza y que se encuentra en constante revisión, por lo que resulta importante evaluar su impacto a nivel de satisfacción de los usuarios(as), situación que se encuentra aún pendiente por razones de tiempo.

## Referencias bibliográficas

- Castañeda, P. (2014). *Propuestas metodológicas para Trabajo Social en intervención social y sistematización*. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso.
- Fernández M. y Martínez, J. (2019). *Programa cardiovascular en centros de salud*. Editorial Salud.
- Fernández, M. y Vega, A. (2018). *Manejo de diabetes mellitus en atención primaria*. Editorial Salud Integral.
- García, P. (2018). *Equipos multidisciplinarios en la Atención Primaria*. Editorial Salud.
- García, P. (2012). *Estandarización de prestaciones de salud en CESFAM*. Editorial Médica.

- MINSAL (2024) *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red*. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- MINSAL (2021). *Implementación de programas y principios en la atención primaria*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2020). *Continuidad de la atención en el MAIS*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2019). *Plan de tratamiento y cuidado personalizado*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2018). *Pilares de la Atención Primaria en Chile*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2017). *Orientación Técnica. Programa de Salud Cardiovascular*. Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2016). *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2015). *Modelo de salud familiar: Continuidad de la atención*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2014). *Guía de manejo del riesgo cardiovascular*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2013). *Tratamiento farmacológico de la hipertensión*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2012). *Manejo de dislipidemia en atención primaria*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2011). *Directrices del modelo de salud familiar*. Ministerio de Salud.
- Ramos, S. (2019). *Optimización de recursos en atención primaria*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Smith, J. y Jones, L. (2010). *Sistematización y unificación en atención de salud*. Editorial Médica.

## 5. Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción storytelling / narrativas

### 5.1. Bases conceptuales. Storytelling/narrativas. Aportes para el trabajo en salud comunitaria

Ancestralmente, las historias han sido el principal medio para transferir aprendizajes, conocimientos, mitos, leyendas, valores, tradiciones o conflictos, por lo que narrar constituye un hecho fundamental en la vida de las personas. No obstante, desde las ciencias sociales el foco de atención es la producción de relatos por parte de actorías sociales, quienes contextualizan sus saberes, conocimientos y cultura, en definitiva, sus experiencias inter-subjetivadas, las cuales se construyen relacional y situadamente (Coffey y Atkinson, 2003; Riessman, 2008). En toda historia se dan a conocer una serie de sucesos que reflejan conceptos y/o aprendizajes y también un cumplimiento de fines —los cuales pueden ser diversos— ya sean personales, colectivos o terapéuticos: o buscar mayor audiencia en términos sociales o sensibilizar a personas y colectivos, dentro de las múltiples posibilidades que dependen de propósitos previamente organizados. Por lo tanto, contar historias se relaciona íntimamente con lograr conexión con una otredad, y para aquello, se necesita de un mensaje particular, que sea capaz de atrapar eventos y plantee enseñanzas en quienes acceden a ellas. Por tanto, contar historias es un arte, una acción humana particular.

La noción *storytelling* corresponde a una expresión anglosajona compuesta por la palabra «story» que significa historia, y «telling», que se asocia a narrar. Por lo tanto, *storytelling* se entiende como narrar historias, cuya distinción se caracteriza por la construcción de mensajes que se orientan para la generación de un vínculo a modo de conectar los sentidos de las personas participantes y que es utilizado para expresar un sinnúmero de circunstancias que emergen en contextos sociales. El *storytelling* corresponde a una herramienta plástica que puede ser utilizada por las profesiones de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud en tareas de investigación e intervención. En este último aspecto es relevante tener en cuenta que las narrativas sobre las que se concentra la mayor atención se vinculan con la reflexión y la resolución de problemas sentidos por personas, grupos y/o comunidades. En este campo, el *storytelling* puede ser incluido dentro del repertorio de instrumentos de aprendizaje activo por cuanto favorece la integración entre la teoría y la práctica de manera dialógica, en un espacio particular de relaciones humanas y/o de relaciones digitales (Santiago y Velarde, 2016).

El *storytelling* en tanto técnica, cuenta con una importante ventaja, ya que narrar resulta ser un acto de transmisión de información cotidiano para las personas. Por ende, se produce un escenario sencillo para el despliegue y aprehensión del conocimiento

particular y/o colectivo (Boal y Schultz, 2007). Dado este punto, sus componentes corresponden a una narrativa estructurada que incluye pasos y un fin expreso y/o tácito, emociones, personajes, conflicto y un mensaje central, con el que se desea reflejar aprendizajes (Camacho, D., Ruiz de Oña, C., y Torres, A. 2021). Al respecto, la narrativa estructurada alude a una organización en el relato, es decir, presenta un origen, un desarrollo, en donde se despliegan los antecedentes claves del *storytelling* y un fin; destacando que el relato se elabora de manera atractiva para quienes la escuchan, aspecto que lo conecta con la segunda característica, la emoción. Estas se refieren fundamentalmente a un aspecto que conmueve y que busca la atención, empatía y reacción de la audiencia respecto a lo que se está narrando.

Los personajes, sin dudas, son parte fundamental de las historias puesto que son quienes las producen y representan las emociones y facilitan su identificación a lo largo de la historia. Por otra parte, el conflicto simboliza el desafío y/o problema que se encuentra presente en el *storytelling*, a saber, la franja en el relato sobre el cual se expresa la tensión principal, manteniendo en las personas participantes el interés principal en términos de su desarrollo y sobre el cuál se espera una resolución. Por último, el mensaje central, que es el objetivo por el cual se constituye el *storytelling* que se encuentra conectado con las características precedentes y que se asocian con el valor, idea, significado y/o imagen principal que se desea establecer en la historia.

Se destaca que el *storytelling* tiene como propósito fundamental construir conexión emocional a través de la transmisión de significados a modo de generar identificación, inspiración y/o formación en las personas y colectivos. En rigor, es un ejercicio vinculante que rescata el valor de lo humano a través de una trama narrativa creada por personas y/o colectivos, para quienes se destina de manera recíproca en un contexto singular. Al respecto, la noción de relación resulta importante al empalmar con el *storytelling*, en especial en el campo de la salud comunitaria. En este ámbito, es posible reforzar una serie de aspectos que son necesarios para las personas y colectivos, y que corresponden a las siguientes:

**1. Promoción de la salud comunitaria.** Fomenta transformaciones en el entorno a modo de generar salud y bienestar, ya que los relatos son medios que permiten la demostración de la superación de una complejidad a nivel de salud o la adopción de estilos de vida saludables por parte de una persona, grupo o comunidad.

**2. Sensibilización comunitaria.** Entre sus aportes más relevantes destacan dar cuenta de la importancia de un valor, significado y/o creencia, a modo de despertar sentimientos propositivos en lo que respecta al cuidado en términos de salud a escala biomédica y psicosocial como lo expresan las historias que narran la preponderancia que han tenido las zonas de seguridad psicosocial y/o de contención tanto en los campos clínicos, como en los entornos cercanos a éstos.

**3. Fortalecimiento comunitario.** Las narrativas permiten rescatar las experiencias exitosas comunitarias, a modo de motivar a otras personas y colectivos a participar de iniciativas que fortalecen el tejido social. En este sentido, destacan las historias que se vinculan con la creación de organizaciones territoriales y/o funcionales en las comunidades y su diálogo con los campos clínicos, a través de las acciones de prevención y promoción que en éstas surgen.

**4. Memoria e historias locales.** Destacan los relatos de personajes notorios a escala comunitaria, que permiten promover la identidad y los significados fundamentales que sus experiencias tienen para la comunidad en un pasado, presente y futuro. En efecto, cualquier tipo de historia micro social que dé cuenta de algún derecho social en salud conseguido por parte de la comunidad es un aporte relevante, ya que refiere a aspectos que se consideran conmovedores y motivadores para todas las generaciones presentes en un territorio específico.

En síntesis, los aportes del *storytelling* son variados, pues a través de mensajes significativos, se comprenden procesos y conceptos complejos, se promueve la empatía, la conexión, el cambio y la cohesión de las relaciones a escala humana.

## Referencias bibliográficas

- Boal, K., & Schultz, P. (2007). Storytelling, time, and evolution: The role of strategic leadership in complex adaptive systems. *The Leadership Quarterly*, 18 (4), 411-428. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.04.008>
- Camacho, D., Ruiz de Oña, C., & Torres, A. (2021). La narrativa como enfoque metodológico para el estudio multidisciplinario de la frontera sur (Chiapas-Guatemala). Experiencias y reflexiones. *EntreDiversidades: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 8(1), 141-163 <https://doi.org/10.31644/ED.V8.N1.2021.A06>
- Coffey & Atkinson (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Editorial Universidad de Antioquía.
- Riessman, C. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Sage Publications.
- Santiago, N., & Velarde, A. (2016). El storytelling digital como herramienta pedagógica para el docente en el proceso de enseñanza aprendizaje de los alumnos de educación preescolar en la región de la costa de Oaxaca. *Revista Educateconciencia*, 11(12), 174-187. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8805423>

**5.2. Modelamiento y validación. Estrategia  
teórico-metodológica de reflexión acción.  
Storytelling / narrativas**



## Proyecto: Miradas sobre migración, gestación y crianza

### 1. Antecedentes

Centro de Salud Familiar	Gómez Carreño.
Equipo de salud	Carolina Cabello Aguilera, trabajadora social. Santiago Cubillos Segovia, trabajador social. Javiera Lüer Mas, médico de familia.
Estrategia de reflexión acción	Storytelling/narrativas
Tutoras	Prof. Ketty Cazorla Becerra. Prof. Maritza Cofré Conejeros.

### 2. Contexto de aplicación

#### 2.1. Contexto institucional

El Centro de Salud Familiar (CESFAM) Gómez Carreño de Viña del Mar es un establecimiento de Atención Primaria de Salud que proporciona servicios a la comunidad bajo un Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Este CESFAM está ubicado en 19 Poniente 5650, 4to. Sector, Gómez Carreño, en la zona norte de la comuna de Viña del Mar. Cuenta con una población asignada de 34.054 personas para 2024 y de un total de 27.782 personas como población inscrita per cápita. El radio de acción del centro de salud abarca los cinco sectores de Gómez Carreño, Reñaca Bajo y Los Pinos, limitando al norte con la comuna de Concón. De acuerdo con el mapa de influencia la jurisdicción del CESFAM está compuesta por 18 unidades vecinales, según el siguiente detalle:

**Tabla 1.** Unidades vecinales de la jurisdicción de Gómez Carreño.

Número	Nombre	Número	Nombre
92	1er. Sector A	105	Reñaca Bajo
93	1er. Sector B	116	Alejandro Navarrete
94	1er. Sector C	124	Jardín del Mar
95	2do. Sector B	135	Villa del Mar
96	2do. Sector A	137	El Progreso
97	3er. Sector A	142	Sin nombre
98	3er. Sector B	146	Fraternidad
99	4to. Sector	156	Reñaca sector Los Pinos

Elaboración propia en torno a mapa de áreas de influencia redes de salud APS Viña del Mar.

El CESFAM Gómez Carreño alcanza en el año 2023 un nivel de cumplimiento del 99.08 % de las metas sanitarias de la Red de Atención Primaria de la comuna, lo que lo sitúa en el primer lugar respecto de los otros centros de salud que componen la red.

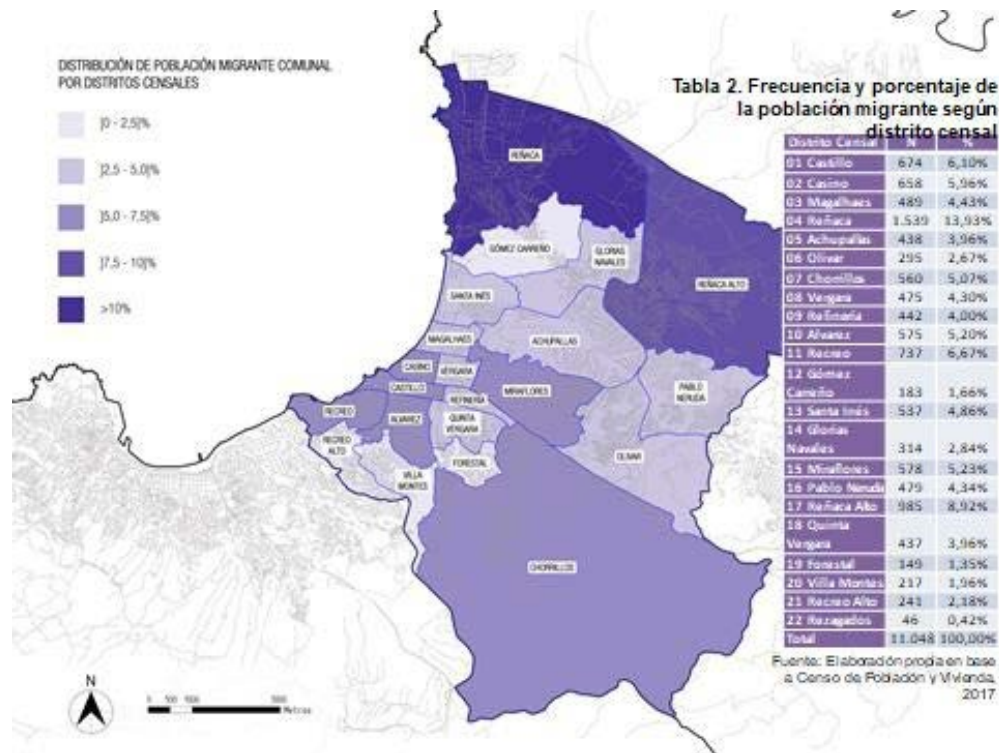
La oferta programática del CESFAM se enmarca en las acciones del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, orientadas según curso de vida y actividades transversales, generando acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en sus propias dependencias o mediante gestión de interconsulta a unidades complementarias (radiografías, especialidades ambulatorias, imagenología, entre otras), y a la red asistencial.

## 2.2. Contexto migratorio comunal

De acuerdo con datos censales (INE, 2017), la población migrante representa el 4,35 % de la población total del país. El 81 % declara país de nacimiento: Perú, Colombia, Venezuela, Bolivia, Argentina, Haití y Ecuador. La concentración de población migrante internacional se concentra en cuatro regiones: Metropolitana (65,3 %), Antofagasta (8,4 %), Tarapacá (5,9 %) y Valparaíso (5,4 %). Respecto a la concentración de la población migrante en la región, Viña del Mar acumula el 24,6 % de migrantes, mientras que Valparaíso presenta un 15,2 %. Al observar la pirámide poblacional nacional se aprecia que la población nacional presenta una estructura por edad y sexo que va progresivamente envejeciendo, mientras que la población inmigrante es más joven, concentrándose entre los 20 a 39 años (INE, 2017).

Al igual que otras zonas del país, la comuna de Viña del Mar experimenta un incremento sostenido de población migrante que busca mejorar sus condiciones y calidad de vida. Dada las condiciones de desplazamiento, las vías de acceso al país y la alta movilidad de esta población, se desconoce el número exacto de personas migrantes que se han radicado en la zona. Según la información disponible al año 2023, puede graficarse la frecuencia y porcentaje de la población migrante localizada en la comuna, según el siguiente mapa.

**Imagen 1.** Localización, frecuencia y porcentaje de la población migrante según distrito censal, Viña del Mar.



Extracto presentación Escuela de Sociología.  
Universidad de Valparaíso y Municipalidad de Viña del Mar, 2023.

Respecto a las principales características de la población migrante en el territorio, se dispone de información comunal no sectorizada obtenida por estudio realizado el año 2022 por la Corporación Municipal de Viña del Mar. Los datos que se presentan a continuación son parte del estudio de caracterización de población de carácter exploratorio-descriptivo, aplicado a una muestra de personas migrantes mayores de 15 años (N 141), en cinco dimensiones: datos sociodemográficos, habitabilidad, escolaridad e ingresos, fuente laboral y acceso a sistemas de salud. Los resultados indican que, en relación con la edad, la mayor parte de las personas encuestadas se ubica en tramo de edad de 30 a 39 años, seguido por segmento de 20 a 29 años, información coincidente con datos aportados por INE regional que hablan de una concentración migratoria entre el tramo de edad 20 a 39 años (INE, 2018). El registro interno de base de datos de población migrante inscrita en la comuna de Viña del Mar ubica mayormente a la población migrante en tramo de 30 a 44 años (37,9 %).

Respecto al género, los datos indican que, del total de personas entrevistadas, 118 personas declaran género femenino, lo que corresponde al 84,4 % del total, mientras que 23 personas que representan el 15,6 % del total se declara asociado a género masculino.

Esta condición puede asociarse a una mayor oferta de programas promocionales y preventivos asociados a la mujer y al cuidado de niños(as) menores de seis años, condición garantizada por Decreto Supremo N°67 y circular A15/04 respecto a la cobertura de atenciones de salud de carácter universal; como así también la tendencia histórica de baja participación masculina en el ámbito de salud. Destaca en este contexto la ausencia de declaraciones de género no binaria, lo que implica un desafío respecto al abordaje del trabajo con diversidades de género con enfoque intercultural, tanto desde salud como de educación y otras instancias municipales como grupos prioritarios.

Con relación al sector de residencia, la mayor concentración de migrantes, de acuerdo con encuesta, se encuentra ubicado en los sectores Reñaca Alto (19 %), Forestal- Chorillos (18 %) y Miraflores (15 %), correspondiendo a las jurisdicciones de los CESFAM Jorge Kaplan, Marcos Maldonado, Brígida Zavala, Miraflores y CECOSF Achupallas. Asimismo, el 51,8 % de las personas encuestadas refiere conformación familiar con esposo/a/pareja e hijos, seguido por familias extendidas compuestas por hermanos y otros parientes (24,8%). En tercer lugar, figuran parejas sin hijos (10,6 %), seguida de familias monoparentales (7,1 %), para finalizar con conformaciones individuales (3,5 %) o sin lazos de afinidad o parentesco (2,1 %). Frente a la consulta ¿Cuándo salió de su país de origen? el 83,7 % de los encuestados refiere haber salido de su país de origen hace dos o más años y un porcentaje menor en un lapso de 18 meses, que suman un 16,3 %. Frente a la consulta por ingreso al país el 71,6 % de los encuestados reporta ingreso hace dos años o más, lo que da cuenta de una permanencia por un lapso importante en Chile. Respecto al arribo a la comuna de Viña del Mar el 68,8 % refiere un período de dos años o más, lo que daría cuenta de ser un destino de interés para el asentamiento de la población migrante de la comuna.

Respecto al nivel educacional, las personas migrantes encuestadas reportan un 36,9 % de educación media o secundaria completa, seguido por un 20,6 % con educación superior completa, y un 12,8 % con educación técnica completa. Con este dato se podría inferir que las personas migrantes tienen en promedio más años de escolaridad que la población chilena. En relación con los ingresos familiares, un 36 % de las personas encuestadas reporta que el ingreso principal del grupo familiar se provee a través de marido/pareja, seguido por un 24 % además que señala ser el único proveedor del grupo familiar. Considerando que más del 80 % de las personas que participó en la encuesta son mujeres se podría inferir que existiría un número considerable de hogares con jefatura de hogar femenina. Los ingresos compartidos por dos o más miembros del grupo familiar alcanza el 34,8 % de los entrevistados y un 5 % declara otra fuente de ingresos. Frente a consulta de situación laboral el 36,2 % de los encuestados reporta un trabajo de tiempo completo, mientras que un 10,6 % presenta una actividad laboral de medio tiempo. El desempleo y/o búsqueda de trabajo alcanza al 35,5 % de las personas encuestadas, mientras que quienes trabajan por cuenta propia corresponden a un 14,9 %.

Respecto a la condición laboral el 55,8 % de los encuestados refiere contar con un contrato, mientras que un 29,1 % refiere no contar con este respaldo. El 1,2 % de los encuestados reporta relación de servicios a través de boleta de honorarios. Finalmente, en relación con la autopercepción de salud, sobre dos tercios de población encuestada que declara un buen estado de salud, siendo el 48,9 % definida como buena, 6,4 % excelente y 20,6 % muy buena, lo que se condice con datos de población joven.

A partir de la inscripción vigente en los centros de salud de Atención Primaria en el año 2024, el número de la población migrante de la comuna se estima en 17.108 personas, lo que corresponde al 2 % del total de población bajo control. No obstante, se considera que tras esta cifra existe un importante número de personas migrantes que, por razones de desconocimiento, barreras sociales o administrativas no logra acceder a la atención de salud. Respecto a la población formalmente inscrita, los datos de acceso a control de salud muestran una mayor tendencia a los programas de salud sexual y reproductiva y en menor medida al programa de salud infantil, observando escaso acceso a programas preventivos de niños, niñas y adolescentes, edades claves para la identificación de factores protectores o de riesgo para futuros problemas de salud. Estos antecedentes relevan la importancia de reforzar los canales de comunicación y vías de acceso para la atención de salud de población migrante.

Se observa además que la población migrante en situación irregular se ve expuesta a mayores vulnerabilidades asociadas a pobreza, hacinamiento, precarias condiciones habitacionales, menor acceso a empleo formal y acceso a servicios básicos siendo proclives al desarrollo de enfermedades, vulneración de derechos y obstáculos para acceder a la atención de salud, entre otros. Actualmente, las acciones en torno al acceso salud migrante se orientan a disminuir las brechas de acceso, el desconocimiento acerca del funcionamiento de la red asistencial y el abordaje de las barreras culturales, lingüísticas y/o administrativas mediante el fortalecimiento de las acciones locales con base en el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario y enfoque intercultural.

En ese marco, los datos aportados por la base de datos AVIS al año 2024 indican que, del total de 17.108 personas migrantes con inscripción activa y provisoria en la comuna, el 58 % corresponden a mujeres (9.902) y 42 % a hombres (7.114). Los tramos de edad están asociados mayormente a población en edad laboral, con un 37 % de migrantes entre 30 y 44 años (6.333), seguido por un 24 % de población joven desde los 15 a 29 años (4.081), mientras que la población infanto-juvenil está representada por un 18 % (3.039). Respecto a la concentración de población migrante en centros de salud, el mayor número de inscritos se encuentra inscrito en CESFAM Jorge Kaplan, con un 20 % del total de 3.365 personas inscritas, seguido por CESFAM Marco Maldonado con un 13 % del total, que representa 2.202 personas inscritas; y los CESFAM Gómez Carreño y Nueva Aurora, que alcanzan cada uno un 12 % del total con 2.088 y 2.087 personas inscritas respectivamente.

Dentro de las consultas médicas, las principales prestaciones están asociadas a morbilidad respiratoria y otras morbilidades, representando un 0.1 % del total de consultas médicas efectuadas durante el año 2023. Respecto a los profesionales no médicos se registraron 449 atenciones a personas migrantes, lo que representa el 6 % de las atenciones totales. Estas consultas fueron realizadas principalmente por trabajo social, nutrición y estamento de enfermería. Respecto a la población bajo control en los distintos programas. La población migrante representa el 4 % de la población total, con 4.228 personas ingresadas a controles y/o tratamientos.

**Tabla N° 2.** Población migrante bajo control, según programa. Viña del Mar, 2023.

Programas	Total población bajo control	Número migrantes	Porcentaje migrantes
Programa regulación de la fecundidad	33.506	2.030	6,1 %
Gestantes	967	164	16,9 %
Programa infantil < 5 años	8.229	702	8,5 %
Programa infantil 5 a 9 años	4.986	311	6,2 %
Programa adolescente	4.211	427	10,1 %
Programa de salud cardiovascular	37.436	408	1,1 %
Programa salud mental	11.324	186	1,6 %
TOTAL	100.659	4.228	4,20 %

**Fuente:** REM 2023, series programas resumen comunal a diciembre 2023.

Específicamente, respecto a la población migrante que accede a control prenatal en Atención Primaria, esta representa el 16.9 % del total de ingresos del programa salud sexual y reproductiva al año 2023. Los centros de salud que concentran la mayor cantidad de gestantes extranjeras corresponden a Cienfuegos 24 %, seguido por Marco Maldonado 23 % y Gómez Carreño 21 %.

Respecto a la situación de salud migrante en la jurisdicción del CESFAM Gómez Carreño, los datos censales del año 2017 indican una alta concentración de población extranjera en sector Norte Poniente (Reñaca) de un 13,9 %, más un 1.6 % del sector Gómez Carreño propiamente tal. Si bien existe una alta concentración por conglomerado de personas migrantes en sector Reñaca costa, este valor no se refleja en la inscripción de personas migrantes del CESFAM, lo que podría obedecer a un tramo socioeconómico de mayor acceso que realiza sus atenciones de salud en el sector privado. En relación con el acceso a prestaciones de salud de población migrante en el establecimiento, se evidencia la cobertura de indicadores críticos en el acceso a programas salud sexual y reproductiva y porcentaje de población bajo control en infancia y adolescencia.

**Tabla N°3.** Población migrante bajo control en áreas salud sexual y reproductiva e infancia. CESFAM Gómez Carreño, Viña del Mar.

Indicador	Porcentaje población bajo control	Media Comunal
Ingresos gestantes migrantes antes de las 14 semanas	21 %	16 %
Niños, niñas y menores 6 años con acceso a prestaciones de salud preventivas.	13,1 %	5,7 %
Niños, niñas de 6 a 9 años con acceso a prestaciones de salud preventivas.	10,2 %	5,6 %
Adolescentes con acceso a prestaciones de salud preventivas	5,7 %	9 %

Elaboración propia con base a series P-2023. Viña del Mar.

### 2.3. Contexto programático: Sistema Chile Crece Contigo (MIDESO, 2015).

Chile Crece Contigo (en adelante CCC) es un sistema de protección integral a la infancia implementado en Chile desde el año 2014. Su misión es acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y sus familias, desde la gestación hasta los 9 años, a través de acciones y servicios universales y focalizados. Este sistema se institucionalizó mediante la Ley 20.379, creando el Sistema Intersectorial de Protección Social. Cumple con los compromisos del Estado de Chile con la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, ratificada en 1990. Está dirigido a todos los niños, niñas y sus familias que residen en Chile, independiente de su origen, condición física o socioeconómica. Sin embargo, el sistema pone especial énfasis en la atención de aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, ya sea por pobreza, maltrato, negligencia u otras condiciones que puedan afectar su desarrollo integral. El sistema ofrece una amplia gama de servicios gratuitos y de calidad, que se entregan a través de una red intersectorial e interinstitucional que involucra a diversos organismos del Estado, así como a organizaciones de la sociedad civil. Entre los principales servicios se encuentran: controles de salud prenatal, postnatal y del niño sano, apoyo psicosocial, educación parvularia, protección de derechos, orientación y derivación a las familias a otros servicios especializados cuando sea necesario. El ingreso al sistema se realiza a través de un proceso de captación activo, que busca identificar a todos los niños y niñas que requieren atención, especialmente aquellos en situación de vulnerabilidad. La captación se realiza principalmente en los centros de salud públicos, pero también a través de otros canales, como las redes sociales y las organizaciones comunitarias. Una vez

que un niño o niña ingresa al sistema, se elabora un plan de atención individualizado, que define las intervenciones y servicios específicos que se requieren para apoyar su desarrollo integral. El plan de atención es elaborado en conjunto con la familia y otros actores relevantes y es revisado y actualizado periódicamente.

Entre sus principales logros se reconoce cobertura universal, atención integral mediante visitas domiciliarias, controles médicos, apoyo psicosocial y educación para padres, reducción de desigualdades, promoción de buenas prácticas parentales y articulación intersectorial. Sus desafíos como sistema están relacionados a ampliación de cobertura y focalización; pertinencia y calidad de las intervenciones; mejorar la articulación intersectorial e interinstitucional; financiamiento sostenible, monitoreo y evaluación; a los que se suman los desafíos emergentes asociados a las consecuencias de la pandemia COVID-19, la preocupación permanente por la salud mental infantil, la violencia contra la niñez y la atención de la infancia migrante.

- a. Materiales informativos en distintos idiomas:** Se han elaborado materiales informativos sobre el sistema CCC en diferentes idiomas, para que las familias migrantes puedan acceder a la información en su lengua materna.
- b. Capacitación a funcionarios(as):** Se ha capacitado a los funcionarios y funcionarias del sistema CCC para atender de manera sensible y culturalmente competente a las familias migrantes.
- c. Mediación intercultural:** Se ha implementado la figura del o la mediadora intercultural, que facilita la comunicación entre las familias migrantes y los equipos profesionales del sistema.
- d. Redes de apoyo:** Se han fortalecido las redes de apoyo para las familias migrantes, tanto dentro del sistema CCC como en la comunidad.

A pesar de los esfuerzos realizados, aún existen algunos desafíos para la plena integración de la población migrante a CCC. Entre ellos se encuentran:

- **Barreras idiomáticas:** Las barreras idiomáticas pueden dificultar el acceso a la información y la comunicación con los profesionales del sistema.
- **Discriminación y xenofobia:** La discriminación y la xenofobia pueden generar barreras para la atención y el apoyo de las familias migrantes.
- **Dificultades para regularizar la situación migratoria:** Las dificultades para regularizar la situación migratoria pueden limitar el acceso a algunos servicios.
- **Falta de acceso a servicios básicos:** Las familias migrantes en situación de vulnerabilidad pueden tener dificultades para acceder a servicios básicos como vivienda, salud y educación, lo que afecta su bienestar general y dificulta su integración al sistema CCC.

Para mejorar la integración de la población migrante a CCC, se requieren estrategias en diferentes niveles:

- **Fortalecer la interculturalidad:** Es necesario fortalecer la interculturalidad en el sistema CCC, promoviendo el respeto a la diversidad cultural y la inclusión de las familias migrantes.
- **Combatir la discriminación y la xenofobia:** Se deben implementar medidas para combatir la discriminación y la xenofobia, tanto dentro del sistema CCC como en la sociedad en general.
- **Facilitar la regularización migratoria:** Se deben facilitar los procesos de regularización migratoria para las familias migrantes, para que puedan acceder a todos los servicios y prestaciones del sistema CCC.
- **Garantizar el acceso a servicios básicos:** Se debe garantizar el acceso a servicios básicos como vivienda, salud y educación para todas las familias migrantes, independientemente de su situación migratoria.
- **Promover la participación de las familias migrantes:** Es importante promover la participación de las familias migrantes en el diseño, implementación y evaluación de las políticas y programas del sistema CCC.

En conclusión, la integración de la población migrante a Chile Crece Contigo es un desafío que requiere un esfuerzo conjunto por parte del Estado, las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad en general. Abordar este desafío de manera efectiva permitirá garantizar el pleno desarrollo y bienestar de todos los niños y niñas migrantes que residen en Chile.

### 3. Conceptos claves

#### 3.1. Interculturalidad en salud (MINSAL, 2006).

Está referida a un enfoque de atención que promueve, respeta y valora la diversidad cultural de las personas, en un proceso dinámico, flexible y adaptativo acorde a las necesidades del entorno. La práctica de la interculturalidad implica en primera instancia el respeto de las diversas culturas en una población determinada, reconociendo sus múltiples manifestaciones en torno a cultura, lenguas, creencia y prácticas de salud, buscando asegurar que estas diferencias sean respetadas y valoradas en el entorno de los sistemas de salud. En el ámbito de la atención clínica la interculturalidad requiere comunicación efectiva entre el personal sanitario en forma tal de asegurar la comunicación y la comprensión entre las partes, lo que conlleva necesidades de capacitación en habilidades y competencias interculturales, que gradualmente se inserten en los protocolos de atención y adecuación en torno a preferencias culturales y cuidado sen-

sible de los pacientes. Este enfoque promueve la equidad en salud en la medida que busca reducir las disparidades en salud entre diferentes grupos culturales, asegurando que todos los individuos tengan acceso a los mismos servicios y calidad de atención, sin discriminación, independiente de su lugar de origen. De acuerdo con estas premisas el enfoque intercultural en la atención de salud es una herramienta fundamental para el abordaje de biopsicosocial de personas migrantes, entendiendo estas como aquella persona que cambia su lugar de residencia habitual ya sea de un país a otro (migración internacional) o dentro del mismo país (migración nacional). En el contexto chileno, una persona migrante internacional es alguien que entra al país con el propósito de establecerse temporal o permanentemente, ya sea por motivos laborales, familiares, educativos, humanitarios, entre otros.

### **3.2. Enfoque Salud Familiar (MINSAL, 2012)**

El Modelo de Atención Integral de Salud se define como

El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (MINSAL, 2012, p.12).

La Atención Primaria se orienta hacia una mejoría de la equidad en los resultados en salud, a través de tres principios que sustenta el Modelo de Atención Integral en Salud, a saber: centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado. Es en base a estos principios que se debieran incorporar diferentes estrategias que respondan a las particularidades de la población extranjera que vive en el país, en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud.

Respecto a la población migrante inscrita en los centros de salud existen indicadores transversales asociados al cuidado de la gestación y la crianza del sistema Chile Crece Contigo, tanto para usuarias chilenas como extranjeras. Es importante destacar que estas prestaciones, se han incorporado naturalmente a las acciones de continuidad del cuidado durante la gestación y la primera infancia, no obstante, algunas usuarias migrantes han manifestado dudas en torno al número de controles de salud y el enfoque integral, dado que el modelo difiere de la cultura sanitaria de sus países de origen, lo que obliga a reevaluar las estrategias de acercamiento de la población migrante a las prestaciones de salud.

### 3.3. Salud de la población migrante (MINSAL, 2018a, 2018b)

La migración es un fenómeno global, que puede influir poderosamente en los determinantes sociales de la salud, afectando no solo la calidad de vida de estos; sino también generando tensiones en un sistema sanitario que no siempre se encuentra preparado para este desafío. Dentro de las barreras de acceso a los servicios sanitarios, se han identificado factores asociados a:

- **Barreras lingüísticas y culturales:** lo que dificulta la comunicación entre los prestadores de salud y los usuarios en torno al idioma y tradición del país de origen.
- **Condición migratoria:** el estatus legal de los migrantes genera incertidumbre en personas indocumentadas, que temen ser deportados al momento de acceder a atención médica.
- **Sistema de salud:** la existencia en un sistema de salud altamente fragmentado complejiza el acceso a la atención sanitaria dada la falta de familiaridad del sistema de salud del país receptor.

La evidencia disponible indica que las personas migrantes, particularmente los que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, frecuentemente tienen problemas para acceder a la atención de salud —y en general— a los servicios básicos; dado que van sumando otros condicionantes de riesgo asociados a la precarización laboral, falta de previsión social, condiciones de habitabilidad deficientes o insalubres e inseguridad alimentaria. Por otra parte, las personas migrantes están expuestas a diversos contextos de violencia, inseguridad, abuso laboral y discriminación, situaciones que se complejizan con la condición migratoria irregular. En este contexto es necesario evidenciar las implicancias éticas respecto a la necesidad de garantizar la salud como un derecho bajo cualquier circunstancia, como así también promover la salud como una construcción colectiva y bien público.

Dado el aumento de la población migrante que busca una mejor alternativa de vida, en Chile se han adoptado las medidas concernientes abordar la migración como una temática prioritaria; esto considerando los riesgos a los que están expuestas las personas migrantes, desde su trayecto en el país de origen hasta el territorio nacional. Uno de los componentes claves de esta política es el acceso a ingreso y control de la gestación de mujeres migrantes, que encuentra sustento en una serie de normativas ministeriales y convenios con el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, que aseguran la atención de salud a niños, niñas y adolescentes y a mujeres embarazadas, independiente de su situación migratoria, reconociendo el acceso universal como un bien público de la salud.

Respecto a los mecanismos de protección, en marzo 2016 se publicó el Decreto Supremo N°67 que fija la circunstancia y mecanismo para acreditar a las personas carentes de recursos como beneficiarias de FONASA, Seguro Público. Se agrega la circunstancia de personas inmigrantes carentes de recursos sin documentos o sin permisos de residencia. Con esto se protege a la población en mayor situación de vulnerabilidad, en iguales condiciones que los nacionales, reafirmado por la circular A15 N.º 4 de 2016 que instruye sobre la implementación del Decreto N°67 y reitera todas las vías de acceso al sistema de salud y precauciones en la línea de garantizar la atención de salud en iguales condiciones que la población nacional.

## 4. Diseño metodológico

### 4.1. Estrategia teórico-metodológica basada en la reflexión-acción seleccionada. *Storytelling*

### 4.2. Objetivos

#### Objetivo general

Promover estilos de crianza respetuosa considerando la diversidad de enfoques culturales de las personas migrantes.

#### Objetivos específicos

- a. Caracterizar estilos de crianza de personas migrantes, acorde a su idiosincrasia cultural.
- b. Caracterizar los estilos de crianza que se promueven en nuestro país en base al bienestar de la infancia.
- c. Identificar los nudos de conflicto y desafíos que plantea la gestación y crianza en contexto de migración en Chile.

### 4.3. Población objetivo

Personas migrantes, inscritas en Centro de Salud Gómez Carreño, que se encuentren en etapa de gestación y/o crianza con niños y niñas de 0 a 9 años.

### 4.4. Organización del proceso

A continuación, se presenta la organización de actividades del proceso y las responsabilidades profesionales definidas para su implementación.

**Tabla N°4.** Organización del proceso

Actividades	Responsable
Convocatoria de las familias participantes.	Santiago Cubillos Segovia
Grabación de narrativas.	Javiera Lüer Mas
Elaboración participativa de texto para <i>storytelling</i> .	Santiago Cubillos Segovia Javiera Lüer Mas
Producción fotográfica o imágenes.	Carolina Cabello Aguilera
Presentación de texto.	Carolina Cabello Aguilera Santiago Cubillos Segovia Javiera Lüer Mas

**Fuente:** Equipo profesional del proyecto.

## 5. Resultados

### 5.1. Descripción del proceso por etapas metodológicas definidas para *Storytelling*

#### Etapa 0. Contextualización

El CESFAM Gómez Carreño, cuenta con una alta afluencia de mujeres extranjeras en etapas de gestación y crianza, que residen o trabajan en las áreas de Gómez Carreño y Reñaca Bajo. En general, existe una apreciación positiva respecto al acceso y la satisfacción usuaria en torno a las prestaciones en ámbito de la salud sexual y reproductiva, lo que no exime de algunas diferencias culturales en torno a las modalidades de acompañamiento en los controles pre-natales o en los modos de crianza.

A partir de la definición de los objetivos para el desarrollo de *storytelling* como una herramienta para mejorar la comunicación entre el equipo de salud y las personas migrantes en etapas de gestación y crianza, es que se invita a cinco personas de distintas nacionalidades a ser parte de un grupo de entrevista para la primera fase de evocación y memoria.

#### Etapa 1. Evocación y memoria

El proceso de entrevista se desarrolla en instancia tipo taller con fecha 17 de julio de 2024, contando con la participación de dos mujeres provenientes de Venezuela y Perú. Ambas se encuentran en etapa gestacional de segundo trimestre, una de ellas primigesta y la otra multípara. Ambas coinciden con gestaciones planificadas, post eventos de pérdida y/o dificultades en la concepción. Para iniciar la entrevista, se solicita firma de consentimiento informado y se procede a presentación, acorde a las siguientes ilustraciones:

**Ilustración N°1**



**Fuente:** Elaboración propia equipo del proyecto

**Ilustración N°2**



**Fuente:** Elaboración propia del equipo de proyecto.

### Ilustración N°3



**Fuente:** Elaboración propia del equipo del proyecto.

### Ilustración N°4



**Fuente:** Elaboración propia del equipo del proyecto.

## Etapa 2 *Storytelling*

### Momento 1. Activación de conocimiento, información, saberes y presaberes

A partir de las imágenes se inicia un proceso de conversación con las participantes acerca de sus experiencias tanto en país de origen como en Chile. Ambas han tenido una buena recepción por parte de los equipos de salud y reportan adherencia a controles gestacionales. Respecto a la integración en Chile, ambas superan los cinco años de residencia en el territorio y cuentan con empleos en el sector formal e informal. A partir de este momento se inician algunas preguntas exploratorias, manteniendo la dinámica de las ilustraciones, a fin de generar un espacio armonioso.

#### Ilustración N°5



**Fuente:** Elaboración propia del equipo del proyecto.

Respecto a las diferencias en torno a la atención prenatal, una de las entrevistadas responde que le sorprende y le agrada la dedicación del equipo de salud durante la gestación y el parto. Reconoce que en Chile hay una preocupación en torno a los controles y el desarrollo de talleres educativos, que desconoce en su país. Señala que —en su anterior proceso de parto— tuvo asistencia durante la cesárea en país de origen, pero

siempre de una postura menos cercana durante la gestación. Destaca además experiencia de su hermana, también migrante en controles durante el período 2022 y 2023, donde fue posible que ella asistiera al parto como acompañante, situación que destaca como altamente positiva en Chile. Durante la entrevista señala también que desea tener una nueva cesárea para «evitar el dolor», a lo que la otra entrevistada reporta que es lo único que teme de la gestación.

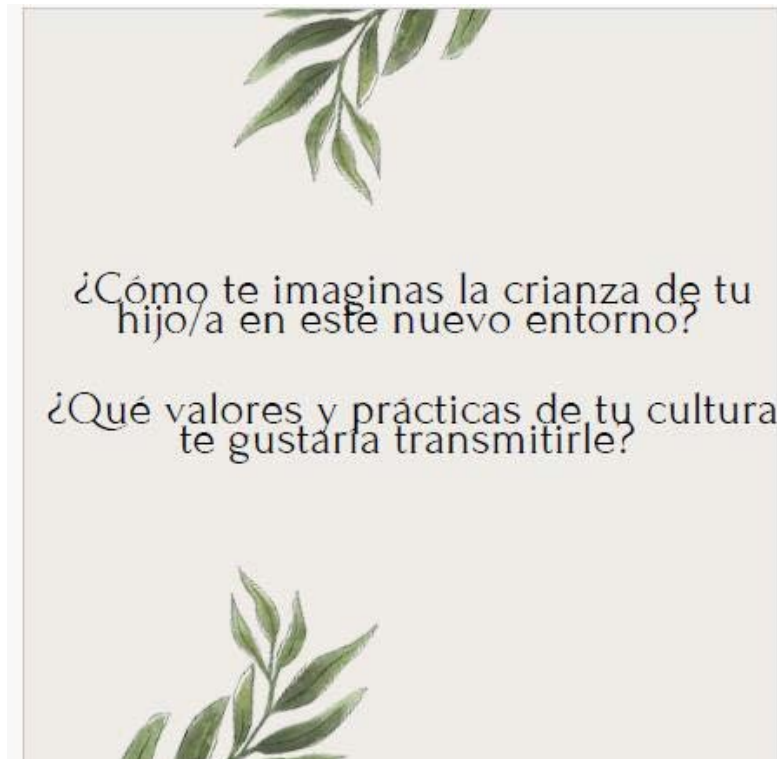
En esta instancia se informa a ambas que la analgesia en el parto es un derecho que se encuentra garantizado por ley a través de GES, como así también la promoción de la lactancia materna desde el nacimiento. Destaca también que ambas usuarias se encuentran en controles paralelos extrasistema. Para continuar con la entrevista se plantean dos nuevas preguntas asociadas a sus expectativas de parto y crianza, apoyadas en ilustraciones alusivas.

### Ilustración N°6



**Fuente:** Elaboración propia del equipo del proyecto.

### Ilustración N°7



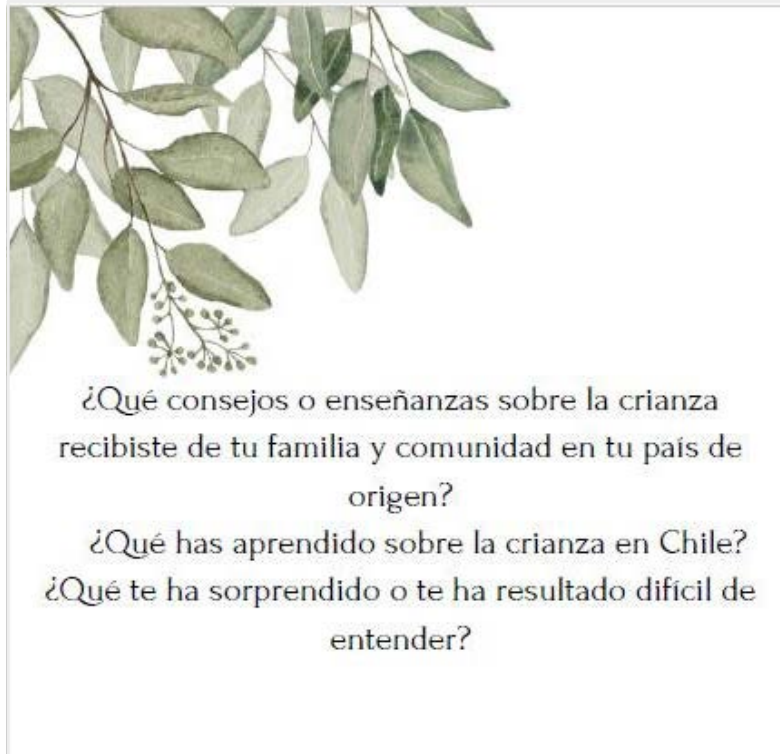
**Fuente:** Elaboración propia del equipo del proyecto.

Ambas entrevistadas reconocen la necesidad y la nostalgia de compartir esta fase con sus familias de origen, situación que escapa de sus posibilidades, debido al costo de los traslados y las dificultades para entrar a Chile.

Dentro de las prácticas y desafíos, una de las participantes señala estar motivada y feliz de poder transmitir una crianza desde tres culturas latinoamericanas, por lo que percibe que su hija tendrá este privilegio con respecto a sus padres y otros pares. Ambas son coincidentes en la promoción de un modelo de familia unida y extendida, donde primen los lazos de colaboración, amor y cercanía distinto de las familias chilenas que perciben como «desapegadas» y «muy dedicadas al trabajo». En este sentido, la participante de Venezuela no concibe el nivel de abandono y desafectación que ha visto en Chile de parte de hijos e hijas respecto a personas mayores. Señala que si estuviera en su tierra «visitaría a sus padres todos los días».

A modo de cierre se planteó la siguiente pregunta, apoyada en una ilustración final.

### Ilustración N°8



**Fuente:** Elaboración propia del equipo del proyecto.

Surge nuevamente la nostalgia familiar y la necesidad de crear un entorno afectivo, cercano y colaborador con sus núcleos familiares, dado que sus redes de apoyo son más bien escasas.

### Momento 2. Escritura

La escritura fue un proceso que requirió adaptaciones, dado que la segunda sesión no contó con la participación de las usuarias, debido a motivos laborales y de clima. A partir de esta circunstancia, se procedió a transcribir la entrevista realizada con fecha 17 de julio de 2024, a fin de contar con un material que permitiera crear una historia.

Previo a la transcripción, el interés del equipo para el desarrollo de *storytelling* era la creación de una historia sobre el desafío de la crianza desde tres culturas, tal como lo planteó una de nuestra entrevistadas «que venga con yuca, arepa y empanada» considerando el bagaje cultural que tendrá su bebe. Sin embargo, al revisar la transcripción de la entrevista surgieron tres hallazgos significativos con relación a la necesidad de educación

durante el proceso de gestación y la incorporación de sus parejas en esta etapa: el desconocimiento de la modalidad de atención del parto en red asistencial; desconocimiento acerca de garantías GES analgesia y de promoción de lactancia materna exclusiva y la necesidad de incorporar enfoques culturales que involucren a sus parejas en etapas de control gestacional y controles infantiles. Respecto al primer hallazgo, ambas usuarias reportan estar ahorrando para optar a programa PAD de FONASA, que les «han dicho que es mejor» para tener a sus bebés y para que puedan estar acompañadas.

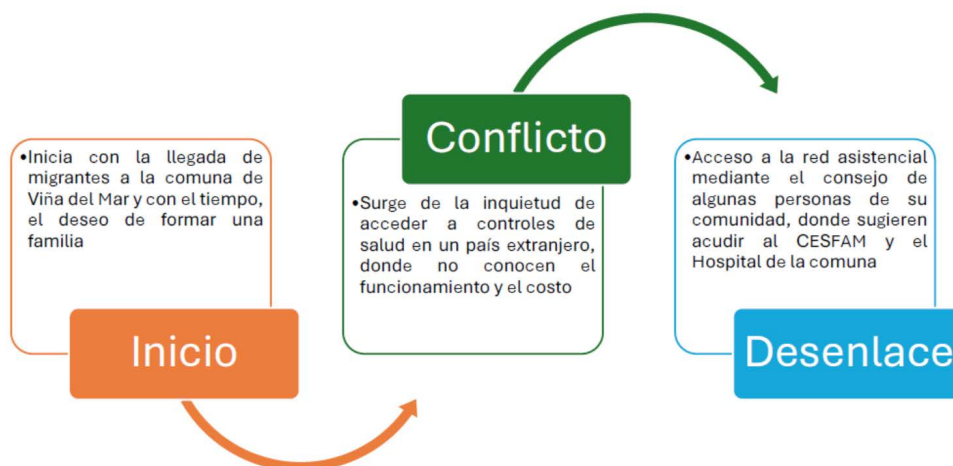
### Momento 3. Redacción

La redacción se efectúa con fecha 24 de julio de 2024. El acuerdo del equipo es generar un cuento ficticio en torno a imágenes animadas que dé cuenta del proceso de control gestacional y el proceso de parto. Una de las hipótesis apunta a que las gestantes en general, y en particular las gestantes extranjeras, desconocen la modalidad de parto integral en la red pública y las nuevas instalaciones del Hospital Gustavo Fricke que permiten el acompañamiento del padre o de personas significativas en un espacio de cuidado, íntimo y especialmente diseñado para mantener el vínculo con el recién nacido. Es necesario desde esta perspectiva, que las gestantes migrantes puedan tomar decisiones informadas y acorde a sus necesidades y expectativas.

### Momento 4. Revisión y reestructuración narrativa

Se propone una narrativa ficticia compuesta por cinco capítulos, organizados en la siguiente secuencia que se presenta en la siguiente ilustración.

Imagen N°2 secuencia narrativa



**Fuente:** Elaboración propia a partir del proceso realizado.

### Etapa 3. Externalización

Por razones de tiempo, no fue posible ejecutar la etapa 3 de externalización, proyectando su implementación para una fecha posterior.

## 5.2. Resultados del proceso

A partir de la experiencia realizada, pueden establecerse los siguientes resultados del proceso:

**Tabla N° 5.** Resultados del proceso de *storytelling*.

Criterio	Resultados
Convocatoria	Resultados parciales. Asisten dos mujeres de las cinco convocadas, alcanzando un 40 %.
Cierre del proceso	Pendiente por inasistencia de las participantes.
Producto	Texto breve ilustrado que narra la historia de Andrés y Claudia, una pareja de migrantes que enfrenta la gestación en un país extranjero.

Fuentes: Elaboración propia a partir de resultados del proyecto.

## 6. Reflexiones finales

A partir de la experiencia realizada, se constata la necesidad de abordar gradualmente la incorporación de los conceptos de interculturalidad y de adaptación en la atención sanitaria de personas migrantes. Especialmente, se reconoce que el acceso a la información debe adecuarse culturalmente al acervo de cada persona usuaria, con el fin de asegurar una adecuada comprensión de la información y un acceso fácil y asequible a los centros de salud. En este sentido, la revisión de las barreras económicas y administrativas que dificultan el acceso a la salud resultan fundamentales para impulsar este proceso. Otro aspecto que surge directamente de la experiencia realizada en torno a la propuesta de una *storytelling*, es la necesidad de promover redes de apoyo y acompañamiento permanente de las mujeres migrantes, a través de los Consejos de Salud, vecinos, vecinas, agentes comunitarios y todo tipo de contactos que hagan posible una correcta y oportuna navegación por el sistema de salud.

El proceso de creación del *storytelling* constituye un primer ejercicio de carácter piloto, que permite modelar un proceso de creación compartida, junto con educar y promover la salud materna en mujeres migrantes. A partir de los resultados obtenidos, resulta

factible diseñar una propuesta de *storytelling* que se adapta a la sensibilidad cultural de la población usuaria y permite ofertar servicios de acompañamiento y orientación que facilite a las gestantes extranjeras abordar la nostalgia y la ansiedad que pueden experimentar al estar en otro país, lejos de sus familias de origen y con escasas redes de apoyo. Finalmente, desde el enfoque de derechos humanos, es importante informar a las mujeres migrantes sobre sus derechos en cuanto a la atención médica y a los servicios sociales disponibles, independientemente de su estatus migratorio, impulsando de este modo una cultura de derecho basada en el respeto a la interculturalidad y el acceso universal a las prestaciones de salud durante la gestación.

## Referencias bibliográficas

- CORMUVIÑA (2022) *Informe Encuesta Caracterización Sociosanitaria de Migrantes de la comuna de Viña del Mar*. Área Salud Corporación Municipal de Viña del Mar.
- INE (2017). *Resultados del Censo de Población y Vivienda*. Instituto Nacional de Estadísticas.
- MIDESO (2015) *¿Qué es Chile Crece Contigo?* Ministerio de Desarrollo Social.
- MIDESOF (2020) *Norma Técnica del Programa Chile Crece Contigo*. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- MINSAL (2018a). *Norma Técnica para el Acceso a la Salud de Personas Migrantes*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2018b). *Política De Salud De Migrantes Internacionales* Ministerio de Salud.
- MINSAL (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria*. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/1057>
- MINSAL (2006). *Norma General Administrativa sobre interculturalidad en los Servicios de Salud*. Ministerio de Salud.
- República de Chile (2021) *Ley N°21.325 de Migración y Extranjería*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

## Proyecto: Gestión de talentos patín-ando por Las Achupallas

### 1.- Antecedentes

Centro Comunitario de Salud Familiar	Sergio Donoso.
Equipo de salud	Daniela García Olivares, trabajadora social. Isabel Rivera González, agente comunitaria.
Estrategia reflexión acción	<i>Storytelling/narrativas.</i>
Tutora	Prof. Ketty Cazorla Becerra.

### 2. Contextos de aplicación

#### 2.1. Contexto institucional

El CECOSF Sergio Donoso de Achupallas está ubicado en calle Anita Lizana con Pangal, paradero 8, Achupallas; y se crea gracias a la gestión comunitaria de dirigentes del sector, quienes originalmente acudían al CESFAM Miraflores-Achupallas para recibir atención del equipo de cabecera del sector 4. Debido a la distancia y problemas de locomoción, las organizaciones comunitarias se involucran activamente en la creación del CECOSF, que fue inaugurado en noviembre del año 2007 y cuyo nombre fue designado en honor al dirigente vecinal don Sergio Donoso. En sus inicios, contaba con una población inscrita de aproximadamente 5.000 personas usuarias, las que con el pasar de los años ha aumentado gradualmente, estimándose en la actualidad en 8.200 personas. Lo anterior, se debe al aumento demográfico del sector y que ha sido ocasionado por la expansión de los asentamientos humanos precarios y la llegada de población migrante, razones por las que en el año 2015 se debe realizar la primera ampliación en infraestructura del Centro de Salud. Su actual directora es Paola Costa y la encargada del CECOSF Katherine Contreras, ambas de profesión odontólogas.

Dado que el permanente crecimiento de los asentamientos humanos precarios en el sector de Las Achupallas se ha debido aumentar el recurso humano de manera importante y desde el año 2022 a la fecha y ha surgido la necesidad de realizar una segunda ampliación de su infraestructura, la que se ha visto sobrepasada en su capacidad. Por ello, ha resultado importante la vinculación con la Junta de Vecinos Luis Flores Núñez para compensar la necesidad de infraestructura, puesto que los talleres grupales, reuniones o eventos masivos, son realizados en sus dependencias ubicadas en calle Manuel Guerrero esquina Anita Lizana.

La instancia de coordinación intersectorial permanente en Las Achupallas, actualmente se compone por salud (CECOSF Sergio Donoso), Educación (escuelas La Parva, Ministro Zenteno, Los Príncipes, jardines infantiles y escuelas de lenguaje), dispositivos ambulatorios del Servicio Mejor Niñez (PIE 24 horas, PPF Santa Julia) y la Oficina Local de La Niñez. Esta instancia intersectorial ha vislumbrado la necesidad de desarrollar iniciativas territoriales que aporten a la salud integral de la infancia y adolescencia. En el área de participación social, se encuentra el CECOSF, Consejo Local de Salud, cinco Juntas de Vecinos y dos organizaciones culturales y medioambientales. El CECOSF cuenta con planes anuales de promoción de salud y participación social. En ese marco, el último diagnóstico participativo fue realizado en el año 2022 y sus resultados develaron necesidades de salud de la población en relación con salud mental de todos los grupos etarios, falta de áreas verdes, necesidad de apoyo a cuidadores(as) y acceso al sistema de atención de salud que se percibe como deficiente. Por otra parte, la encuesta de satisfacción usuaria del año 2023, aplicada al 1 % de la población, arroja que la comunidad valora positivamente el servicio entregado por el CECOSF en su territorio, situándolo en un rango de 6 a 7; e identificando como áreas a mejorar infraestructura, atención telefónica y acceso a horas de atención. Respecto del trabajo intersectorial, se sostiene en la elaboración anual de un plan de promoción de salud, que tributa al cumplimiento de la política Elije Vivir Sano y a los ejes del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, dando cuenta de esta labor en las autoevaluaciones y evaluaciones requeridas para la certificación de salud familiar.

En específico y teniendo presente que los Centros Comunitarios de Salud Familiar CECOSF, tienen mayor exigencia en los ámbitos de promoción y participación social que los CESFAM, desde la creación del CECOSF Sergio Donoso se ha desarrollado un trabajo intersectorial y comunitario permanente, que ha generado las bases para que en la actualidad la comunidad postule exitosamente proyectos en los ámbitos mencionados. Destacan en estas iniciativas las escuelas La Parva y Ministro Zenteno, ambas con largos años de trayectoria en el sector y pertenecientes al Área Educación de la Corporación Municipal de Viña del Mar. Ambos establecimientos han sido parte de la Comisión Mixta Salud Educación COMSE —desde sus inicios— permitiendo el desarrollo en forma conjunta de un trabajo promocional y preventivo, por medio de intervenciones educativas y organización de actividades masivas como ferias de la salud, pasacalles por el mes del corazón, encuentros deportivos y corridas familiares.

## **2.2. Contexto de población infantil y adolescente en el territorio asignado**

El Centro de Salud atiende a una población de niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) menores 18 años, que alcanza a 1.445 personas usuarias, representando el

17,6 % del total de población usuaria inscrita. Entre sus principales problemas de salud destaca la malnutrición por exceso. A continuación, se expone información del censo infantil y adolescente del mes de mayo 2024 que ilustra la magnitud del problema.

**Tabla N°1.** Sobrepeso y obesidad de población infantil y adolescente en control en CECOSF Sergio Donoso. Tramos de edad y porcentaje.

Edades de población bajo control	% de sobrepeso y obesidad
0 a 5 años	39,2 %
6 a 9 años	37,9 %
10 a 19 años	60 %

**Fuente:** Estadísticas CECOSF Sergio Donoso.

La información permite apreciar que el porcentaje de malnutrición por exceso casi se duplica en la población mayor de 10 años y coincide con la falta de la prestación de control nutricional en ese tramo de edad; a diferencia de los niños y niñas menores de 9 años, quienes tienen controles de enfermería y nutrición en el marco del programa infantil.

### Contexto de trabajo con niños, niñas y adolescentes. *Skateboard* en escuela La Parva

El presente trabajo, se contextualiza en el programa de apoyo a las buenas prácticas en participación ciudadana y fortalecimiento comunitario en Atención Primaria de Salud del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, en donde el Consejo Local de Salud del CECOSF Sergio Donoso obtiene financiamiento para el proyecto *Gestión de talentos: Patin-ando por Las Achupallas* que se inició en septiembre de 2024. El proyecto tenía por objetivo: *Fomentar factores protectores psicosociales para la salud física y socioemocional de niñas y adolescencias de la red educativa y de atención primaria de salud de Achupallas, por medio de la práctica de skateboard, actividades grupales y exámenes preventivos de salud.* La ejecución del proyecto comenzó en el mes de agosto 2024, por lo que la intervención con *storytelling* propuesta se llevó a cabo en el mes de julio con niños, niñas y adolescentes que tenían experiencia en la práctica de *skateboard* en su escuela y que fuera un insumo para generar un material que motivara la participación de otros NNA del territorio y facilitara la invitación y difusión del proyecto.

El sector de Las Achupallas cuenta con altos índices de vulnerabilidad social y económica, deficiente acceso a la locomoción pública y se encuentra dentro de los sectores

de Viña del Mar con altas tasas de deserción escolar, consumo de drogas y dinámicas familiares complejas que culminan en negligencias y vulneraciones de los derechos de NNA. Lo anterior, constituye un factor de riesgo para la salud mental y emocional infantil y adolescente, lo que se ha expresado en un aumento de la demanda hacia programas de salud mental de la Atención Primaria de Salud. Actualmente se encuentran una lista de espera para la atención. Asimismo, se constata una escasa oferta comunitaria de actividades que contribuyan a mejorar la salud mental desde los determinantes sociales en los propios territorios. Si bien la comuna cuenta con una oferta deportiva-recreativa para NNA, ésta suele centralizarse en espacios físicos ubicados en el plan de la ciudad. En el caso de la práctica del *skateboard*, el principal *Skatepark* se ubica a un costado del estadio Sausalito, alejado de la locomoción colectiva. Tampoco se cuenta con patinetas de uso comunitario, lo que sumado al costo económico que implica la adquisición de patinetas de manera particular, constituyen barreras que dificultan la práctica del deporte.

No obstante, existe un precedente de trabajo en esta línea, puesto que, en el año 2020 a través del área de Promoción de Salud del CECOSF, se financió la adquisición de cuatro tablas de *skateboard* para la escuela La Parva, institución ubicada en la jurisdicción del Centro de Salud. Contar con estos implementos permitió desarrollar un trabajo autogestionado en torno a dicha práctica en los recreos y en el *Skatepark* de Sausalito durante los años 2021 a 2023, por medio de talleres realizados por el psicólogo y monitor de dicha práctica del mismo establecimiento educacional, culminando con la participación en dos campeonatos regionales. Por lo tanto, este proyecto buscó ampliar la cantidad de destinatarios, sumando a estudiantes de la escuela La Parva y NNA que habitan el sector de Las Achupallas, con la finalidad de instaurar de manera permanente la oferta programática en el territorio. El proyecto consideró como población beneficiaria directa a NNA entre los 8 y 16 años.

Al término del proyecto las patinetas quedaron como recurso comunitario, con la finalidad de generar una continuidad en la práctica deportiva.

La contraparte de estas actividades la constituye la escuela La Parva de Las Achupallas. El establecimiento fue fundado en el año 1966 y su nombre está relacionado con su ubicación geográfica en el sector La Parva en Las Achupallas, Viña del Mar. En sus inicios, impartía educación a los cursos 1º a 4º básico alcanzando una matrícula de 60 estudiantes. Posteriormente, a partir de mejoras en la infraestructura y ampliación de los niveles de los cursos que dicta, completa el ciclo de enseñanza hasta 8º básico. La escuela se ubica en calle Estanislao Loayza, Pdo.3 1/2, Achupallas y a contar del año 2024 su directora es Margaret Grollmus Vera; la administración de la escuela corresponde a la Corporación Municipal de Viña del Mar. El establecimiento cuenta con excelencia académica, programa de integración escolar y equipo psicosocial. Sus

estudiantes suelen ser habitantes del sector de La Parva y alrededores y pertenecen a grupos familiares de gran vulnerabilidad social. La escuela ofrece los servicios de un bus de acercamiento, aunque por la cercanía con la escuela gran parte de sus estudiantes realiza el trayecto caminando. La escuela se vincula con el CECOSF por medio de la realización de eventos promocionales deportivos enmarcados en la semana de la actividad física, en la que han participado diversos jardines infantiles y escuelas del sector; y en general, las instancias que forman parte de la Comisión Mixta Salud Educación. En específico, se han desarrollado talleres y actividades asociadas con la práctica del *skateboard* reconocidas y valoradas por la comunidad educativa.

**Imagen N°1.** Fachada de la escuela La Parva con imágenes de práctica de *skateboard*.



**Fuente:** Equipo de salud CECOSF Sergio Donoso.

En el año 2023 y gracias a los aportes económicos de un nuevo proyecto, fue posible renovar la fachada de la escuela, quedando plasmados algunos elementos identitarios en sus muros como lo son perros callejeros y estudiantes andando en *skate*, situación que evidencia la importancia asignada por la comunidad educativa a la práctica de dicho deporte.

### Imágenes N°2 y N°3. Actividades con *skateboard* en la dinámica escolar.



**Fuente:** Equipo de salud CECOSF Sergio Donoso.

## 3. Conceptos claves

**3.1. Infancia.** La Convención por los Derechos de la Infancia indica que la niñez es el periodo comprendido desde el nacimiento hasta los 18 años. La mayoría de los países divide la niñez en tres etapas: primera infancia (0 a 5 años), infancia (6 a 12 años) y adolescencia (13 a 18 años). En Chile, según la sistematización entregada por el Observatorio de Derechos de la Defensoría de la Niñez (2021), la población infantil y adolescente representa el 24 % de la población. De ella, casi el 17 % de las niñas y los niños entre 0 y 9 años tiene sobrepeso u obesidad; el 70 % se atiende en el servicio público de salud y el 13 % viven situación de hacinamiento medio, alto o crítico. Los antecedentes agregan que se evidencia una disminución de la asistencia a la educación parvularia y básica entre los años 2017 y 2020, fecha en que se registra un aumento exponencial de la población infantil migrante en los últimos años. Asimismo, se señala que 9 de cada 10 niños y niñas reportan haber sentido ansiedad durante la cuarentena por la pandemia del COVID-19 y que 35 niños niñas y adolescentes fueron víctimas de trauma ocular en el contexto del estallido social.

**3.2. Salud mental.** Capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (MINSAL, 2022). En el año 2017 se formuló el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, que tiene por objetivo «contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario» (MINSAL, 2017).

**3.3. Promoción de salud.** La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (OMS, 1986). De manera complementaria, la Organización Panamericana de la Salud, OPS (2017), indica que el abordaje de la promoción de la salud implica una manera particular de colaborar: parte de las diferentes necesidades de la población, fomenta sus capacidades y sus fortalezas, empodera, es participativa, intersectorial, sensible al contexto y opera en múltiples niveles. Comunidades, organizaciones e instituciones trabajando juntas para crear condiciones y entornos que aseguren la salud y el bienestar para todas las personas.

**3.4. Determinantes sociales de la salud.** Circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (OMS, 2005). Existen determinantes sociales estructurales vinculados con el contexto sociopolítico y económico; y los determinantes sociales intermedios, asociados a los factores psicosociales. En específico, los factores protectores psicosociales son características de las personas, organizaciones y/o de situaciones que protegen, mitigan, equilibran, modifican y modulan el efecto frente a estímulos perjudiciales o ambientales que pueden afectar la salud física o mental de las personas (Cabrejo, 2014).

**3.5. Intersectorialidad.** Intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. (OPS, 2017).

**3.6. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS).** Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (MINSAL 2012). En este modelo, la promoción y la prevención de salud, y la participación social tienen un énfasis central en sus lineamientos.

**3.7. Programa Elige Vivir Sano.** Política de Estado oficializada en la Ley 20.670 del 13 de mayo 2013 y cuyo objetivo es promover factores protectores de la salud como la alimentación saludable, desarrollo de la actividad física, la vida familiar y las actividades al aire libre, como aquellas conductas y acciones que tengan por finalidad contribuir a prevenir, disminuir o revertir los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles. (Art. 1). De manera complementaria, el año 2013 se dicta la Ley 20.686, que crea el Ministerio del Deporte.

**3.8. Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2021 – 2030.** Dentro de sus objetivos de impacto busca promover la salud familiar y comunitaria, a través del fortalecimiento de la

implementación en red de la continuidad del cuidado con foco en el fomento de factores protectores; y de la participación vinculante de las personas en la implementación de los programas de salud y modelos de atención con pertinencia territorial (MINSAL, 2022). Dentro de sus lineamientos se establece mejorar los estilos de vida de la población por medio de la alimentación saludable e inocua y la actividad física, aumentar la salud mental y disminuir los factores de riesgo de la salud como tabaquismo, consumo de alcohol y/o drogas. No obstante, lo anterior, según la Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes (MINDEP, 2019) aplicada a la población entre 5 y 17 años, solo un 16,5 % de la población en edad escolar cumple con las recomendaciones de actividad física de la OMS de 60 minutos diarios; un 35,1 % es parcialmente activo y un 48,4 % inactivo. Complementariamente, los datos aportados por la Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes de 5 a 17 años (MDSF, 2023), señala que 59,5 % de los NNA consultados había realizado deporte o actividad física en la semana previa a la aplicación de la encuesta. Coincidentemente, en el reporte de notas de Chile sobre la actividad física en niños, niñas y adolescentes, el país apenas obtiene nota 3,0 de un máximo de 7,0, situándose por debajo del promedio internacional (4,0) y ubicándose en la penúltima posición de los 49 países evaluados (Cortínez y Aguilar, 2017). Según el MINSAL (2022), solo 1 de cada 5 niños y niñas de 9 a 11 años es físicamente activo; y del total de la población, solo señala realizar una actividad deportiva entre el 14% y 26% de la población encuestada.

**3.9. Plan Comunal de Promoción de Salud.** Es una herramienta de gestión que define prioridades y estrategias para la promoción de la salud en la comuna. En Viña del Mar, el Plan Trienal de Promoción de Salud 2022-2024 considera el financiamiento de actividades deportivas para niños, niñas y adolescentes durante su vigencia.

## 4. Diseño metodológico

### 4.1. Estrategia teórico-metodológica basada en la reflexión-acción *Storytelling*

### 4.2. Objetivo

Motivar la inscripción en la práctica de *skateboard* en niños, niñas y adolescentes adscritos al CECOSF Sergio Donoso y escuela La Parva, mediante el desarrollo de un *storytelling* colectivo elaborado con estudiantes de la escuela en base a su experiencia con dicho deporte.

### 4.3. Población objetivo

Estudiantes de escuela La Parva con interés en participar en talleres de *skateboard*.

#### 4.4. Organización del proceso

La realización de *storytelling* implicó la realización de las siguientes actividades previas, en vistas al desarrollo del proceso en forma adecuada.

- a. Identificación de estudiantes que han practicado *skateboard* en la escuela La Parva y/o que deseen participar de los talleres asociados al proyecto *Gestión de talentos: Patin-ando por Las Achupallas*, que se iniciará en septiembre de 2024.
- b. Envío de consentimientos informados a padres, madres y apoderados (as) o adultos(as) responsables para autorizar la participación estudiantil en la sesión grupal para la construcción del *storytelling*. Envío en el mes de junio 2024, antes del inicio de vacaciones de invierno.
- c. Recepción y revisión de los consentimientos informados. Semana 8 al 12 de julio 2024.
- d. Preparación del material y estructura de la sesión para el *storytelling*. Semana del 10 al 17 de julio 2024.

En atención al trabajo con infancia, las fases metodológicas del *storytelling* han sido homologadas a la secuencia que se describe a continuación:

**Tabla N°2.** Homologación de fases metodológicas de *storytelling* para trabajo con infancia.

Fases metodológicas <i>Storytelling</i>	Homologación de fases para trabajo con infancia
Etapa 0: Contextualización.	Fase de contextualización.
Etapa 1: Evocación y memoria. Etapa 2: <i>Storytelling</i> . Momento 1: Activación de conocimiento, información, saberes y presaberes. Momento 2: Escritura. Momento 3: Redacción.	Fase de desarrollo.
Momento 4: Revisión y reestructuración narrativa. Etapa 3: Externalización.	Fase posterior.

**Fuente:** Equipo de salud CECOSF, Sergio Donoso.

## 5. Resultados

### 5.1. Descripción del proceso por etapas metodológicas definidas para *storytelling* adaptadas para el trabajo con infancia

#### a. Fase de contextualización

La creación del *storytelling* se contextualiza en el marco del proyecto «Gestión de talentos: Patin-ando por Las Achupallas» que inició en septiembre de 2024, por lo que su aplicación está asociado a la fase de difusión e inscripción de participantes. Por ese motivo, la actividad se realizó en el mes de julio 2024, dado que la difusión estuvo programa para el mes de agosto 2024. Los resultados del proyecto sirvieron para enfocar la intervención en habilidades socioemocionales que acompañaron la práctica deportiva. A su vez, en el relato aparecerán dibujos, reacciones y narrativas que facilitarán la construcción de vínculos con estudiantes.

#### b. Fase de desarrollo

A continuación, se expone el relato detallado de la implementación de la fase de desarrollo.

Fecha: jueves 18 de julio de 2024

Hora: 14:00 horas

Lugar: Escuela La Parva

**Primer momento: Presentación y creación de un ambiente de confianza y distención para lograr el objetivo definido**

**Imagen N°4.** Primer momento de trabajo.



**Fuente:** Equipo de salud CECOSF Sergio Donoso.

## Descripción

Para el primer momento, se disponen estudiantes y guías en una mesa redonda en la sala CRA del establecimiento educacional. Se comparten algunos comestibles y bebibles saludables. Participan 6 estudiantes, el psicólogo e instructor, Juan Fritis y la dupla responsable del proyecto.

La trabajadora social, Daniela García y el psicólogo, Juan Fritis realizan la contextualización de la actividad y exponen detalles del proyecto «Gestión de talentos: Patin-ando por Las Achupallas».

## Segundo momento: Explicación de la técnica y alcances generales para la construcción de un comic

**Imagen N°5.** Segundo momento de trabajo.



**Fuente:** Equipo de salud CECOSF Sergio Donoso.

## Descripción

Se presenta la técnica a utilizar y las instrucciones de construcción de un comic, los que corresponden a:

**Inicio.** Elegir un personaje principal, asignando un nombre ficticio, edad y curso. Situar el personaje en un lugar de Las Achupallas. El personaje tiene amigos o compañeros(as) de curso.

**Problema central.** El personaje tiene un problema: por primera vez es invitado a practicar *skateboard* en el taller de la escuela La Parva, pero tiene miedo a ser víctima de *Acoso escolar* (problemática elegida por estudiantes) ¿Cómo soluciona el personaje las dificultades?

### Fin de la historia

Agente comunitaria, Isabel Rivera explica la técnica a utilizar y alcances generales en la construcción de un comic.

Surge de manera espontánea un diálogo entre las monitoras y los NNA en torno a esta práctica deportiva en la cual se sondea la capacidad de identificar sus emociones y sentimientos a través de la selección de emoticones.

### Imágenes N°6 y N°7. Evidencias de trabajo.



**Fuente:** Equipo de salud CECOSF, Sergio Donoso

Se observa que los sentimientos más comunes son el miedo a caerse y hacerse daño, la vergüenza y el temor al ridículo, que se rían de ellos(as) y que les hagan *acoso escolar*.

Se crea al personaje ficticio, cuidando que el nombre también lo sea y no pertenezca a ningún estudiante en particular.

Debido al tiempo, el inicio del *storytelling*, se realiza de manera escrita en modalidad de pequeños grupos, pero el desenlace es conversado de manera grupal (en esta parte se graba el audio).

Una de las guías, adopta el personaje (NNA con temor al *acoso escolar* asociado al riesgo de caídas) e indica al grupo darles palabras de apoyo y convencerle de asistir al taller.

**Imagen N°8.** Evidencias de trabajo.



**Fuente:** Equipo de salud CECOSF, Sergio Donoso.

Se observa mucho entusiasmo en las respuestas frente a la siguiente situación:

**Personaje:**

«Bueno, tengo ganas de ir al taller, pero no estoy muy convencida, tengo un poco de miedo. ¿De qué manera ustedes motivarían a alguien que se siente así?».

**Respuestas:**

«Bueno, yo creo que la mejor manera de motivarla es que allá va a conocer nuevos amigos, va a llevar una buena experiencia andando en patineta y van a haber unos profes que tienen toda la paciencia del mundo para enseñarle y la va a pasar super bien. Vaya, la dejamos invitada».

«Lo principal es que va a aprender y a conocer amigos».

«y también el profe, le va a enseñar a cómo hacer trucos de skate».

«Todos han aprendido a hacer trucos allá, con el profe».

«La primera vez, es cuando no te sale, pero ya después te va a salir».

**Sobre el profesor:**

«Si te caes, él te va a dar muchas oportunidades».

«Además si te caes, él te va a decir en que está fallando, como para después hacerlo de nuevo».

«Va a estar el profesor para ayudar y nos va como a alentar para que no paremos y no nos dejemos vencer cuando nos caímos por primera vez».

«Estamos nosotras para ayudarla a levantarse».

«Va a tener protecciones como casco, rodilleras y coderas».

**Personaje:**

«¿y si el grupo no quiere ser mi amigo o me apartan?»

**Respuestas**

«Es que ahí vamos a ser todo un grupo y no la vamos a apartar, o sea vamos a estar todos unidos entrenando el skate»

**Personaje:**

«¿Por qué es tan bueno el profe?»

**Respuestas:**

«El profe es un psicólogo que va a tener toda la paciencia del mundo para poder enseñarle, nunca se va a estresar con los niños».

**Tercer momento. Cierre y despedida**

El equipo ejecutor agradece la participación estudiantil.

Se recuerda que sus aportes serán fusionados para construir una única historia en modalidad comic que será utilizada en la difusión del proyecto y que tienen cupo prioritario para participar en los talleres que se desprenden del mismo.

**Imagen N°9.** Evidencias de trabajo.



**Fuente:** Equipo de salud CECOSF Sergio Donoso.

**c. Fase posterior**

**Análisis y conclusiones por parte del equipo ejecutor.**

**19 de julio de 2024 a 26 de julio de 2024.**

En los diálogos del cómic se manifiesta por unanimidad estudiantil el temor a ser víctima de acoso y de burlas por iniciar una práctica deportiva en la que se debe demostrar habilidades motrices, energía, seguridad, equilibrio y confianza. Lo anterior indica que se debe dar énfasis en generar la autoconfianza en quienes participan como factor protector para el ejercicio de la práctica deportiva. A partir de los relatos expresados en relación con el profesor, se concluye que tienen confianza en el profesor y que sabrá guiarlos de manera efectiva. Se observa motivación y entusiasmo por el desarrollo de la práctica deportiva, manifestando su interés por participar del proyecto. Como conclusión, se puede decir que la técnica *storytelling* es una excelente manera de motivar a los NNA a narrar una historia en la que logren transmitir sensaciones, emociones y sentimientos en torno a un problema y que logren aplicar las herramientas para vencer las dificultades que surgen en cualquier práctica. Dicha técnica pretende generar una reacción en el receptor, sensibilizar y reflexionar para generar acciones de cambio. En esta actividad se observaron que existen factores protectores tales como la confianza de los padres para autorizar la participación en este taller; la experiencia infantil en la práctica del deporte y testimonios que alientan a seguir el ejemplo y la confianza en el

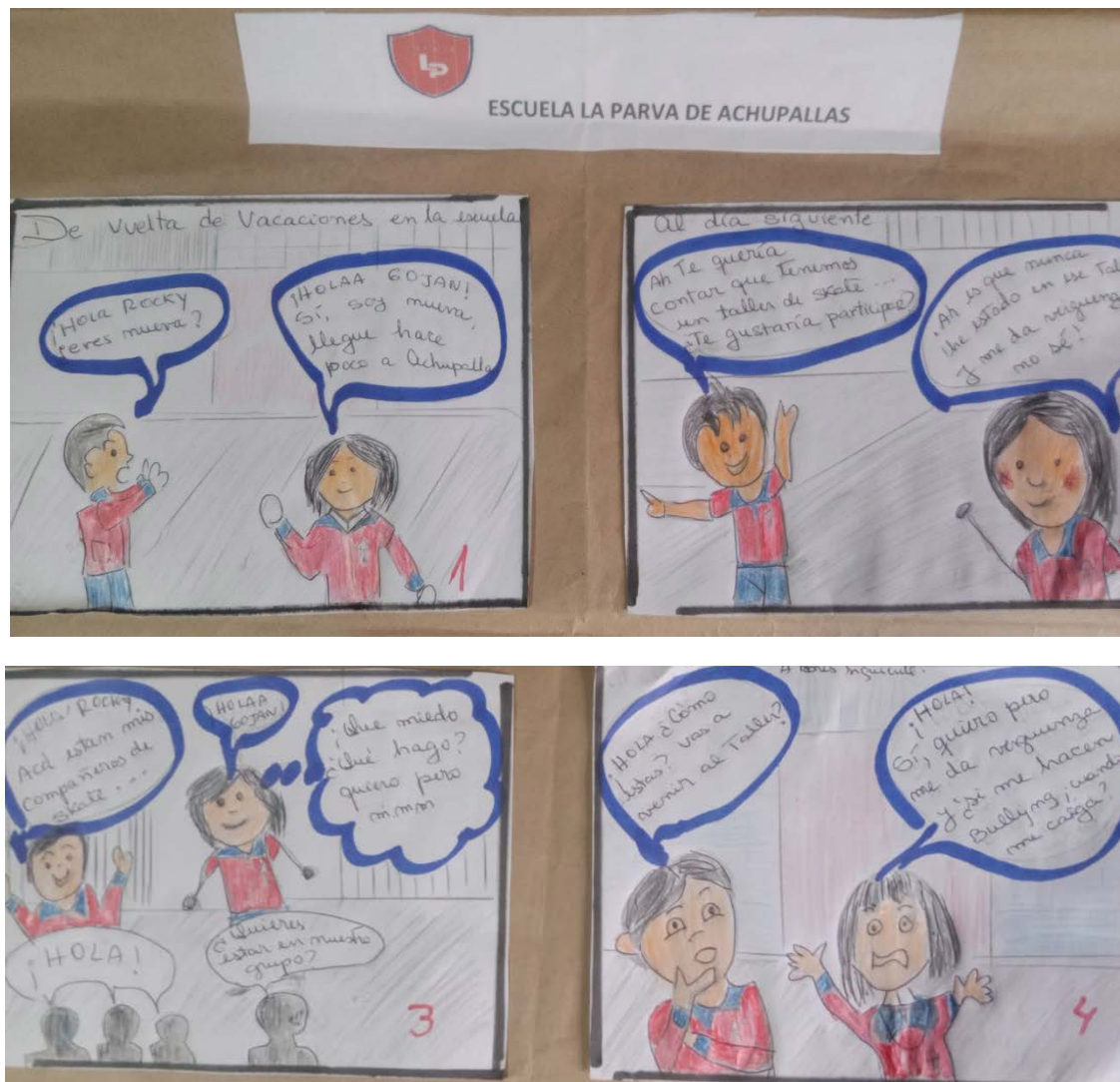
monitor del taller. Considerando la escasez de espacios recreativos en el sector donde viven, estas iniciativas deportivas permiten generar en la población infantil y juvenil la posibilidad de desarrollar habilidades sociales, físicas y mejorar su bienestar general y alejarlo de los factores de riesgo. Este modelo de intervención puede seguir implementándose en el colegio y en organizaciones comunitarias.

## 5.2. Síntesis de resultados

### a. Resultado de *storytelling* en formato comic

A partir de la información disponible, puede exponerse en detalle el comic elaborado por el grupo de estudiantes y que registra la dinámica desarrollada en la sesión.

Imágenes N° 10, N°11 y N°12. *Storytelling* en formato comic.





**Fuente:** Equipo de salud CECOSF Sergio Donoso.

## b. Resultados por fase

Asimismo, a partir de la información disponible, pueden establecerse los siguientes resultados obtenidos del proceso desde cada fase de trabajo realizada.

**Tabla N° 2.** Resultados obtenidos del proceso organizados por fase.

Fase	Actividad principal	Resultados obtenidos
Fase previa.	Preparación y organización.	Coordinaciones realizadas por parte del equipo ejecutor resultan exitosas.
Fase de desarrollo.	Primer momento convivencia.	Ambiente distendido facilita compartir entre estudiantes y con el equipo responsable.
	Segundo momento explicación y desarrollo del <i>storytelling</i> .	Atención e interés de estudiantes participantes en el desarrollo del <i>storytelling</i> . Obtención de relatos y narrativas.
	Tercer momento: Resumen de lo expresado en la historieta. Agradecimiento y despedida.	Ambiente de confianza y alegría por participar en el Proyecto patinando por Las Achupallas.
Fase posterior.	Reflexiones y aprendizajes.	Integración de resultados obtenidos en la actividad con inicio del proyecto a ejecutar.

**Fuente:** Equipo de trabajo.

### c. Resultados temáticos

Asimismo, es posible identificar los siguientes resultados obtenidos como aprendizajes temáticos relevantes:

**El acoso escolar como factor de riesgo para la práctica deportiva.** La unanimidad grupal para la identificación de la problemática a desarrollar en el *storytelling* (miedo al *acoso escolar*), se configura como factor de riesgo para nuevos participantes del proyecto «Gestión de talentos: Patinando por Las Achupallas», que, desconociendo al profesor y compañeros(as) con quienes se relacionarían, podría configurarse como un obstáculo en la motivación y decisión de inscribirse en los talleres. Es por ello, que la creación de este *storytelling* fue fundamental para su uso en la fase de difusión y convocatoria. El grupo logró problematizar el *acoso escolar* e identificar frases motivacionales relacionadas al compañerismo que se genera en el desarrollo de esta práctica deportiva grupal.

**El profesor como factor protector de la práctica deportiva.** Este resultado surge como un valioso hallazgo para fomentar el interés y confianza de nuevos participantes. Diversos relatos estudiantiles destacan las habilidades y destrezas del instructor en la enseñanza relacionada a la práctica de *skateboard*, considerándolo como un factor protector para el aprendizaje y la autoconfianza.

## 6. Reflexiones finales

El dinamismo de los determinantes sociales en salud genera la necesidad de una permanente reflexión y actualización de las metodologías y prácticas para el ejercicio profesional. Surge la necesidad de contar con mayores espacios para la reflexión del quehacer y la sistematización de experiencias de profesionales que se desarrollan en la realidad social. Sin embargo, debido a la permanente demanda asistencial, muchas veces se desplaza y se pierde la oportunidad de desarrollo de las diversas metodologías vistas en el curso, cuyos resultados podrían ser un valioso aporte para la retroalimentación cualitativa de la política pública y los planes y programas en que se materializa, en la medida que pudiesen llevarse a cabo de manera sistemática. Por lo tanto, es frecuente que las intervenciones comunitarias y la riqueza de sus procesos sociales queden al margen de los reportes estadísticos que habitualmente retroalimentan a la política pública.

Como equipo de salud, se valoran los aportes de trabajo social como encargado de las áreas de promoción de salud, participación social y Modelo Integral de Salud Familiar del CECOSF, Sergio Donoso, dado que el curso propició la reflexión e integración de enfoques, herramientas y metodologías para el ejercicio profesional en el ámbito de salud comunitaria y la necesidad imperante de profundizar y robustecer las intervenciones en dicho ámbito. Sin embargo, es un gran desafío relevar las prácticas comu-

nitarias en un contexto de constante demanda asistencial y trabajo administrativo. Es deseable que el producto de este curso encuentre espacios de difusión para la visibilización de experiencias y sensibilización de los equipos de salud en forma transversal. Asimismo, desde la perspectiva del rol de agente comunitario, se valora la comprensión de los procesos que generan las relaciones sociales en comunidad, sus conflictos y sus necesidades que surgen en el marco de una historia cultura, política, personal y emocional compartida en el tiempo y en el territorio.

Desde la perspectiva de la técnica *storytelling*, se considera que resulta útil para recoger datos de manera lúdica y creativa, permitiendo al grupo representar sus emociones a través del diseño o dibujo. Se diferencia de otras técnicas por construcción de un relato simple y gráfico, que facilita la comunicación entre pares, aportando el trabajo con la infancia y la adolescencia. Finalmente, se reconoce que el curso sobre metodologías para la acción-reflexión, propició a las profesionales implicadas un espacio de detención y auto observación del ejercicio laboral en los ámbitos de promoción y prevención de salud con enfoque comunitario, pudiendo profundizar en la integralidad de los procesos y su impacto en la población usuaria.

**Imagen N° 13.** Implementos deportivos *skateboard*.



**Fuente:** Equipo de salud CECOSF Sergio Donoso.

## Referencias bibliográficas

- Cabrejo, A, (2014). *Factores psicosociales y bienestar del trabajador en investigaciones realizadas en Colombia y España, durante el período 2002 – 2012*. Tesis de Magister. Universidad del Rosario. <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/a163c421-7309-40ab-ab3e-14feefd250a8/content>
- Cortínez, A, y Aguilar, N. (2017). *Reporte de notas chileno sobre la actividad física de niños, niñas y adolescentes 2016*. Ediciones Universidad de La Frontera. <https://www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2018/11/chile-report-card-long-form-2016.pdf>
- Defensoría de la Niñez (2021). Datos claves y estadísticas de la niñez y adolescencia en Chile. *Informe Anual 2021. Derechos humanos de niños, niñas y adolescentes en Chile. 203-209*. [https://www.defensorianinez.cl/informe-anual2021/wpcontent/uploads/2021/11/panorama\\_estadistico\\_general.pdf](https://www.defensorianinez.cl/informe-anual2021/wpcontent/uploads/2021/11/panorama_estadistico_general.pdf)
- MDSF (2023). *Encuesta Nacional sobre actividades de niños, niñas y adolescentes*. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/eanna-2023>
- MINDEP (2019). *Encuesta Nacional de actividad física y deporte en menores de 5 a 17 años*. Ministerio del Deporte. <https://ligup-v2.s3-sa-east-1.amazonaws.com/sigi/media/Resumen-Encuesta-de-h%C3%A1bitos-2019.pdf>
- MINSAL (2022). *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios*. Ministerio de Salud. <https://cens.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf>
- MINSAL (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Ministerio de Salud. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/889>
- MINSAL (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria*. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/1057>
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>
- OMS (2005). *Determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22>.

OPS (2017). *Documento conceptual: intersectorialidad, Concurso de experiencias significativas de Promoción de la Salud en la región de Las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>

República de Chile (2013). Ley N°20.670. Crea el Sistema Elige Vivir Sano. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Servicios Sociales. <https://bcn.cl/2etl2>

República de Chile (2013). Ley N°20.686, Crea el Ministerio del Deporte. Ministerio de Desarrollo Social. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Ministerio de Hacienda. <https://bcn.cl/24lao>

## 6. Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción *podcast*

### 6.1. Bases conceptuales. El *podcast* como herramienta en salud

El *podcast* se define como archivos digitales de audio o video, que se agrupan en plataformas de fácil acceso, permitiendo a la audiencia escuchar lo que quiere, cuando quiere y donde quiere, proporcionando información actualizada y disponible (Rainsbury and McDonnell 2006; Sandars 2009). Dadas sus características de accesibilidad y libre disponibilidad —en los últimos años— el *podcast* se ha convertido en un medio de preferencia de la población. En Chile, 1 de cada 4 personas escuchan este formato y un 45 % ha escuchado algún *podcast* alguna vez (Álvarez, 2023). Existen muchas categorías temáticas de *podcast*, existiendo los de entretenimiento, entrevistas, ficción, salud y bienestar, arte, humor, noticias, conversacionales, entre otros. Un estudio interno de Spotify revela que un 60 % de su audiencia escucha los *podcasts* por educación lo que representa una oportunidad interesante para el trabajo en salud (Crowd, 2018).

El *podcast* utiliza un lenguaje accesible y amigable, lo que genera cercanía. Para comenzar un proyecto de *podcast*, se pueden seguir las siguientes orientaciones:

- a. Definir la motivación del proyecto. Una pregunta posible para hacerse es ¿Por qué están iniciando un *podcast*?
- b. Elegir un tema que brinde identidad al *podcast*, ¿De qué tema les interesaría hablar en extenso y por varios episodios y/o temporadas?
- c. Definir el formato del *podcast*:
  - Formato del *podcast*: Solo audio o *videopodcast*.
  - Equipo: Solo una persona o un grupo de gente. Si es en equipo, pensar en la distribución de tareas para poder aprovechar las habilidades de cada integrante: producción, investigación, conducción, preparación de los capítulos, etc.
  - Categoría de *podcast*: De entrevistas, de discusión, de narrativas de ficción, de actualidad y noticias, educativo, otros.
- d. Definir su audiencia, ¿A quién quieren llegar? ¿Cuáles son sus características?, ¿Qué les interesa?, ¿De qué manera les aportaría su *podcast*?
- e. Crear la «marca» o identidad gráfica de su *podcast* (nombre del *podcast*, logo, cuña y descripción que invite a su audiencia objetivo).
- f. Crear la introducción y cierre del *podcast*.

- g. Diagramar en general un par de capítulos, para asegurar un hilo conductor e identitario del *podcast*.
- h. Crear los guiones para esos capítulos.

Sobre la dimensión técnica de los podcasts, si bien existen implementos como micrófono o pop filter, no es realmente necesario tener equipos sofisticados, particularmente si no se cuenta con el presupuesto para ello. En su lugar, es necesario e importante cuidar los detalles, tales como que la ubicación del lugar de grabación sea lo más silencioso posible y que si es un formato audiovisual, sea estéticamente agradable. Se debe cuidar contar con una buena conexión a Internet y tener cargados los equipos que serán utilizados.

Los *podcasts* han reportado resultados interesantes para el trabajo en salud. Tanin-grum *et al.*, (2024) obtuvieron un significativo aumento de literacidad en adolescentes de enseñanza media mediante el uso de este formato, destacando la flexibilidad y accesibilidad el *podcast*, ya que se pueden escuchar en cualquier lugar y en cualquier momento. Sanz *et al.*, (2021) consideran el *podcast* como una herramienta de participación ciudadana en una intervención intergeneracional entre personas mayores y estudiantes. Mai (2024) realiza una investigación sobre *podcast* de autocuidado en salud mental y su impacto en la salud mental de adolescentes, obteniendo como resultados que estos podcasts sirven como un recurso valioso para personas que buscan apoyo y orientación para mejorar su salud mental y bienestar. Destacan nuevamente la accesibilidad del formato, indicando que es crucial para aquellas personas que dudan en buscar formas tradicionales de apoyo debido al estigma o al miedo a ser juzgados. Además, sus aportes no se limitan solo a la información y estrategias de afrontamiento proporcionadas, sino que también fomentan un sentido de comunidad entre los oyentes, lo que puede ayudar a reducir los sentimientos de aislamiento y soledad. Adicionalmente, se ha descubierto que presentan información en tiempo real sobre acontecimientos actuales, descubrimientos científicos y cambios sociales, mediante una diversidad de perspectivas e interdisciplinariedad, lo que aporta profundidad y dinamismo para la educación y la participación del público (Kulkov *et al.*, 2024).

## Referencias bibliográficas

Álvarez, C. (2023, 23 de octubre) Los beneficios de escuchar un podcast: expertos revelaron particular conexión. Radio Biobío. <https://www.biobiochile.cl/noticias/salud-y-bienestar/mente/2023/10/22/los-beneficios-de-escuchar-un-podcast-expertos-revelaron-particular-conexion.shtml>

- Kulkov, I., Kulkova, J., Rohrbeck, R., & Menvielle, L. (2024). Leveraging Podcasts as Academic Resources: A Seven-step Methodological Guide. *International Journal of Qualitative Methods*, 23. <https://doi.org/10.1177/16094069241266197>
- Mai, Nguyen-Hoang (2024). *The Importance of Self-Development Podcasts to Improving Mental Health in Generation Z. BiD*, 52. <https://doi.org/10.1344/BID2024.52.04>
- Rainsbury, J. W., & McDonnell, S. M. (2006). Podcasts: an educational revolution in the making? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(9), 481–482. <https://doi.org/10.1177/014107680609900924>
- Sanz-Molina, L., Gómez-Redondo, S., & Jiménez-García, E. (2021). Tiempos de pandemia: el podcast y la participación como herramienta de encuentro y salud intergeneracional. *Acciones E Investigaciones Sociales*, (42). [https://doi.org/10.26754/ojs\\_ais/ais.2021426231](https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426231)
- Taningrum, N., Kriswanto, E. S., & Pambudi, A. F. (2024). From headphone to health: utilizing podcast to improve the nutrition literacy of high school students. *Retos*, 59, 267–273. <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/index>



## **6.2. Modelamiento y validación. Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción podcast**



## Proyecto: Podcast como herramienta de comunicación y difusión de las reuniones del Consejo Local de Salud y Comité Gestión Usuario del CECOSF Villa Hermosa

### 1. Antecedentes

Centro Comunitario de Salud Familiar	Villa Hermosa.
Equipo de salud	Cecilia Escamilla Figueroa, agente comunitaria. Beatriz Guerrero Carmona, trabajadora social. Marlene Moraga Olivos, matrona.
Estrategia reflexión acción	Podcast.
Tutora	Prof. María Paz Martínez Rubio.

### 2. Contexto de aplicación

El CECOSF Villa Hermosa es un centro de Atención Primaria ubicado en Avda. Alemania 850, Villa Hermosa, comuna de Viña del Mar. Su gestión sanitaria está basada en el enfoque del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, con énfasis en la promoción y prevención en salud. Su labor está dirigida preferentemente a la comunidad y se centra en la continuidad de los cuidados y en el acompañamiento de las familias en el proceso de salud-enfermedad a lo largo del curso de vida. De acuerdo con la cartera de prestaciones de los centros de Atención Primaria, el establecimiento ofrece atenciones enmarcadas en los diversos programas de salud, relacionados al curso de vida, los que corresponden a Programa de Salud de la Infancia, Programa de Salud de la Adolescencia, Programa de Salud de la Adulthood, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Programa de Salud Odontológica y Programa de Salud Mental. Cada programa está asociado a indicadores de medición mensual y determinan el desarrollo de estrategias que propenden a mejorar la salud usuaria. La población a cargo alcanza a 4.831 personas y está conformada por diversos grupos etarios, los que corresponden a 557 niños y niñas, 697 adolescentes, 2.819 personas adultas y 758 personas mayores. Según el Registro Social de Hogares, el sector alcanza un 70 % de población vulnerable y su población migrante corresponde al 1.23 % de la población total inscrita, con un total de 52 personas. A mayo del 2024, el CECOSF presentaba un nivel de cumplimiento de metas sanitarias que alcanzaba el 76,61 % de rendimiento, por lo que ocupaba el octavo lugar de cumplimiento en la Red de Atención Primaria comunal (Dirección Área Salud, 2024).

El CECOSF cuenta con un Consejo Local de Salud (CLS), instancia formal conformada por personas representativas de la comunidad y del centro de salud para realizar un trabajo conjunto. Sus principales funciones corresponden a tomar parte en las decisio-

nes relativas a los problemas de la salud de la comunidad; evaluar cómo se resuelven los problemas en el centro de salud; idear estrategias de trabajo adecuadas a la realidad local para darle solución a los problemas; estar al día en las inquietudes de salud de la comunidad para informar al centro de salud; y, servir de nexo entre la comunidad y las autoridades. Su objetivo principal se orienta a que la comunidad participe de manera activa y colaborativa con la gestión del centro de salud. Sin embargo, en la actualidad existe una baja participación comunitaria y escaso involucramiento en las políticas públicas de salud implementadas a nivel local. De acuerdo con lo observado en las reuniones del Consejo Local de Salud y del Comité Gestión Usuaría OIRS del CECOSF Villa Hermosa, la participación social se ha visto afectada por la baja asistencia de las personas asociadas y de la población usuaria a este tipo de actividades, lo que afecta directamente el rol activo de la comunidad en la toma de decisiones en el ámbito de la salud. Es por lo que se propone difundir el funcionamiento de estas instancias de participación a través de la estrategia de podcast.

### 3. Conceptos claves

El funcionamiento del Consejo Local de Salud como instancia de participación comunitaria, se encuentra formalmente reconocida en las políticas de salud, dado que se rige por la Ley 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública de Chile, la que establece mecanismos para la participación de la ciudadanía en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas. Este marco legal permite realizar consulta ciudadana, mesa de diálogo y trabajo conjunto con la comunidad a través de la instancia conformada por los Consejos Locales de Salud.

A lo anterior se agregan los fundamentos de Atención Primaria para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS (MINSAL, 2012), que centra el interés en la persona como un ser integral que tiene la capacidad de decidir sobre sus necesidades tanto individuales como colectivas, permitiendo que la población se convierta en la protagonista de su propia salud y se empodere para tomar decisiones informadas sobre su bienestar. Al involucrarse en las políticas de salud y en la Atención Primaria, la ciudadanía puede influir en la toma de decisiones y en la planificación de los servicios de salud, asegurando que se ajusten a sus necesidades y preferencias. La participación ciudadana según el MINSAL (2016) es entendida como «la capacidad de distintos actores sociales de organizarse, movilizar recursos y desarrollar acciones, con el fin de incidir en las decisiones que les afectan» (p.1), por lo que esta puede ser un proceso individual o colectivo e involucrar al conjunto de la ciudadanía o a grupos organizados de la comunidad.

La participación social ayuda a identificar las necesidades y prioridades de la comunidad, así como las barreras o deficiencias en las prestaciones de servicios. La ciudadanía

puede aportar su conocimiento y experiencia para mejorar la calidad de la atención y contribuir a la implementación de medidas preventivas y de promoción de la salud. Además, promueve la transparencia en la toma de decisiones y en la asignación de recursos en el ámbito de la salud, dado que la ciudadanía tiene derecho a conocer cómo se utilizan los recursos públicos y a exigir la rendición de cuentas de las autoridades y de los prestadores de servicios de salud. Según la OPS (2016), la participación genera salud en sí misma y es esencial para la efectividad y sostenibilidad de las acciones de promoción de la salud. Promover la salud es generar espacios de participación, trabajar en red, reforzar el papel de las comunidades y potenciar sus activos y capacidades para que puedan abogar por sus necesidades y perspectivas. Para ello, es clave empoderar a las personas y a las comunidades para que puedan ser involucradas de forma significativa en la toma de decisiones que afectan a su vida.

Es así como la participación social o ciudadana puede contribuir a reducir las inequidades en el acceso a los servicios de salud, dado que, al involucrar a la comunidad en la planificación y evaluación de los servicios de Atención Primaria, se pueden identificar y abordar las barreras geográficas, económicas, culturales o sociales que limitan el acceso a la atención de calidad. Finalmente, la participación de las comunidades permite priorizar la prevención y promoción de la salud. Según la OPS (2016), la promoción de la salud requiere de la participación, inclusión e implicación de distintos actores sociales, de manera de otorgar pertinencia a las acciones, en el ámbito de lo individual y familiar y entornos más cercanos. Esto para incidir en cambios culturales más profundos que, a su vez, abran nuevas posibilidades donde las personas asuman su rol de ciudadanía activa, convirtiéndolos en protagonista de sus propios procesos de cambio. Es por lo que la ciudadanía puede contribuir a diseñar estrategias de educación y promoción de estilos de vida saludables, así como a la identificación de factores de riesgo y enfermedades emergentes.

Es importante señalar que para que exista participación social o comunitaria, debe existir una adecuada comunicación social, como estrategia de promoción de la salud. Esta tiene el papel de sensibilizar, crear un contexto favorable para el cambio, dar información, aumentar la motivación para actuar y contribuir al empoderamiento de individuos y comunidades (Salinas, 2022). En este sentido Tillería (2017), plantea que la comunicación como práctica social, se erige como un espacio de constitución de lo social que hace posible una articulación democrática y equitativa de la sociedad. Esto permite abordar la situación de salud a través de un enfoque colectivo, con una visión ética y política que permita transformar la realidad y reconocer la comunicación como herramienta clave del enfoque. Lo anterior implica habilitar la participación de la comunidad de manera no solo consultiva o informativa, sino desde la colaboración. Por ejemplo, la comunicación y diversas formas de cultura y prácticas artísticas han sido utilizadas como herramienta de participación de y para los movimientos sociales

generados por la población usuaria en salud, como se puede observar con los videos o grabaciones que se comparten a una determinada audiencia. Es así como la grabación de las reuniones como estrategia de difusión permite mejorar la participación social. La difusión a través de la grabación invita a la ciudadanía a participar de manera activa y consciente en los asuntos que afectan a su comunidad. Las grabaciones permiten que aquellos que no pueden asistir a las reuniones de manera presencial, puedan conocer y estar informados de lo que se discute y decide. Es así como también con esta estrategia se promueve la transparencia en la toma de decisiones y brinda acceso a la información a todos los miembros de la comunidad. Esto ayuda a evitar la opacidad y fomenta la confianza en las autoridades y en el proceso de toma de decisiones. Además, permite que los representantes electos y funcionarios públicos rindan cuentas ante la comunidad. La ciudadanía puede evaluar y supervisar el desempeño de sus representantes y hacer seguimiento a las decisiones tomadas. Por último, las grabaciones de estas actividades se convierten en un registro histórico de las decisiones y acciones tomadas por las autoridades y la comunidad. Esto permite preservar la memoria colectiva y facilita el análisis y la evaluación de los resultados obtenidos a lo largo del tiempo.

## **4. Diseño metodológico**

### **4.1. Estrategia teórico-metodológica basada en la reflexión-acción seleccionada Podcast**

### **4.2. Objetivos**

#### **Objetivo general**

Promover la participación usuaria en las instancias representativas de la comunidad que funcionan regularmente en el CECOSF Villa Hermosa.

#### **Objetivos específicos**

1. Desarrollar podcast que permitan el registro y difusión de las reuniones de Consejo Local de Salud y del Comité Gestión Usuaria OIRS a la población usuaria del CECOSF Villa Hermosa.
2. Informar las decisiones y acciones acordadas por las instancias representativas de la comunidad a la población usuaria del CECOSF Villa Hermosa.
3. Difundir las actividades de participación comunitaria del CECOSF Villa Hermosa a población usuaria, equipo de salud y red local.

### 4.3. Temas de interés para realización de podcast

Los temas de interés para la realización de podcast corresponden a la participación comunitaria y a la promoción de la salud de la población usuaria del CECOSF Villa Hermosa.

### 4.4. Definición de audiencias

Para evaluar la conveniencia de la estrategia seleccionada, se realizó una consulta sobre uso de recursos digitales a 45 personas usuarias del CECOSF que poseen alfabetización digital regular. Los resultados indican que el principal medio informativo de contenido inmediato que se reconoce corresponde a WhatsApp y que 15 personas ocupan y manejan podcast en forma regular. Esta información permite validar el uso de la estrategia seleccionada, contar con una audiencia local identificada y proyectar un incremento en su utilización en el mediano plazo.

Asimismo, se cuenta con 1.600 seguidores de *fanpage* CECOSF, quienes se caracterizan principalmente por ser mujeres adultas jóvenes, con hijos en edad escolar, dueñas de casa o trabajadoras que les interesa conocer por medios digitales acerca del funcionamiento del CECOSF, sus lineamientos técnicos y estar al día con el trabajo que desarrolla el Consejo Local de Salud. La mayor ventaja del podcast es que aporta información actualizada de los diferentes temas relacionados con el CECOSF y el CLS, junto con permitir la libre opinión de la audiencia, sin la necesidad de participar de manera presencial en las reuniones formales.

### 4.5. Creación de marca o identidad gráfica

Se define como nombre del podcast *Villa Hermosa, participa y escucha en comunidad*.

### 4.6. Criterios de definición y desarrollo de los temas

Los temas que revisten interés para la comunidad y el equipo de salud del CECOSF Villa Hermosa corresponden a los siguientes:

- a. Características de funcionamiento de CECOSF
- b. Promoción de la salud
- c. Prestaciones de salud
- d. Programas anexos existentes en la comuna y dependientes de la Corporación Municipal de Viña del Mar. Programa Centro de Resolutividad de Enfermedades Ambulatorias CREA, la Unidad de Medicinas Complementarias, UMC, y el Centro Radiológico.

#### 4.7. Desarrollo de guion

Dado que el *podcast* se desarrolla a partir de una sesión de trabajo del Consejo Local de Salud El Esfuerzo de la Población Villa Hermosa, que fue realizada con fecha 23 de julio de 2024, se toma como referencia la tabla de temas que fueron tratados en esa oportunidad y que correspondieron a los siguientes:

- a. Lectura y aprobación del acta anterior.
- b. Entrega de informaciones respecto a diversas acciones de atención de salud, mejoras en infraestructura, gestión administrativa y educación sanitaria.

#### 4.8. Elaboración del *podcast*

La elaboración del *podcast* consideró las siguientes tareas asociadas:

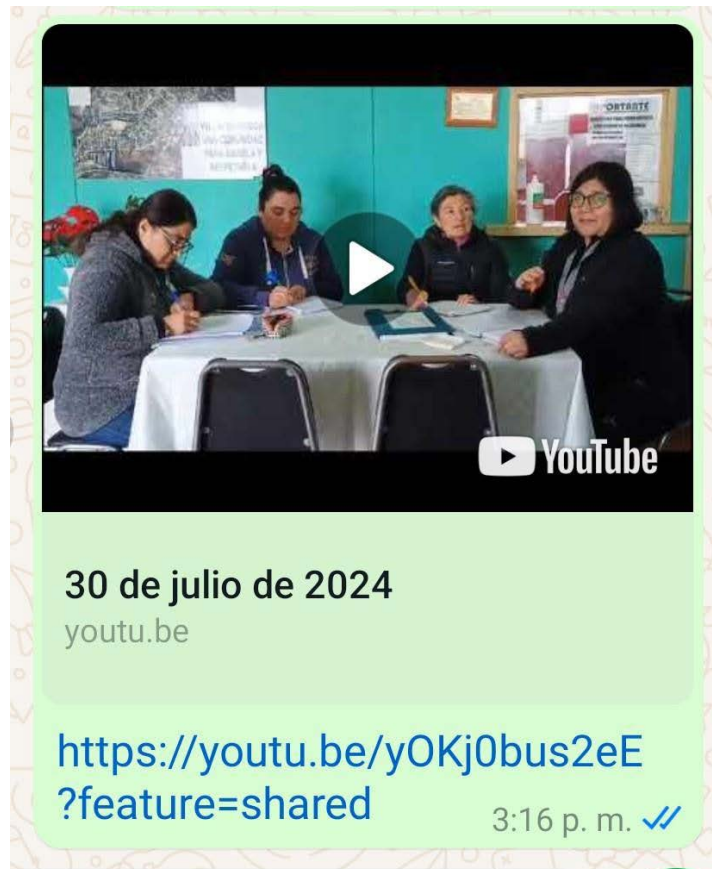
- Convocatoria y confirmación de participación de personas integrantes del Consejo Local de Salud.
- Preparación de la sala donde se realizó la reunión del Consejo Local de Salud que dio origen al *podcast*.
- Equipamiento técnico de la sala con los implementos necesarios para la grabación de *podcast* con cámara de video, soporte de cámara y micrófono ambiental.

#### 4.9. Mecanismos de difusión del *podcast*

La difusión del *podcast* considera compartir las cápsulas de grabaciones de la reunión del Consejo Local de Salud que se suben a la red social YouTube y desde ahí se enviará el respectivo enlace al canal de WhatsApp del Consejo Local de Salud y al *fanpage* del CECOSF Villa Hermosa, esperando que sea visitado y replicado por la población usuaria.

**Enlace YouTube <https://youtu.be/yOKjobus2eE?feature=shared>**

**Imagen N°1.** Podcast en red social YouTube.



**Fuente:** Captura de pantalla YouTube.

#### 4.10. Criterios de evaluación

Se considera la aplicación de una encuesta de satisfacción respecto del proyecto en general.

#### 4.11. Consideraciones éticas

Se aplicarán consentimientos informados a las personas participantes del podcast. Los consentimientos informados se encuentran al final de la grabación del podcast. Se transmitirá solo información fidedigna.

Se aplicarán las normas grupales asociadas respecto por cada integrante del grupo, evitar temas contingentes y resguardo de la información sensible.

## 5. Resultados

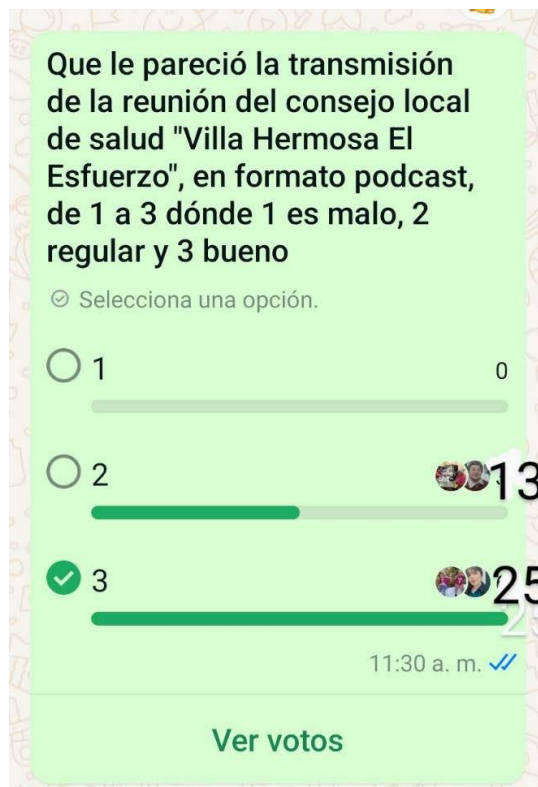
Los resultados obtenidos en la experiencia son los siguientes:

**Tabla N°1.** Actividades realizadas y resultados obtenidos

ACTIVIDAD	RESULTADOS
Reunión de Consejo Local de Salud	Realizada el 23 de julio de 2024
Edición de podcast de reunión de Consejo Local de Salud y subida a red social YouTube.	Subido el 30 de julio de 2024
Número de visitas al 31 de julio de 2024 (fecha de entrega del trabajo).	34 visitas
Aplicación de encuesta de opinión a población usuaria sobre contenidos de podcast. Alternativas de respuesta: Bueno. Regular. Deficiente.	38 respuestas totales Bueno. 25 respuestas Regular. 13 respuestas. Deficiente. 00 respuestas

**Fuente.** Elaboración propia.

**Imagen N°2:** Resultados encuesta de opinión a población usuaria sobre contenidos del *podcast*.



**Fuente:** Resultados de difusión de podcast.

## 6. Reflexiones finales

A partir de la experiencia realizada, es posible señalar que la opinión usuaria valida el uso del podcast como técnica de difusión y comunicación digital que permite la entrega oportuna de información sobre gestiones, programas y lineamientos del CECOSF y del Consejo Local de Salud, sin necesidad de estar presentes en la reunión en el mismo momento en que esta se realiza. Dado que en la actualidad las personas realizan múltiples labores y actividades, no es posible asistir periódicamente a reuniones presenciales debido a sus compromisos familiares o laborales. No obstante, las redes sociales abren una posibilidad para explorar renovadas modalidades de participación de la población usuaria por medio de un recurso que les permite mantenerse informados y actualizados conforme sus propios tiempos personales.

En efecto, tradicionalmente la participación usuaria presencial en las reuniones del Consejo Local de Salud tiene una baja adherencia, alcanzado un promedio de 5 personas con asistencia regular. Al realizar la experiencia piloto del podcast, la cifra de 34 visitas amplifica las oportunidades de contar con una población informada sobre las actividades realizadas en el CECOSF. Si bien es cierto, en esta oportunidad la reunión tuvo un énfasis informativo por su carácter piloto, se pretende avanzar en las futuras reuniones hacia un modelo más participativo que permita a quienes asistan escoger los temas que desea tratar en las siguientes reuniones. De esa manera, se espera dar cumplimiento al principal objetivo de la participación social en salud propuesto por el MINSAL (2016), esto es, transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo que acoge las demandas, expectativas y propuestas de las personas y las organizaciones; y ofrece espacios donde pueden opinar e incidir directamente en la toma de decisiones respecto de las materias que les afectan directamente.

En efecto, dado que la participación social es considerada clave para el ejercicio de los derechos de las personas y las comunidades, surge como desafío la incorporación de la opinión usuaria y de las comunidades en la gestión de salud, para que puedan decidir respecto de las temáticas de salud que les afectan. En este marco, el uso de podcast aporta a la generación de mecanismos de carácter participativo e inclusivo que hacen posible el intercambio de información y el análisis de la situación de la salud local y generar de manera conjunta soluciones, fortaleciendo alianzas con distintos actores del espacio local tanto de la comunidad en general como del sector salud. En el caso de la comunidad de Villa Hermosa, aporta directamente a fortalecer el nivel de participación de la comunidad, tradicionalmente escaso desde la modalidad presencial. La información disponible desde el Registro Social de Hogares indica que a pesar de que la población usuaria de Villa Hermosa posee un alto índice de vulnerabilidad social, pero simultáneamente posee un alto nivel de digitalización, asociados a la era tecnológica

actual que obliga a la ciudadanía a estar permanentemente conectada. Esta condición facilita el tránsito desde una participación activa presencial hacia una participación digital que se puede expresar en redes sociales, lo que invita a considerarla como una nueva expresión de participación comunitaria a través de las redes sociales.

## Referencias Bibliográficas

- MINSAL (2016). *Participación Ciudadana en Atención Primaria*. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria*. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/1057>
- MINSAL (2006). *Norma General Administrativa sobre interculturalidad en los Servicios de Salud*. Ministerio de Salud.
- OPS (2016). *Promoción de la salud*. Organización Panamericana de la Salud [www.paho.org/es/temas/promoción-salud](http://www.paho.org/es/temas/promoción-salud)
- República de Chile (2011). *Ley 20.500. Sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública*. Ministerio del Interior. <https://bcn.cl/2f7nb>
- Tillería, Y. (2017). Comunicación y Salud. una mirada desde la epidemiología crítica. *Revista de Investigación Talentos*, 4(2), 44-49. <https://talentos.ueb.edu.ec/index.php/talentos/article/view/17>

## **7. Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Estudios de memoria**

### **7.1. Bases conceptuales. Estudios de memoria. Reconocer la memoria y el patrimonio sanitario de la comunidad**

Según Aróstegui (2004) los estudios de memoria se inscriben en el concepto de historia reciente, asociada a la idea de contemporaneidad, del nuevo tiempo que es susceptible de ser historiado directamente desde los testimonios de quienes vivieron en forma directa los acontecimientos. Por su parte Nora (2009) diferencia la memoria de la historia, dado que la primera surge desde grupos o colectivos que no han sido considerados en los relatos oficiales, mientras la segunda se desarrolla como una tarea profesional y especializada. Para el autor, la memoria permite el reconocimiento de grupos marginados del poder y no considerados en las historias oficiales, permitiendo que sus recuerdos sean preservados por sobre el silencio y el olvido.

Para Jelin (2022) las memorias son procesos subjetivos e intersubjetivos, anclados a las experiencias personales, marcos institucionales, marcas materiales y marcas simbólicas. Para la autora, la memoria puede ser compartida, como resultado de múltiples interacciones enmarcadas socialmente por necesidades y valores que expresan un entretreído de memorias individuales convocadas desde una organización social y desde una estructura que expresa códigos culturales comunes. Asimismo, los procesos de memoria pueden establecer y mantener marcas territoriales ligadas al pasado social, por lo que los espacios físicos y los lugares públicos pueden constituirse en puntos de entrada para el análisis de las luchas por las memorias y materializar la conmemoración de los acontecimientos. Por su parte Ciro y Caro-Lopera (2021) reflexionan en torno a la importancia del reconocimiento del Estado en los procesos de estudios de la memoria, para construirlas de manera democrática y colectiva; y contribuir a las condiciones de reparación y no repeticiones exigidas por la sociedad.

En el caso chileno, los estudios sobre memoria colectiva dan cuenta de una cultura política transgeneracional que reconoce los traumas asociados al golpe de Estado, la dictadura y el proceso transicional (Rivera y Mondaca, 2013). A esta tradición se ha sumado en los últimos años el interés por los eventos asociados al estallido o revuelta social del año 2019, que reactualizó la memoria colectiva en torno a la violación de derechos humanos y la exigencia del rol de garante de derechos que debe asumir el Estado en situaciones de crisis.

Metodológicamente, los estudios de memoria se basan principalmente en el trabajo de archivo y documentación que se conserva en sitios oficiales e incluye los aportados

por grupos y organizaciones de la sociedad civil y colecciones personales que poseen información respecto de los temas de interés. La base documental es amplia y reconoce diversas fuentes que incluyen registros de acciones, prensa, boletines, documentación judicial, correspondencia, y todo aquel vestigio que se relación con la memoria desde la vida cotidiana. A lo anterior se suma el trabajo con el testimonio, que es concebido como una estrategia política de denuncia que permite comprender la trama en que se sostiene el estudio. Complementariamente, puede incorporarse el uso de fotografías e imágenes audiovisuales, considerando las autorías y las condiciones de creación y circulación del material disponible. Todos los resguardos éticos deben estar orientados a evitar la revictimización de las personas participantes.

Desde la perspectiva de la salud, la memoria es considerada un patrimonio que busca reconocer y preservar la historia sanitaria de Chile como parte de la historia del país, dado que representa un acervo de saberes, experiencias, prácticas y materialidades que ponen en valor los esfuerzos realizados a lo largo de las décadas por la salud pública nacional. Asimismo, valora el aporte de los movimientos y organizaciones sociales en el reconocimiento al derecho a la salud desde una perspectiva de universalidad y solidaridad. Con todo, los estudios de memoria se inscriben en una perspectiva más amplia, que integra la investigación histórica, la preservación de la identidad y del patrimonio documental, museográfico, archivístico y arquitectónico sanitario nacional (MINSAL, 2008).

## Referencias bibliográficas

- Arostegui, J. (2004). *La historia vivida. Sobre la historia del presente*. Alianza Editorial.
- Ciro, L. & Caro-Lopera, M. (2020). Tendencias de investigación en memoria histórica y sus desafíos pedagógicos en Latinoamérica. *Educación y Educadores*, 23(3), 402-424. <https://doi.org/10.5294/edu.2020.23.3.3>
- Jelin, E. (2022). *Los trabajos de la memoria*. Fondo de Cultura Económica Argentina.
- Nora, P. (2009). *Les lieux de mémoire*. LOM.
- MINSAL (2008). Memoria de la salud en Chile, un patrimonio a reconocer y preservar. *Patrimonio cultural* 48(13) [https://www.patrimoniodechile.cl/688/w3-article-72991.html?\\_noredirect=1](https://www.patrimoniodechile.cl/688/w3-article-72991.html?_noredirect=1)
- Rivera, P. & Mondaca, C. (2013). El aporte de la enseñanza de la historia reciente en Chile: Disensos y consensos desde la transición política al siglo XXI. *Estudios Pedagógicos*, 39(1), 393-401. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052013000100023>

**7.2. Modelamiento y validación. Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Estudios de memoria**



## Proyecto: Fragmentos de la Memoria del Centro de Salud Familiar Nueva Aurora de Viña del Mar

### 1. Antecedentes

Centro de Salud Familiar	Nueva Aurora.
Equipo de salud	María Soledad de la Rosa Pizarro, psicóloga. Cristian García Campos, psicólogo. Scarlett Montero Herrera, trabajadora social. Violeta Pizarro Otey, médico de familia.
Estrategia reflexión acción	Estudios de memoria. Podcast.
Tutora	Prof. Patricia Castañeda Meneses.

### 2. Contexto de aplicación

#### 2.1. Contexto institucional

El CESFAM Nueva Aurora está ubicado en variante Agua Santa, paradero 5, Nueva Aurora, Viña del Mar. Al año 2024 posee una dotación de personal superior a 160 personas Y atiende a una población aproximadamente de 35.000 usuarios, ofreciendo una variedad de programas y servicios desde un enfoque en el modelo de salud familiar y comunitario, con énfasis en la promoción y prevención en salud. Además, posee el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) Nueva Aurora que atiende urgencias y emergencias de baja complejidad, proporcionando aproximadamente 51.000 atenciones al año. El área territorial del CESFAM colinda con cerros Los Placeres y Esperanza de la comuna de Valparaíso, contando en su ubicación con varias vías de acceso desde las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, siendo la más relevante el acceso desde la ruta 68, primera entrada para visitantes que llegan a la comuna de Viña del Mar. La atención de la población se encuentra dividida territorialmente en 3 sectores, sector 10, sector 11 y sector 12, correspondiendo a una antigua denominación municipal del territorio.

Según datos censales del año 2017 (INE, 2018) la población de Viña del Mar representa el 18,41 % de la población total de la región de Valparaíso. En la comuna viven 334.248 personas (175.579 mujeres y 158.669 hombres) con una variación del 16,49 % respecto al censo anterior del 2002. El grupo etario de mayor proporción se concentra entre los 15 y 64 años, con una disminución significativa del grupo de 0 a 15 años con respecto

al período censal anterior, lo que se encuentra en relación con el contexto regional y nacional, asociado al aumento del índice de adultos mayores dentro de la comuna que alcanza al 89,93 %, lo que significa un rápido envejecimiento de la población, la que se ubica sobre los índices de la región y del país.

En este contexto, durante el primer semestre del año 2025, el Centro de Salud Familiar Nueva Aurora inicia un proceso de remodelación de su infraestructura, lo que implica el inminente cierre de sus dependencias durante al menos dos años. Este proceso de remodelación implica un hito histórico para la mejora de infraestructura y de calidad en la entrega de servicios en salud, que además puede ser utilizado como una oportunidad para fortalecer la relación entre el centro de salud y la comunidad, al reconocer y honrar su historia compartida. En ese marco, aparece como un ejercicio necesario rescatar los recuerdos, anécdotas e hitos que han marcado tanto a su población usuaria como a sus trabajadores durante sus más de 50 años de funcionamiento. La propuesta de este trabajo consiste en recuperar, registrar, reproducir y socializar la memoria del CESFAM para futuras generaciones, a través de un trabajo colectivo con la comunidad, específicamente en quienes poseen una vinculación histórica y significativa con el CESFAM. Con ello, se busca mantener vigentes las diversas historias que se han construido en torno al centro de salud, tanto aquellas en las que se incluyen los relatos de sus primeros años cargados de esperanzas, anhelos y el desafío de hacer funcionar la atención sanitaria desde la periferia de la ciudad, así como aquellas que cuentan de su posterior consolidación y madurez como hito urbanístico. Lo anterior, permite conocer los orígenes del establecimiento y comprender que la consolidación de los objetivos sanitarios propuestos por el Ministerio de Salud en el Manual de Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MINSAL, 2005) es un trabajo conjunto, que ha requerido de estrategias cohesionadas para su cumplimiento a través del tiempo.

## **2.2. Contexto histórico en que se enmarca el rescate de la memoria**

Los Centros de Salud Familiar son una parte esencial del sistema de salud público en Chile y están destinados a proporcionar atención médica integral y de calidad a la comunidad. Su renovación y actualización son fundamentales para mantener este nivel de servicio. En el caso del CESFAM Nueva Aurora, su génesis se remonta al siglo pasado, cuando un grupo de señoras de élite y algunos médicos de la zona, organizaron la atención directa a niños y niñas de escasos recursos, a través de la Fundación Gota de Leche del Patronato de la Infancia. Las señoras se repartían el trabajo diario de asistencia, entrega de harinas, preparación de leche, reparto de mamaderas, inspección de aseo infantil cada 15 días, curaciones menores y entrega de consejos a las madres, entre otras actividades.

La fundación contaba con dos sedes, la primera ubicada en calle Valparaíso, entre las calles Von Schroeders y Ecuador; y la segunda, situada a la altura de 14 norte, en plena población Vergara de Viña del Mar. En la década de 1950 e impulsada por las estrategias sanitarias planteadas por el Estado de Chile con el fin de fortalecer la salud pública, la Fundación Gota de Leche dio pie a la formación de los policlínicos números 1, 2 y 3 de Viña del Mar, conocidos popularmente como *El Seguro*. El consultorio asignado con el número 1, fue el que corresponde al actual CESFAM Nueva Aurora, siendo su primer director, el Dr. Ferreira.

Luego de un sismo ocurrido en el centro del país en el año 1965, el recinto ubicado en calle Valparaíso sufrió importantes deterioros estructurales que impidieron dar continuidad a las atenciones de salud. Su personal fue trasladado en dos fracciones a la sede de la Cruz Roja en 4 norte, y al recinto del Club de Leones en lo alto del Cerro Nueva Aurora, a la altura del actual paradero 4. Allí se funcionó de forma transitoria por algunos años, con una planta de 23 funcionarios(as), quienes tenía como principal objetivo la atención de la diada materno—infantil, desempeñando un papel relevante el personal de enfermería que colaboraba en las indicaciones entregadas por los médicos y en la educación de la madre para brindarle las atenciones necesarias a los recién nacidos.

Un nuevo sismo en julio de 1971 generó mayores necesidades en la salud de la población y desde Estados Unidos, se recibió un hospital de campaña, pensando en la atención de la gente damnificada y las urgencias sanitarias que esto implicaría. Para la instalación de esta nueva infraestructura, la comunidad organizada de Nueva Aurora cedió en comodato al Servicio Nacional de Salud, los terrenos ubicados a un costado de la calle del Servicio, a la altura del paradero 6 de la variante Agua Santa, terrenos que estaban destinados a la construcción de un barrio cívico. En abril de 1976, se inauguraron las primeras atenciones clínicas en estas nuevas dependencias, bajo la dirección de la médica, Ruth Avsolomovich, y bajo la supervisión de la primera enfermera del centro, Brunilda Guerra. En ese entonces y conforme las normativas sanitarias vigentes, el centro de salud se denominaba Consultorio Periférico de Nueva Aurora. Con el correr de los años, se fueron integrando nuevas disciplinas al equipo de salud, entre ellas matronas y asistentes sociales, lo que fortaleció la oferta de atenciones brindadas a la comunidad. En este período comprendido entre los años 1976 y 1981, correspondió a la consolidación del centro de salud que a esa fecha dependía administrativamente del Servicio Nacional de Salud.

En el marco de la reforma de salud del año 1979 que determinó el traspaso de los establecimientos de educación y los Consultorios de Salud a la administración de los municipios, se constituyó el 27 de agosto de 1981 la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social, incorporando a su institucionalidad los establecimientos de salud y educación de la comuna. Para poder realizar el traspaso, la comunidad de Nue-

va Aurora, representada por Carlos Recabarren Brito, cedió y transfirió gratuitamente a la Municipalidad de Viña del Mar el lote 5, para ser destinado a servicio de Atención Primaria de Salud, basado en un acuerdo de reunión extraordinaria de la agrupación, efectuada el 5 de agosto de 1987.

Con los antecedentes descritos, el centro de salud constituido en la época como Consultorio General Urbano tuvo una doble dependencia, una administrativa a cargo de la Corporación Municipal de Viña del Mar; y una técnica bajo responsabilidad del Servicio de Salud Viña del Mar—Quillota. En la década de 1990, el consultorio Nueva Aurora se adscribió a la reforma de salud de esa época, pasando a ser un centro de salud (CES) y asumiendo los nuevos desafíos planteados en salud para el período 2000-2010, lo que implicó seguir avanzando en los cambios e iniciar la implementación del Modelo de Salud Familiar, modificando la forma de ver la enfermedad desde un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial, incorporando una atención integral de la persona y su familia.

El 23 de marzo del año 2005, el centro fue acreditado como Centro de Salud Familiar, CESFAM, tras haber comenzado el proceso de sectorización en el año 2003. En esta nueva concepción de hacer salud centrado en la familia, requirió de un abordaje biopsicosocial a cargo de un equipo multidisciplinario capacitado, que trabajara a través de la conformación de equipos de cabecera, para brindar una atención integral y con continuidad en los cuidados. A lo anterior, se agrega la puesta en marcha de un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), que presta atención las 24 horas del día a la comunidad. En la actualidad, el equipo de salud cuenta con profesionales en el área de la medicina, enfermería, obstetricia, servicio social, odontología, nutrición, kinesiología, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología y podología, con el apoyo de técnicos paramédicos, auxiliares de servicio, conductores y técnicos administrativos.

### **3. Conceptos clave**

#### **3.1. Memoria**

La memoria es un concepto que puede ser visualizado desde distintas perspectivas. Por una parte, la memoria como proceso cognitivo inherente al ser humano, definida por su capacidad de retener eventos ocurridos en la vida cotidiana, almacenarlos y poder recuperarlos según los intereses particulares. Por otro lado, la memoria desde la experiencia social se vincula a las representaciones compartidas, transmitidas y construidas por el grupo o la sociedad (Ramos, 2013). Lo anterior, refleja la dinámica en la que están inmersas las diferentes formas en que se expresa la memoria: el recuerdo es el punto de partida y al mismo tiempo una frontera del pensamiento colectivo, de

forma que la sucesión de hechos personales en la memoria toma como base la experiencia construida a través de experiencias vividas y experiencias percibidas (Betancourt, 2017). Halbach (2004) propone el concepto de memoria colectiva, caracterizado como una reconstrucción del pasado que está cargada de significados pertenecientes a marcos socialmente construidos y que pertenecen a un grupo social determinado. De esta manera, al ser definida la memoria colectiva como un proceso de recuerdos de un determinado grupo social, permite recuperar eventos del pasado que constituyen situaciones comunitarias compartidas, evitando el fenómeno del olvido, definido como la cesación de eventos, lo que puede repercutir en la pérdida identitaria de comunidades y grupos de habitantes. Visto desde esta perspectiva, el trabajo de la memoria es un enfoque que reconoce la importancia de la historia y las experiencias compartidas en la construcción de la identidad comunitaria.

### **3.2. Política de infraestructura en salud**

Las políticas de salud buscan mejorar la infraestructura de los centros de salud para proporcionar una atención de calidad a la comunidad, para así abordar la inequidad en salud y disminuir las brechas existentes en los diversos estratos de la población. (MINSAL, 2023). La infraestructura de los CESFAM se adecúa al Programa Médico Arquitectónico (PMA) establecido en la metodología de evaluación de proyectos del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF). Este proceso de transformación, que va desde un consultorio a un CESFAM, se enmarca en una política nacional de reforma al sistema sanitario, destacando la atención primaria de salud (APS) como un eje fundamental para mejorar la calidad de vida de la población.

## **4. Diseño metodológico**

### **4.1. Estrategias teórico-metodológica basada en la reflexión-acción seleccionada Estudios de la memoria. Edición de podcast**

#### **4.2. Objetivo**

Aportar en el rescate de la memoria del CESFAM Nueva Aurora mediante la edición de un podcast sobre los antecedentes de la fundación del centro de salud.

### 4.3. Temas de interés para podcast

A continuación, se enumeran las principales temáticas asociadas al rescate de la memoria de interés del equipo responsable del proyecto que se pueden desarrollar en el transcurso del tiempo.

- a. **Historia del CESFAM Nueva Aurora:** Narrar la historia del centro, desde su creación hasta el presente, destacando los hitos importantes y las personas que han jugado un papel crucial en su desarrollo.
- b. **Experiencias del personal:** Entrevistar al personal del centro —tanto antiguo como actual— compartiendo sus experiencias, anécdotas y la importancia del centro de salud en sus vidas profesionales.
- c. **Testimonios de pacientes:** Historias de pacientes que han recibido atención en el centro de salud, compartiendo sus experiencias y el impacto de la atención recibida en su salud y bienestar.
- d. **Proceso de renovación:** Realizar un seguimiento detallado del proceso de renovación, explicando sus fundamentos, los desafíos que ha representado su concreción y los beneficios esperados una vez que se complete el proceso de renovación de infraestructura.
- e. **Cambio temporal de ubicación:** Información sobre el nuevo lugar, cómo se decidió, qué servicios se ofrecerán allí y cómo se planea minimizar la interrupción de los servicios durante el cambio.
- f. **Impacto comunitario:** Discusión sobre el papel del centro de salud en la comunidad, cómo ha influido en la salud y el bienestar de ésta, y cómo se espera que este impacto crezca después de la renovación.
- g. **Participación comunitaria:** Historias sobre cómo la comunidad ha estado involucrada en el centro, ya sea a través de actividades como el Consejo de Desarrollo y los planes de participación comunitaria anuales.

### 4.4. Criterios de selección del tema de interés para el primer podcast

Para seleccionar el tema de interés se han utilizado como criterios la accesibilidad y la favorable disponibilidad de la persona informante, junto con el tiempo y los recursos disponibles para la implementación del proyecto. En este marco, se ha seleccionado el tema vinculado a la historia del CESFAM Nueva Aurora, el que será implementado a través de entrevista a persona usuaria que habita en la población desde sus inicios y que participó en el período de instalación del centro de salud en el territorio.

## 4.5. Definición de audiencias

El desarrollo de un podcast sobre el rescate de la memoria del CESFAM Nueva Aurora identifica las siguientes audiencias y sus respectivas fechas potenciales de disponibilidad del acceso al podcast en sus respectivas plataformas o servicios de conexión.

- a. Pacientes del CESFAM:** Este grupo puede incluir a personas de todas las edades que reciben atención en el centro de salud. Los temas pueden abordar cuestiones de salud específicas, servicios disponibles y cambios en la operación del centro debido a la renovación. Fecha estimada de disponibilidad de podcast: julio 2024.
- b. Personal del CESFAM:** Incluye médicos, enfermeras, administrativos y otros miembros del personal que pueden beneficiarse de episodios que aborden temas como los cambios en los procedimientos debido a la renovación, historias de éxito y desafíos y la visión a largo plazo del centro. Fecha estimada de disponibilidad de podcast: septiembre 2024.
- c. Comunidad local:** Los residentes de la zona que pueden o no ser pacientes del centro. Los episodios pueden abordar temas como la historia del centro, su impacto en la comunidad, y cómo pueden involucrarse en el proceso de renovación. Fecha estimada de disponibilidad de podcast: diciembre 2024.
- d. Autoridades de salud y políticas:** Las instancias responsables de la toma de decisiones a nivel local, regional y nacional pueden estar interesadas en episodios que aborden el impacto de la renovación en la prestación de servicios de salud, así como en las historias de éxito y los desafíos enfrentados.
- e. Equipos de salud a cargo de otras comunidades:** Pueden manifestar interés en aprender de la experiencia del CESFAM Nueva Aurora. Los episodios pueden abordar temas como las mejores prácticas, lecciones aprendidas y consejos para manejar cambios similares.

## 4.6. Creación de marca o identidad gráfica para podcasts

La marca o identidad gráfica del podcast corresponde al logo institucional del CESFAM Nueva Aurora que se ilustra a continuación.

**Figura 1.** Logo oficial CESFAM Nueva Aurora.



**Fuente.** Archivo institucional CESFAM Nueva Aurora.

#### 4.7. Criterios de definición y desarrollo de los temas

La definición y desarrollo de los temas del podcast que será implementado a través de entrevista a persona usuaria que habita en la población desde sus inicios y que participó en el período de instalación del CESFAM en el territorio. Considera los siguientes criterios:

- a. Antecedentes históricos del poblamiento del sector de Nueva Aurora según experiencia personal.
- b. Antecedentes históricos de la construcción y puesta en marcha del Centro de Salud Nueva Aurora.
- c. Cotejo de información con hitos históricos formalmente conocidos en el sector.

#### 4.8. Desarrollo de guion

A continuación, se presenta el guion definido para el levantamiento del testimonio voluntario de la persona entrevistada con fines de edición de podcast.

## **Guion de entrevista a persona usuaria que habita en la población desde sus inicios: Sra. Inés Martínez.**

### **Ambientación previa**

Sala u oficina aislada de ruido y potenciales interrupciones dentro del CESFAM Nueva Aurora, con disposición de 2 sillones y 1 mesa adicional al centro y un vaso de agua para cada persona participante.

### **Momento 1. Inicio *podcast***

Vista de logo CESFAM con título de *podcast Memorias del CESFAM Nueva Aurora*.

Teléfono móvil: realización de plano general de entrevista, apoyado en mesa frente a las personas participantes de la entrevista.

### **Momento 2. Presentación**

Saludo de inicio.

Entrevistador(a): «Hola una vez más amigos del CESFAM Nueva Aurora, les damos la bienvenida en este nuevo encuentro. En esta oportunidad, nos acompaña la Sra. Inés Martínez, a quien agradecemos su presencia y disposición. Sra. Inés ¿Podría presentarse?».

Sra. Inés (se presenta de modo libre).

### **Momento 3. Entrevista**

Entrevistador(a): «Muchas gracias Sra. Inés». «Bueno amigos, hay que recordar que este encuentro se da con ocasión de la reposición de nuestro CESFAM, para lo cual hemos querido entrevistar a personas relevantes y así rescatar la historia del CESFAM y, por ende, honrar su memoria».

«Le consulto Sra. Inés (Pregunta 1) ¿Cómo llegó Ud. a vivir a Nueva Aurora?»

- Sra. Inés (responde de modo libre).

(Pregunta 2) ¿Anteriormente, ¿Dónde recibía Ud. sus atenciones de salud?»

- Sra. Inés (responde de modo libre).

En el contexto de cómo era Nueva Aurora en esa época: - ¿Cómo fue el proceso de adjudicación de los terrenos?»

- Sra. Inés (responde de modo libre).

¿Cómo era la disposición de agua en ese tiempo?»

- Sra. Inés (responde de modo libre).

¿Cómo era el tema del alcantarillado?

- Sra. Inés (responde de modo libre).

En un principio, ¿Cómo fue el tema de la electricidad?

- Sra. Inés (responde de modo libre).

¿Cómo era el tema de la telefonía?, ¿Cómo se comunicaban?

- Sra. Inés (responde de modo libre).

¿Cómo se movilizaban?

- Sra. Inés (responde de modo libre).

¿Cómo fue el proceso de trazar las calles y darles nombre?

- Sra. Inés (responde de modo libre).

¿Cómo fueron construyéndose las viviendas?

- Sra. Inés (responde de modo libre).

(Pregunta 3 «En base al contexto señalado, ¿Cómo surge el consultorio Nueva Aurora?

- Sra. Inés (responde de modo libre).

¿Cómo era físicamente el consultorio?

- Sra. Inés (responde de modo libre).

¿Qué profesionales atendían a los usuarios? (ej. Médicos, enfermeras, etc.).

- Sra. Inés (responde de modo libre).

¿Cómo era el sistema de atención?

- Sra. Inés (responde de modo libre).

(Pregunta 4) Actualmente, ¿Qué avances en el sistema de atención Ud. identifica?

- Sra. Inés (responde de modo libre).

¿Qué aspectos han cambiado positivamente?

- Sra. Inés (responde de modo libre).

#### **Momento 4. Despedida de la entrevista**

- Entrevistador(a): «Muchas gracias Sra. Inés, por brindarnos esos importantes recuerdos, que plasman los inicios de Nueva Aurora como población y específicamente el CESFAM como parte de la vida del habitante. Sra. Inés, por favor un saludo».
- Sra. Inés (se despide de modo libre).
- Entrevistador(a): «Hasta pronto amigos del CESFAM Nueva Aurora, nos vemos en una próxima oportunidad».

#### **Momento 5.**

Vista de logo CESFAM con título de *podcast Memorias del CESFAM Nueva Aurora*.

#### **Elaboración de *podcast***

La elaboración del *podcast* consideró las siguientes tareas asociadas:

- a. Contactos con habitantes de la comunidad que hubieran llegado en los inicios de la población Nueva Aurora.
- b. Selección de entrevistada en base a criterios de disponibilidad, lucidez y movilidad física. Se invitó a Sra. Inés Martínez, presidenta del grupo «Tu tiempo mujer».
- c. Elaboración de la pauta de entrevista y guion, los que fueron consensuados dentro del equipo de trabajo.
- d. Definición de día, horario y lugar de la entrevista. Se convocó a todo el equipo de trabajo y a la persona por entrevistada.  
Se aplicó consentimiento informado y se realizó un ensayo de la entrevista.
- e. Se procedió a grabar *podcast* en base a guion elaborado.

#### **4.10. Mecanismos de difusión de *podcast***

Se consideraron los siguientes canales de comunicación:

- a. Redes sociales del CESFAM: Facebook, Instagram, grupos de WhatsApp (vinculación del CESFAM con la comunidad).
- b. Boletín por correo electrónico al estamento funcionario.
- c. Televisores de difusión de las salas de espera del CESFAM.
- d. Presentación del *podcast* en reuniones de equipos de cabecera.

#### 4.11. Definición de criterios de evaluación

La evaluación se realizará a través de los mecanismos:

- a. Número de descargas o visualizaciones del podcast en los mecanismos de difusión definidos.
- b. Registro de los comentarios emitidos por las personas oyentes.

#### 4.12. Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la entrevista base del podcast, se consideró la aplicación de consentimiento informado que formalizara la voluntad de la persona participantes para la grabación y edición de su entrevista con fines de difusión pública.

### 5.- Resultados de la experiencia

Se logró cumplir el objetivo planteado, editando el primer podcast de una serie completa orientada al rescate de la memoria del CESFAM Nueva Aurora.

**Figuras N°2 y N°3.** Captura de imágenes de podcast.





**Fuente:** Podcast editado.

A consecuencia del acotado tiempo disponible, queda pendiente la realización de los procesos de difusión del podcast y su respectiva evaluación en los diversos mecanismos de difusión y de audiencias definidas.

El trabajo realizado sensibilizó al equipo responsable del proyecto, permitiendo dimensionar el esfuerzo realizado a lo largo de los años por la comunidad y por diversas instituciones y organismos para construir, implementar y sostener el funcionamiento del CESFAM Nueva Aurora, que actualmente acoge los desempeños profesionales, técnicos, administrativos y logísticos del actual equipo de trabajo. Los resultados obtenidos proyectan el imperativo de reconocer públicamente a sus fundadores(as) y transmitir su legado a las generaciones presentes y futuras.

## 6. Reflexiones finales

A través del trabajo realizado se logró recopilar información histórica de primera fuente a partir del testimonio de una usuaria que habita en el territorio desde los inicios del CESFAM Nueva Aurora, lo que permitió describir y valorar la participación y autogestión de la comunidad en los procesos de urbanización del sector. A partir de la entrevista realizada como base del podcast, resultó emotivo visualizar el esfuerzo y los logros de un grupo de vecinos y vecinas organizadas; y en el caso de nuestra entrevistada, reconocer a una dirigente vecinal que se mantiene activa liderando un grupo de apoyo para mujeres pobladoras. Este grupo de apoyo comenzó reuniéndose hace

muchos años, en las instalaciones del CESFAM, pero actualmente funciona en una sede vecinal, ubicada al lado del mismo centro de salud, ya que al crecer la dotación de personal se requirió habilitar más espacio para su desempeño, asimismo por motivo de organización de instalaciones para asumir proceso de vacunación durante pandemia de COVID-19 se hizo necesaria la utilización de todo el espacio disponible y cambio de funciones de éste. A pesar de este desplazamiento, se pudo constatar la percepción positiva de la población usuaria, respecto a las atenciones de salud entregadas actualmente, al ser comparadas con los inicios del centro de salud.

Asimismo, se debe precisar que la técnica elegida, junto con las diversas estrategias de reflexión acción enseñadas en el curso—taller, se anticipan útiles por su innovación respecto del trabajo futuro con la comunidad, requiriéndose práctica en su implementación, según la pertinencia y oportunidad que se presente respecto de la población a atender. Finalmente, es importante declarar que, para el equipo a cargo del proyecto, fue un logro y un desafío haber generado un podcast, más allá de haber podido dar respuesta a la evaluación del objetivo planteado en este trabajo, dado el aporte que representa la experiencia para el rescate de la memoria en términos comunitarios y sanitarios.

En memoria de la Sra. Inés Martínez (Q.E.P.D.).

Con toda nuestra gratitud.

Equipo de Salud CESFAM Nueva Aurora Viña del Mar. Marzo, 2025

## 7. Referencias bibliográficas

- Betancourt, D. (2017). *Memoria individual, memoria colectiva y memoria histórica: Lo secreto y lo escondido en la narración y el recuerdo*. Hojas Universitarias, (47), 17–22.
- Halbwachs, M. (2004). *Memoria Colectiva*. Prensas Universitarias de Zaragoza.
- INE (2018). Resultados del Censo de Población y Vivienda 2017. Instituto Nacional de Estadísticas. <https://regiones.ine.gob.cl/valparaiso/inicio>
- MINSAL (2023). *Reforma de Salud, una agenda de transformaciones*. Comisión Reforma. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2005). *Manual de Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Ministerio de Salud <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/1057>
- Ramos, D. (2013). *La memoria colectiva como re-construcción: entre lo individual, la historia, el tiempo y el espacio*. Realistas, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes, 1 (1), 37-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6984235>

## 8. Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción: Radio comunitaria

### 8.1. Bases conceptuales. La radio comunitaria y su potencial como estrategia de comunicación de salud en el territorio

Desde el marco legislativo, las radios comunitarias son definidas como radioemisoras de libre recepción que tienen como zona de servicio máxima una comuna o una agrupación de comunas (Ley 20.433, Art. 1). Como dispositivo comunicacional, la radio comunitaria se concibe como un lugar de encuentro y un proyecto entre pares, una máquina cargada de recuerdos donde suena la música que no está en los rankings, la encargada de difundir los recados en zonas rurales y una herramienta en salud para la amplificación de las voces a las que no se da cabida. Históricamente, la radio comunitaria ha sido un medio de comunicación alternativa, con pertinencia cultural y local, que posee fines informativos, recreativos, educativos y políticos, y con una gran presencia en América Latina. En Chile, sus orígenes se remontan a la década de 1950 bajo el alero de la Iglesia Católica, que utilizaba este medio con el objetivo inicial de conectar y evangelizar a las comunidades locales, para posteriormente aportar a la comunicación comunitaria y popular (García, 2021). Durante los años dictatoriales, la radio comunitaria cumplió una función esencial de contrainformación en la clandestinidad, «lo que permitió mantener la memoria social y democrática, contrarrestar la propaganda oficial y apoyar las movilizaciones para el retorno de la democracia» (García, 2021).

En la actualidad, las radios comunitarias aportan comunicación social crítica frente a los medios de comunicación masivos, al brindar información sobre las realidades locales que no aparecerán en las noticias oficiales, valorando su carácter territorial y su tradición histórica en América Latina, que se ha vinculado al apoyo de las luchas de clases populares (Tornay, 2021). A pesar de que pueden organizarse según temáticas de interés o por territorios, Gumucio (2010) identifica los siguientes principios rectores que orientan el funcionamiento de las radios comunitarias:

- a. **Derecho a la comunicación:** El ejercicio de un derecho fundamental que garantiza la participación de la ciudadanía en la vida colectiva de la nación.
- b. **Construcción de ciudadanía:** A través de la participación y del diálogo comunitario, que contribuye en procesos locales de democratización.
- c. **Propiedad colectiva:** La organización social comunitaria asume no solamente la gestión de los recursos (equipos, financiamiento), sino también del proceso mismo de comunicación.
- d. **Espíritu autogestionario:** Desarrollo de la capacidad local de agencia para llevar adelante los procesos de comunicación de manera autónoma.

- e. Orientación libertaria:** Capacidad de representar con pluralidad e independencia a la comunidad sin ataduras político-partidistas o de grupos de interés económico.
- f. Especificidad cultural:** Potencial de rescate, revitalización y proyección de la cultura local, basada en la lengua propia y las tradiciones.
- g. Creatividad local:** Capacidad de crear contenidos propios, independientemente de los otros medios y actores. (Gumucio, 2010, p. 229 citado por de la Noval, 2018).

Así entonces, las radios comunitarias trabajan desde y para la comunidad, dado que son parte constitutiva de esta. Esto cobra sentido al observar que, en la actualidad, la radio tradicional continúa acompañando las mañanas y siendo uno de los medios de preferencia de la población, coexistiendo con las múltiples alternativas y plataformas digitales existentes.

Si se consideran los aportes de la radio comunitaria al trabajo comunitario en el sector salud, se destaca la comunicación social como estrategia de promoción de salud. No obstante, las instituciones y profesionales de la salud continuamente se enfrentan con dificultades para implementarla. Algunas barreras están relacionadas con la instauración de un lenguaje técnico que no dialoga con el lenguaje comunitario; con el uso de estrategias que no logran trascender el foco en la enfermedad o el cumplimiento de metas asistenciales; o con el propio ejercicio del poder, que no permite habilitar un trabajo de colaboración y participación plena. Para esto, la radio comunitaria y su tradición democrática pueden aportar en formas que trascienden la mera transmisión de información hacia procesos de educación y participación, al fomento del sentido de pertenencia, a la promoción en salud y de cuidados a nivel personal, hacia otras personas y hacia el entorno (Martínez-Ortiz y Barbas-Coslado, 2021).

## Referencias bibliográficas

- Baroni, C., Moraes, M. M., Ongay, J., Amorena, J., Deleo, A., Ramirez, M., & Martinez, N. Q. (2024). *VILARDEVOZ Una trayectoria colectiva*.
- De la Noval Bautista, L. (2018). La radio comunitaria en función del desarrollo. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 6(2), 52-64. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-01322018000200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322018000200004&lng=es&tlng=es).
- García García, J. (2021). Antecedentes históricos y legales de la radiodifusión comunitaria en Chile (de 1950 a 2000). *Historia Actual Online*, 54, 63-74. <https://doi.org/10.36132/hao.vi54.2007>

Martínez-Ortiz de Zárate A. & Barbas-Coslado Á. (2021). La dimensión socioeducativa de las radios comunitarias: un estudio desde la ética del cuidado. *Historia y Comunicación Social*, 26(2), 429-439. <https://doi.org/10.5209/hics.79151>

República de Chile (2010). *Ley N° 20.433. Crea los Servicios de Radiodifusión Comunitaria Ciudadana*. Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones. <https://bcn.cl/2qzkq>

Tornay Márquez, M. de la C. (2021). Radios comunitarias en América Latina, una historia de las luchas populares de un continente. *Historia Actual Online*, 54, 53-62. <https://doi.org/10.36132/hao.vi54.2005>



**8.2. Validación y modelamiento. Estrategia  
teórico-metodológica de reflexión acción.  
Radio comunitaria**



## Teen reñaquinos en salud: Proyecto radio comunitaria espacio radial para difusión de contenidos de salud adolescente

### 1. Antecedentes

Centro de Salud Familiar	Dr. Jorge Kaplan.
Equipo de salud	Paola Arellano Molina, psicóloga. Valesca Díaz Alarcón, trabajadora social. Viviana Escalona Carrillo, nutricionista. Luis Faúndez Pino, médico de familia.
Estrategia reflexión acción	Radio comunitaria.
Tutora	Prof. María Paz Martínez Rubio.

### 2. Contexto de aplicación

El Centro de Salud Familiar, Dr. Jorge Kaplán, se encuentra ubicado en calle 9 S/N, paradero 8 ½., Reñaca Alto. Atiende a los sectores de Reñaca Alto, Expresos Viña y Glorias Navales y tiene una población asignada de 39.859 personas usuarias validadas, su gestión sanitaria se orienta por el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, con especial énfasis en la atención a la población adolescente. Según la OPS (2018) la población adolescente a nivel latinoamericano representa un 30 % de la población total y es el grupo etario que más ha sido afectado producto de la pandemia, ya que ha visto rezagada en las acciones de promoción, prevención y acceso oportuno a la atención de la salud. De manera local en el sector de Reñaca Alto, la población adolescente ha tenido un incremento sostenido en el tiempo, tal como se evidencia en la siguiente tabla construida a partir de los datos institucionales.

**Tabla N°1.** Evolución de la población adolescente inscrita en CESFAM, Dr. Jorge Kaplán.

AÑO	Población adolescente inscrita 10 a 14 años	Población adolescente inscrita 15 a 19 años
<b>2019</b>	1690	2053
<b>2020</b>	1886	2213
<b>2021</b>	2180	2174
<b>2022</b>	2195	2258
<b>2023</b>	2203	2299
<b>2024</b>	2590	2592

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos SOME. Junio 2024.

El importante incremento de la población adolescente en los sectores a cargo no se ha visto reflejado en una mayor asistencia a las prestaciones de salud contempladas en los respectivos programas, lo que motiva a la realización de intervenciones específicas para este relevante grupo a cargo que permitan activar su participación, por medio de estrategias cercanas y válidas que les resulten atractivas y les interpreten en sus necesidades e intereses particulares. Considerando la evidencia actualizada disponible, es que se reconoce que las estrategias audiovisuales surgen como métodos de intervención idóneos y pertinentes para el abordaje del grupo etario descrito. En particular, se considera que la realización de un proyecto radial en la radio comunitaria del sector orientado específicamente a la población adolescente resulta viable para facilitar la entrega de información de salud relevante, permitiendo activar su participación a través de un medio de comunicación masivo y valorado por amplios sectores de la población.

### **Conceptos claves. Salud adolescente**

El Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes tiene como propósito mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad (MINSAL, 2023).

La preocupación por la salud y el desarrollo adolescente está profundamente relacionada con padres, madres y personas adultas responsables, las relaciones con sus pares y los vínculos con su propia comunidad. Se ha encontrado un importante nexo entre el bajo grado de cohesión o vínculo afectivo con la familia, sus pares, la escuela y la comunidad con el mayor riesgo de resultados negativos en materia de salud y comportamientos tales como la ansiedad, la depresión, los pensamientos e intentos de suicidio, las relaciones sexuales sin protección, el embarazo inesperado y el consumo de sustancias adictivas. Por el contrario, se ha constatado que las relaciones positivas y un elevado grado de cohesión fomentan el bienestar emocional y físico, y protegen a los y las adolescentes de la participación en comportamientos que ponen en peligro su salud en el corto, medio y largo plazo (OMS, 2017).

En un análisis sobre los determinantes sociales de la salud y la adolescencia realizado por la OPS (2018), se encontró que la riqueza nacional, la desigualdad de ingresos y el acceso a la educación eran los determinantes que más afectan a la salud adolescente. Además, se destacó que un entorno familiar y comunitario protector y de apoyo, junto con pares positivos y solidarios eran cruciales para ayudar a la población joven a desarrollar todo su potencial y lograr el mejor estado de salud en la transición hacia la edad adulta.

La OPS (2018) destaca la importancia de la etapa de la adolescencia por su rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial, que influye directamente en sus sentimientos, pensamientos, procesos de toma de decisiones e interacción con su entorno. Por lo general, la adolescencia está considerada como una etapa saludable de la vida, pero invariablemente debe considerarse que en su transcurso se producen muertes, enfermedades y traumatismos en una proporción considerable, siendo gran parte de estos problemas prevenibles o tratables en forma oportuna. Es importante precisar que durante la fase adolescente se establecen pautas de comportamiento relacionadas con la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias psicoactivas y la actividad sexual, entre otras; las que pueden proteger la salud y la de otras personas a su alrededor, o poner en riesgo la salud en el momento presente y en el futuro. A lo anterior, se suma en forma específica la información entregada por los organismos internacionales UNICEF, PNUD y OIT (2021) respecto al impacto negativo de la pandemia COVID-19 en la población adolescente, reconociendo que se vio altamente impactada en su desarrollo, generando consecuencias para su salud mental, nutricional, sexual y reproductiva; además de un alto impacto en los ámbitos educacional y social.

Es por lo anterior, que debe tenerse presente que para crecer y desarrollarse sanamente la población adolescente necesita información que considere una educación integral apropiada para la edad acerca de la sexualidad, oportunidades para adoptar aptitudes para la vida, servicios de salud aceptables, equitativos, apropiados y eficaces; y la creación de entornos seguros y propicios. También necesita oportunidades para participar positivamente en la concepción y la ejecución de intervenciones para mejorar y mantener su salud. La ampliación de esas oportunidades es fundamental para responder a las necesidades y derechos adolescentes específicos. Es por lo anterior que la OPS (2018) propone el plan de acción para la salud de la mujer, niño, niña y adolescentes 2018-2030, siendo una de sus estrategias el fortalecimiento de los sistemas de información para recolección, disponibilidad, accesibilidad, calidad y difusión de información estratégica para entregar herramientas que faciliten las interrogantes de salud en esta población.

## 4. Diseño metodológico

### 4.1. Estrategia teórico-metodológica basada en la reflexión-acción seleccionada. Radio comunitaria. Implementación de espacio radial para difusión de contenidos de salud adolescente.

#### 4.2. Objetivos

##### a. Objetivo general

Promover la participación adolescente en prevención y promoción de la salud en los sectores a cargo del CESFAM Dr. Jorge Kaplan de Reñaca Alto.

##### b. Objetivos específicos

- Desarrollar un espacio para difusión de contenidos de salud adolescente en radio comunitaria del sector de Reñaca Alto.
- Educar a la población adolescente de los sectores a cargo del CESFAM Dr. Kaplan, respecto de temáticas de salud mental, salud sexual y reproductiva y de todas aquellas que surjan como interés del grupo participante.
- Potenciar la vinculación colaborativa entre el grupo de adolescentes, las instituciones de la comunidad y el centro de salud.

### 4.3. Organización del proceso

**a. Vinculación colaborativa.** El proyecto se vincula con el medio de comunicación Radio Comunitaria Nueva Mirador que funciona en el sector de Reñaca Alto desde el año 2006; y con el taller de periodismo del colegio Nazareo de Reñaca Alto a cargo de la profesora Romina Tapia y compuesto por cuatro estudiantes de séptimo básico y una estudiante de octavo básico. La población adolescente fue escogida en base a criterio de conveniencia (Arrogante, 2022), considerando el sector donde se emplaza el centro de salud y la participación ofrecida por las estudiantes del taller de periodismo del colegio Nazareo perteneciente al sector de Reñaca Alto.

**b. Condiciones de funcionamiento.** El nombre del espacio radial es Teen reñaquinos y se desarrollará semanalmente los martes de 15:30 a 16:30 horas, en las dependencias de la *Radio Comunitaria Nueva Mirador* ubicada en el sector de Reñaca Alto. Por cada emisión participan alternadamente dos estudiantes del taller de periodismo, que están encargadas de la musicalización, pausas y del tema principal de educación en Salud Adolescente, junto con un equipo interdisciplinario de profesionales de salud del CESFAM Dr. Jorge Kaplan constituido por matronas(es), enfermeras(os), psicólogos,

nutricionistas y trabajadora social, entre otros. Se espera abordar la mayor cantidad de temáticas posibles y resolver las principales dudas de sus radioescuchas por medio de la interacción con redes sociales. Para el desarrollo del guion radiofónico, las estudiantes contarán con la supervisión de la profesora responsable, donde planificará el material a utilizar, los efectos de sonidos, las pausas y comerciales (Ver Anexo 1). Se harán estudio de voz como fluidez y entonación. Adicionalmente, las jóvenes del taller contarán con una charla motivacional de un profesional en las comunicaciones, el periodista, Roberto Carrasco Cuevas. Se incluyeron anuncios del comercio patrocinador, tales como panadería Paula, Ferretería Imperial, Fratelli Pizza, las que tuvieron un tiempo de duración de 15 a 30 segundos como máximo por cada anuncio.

**c. Selección de los temas.** La selección de los temas se hizo en base a las inquietudes y demandas adolescentes expresadas en el taller de periodismo, quienes contaron con el apoyo de expertos en salud para orientarles en la respectiva formulación de cada contenido tratado. En cada uno de los programas se realiza una breve capacitación respecto a temática seleccionada y un(a) experto(a) será quien responda las preguntas adolescentes, además de eliminar mitos y falsas creencias que se transmiten entre pares. A continuación, se comparte la información a través del programa radial a sus compañeros(as), población adolescente del sector y a todas las personas que tengan interés en escuchar la respectiva emisión del espacio.

**d. Difusión.** El programa radial será difundido en las redes sociales del establecimiento educacional Nazareo y del CESFAM, Dr. Jorge Kaplan. Además, se considera informar a las Juntas de Vecinos y organizaciones comunitarias del sector, para poder abarcar un importante número de auditores(as), especialmente en la población adolescente.

**e. Estimación de la audiencia.** Según datos obtenidos por la población entre 10 y 19 años inscrita en colegios de la jurisdicción del centro de salud, se estima que la cantidad de adolescentes alcanza a 5.182 personas aproximadamente, quienes serán los beneficiarios(as) directos(as) de esta intervención. De igual forma se beneficiará de manera indirecta a toda la población que tenga interés en escuchar la emisión del programa, tales como familiares, amistades, personas conocidas y zona radial fuera de la jurisdicción del centro de salud, dado que la radio comunitaria tiene una cobertura de ondas de emisión que cubren hasta el vecino sector de Gómez Carreño.

**f. Restricciones.** La actividad prohíbe las malas conductas, denostaciones, descalificaciones u otro mensaje que pueda humillar o discriminar, ya sea por sexo, edad, género e identidad sexual, religión o cualquiera sea la forma. La intención del espacio radial es educar en temas relacionados con la salud adolescente y el autocuidado; además de dar oportunidades para el desarrollo juvenil de habilidades comunicacionales y de socialización, entre otras.

**g. Plan de evaluación.** Se considera una pauta de cotejo para valorar los temas y actividades a realizar, mensajes entregados a la comunidad e información adecuada (Ver Anexo 2).

#### 4.4. Resultados

- a. Reuniones de trabajo.** Al mes de julio del año 2024, se realizaron 2 reuniones que han permitido la preparación del programa radial, a través de la definición de roles, responsabilidades y tareas de cada participante. En estas reuniones han participado adolescentes, guías docentes, profesionales de salud y guía radial, levantando un acta de acuerdos por cada reunión realizada. (Ver Anexo 3).
- b. Organización de bloques temáticos.** El proceso participativo realizado por medio de las reuniones de trabajo culmina con la identificación y secuencia de bloques temáticos, los que son expuestos en la siguiente tabla:

**Tabla N°2.** Bloques temáticos.

Programas de salud y misceláneos	Ejemplo de temáticas
Programa salud sexual y reproductiva	¿Son eficaces los métodos anticonceptivos?
Programa salud adolescente	¿Por qué se realizan muchas preguntas en los controles?
Programa salud mental	¿Qué significa estar en controles de salud mental?
Temáticas propuestas por adolescentes	¿Quiénes deben dar las órdenes en mi hogar?

**Fuente:** Reuniones de trabajo participativas.

- c. Dinámica de trabajo.** La dinámica de trabajo del proceso se define de manera participativa, con el fin de lograr un compromiso y colaboración entre todas las personas participantes: adolescentes, profesor guía, encargada de participación y profesionales del CESFAM, con el fin de comunicar información relevante y agilizar los procesos de trabajo, se utilizan diferentes medios, los que corresponden a correo electrónico, WhatsApp y las plataformas Zoom y Meet. Como resultado, se obtiene la siguiente tabla, que presenta la organización general del proceso:

**Tabla N°3.** Organización general del proceso.

Dinámica de trabajo	Participantes	N° de encuentros
Reuniones con equipo del proyecto.	Estudiantes, profesora encargada de participación, otros agentes.	4
Reunión de acuerdo de horario funcionamiento.	Estudiantes, profesor encargado de participación, otros agentes.	2
Reuniones para la organización.	Profesional de CESFAM encargada de participación, agentes radio comunitaria.	2
Sesiones de formación.	Profesionales de diferentes programas de salud de CESFAM dependiendo de las temáticas elegidas. Periodista, Roberto Carrasco.	6
Preparación de guion.	Profesora, estudiantes, periodista	4

**Fuente:** Reuniones de trabajo participativas.

**d. Avances.** Actualmente el proyecto se encuentra en desarrollo a través de encuentros semanales entre el equipo de periodismo del colegio y el equipo del CESFAM Dr. Kaplan. Se planificó una carta Gantt de trabajo con hitos por cumplir (Ver Anexo 4), siendo el primer hito el desarrollo de contenidos a través de talleres realizados por el equipo profesional del CESFAM hacia adolescentes del taller para lograr conocimiento y manejo básico de ciertas temáticas. Junto con los temas de salud, se espera compartir experiencias y trayectoria del periodista, que incentive y desarrolle la creación de podcast, realización de debates y conversaciones sobre distintas temáticas y también un espacio en donde otros(as) jóvenes puedan compartir sus creaciones, por ejemplo, en torno a la música y otras artes.

## 5. Reflexiones finales

La estrategia de implementar un espacio radial para la promoción de la salud adolescente busca la participación de las personas en su entorno comunitario. Sin embargo, el equipo se plantea como reflexión la pregunta respecto de cuáles son los aspectos claves que garantizan el funcionamiento de un trabajo activo participativo, que perdure en el tiempo sin necesidad que el equipo de salud asuma un rol de liderazgo paternalista o directivo, y que la iniciativa tenga el impacto esperado de información y aprendizaje —y como fin último— acerque a la población adolescente al centro de salud. Aun cuando no se puede evaluar el impacto real del proyecto ya que se encuentra en la fase de creación y puesta en marcha, es posible mencionar que a la fecha se observa un impacto positivo en la población adolescente que está participando en la iniciativa y un

alto interés en su colegio por las actividades desarrolladas. Entre ellas se mencionan las reuniones de trabajo, las que han generado un empoderamiento adolescente en la organización y puesta en marcha de un programa en la radio comunitaria, junto con adquirir conocimiento respecto a cómo preparar o cómo hacer una entrevista, entre otras materias.

Asimismo, el proyecto evidencia la importancia de contar con agentes referentes en la comunidad, facilitando un liderazgo participativo y compartido entre profesionales de CESFAM, adolescentes, educadores y padres, madres y personas adultas responsables, lo que permite la creación de vínculos para llegar a acuerdos en el avance de la iniciativa. Con ello, se constata que un espacio radial en una radio comunitaria es un proyecto idóneo para impulsar o iniciar un proceso de participación ciudadana, en este caso en específico con adolescentes (MINSAL, 2023; OPS, 2018; OMS, 2017), que promueve el acercamiento con el centro de salud en una primera instancia y proyecta un impacto positivo en el tiempo en los marcadores de salud individuales, familiares y comunitarios.

Ahora bien, este proyecto se desarrolla bajo el alero del curso/taller «Estrategias teórico-metodológicas basadas en la reflexión acción para la generación de conocimientos y la intervención sociosanitaria en APS», por lo que resulta importante mencionar que la incorporación de metodologías no tradicionales permite generar instancias de trabajo colaborativas e innovadoras en el sector salud, haciendo posible una mirada más cercana con la comunidad, incluyendo padres, madres, adultos(as) responsable, adolescentes, educadores(as), profesionales de la salud, radio-escuchas y comercio local. Lo anterior, mediante un orden metodológico que permite guiar claramente la consecución de los objetivos propuestos. En ese marco, la identificación del grupo de taller radial a través del Área de Participación y Promoción como un activo comunitario ya conformado, favoreció el nacimiento del trabajo mancomunado y se proyecta como una fructífera alianza en el tiempo entre el taller de adolescentes y el CESFAM.

Como aprendizajes significativos del equipo de salud, se reconoce que el curso/taller permitió recordar metodologías olvidadas, reconocer y conocer las nuevas propuestas y comprender como se entrelazan con los movimientos sociales actuales y con la llamada generación *millenials*, obligándonos a conocer sus renovadas costumbres y abandonar una cultura de Atención Primaria de Salud tradicional donde se definen actividades en un marco de obligación o tradición. Por lo anterior, un desafío para el equipo de salud responsable del presente proyecto, es realizar nuevas iniciativas con metodologías socio críticas, que permitan incluir otros rangos etarios, salir de la zona de confort y atreverse con nuevas propuestas que permitan cubrir las necesidades de la población y realizar promoción y prevención de salud con estrategias nuevas, que sean capaces de superar las miradas clásicas y ampliamente probadas de los paradigmas cualitativos y cuantitativos en salud.

## Referencias bibliográficas

- Arrogante, O. (2022). Técnicas de muestreo y cálculo del tamaño muestral: Cómo y cuántos participantes debo seleccionar para mi investigación. *Enfermería intensiva*, 33(1), 44–47. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.03.004>
- MINSAL (2023) *Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes 2023*. Ministerio de Salud.
- OMS (2017). *Salud mental del adolescente*. Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health?gad\\_source=1&gclid=EAIaIQobChMIo6\\_H15rFhwMVaWFIAB3YnDhVEAAYASAAEgIyvD\\_BwE](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIo6_H15rFhwMVaWFIAB3YnDhVEAAYASAAEgIyvD_BwE)
- OPS (2018). *CD56/8, Rev.1-Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59826>
- Ramírez, C. (2004). Creación, desarrollo y proyecciones de la Radio Comunitaria en el sur de Chile. *Revista austral de ciencias sociales*, 8, 109–132.
- República de Chile (1982) *Ley N°18.168. Ley General de Telecomunicaciones*. Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones. <https://bcn.cl/2eyfg>
- UNICEF-PNUD-OIT (2021) *Impactos de la pandemia en el bienestar de los hogares de niños, niñas y adolescentes en Chile*. <https://www.undp.org/es/chile/publicaciones/impactos-de-la-pandemia-en-el-bienestar-de-los-hogares-de-ninos-ninas-y-adolescentes-en-chile>

## ANEXO 1

### Guion de pauta programa radial teen reñauquinos

Hora	Descripción eventos	Canal principal
15:30 1 minuto.	Cortina musical.	Música característica del programa.
15:31 x 5 minutos.	Saludo de inicio.	Locutor 1: saluda con energía «buenas tardes a nuestros oyentes, hoy tenemos una tarde llena de entretenimiento». Locutor 2: «Es un placer acompañarlos en esta tarde, hoy responde dudas el personal del CESFAM Dr. Kaplan.
15:36	Cortina musical.	Auspiciadores. Locutor 1: Panadería Paula, pan y pasteles de primera calidad, ven te esperamos en tú panadería, dar ubicaciones. Locutor 2: Ferretería Imperial, todo lo que necesitas para mejorar tu hogar, negocio o lo que necesites armar, ferretería Imperial.
15:40	Música inicio.	Locutor 1: inicia con una introducción sobre el autocuidado de los adolescentes. Locutor 2: realiza pregunta y locutor uno comenta respuesta entregada en reunión anterior con profesional del CESFAM.
15:50	Música.	Locutor 1: invita a escuchar una canción.
15: 53	Cortina musical.	Auspiciadores: Locutor 1. Fratelli Pizza, estás pensando en darte un placer, solo tienes que llamar a Fretelli Pizza, y lo hacemos aparecer. Locutor 2: Almacén tía Lola, atendido por sus propios dueños, 30 años junto a usted con todo lo que necesite para su hogar, tía Lola.
15:55	Música inicio.	Locutor 1: Conversación respecto a temática. Locutor 2: Comentarios respecto a temática.
16:05	Música.	Locutor 2 invita a escuchar un tema musical.
16: 08	Cortina musical.	Auspiciadores: Locutor 1: Panadería Paula, pan y pasteles de primera calidad, ven te esperamos en tú panadería. Locutor 2: Ferretería Imperial, todo lo que necesitas para mejorar tu hogar, negocio o lo que necesites armar, Ferretería imperial.

16:10		Locutor 1: Profesional de la salud por llamado. Locutor 2: Personal de la salud.
16:20	Música.	Locutor 1: invita a escuchar un tema musical.
16:23	Cortina musical.	Auspiciadores: Locutor 1: Fratelli Pizza, estás pensando en darte un placer, solo tienes que llamar a Fratelli Pizza, y lo hacemos aparecer. Locutor 2: Almacén tía Lola, atendido por sus propios dueños, 30 años junto a usted con todo lo que necesite para su hogar tía Lola.
16:25	Música característica.	Locutor 1: Cierre. Locutor 2: Agradecimientos a las personas oyentes y al personal del CESFAM.

## ANEXO 2

### Pauta de cotejo

Actividades	Realizado Si/No
Presentación: Conductor se presenta e informa temática a abordar en aquel programa.	
Presentan cuñas en forma adecuada con información y palabras adecuadas.	
Realizan comerciales en forma y tiempo adecuado.	
Mensaje entregado a radioescuchas entendible para la población.	
Idea estructurada en forma adecuada respecto a temática.	
Educación respecto a temática abordada.	
Resuelven dudas de radioescuchas en caso de que haya.	
Despedida del programa completo.	

## ANEXO 3



### Ilustración acta de acuerdos. Acta de reuniones con redes de apoyo.

Fecha: 10 de julio de 2024 11:30 horas

Nombre de participantes.	Rol que desempeña (profesor, especialista, auxiliar, intérprete en lengua de señas chilena, etc.).	Rut	Teléfono	Firma
V. E.	Nutricionista, coordinadora de salud			
Profesora R. T.	Profesora taller de periodismo			
Estudiante D. P.	Estudiante 7° básico			
Profesora P. Y.	UTP			

#### a) Motivo(s):

**Organización segundo semestre:** Acciones taller de periodismo.

**Objetivo:** Generar y fortalecer las redes de apoyo y vincularnos con la comunidad a través de la radio comunitaria de Reñaca Alto.

#### b) Acuerdos(s):

El taller de periodismo se realiza todos los martes de cada semana en el horario de 15:15 a 16:40 horas.

- Para generar vínculo con las redes de apoyo, con la radio comunitaria de Reñaca Alto es que se dispuso previamente a su intervención una coordinación de visitas a la radio, dirigido por la docente, Romina Tapia, con el fin de que el grupo de estudiantes que asiste al taller de periodismo conozcan el lugar donde se establece el centro operativo, donde se realiza la programación y transmisión en vivo de la radio.

Los y las estudiantes junto con la docente se organizarán para establecer temáticas importantes para su presentación como hábitos saludables, juegos digitales, películas, etc., diferentes temas abordarán según sus intereses y necesidades canalizadas por docente R. T. (locutora y encargada de la radio indica que sería importante realizar un buzón de preguntas a los estudiantes para conocer temáticas a abordar) con una pregunta clave ¿Qué temas te gustaría que se tocaran en la radio?

- A la radio asistirán 2 a 3 estudiantes junto con la docente, una vez al mes a presentar una programación previamente conversada, seleccionada la temática, revisada, ensayada etc., para ser expuesta el día.
- Se sugiere que en 1 hora se reproduzcan cerca de 10 canciones en un rango de duración de 2 a 3 minutos por canción luego entre 3 a 4 minutos se expone la temática, se dialoga y se lanza otra canción que durará entre 2 a 3 minutos. La locutora sugiere que sea una canción lenta romántica y luego una canción más rápida de tiempos más modernos.

El público que escucha la radio se caracteriza por ser adulto mayor pero la idea que la música sea selectiva con el fin de atraer a jóvenes (nietos, sobrinos etc.).

### **c) Compromisos(s):**

- Docente coordina día y hora con la señora Edith para que los y las estudiantes del taller de periodismo puedan asistir a conocer las dependencias de la radio y definir el día y hora de participación.
- Señora Edith está dispuesta a entregar todo el conocimiento a los y las estudiantes con el fin de brindarles una oportunidad de acompañamiento y enriquecer la labor de comunicar y expresarse.
- Como colegio nos comprometemos que la organización y el libreto informativo junto con la música será criteriosamente revisada, no existirán garabatos y comentarios desafortunados.
- Como colegio nos comprometemos en una participación en este proceso de enseñanza y aprendizaje.
- El día 27 de septiembre se realizará una Feria de Salud en donde la señorita Viviana nos dejó cordialmente invitados para participar en un stand con información y exposición educativa preventiva y promocionarnos como colegio Nazareo para la comunidad.
- Ambas entidades —que representan a la comunidad señorita V. y señora E.— que si necesitan de un establecimiento que le brinde el espacio físico para realizar algún tipo de actividad con la comunidad nuestro colegio las recibirá con gusto.

## ANEXO 4

### Carta Gantt

Actividades	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
Planificación de asistencia/horario/fechas al programa.					
Preparación de tema a realizar por alumnos/as.					
Educación del personal de salud a alumnos/as del taller de periodismo según temática seleccionada.					
Preparación de cuñas para programa.					
Confirmación de asistencia estudiantes/invitados a programa.					
Movilización a programa radial.					
Grabación y realización de programa radial.					
Realización de videos con respecto a temática.					

## 9. Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción. Fotoelicitación y foto voz

### 9.1. Bases conceptuales. Capturar momentos mediante la luz. El uso de la fotografía en salud comunitaria

Actualmente, es innegable la presencia de la imagen en la vida cotidiana, expresada por medio de retratos, alimentos, comidas, mascotas y paisajes, los que se exponen en carteles publicitarios, redes sociales y aplicaciones de mensajería, inundando de estímulos visuales y mensajes explícitos e implícitos. Sin embargo —a pesar de este uso permanente— la fotografía alberga la intención de capturar un momento en el tiempo, de recuperación de la memoria, de afectos o de registro. Considerando su potencial, constituye un recurso subutilizado en las intervenciones comunitarias en el área de la salud. Por ello, resulta de interés revisar las técnicas de investigación e intervención de fotoelicitación y fotovoz, las que pueden ser un gran aporte para el trabajo de los equipos de salud.

La fotoelicitación es un método visual de investigación e intervención social que involucra el intercambio mediante el uso de fotografías, para promover el diálogo y la expresión de experiencias y opiniones subjetivas, haciendo foco en una temática (Harper, 2002; Banks, 2001; Torre y Murphy, 2015). Su implementación puede ser realizada a través de la siguiente secuencia de trabajo:

- a. Identificar una temática que sea interesante intervenir, en conjunto con la comunidad,
- b. Introducir el enfoque de la fotoelicitación a las personas participantes, anticipando con claridad la consigna de trabajo, en qué consiste el ejercicio, sus objetivos y resolución de potenciales dudas,
- c. Realizar un período de creación y realización de fotografías, o bien de recopilación de fotografías ya disponibles. Se sugiere que este proceso esté orientado por la consigna de la temática que se va a trabajar, pero que se proponga la flexibilidad suficiente para que las personas utilicen su creatividad y recursos en la captura de las imágenes que más le representan o que desea luego compartir.
- d. Llevar a cabo sesiones de intercambio con visionado de las fotos, promoviendo el discurso para expresar el significado y sentido de las fotos para quien las comparte. Algunas de las preguntas orientadoras que pueden plantearse son: ¿Cómo ha sido para ustedes este proceso, de registrar (la temática seleccionada)?; ¿Qué nombre o título le darías a esta foto?; ¿Por qué? ¿Qué significado tiene o qué representa para ti esta foto? ¿Por qué la tomaste?
- e. Finalmente, se realiza colectivamente un análisis del proceso y se comparte nuestras conclusiones sobre el mismo (Rayón Rumayor *et al.*, 2021).

La fotoelicitación se puede realizar en encuentros individuales o colectivos; y no realiza una evaluación estética o análisis sobre la imagen, sino se centra en la narrativa que las fotografías hacen emerger en las personas participantes, las cuales «promueven la agencia, provocando que la gente haga y piense cosas que creen que han olvidado, o vean cosas que siempre han conocido, desde una perspectiva diferente» (Banks, 2001).

Por su parte, fotovoz es una técnica de análisis y de acción psicosocial, en la que se emplea la fotografía como herramienta para reconocer y resaltar problemas sociales (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2016), ya que su principal objetivo es divulgar y cuestionar realidades, al mismo tiempo que promueve la sensibilización hacia dichos problemas y resalta la importancia tanto del sujeto fotografiado como del fotógrafo. El proceso de fotovoz, se puede desarrollar en los siguientes seis pasos, los que corresponden a los siguientes:

- **Paso 1: Introducción a la fotografía y su construcción.** Para comenzar, será necesario presentar diferentes experiencias de fotovoz, así como otras aproximaciones fotográficas y practicar el uso de la cámara si incluye la gestión de la fotografía, ya que también es posible ofrecer un repertorio de fotografías afines.
- **Paso 2: Fotografías y relatos individuales.** Realizadas las fotografías, es el momento de dar voz. Idealmente estas se imprimen, para poder verlas con perspectiva. Seguidamente, se realiza un ejercicio narrativo escrito e individual sobre la fotografía, que luego es compartido de manera colectiva. Una pregunta detonante posible es ¿Qué quieres contar a partir de esta fotografía?
- **Paso 3: Elección colectiva de las fotografías.** Una vez compartidas las fotografías y narrativas individuales, es el momento de categorizarlas en diferentes temáticas. Este ejercicio de categorización pretende facilitar el co-diseño de una narrativa común, que va acompañada de la elección de las fotografías que el grupo considere más representativas y significativas.
- **Paso 4: Coproducción de narrativas colectivas.** Elegidas las fotografías, se coproducen narrativas escritas colectivas para alzar las voces de las personas participantes y se facilita el co-diseño de la exposición pública del fotovoz.
- **Paso 5: Exposición de fotovoz.** Se comparten las fotografías y narrativas colectivas a diferentes audiencias, generando un espacio de encuentro y diálogo entre diferentes actores, basado en las problemáticas identificadas. Una potencial consigna de trabajo a utilizar en este espacio es: Ante esto, ¿Qué se puede hacer? o ¿Qué podemos hacer?
- **Paso 6: Evaluación compartida.** Finalmente, se cierra el proceso colectivo de fotovoz mediante un encuentro de reflexión evaluativa de la experiencia, con la finalidad de compartir aprendizajes y proponer acciones de continuidad.

Así entonces, como en la fotoelicitación la narrativa de la propia persona respecto de la fotografía que comparte tiene la prioridad, en el caso de fotovoz se prioriza la narrativa transformadora sobre la calidad de la fotografía. En este marco, se aprecian importantes aportes de la fotografía social para el trabajo comunitario en salud. En efecto, debido a la masificación del uso de teléfonos celulares, en la actualidad no es necesario contar con una cámara profesional para realizar los ejercicios de fotoelicitación y fotovoz, por lo que se postulan como técnicas inclusivas, accesibles y de fácil implementación. A su vez, la dimensión estética y afectiva de la imagen, permite conectar mediante otras formas de lenguaje, con maneras sensibles y vulnerables, lo que muchas veces es desafiante hacer mediante la palabra en un contexto de trabajo comunitario en salud. Asimismo, en palabras de Herrera y Echeverry (2005), el uso de la fotografía para la intervención social promueve la agencia mediante la creación y permite la recuperación de la memoria de las experiencias vitales y agregamos también la memoria barrial, territorial y política. Finalmente, permite de manera concreta el intercambio de miradas y perspectivas, que podemos dialogar de manera colectiva, lo que permite que la fotografía sea una técnica privilegiada para el desarrollo de acciones en salud.

## Referencias bibliográficas

- Alencar-Rodrigues, R., & Cantera, L. M. (2016). La Fotointervención como Instrumento de Reflexión sobre la Violencia de Género e Inmigración. *Temas em Psicologia*, 24(3), 927-945.
- Banks, M. & Zeitlyn, D. (2015). *Visual method insocial research*. (2nd ed). London: SAGE Publication.189 pp. ISBN 978-1-4462-6974-9.
- Harper D. (2002) *Talking about pictures: A case for photo elicitation*. Jan 1;17(1):13–26. <https://doi.org/10.1080/14725860220137345>
- Herrera Pineda, A M. & Echeverry Forero, P. A. (2005). La fotografía social como herramienta terapéutica para trabajo social. *Trabajo Social*, (7), 141–160. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8481>
- Rayón Rumayor, L., Romera Iruela, M., de las Heras Cuenca, A., Torrego González, A. & García-Vera, A. (2021). Foto-Elicitación e indagación narrativa visual en estudio de casos y grupos de discusión. *New Trends in Qualitative Research*, 5, 41–56. <https://doi.org/10.36367/ntqr.5.2021.41-56>
- Torre D, Murphy J. (2015) A Different Lens: Using Photo-Elicitation Interviews in Education Research. *Education Policy Analysis Archives*. Nov 9;23(111) 1-26. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1084022>



## **9.2. Modelamiento y validación. Estrategia teórico-metodológica de reflexión acción: Fotoelicitación**



## Proyecto: Conociendo mi entorno, cuido mi entorno

### 1. Antecedentes

Centro de Salud Familiar	Brígida Zavala. Forestal.
Equipo profesional	Carolina Buzzo Garay, trabajadora social. Marcela Osorio Fuenzalida, kinesióloga. Greta Vivanco Jaramillo, médico de familia.
Estrategia reflexión acción	Fotoelicitación.
Tutora	Prof. Ketty Cazorla Becerra.

### 2. Contexto de aplicación

El Centro de Salud Familiar, Brígida Zavala, está ubicado en Avda. Blanca Vergara 1792 paradero N.º 6 del sector de Forestal de Viña del Mar, territorio que forma parte de la unidad vecinal N.º 43, Manuel Rodríguez. Su dependencia administrativa corresponde al Área Salud de la Corporación Municipal para el Desarrollo Social de Viña del Mar. El sector de Forestal asignado al CESFAM Brígida Zavala comprende las Unidades Vecinales 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 46, 119 y 129. Su jurisdicción se ubica dentro de los límites geográficos que corresponden al norte, calle del Agua; sur, quebrada de Viña del Mar Alto; poniente, límites de las unidades vecinales 119, 36, 37 y 129 y; oriente, escala Deslinde y calle Vista al Mar. Su población asignada alcanza a 18.520 personas todas usuarias validadas. El cerro Forestal es un sector ubicado en la zona sur de Viña del Mar, limita al este con Chorrillos y Vía Las Palmas, al sur con el fundo Siete Hermanas, al oeste con Nueva Aurora y al norte con el centro de la ciudad. Sus orígenes se remontan a la década de 1950, cuando comienza la venta de terrenos del sector y colindantes con el fundo Siete Hermanas, previo loteo de la sucesión de Blanca Vergara, heredera del fundador de la ciudad José Francisco Vergara. Los primeros asentamientos fueron realizados principalmente por familias obreras y de trabajadores que llegaron a la ciudad atraídos por el auge industrial de la época y la idea que en esos terrenos había una alternativa habitacional.

El territorio posee una topografía propia de los cerros que la componen y su entorno está rodeado por flora nativa —donde destaca la palma chilena— junto con quebradas con bosques nativos y un tranque que se construyó para abastecer de agua de regadío a los jardines de la Quinta Vergara. Actualmente, dicho tranque —conocido como Tranque Forestal o Tranque Sur—, se encuentra contaminado por sedimentos producto de los movimientos de tierra realizados en la parte alta del cerro Forestal, por la construcción de edificios y nuevas viviendas. Es a partir de mediados de la década del 2000, que

la preocupación de la comunidad respecto a esta situación impulsa la gestión de acciones con autoridades locales, con el objetivo de asegurar su cuidado y conservación. A lo anterior, se agrega que producto del déficit comunal de viviendas, ocasionado por las dificultades para el acceso a soluciones habitacionales y los procesos migratorios nacionales sucedidos a partir de la década de 1990, el sector de Forestal es afectado por un marcado crecimiento de asentamientos humanos precarios, los que se organizan en torno a comités de vivienda para acceder de los procesos de regularización de asentamientos ilegales (Diagnóstico participativo CESFAM Brígida Zavala, 2018).

En el marco de su gestión sanitaria territorial, el CESFAM Brígida Zavala realiza diversas estrategias para materializar los pilares del Modelo de Salud Familiar. Una de ellas corresponde a la promoción de salud e intersectorialidad, la que se expresa a través de la Comisión Mixta Salud Educación, COMSE, espacio de encuentro intersectorial donde participan representantes de los establecimientos de educación preescolar, escolar y secundaria, quienes orientan su trabajo conjunto a través de una planificación anual basada en el Plan Comunal de Salud. Como referente, se debe tener presente que la población asignada al Programa Infantil y al Programa Adolescente del centro de salud alcanza a un 25 % de la población total asignada. En base al plan trienal de promoción de salud, estos grupos específicos de población son priorizados para acciones de fomento de estilos de vida saludables, campañas de inmunización escolar, control niño y joven sano; y trabajo comunitario orientado a apoyar el incremento de capacidades familiares y redes sociales que mejoren el despliegue de las potencialidades de la niñez y adolescencia en sus dimensiones biológica, emocional y social.

Así entonces, en el año 2023 y con el respaldo de las propuestas de integrantes de la COMSE Brígida Zavala, nace la iniciativa de realizar caminatas de exploración y reconocimiento ambiental de quebradas y humedales de Forestal, con niños, niñas y adolescentes de las escuelas del sector. Esta actividad busca fomentar el reconocimiento del cuidado del medio ambiente, identificar espacios naturales del propio entorno donde residen, considerando las caminatas en sí mismas como una instancia concreta para fomentar estilos de vida saludables. El objetivo general de ese proyecto busca «promover estilos saludables de vida, cuidado del medio ambiente entre las niños y adolescentes de escuelas del sector de Forestal, a través de la participación de caminatas interpretativas guiadas en las quebradas del sector».

El equipo del CESFAM Brígida Zavala —ejecutor directo del proyecto descrito—, analizó la necesidad de realizar una actividad previa que entregue información para el abordaje de las caminatas e indagar respecto a los conocimientos que manejan niños, niñas y adolescentes que desean participar en las caminatas guiadas, respecto del cuidado del medio ambiente. Es así como nace el diseño y ejecución de una actividad previa a la caminata, que se desarrolla en un espacio y momento distinto a la propia caminata.

Esta se denomina actividad de inicio, la que se realiza a través de la técnica de fotoelicitación, buscando abrir el diálogo para facilitar el encuentro entre participantes de la actividad, la que convoca a docente guía, equipo de salud y niños de 5° año básico de las escuelas del sector.

### 3. Conceptos claves

#### 3.1. Promoción de la salud

El concepto de salud ha avanzado desde una concepción principalmente biomédica centrado en la enfermedad, hacia una concepción de la salud más integral con una mirada sistémica, que incluye otras dimensiones del ser humano donde el síntoma y el proceso de salud enfermedad se ve marcado por el contexto. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986) consolida la noción de promoción de la salud y recupera el enfoque positivo de la salud, lo que cambió el enfoque de riesgo de enfermar para enfatizar que la promoción de la salud no es un asunto exclusivo del sector sanitario. En esta carta se sugieren cinco campos de actuación de la promoción de la salud a saber: Construir políticas públicas saludables, teniendo en cuenta la legislación, medidas fiscales, sistemas tributarios y cambios organizativos; Unas políticas sanitarias, de rentas y sociales que permitan alcanzar mayor equidad; Fortalecer entornos favorables en donde el trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud y se conserven tanto los recursos naturales como los construidos; Fortalecer la acción comunitaria para el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones y el diseño e implementación de estrategias de planificación para tener un mejor nivel de salud; Desarrollar aptitudes personales a través de la información, educación sanitaria y otros elementos que aporten a que la población; y Reorientar los servicios para la promoción de la salud de forma que trascienda la prestación de servicios clínicos. Estos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos. La reorientación implica, también, la investigación sanitaria, cambios en la educación y en la formación profesional ejerza un mayor control sobre su propio familiar, laboral y social (Mosquera-Becerra *et al.*, 2023).

La mirada de la promoción de salud desde un enfoque salutogénico avanza desde el concepto de salud enfermedad centrado en el déficit, hacia una mirada centrada en el riesgo. Constituye una mirada positiva, que releva las condiciones que generan salud en las personas, que tienen la posibilidad de ser potenciadas y que están presentes en ellas, en sus entornos y en sus redes. Así entonces, la promoción de salud permite a personas y comunidades decidir en base a lo que ya tienen o ya existe en su entorno. La responsabilidad de la acción promocional se extendería más allá del sector salud, de modo que permite entender a la salud como un derecho humano a conseguir a través

de la coordinación de toda la sociedad. El objetivo último de las actividades de promoción de la salud, es la creación o facilitación de las condiciones previas necesarias para el desarrollo de una vida saludable; es decir, la clave del proceso está en aprender a reflexionar sobre las opciones que existen en función de las situaciones que ocurren en la vida, sacando partido de aquellas que generan salud, las que mejoran la calidad de vida y las que desarrollan el sentido de coherencia para las personas y comunidades (Rivera de los Santos *et al.*, 2011).

### 3.2. Intersectorialidad

En el contexto de la salud, la intersectorialidad no es un tema nuevo en la región de Las Américas. Tiene sus bases en la declaración de Alma Ata (OMS, 1978) y su llamado de «Salud para todos», al que se sumaron posteriormente los aportes de la carta de Ottawa (OMS, 1986) en cuanto a la promoción de la salud y los debates sobre los sistemas locales de salud. En la actualidad, la intersectorialidad se ha asimilado a partir de la conceptualización de «Salud en todas las políticas» (STP), enfoque adoptado en la declaración de Helsinki (OMS, 2013) que se centra en los determinantes sociales y ambientales de la salud, que a menudo se abordan de una forma más efectiva a través de políticas, intervenciones y medidas que incluyen al sector salud, pero que no dependen o se inician directamente desde éste.

Al tratar el tema de intersectorialidad en salud, es necesario reconocer que uno de los argumentos centrales para el desarrollo del trabajo intersectorial es la comprensión de la salud como un producto social ya que, desde esta perspectiva, se le asocia la propiedad de reducir inequidades al abordar los determinantes sociales de la salud (DSS), siendo el acceso a la salud uno de ellos (Solar *et al.*, 2009 citado por OPS-OMS, 2015). Bajo esta perspectiva, según Castell-Florit, 2007, alcanzar resultados en salud, incorpora cierto grado de complejidad, de modo tal que los actores y las acciones implicadas deben trascender las fronteras del llamado sector de la salud, por lo que se hace necesario la construcción de una respuesta social organizada (Sosa *et al.*, 2013). La definición de la acción intersectorial suele ser concebida como la respuesta a los problemas de salud por parte de los diferentes ministerios u organismos funcionales o sectoriales y en la actualidad, es un concepto que suele asociarse con la expresión «Salud en todas las políticas» (STP) (Cunill-Grau, 2014; OPS-OMS, 2015). Por otro lado, es definida como «una estrategia que vincula a distintos actores mediante un trabajo colaborativo con el fin de alcanzar de manera más eficiente y eficaz objetivos de políticas públicas» (Bedregal y Torres, 2013), o tratar total o parcialmente los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas. (Castell-Florit, 2003 citado por Álvarez *et. al.*, 2007).

La intersectorialidad se recrea a sí misma a través del hallazgo de puntos de encuentro y patrones relacionales de los actores convocados, dentro de relaciones estructuradas

con mandatos más o menos organizados para llevarlos a cabo. Las acciones intersectoriales en salud en el nivel local pueden representar un gran esfuerzo para los actores que participan en esta instancia, no obstante, su desarrollo es generador de insumos relevantes como el comprender los problemas a enfrentar, configurar procesos de mayor sustentabilidad, elevar el alcance de las acciones, así como para hacer rendir los recursos disponibles (Otálvaro y López, 2017). Es así como, la intersectorialidad aparece como una práctica que se expresa a través de una red de compromiso social con enlaces estructurados, en el que las instituciones, las organizaciones y los individuos se organizan para hacer frente a un problema de la sociedad en un territorio determinado (Totaro *et al.*, 2014). Dentro del abordaje del cuidado del medio ambiente, la intersectorialidad se plasma en los diversos enfoques que se tiene a nivel local. Es así, como la escuela busca la educación y el cuidado del medio ambiente en alianza con la Atención Primaria, para identificar y potenciar entornos saludables como un factor protector de la salud y desde la gobernanza local/municipal como un municipio de cuidados.

**3.3. Modelo atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario:** El Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario aplicado en la Atención Primaria de Salud, ha sido definido como «el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural» (MINSAL, 2008). Este marco permite comprender el espacio local y sus determinantes socioculturales como un proceso socio-psicobiológico, visibilizando la predominancia de lo social en las formas de relación de las colectividades, su espiritualidad, su medio ambiente y la construcción del concepto de persona, familia y comunidad.

**3.4. Salud y medio ambiente.** Un medio ambiente saludable es vital para «garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades» (MIDESO, 2023). La exposición a la naturaleza y los espacios verdes reduce el estrés, la ansiedad y la depresión, aumentando el bienestar psicológico. Además, la práctica de actividades al aire libre y el contacto con la naturaleza fomenta la actividad física y promueve una vida más activa y saludable. El conocer el medio ambiente, el funcionamiento de los ecosistemas, la flora y fauna de los entornos, permite respetar y cuidar los espacios, como una forma de cuidar la propia salud. Por lo tanto, promover prácticas de vinculación y cuidado del entorno, son estrategias efectivas para mejorar la salud mental comunitaria y desarrollar estilos de vida saludables.

**3.5. Educación ambiental.** A partir de la década de 1970 se hace visible la crisis ecológica a nivel mundial. A partir de la creciente preocupación por el medio ambiente, se han realizado encuentros y se han divulgado estudios científicos sobre los problemas en la capa

de ozono, cambio climático, contaminación de aguas y atmosférica, entre otros sistemas que han sido analizados más allá del mundo académico y han levantado preocupación sobre el deterioro de los ecosistemas y el impacto del modelo económico vigente en los recursos naturales. En el año 1972, en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano, realizada en Estocolmo (ONU, 1972), se hizo un llamado para crear el Programa Internacional de Educación Ambiental (PIEA), que fue presentado en 1975 y cuyo objetivo fue el diseño y promoción de contenidos educativos, materiales didácticos y métodos de aprendizaje en educación ambiental, especialmente dirigido para el ámbito educativo. Ese mismo año el Seminario Internacional de Educación Ambiental emitió la Carta de Belgrado (ONU, 1975), donde se establecieron los objetivos de la educación ambiental, tanto para la educación formal como no formal, destacando entre sus contenidos: conciencia, conocimientos, actitudes, aptitudes, capacidad de evaluación y participación. Para cumplir con estos objetivos, la educación ambiental se debe abordar de manera interdisciplinaria, transversal, con una visión integral y adecuada a los problemas y necesidades de cada localidad. Cada territorio y cada comunidad tiene sus propias características y necesidades.

En Chile, en el Ministerio de Educación estos conceptos se expresan en las directrices para la educación ambiental formal. La primera incorporación de la educación ambiental en la educación formal fue a través de la reforma de los años noventa, en que se definió el marco curricular y se promulgaron los objetivos fundamentales (OF) y contenidos mínimos obligatorios (CMO). El marco curricular, tanto para educación básica como media, estableció además los objetivos fundamentales transversales (OFT), que tenían un carácter comprensivo y general orientado al desarrollo personal, y a la conducta moral y social de sus estudiantes y debían perseguirse en las diversas actividades realizadas durante el proceso educativo. Uno de esos OFT denominado «La persona y su entorno» se refería a formar ciudadanos y ciudadanas comprometidas con su entorno social, personal y familiar, con el medio ambiente y los grupos sociales en que se desenvuelven. Específicamente en educación básica los objetivos en el ámbito del conocimiento y la cultura señala que los estudiantes deben conocer y valorar el entorno natural y sus recursos como contexto de desarrollo humano, y tener hábitos de cuidado del medio ambiente (MMA, 2018).

## **4.- Diseño metodológico**

### **4.1.- Estrategia teórico-metodológica basada en la reflexión-acción seleccionada. Fotoelicitación**

La actividad de fotoelicitación se incorpora como acción preparatoria para el proyecto elaborado por la COMSE en torno a la realización de caminatas de exploración y reconocimiento ambiental de quebradas y humedales de Forestal, con niños, niñas y adolescentes de las escuelas del sector.

## 4.2.- Objetivo

Indagar respecto de las impresiones personales y grupales de estudiantes de 4° Básico de la escuela Eduardo Frei Montalva de Forestal en torno a la temática del cuidado del medio ambiente.

## 4.3.- Convocatoria

Se convocó a participar a escolares pertenecientes a uno de los establecimientos educacionales participantes de la COMSE, conformándose un grupo de 20 niños y niñas que manifestaron interés en la actividad y que contaban con la autorización de sus padres, madres o adultos(as) responsables para participar en la caminata que se efectuó en el mes de septiembre del año 2024.

## 5. Resultados

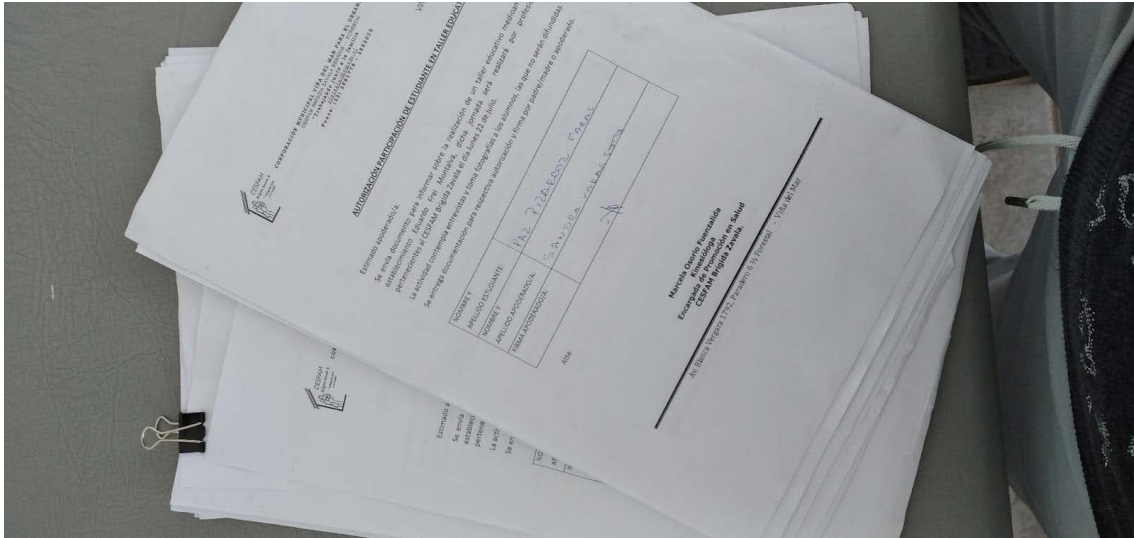
### 5.1. Fase de preparación

En esta primera fase, el equipo responsable gestionó los recursos materiales y la logística necesaria para llevar a cabo la aplicación de la técnica. Las actividades consideradas en la fase fueron las siguientes:

- a. Gestión de correos electrónicos a establecimiento educacional escuela Eduardo Frei Montalva para obtener la respectiva autorización para el desarrollo de la actividad.
- b. Gestión de fotografías del sector con entidad ambiental colaboradora Agrupación Quebrada Chagual, para contar con la base de imágenes necesarias para realizar la actividad.
- c. Gestión de correos electrónicos con escuela Eduardo Frei Montalva para fijar día y hora de la actividad.
- d. Gestión de consentimientos informados de padres, madres y personas adultas responsables de estudiantes que participarán en la actividad.
- e. Planificación de la sesión de fotoelicitación.
- f. Adquisición de insumos para la sesión de fotoelicitación.
- g. Preparación del material requerido para la sesión de fotoelicitación.

### Imagen N°1.

Legajo de consentimiento informados gestionados por equipo APS  
y equipo escuela Eduardo Frei Montalva.



**Fuente.** Equipo responsable.

## 5.2. Fase de ejecución

La sesión grupal fue realizada según el siguiente detalle:

Fecha: 22 de julio de 2024

Lugar: Sala Audiovisual, escuela Eduardo Frei Montalva. Forestal

Participantes: 20 estudiantes de 4° año básico.

Responsables: Equipo COMSE

Contenidos: Preparación de caminata medio ambiental con estudiantes.

Materiales: Fotografías con imágenes medioambientales del sector de Forestal. Computador, proyector, grabadora de voz, papel, lápices, pegatinas (stickers con emoticones).

### MOMENTO 1: Inicio de la actividad

- Se da la bienvenida al grupo de estudiantes.
- Se realiza la presentación del equipo a cargo de guiar la actividad.
- Se invita a estudiantes a sentarse de manera circular o en grupos de 6 participantes.

## MOMENTO 2: Motivación con el tema ambiental en su comunidad

Se preguntó al grupo:

- ¿Conocen algún lugar de Forestal donde puedas tener contacto con la naturaleza?
- El equipo a cargo de la actividad motivó la expresión de opiniones y del diálogo entre pares, a través de conceptos y frases relacionadas con el medio ambiente.
- Se realizaron breves resúmenes respecto a los elementos descritos por el grupo.

## MOMENTO 3: Proyección de fotografías

Se invitó al grupo de estudiantes presenciar la proyección de las fotografías, que mostraban la Quebrada Chagual de Forestal Alto, antes y después de ser limpiada por integrantes de la agrupación ambiental.

Una vez revisadas las fotografías, se generaron las siguientes preguntas guías:

- ¿Conoces este lugar? ¿Has estado ahí alguna vez?
- ¿Qué ves en el lugar, qué puede haber pasado?
- ¿Te imaginas este lugar diferente? ¿Cómo?
- ¿Qué te gustaría hacer en este lugar?

**Imagen N°2.** Estudiantes observando las fotografías de Quebrada Chagual.



**Fuente:** Equipo responsable.

#### **MOMENTO 4: Fotoelicitación**

A partir de las imágenes observadas y de la revisión de las preguntas guías, el grupo reflexionó en un plenario en torno al cuidado del medio ambiente en el sector y la responsabilidad personal y comunitaria en la conservación de los recursos naturales.

**Imagen N°3 Plenario.** Fuente: Equipo responsable.



#### **MOMENTO 5: Cierre y despedida**

Se solicita al grupo evaluar por medio de un *emoticon* que represente su opinión sobre la actividad realizada.

Todos los *emoticons* que han sido seleccionados, son consolidados en un panel final.

Se agradece la participación y se concluye la actividad.



## Evaluación de los contenidos ambientales trabajados con el grupo

A partir de las reflexiones grupales realizadas en torno al medio ambiente, es posible describir los siguientes hallazgos:

- Si bien el grupo no reconocía específicamente el lugar que mostraban las fotografías y que correspondía a la Quebrada El Chagual de Forestal Alto, se pudo reflexionar sobre la existencia de áreas verdes en el entorno donde viven y reconocer que forman parte de su entorno cotidiano. Las áreas verdes están presentes en los lugares donde se emplazan sus viviendas y en los trayectos que realizan desde sus hogares al establecimiento educacional.
- El principal referente medio ambiental que reconoce el grupo corresponde al sector del Tranque, sector emblemático de Forestal en que se realizan acciones de cuidado de la naturaleza y se puede asistir a visitar en familia.
- Respecto a acciones que pueden realizar para cuidar su entorno, se identifican el desechar la basura en recipientes destinados para ello. Aquí, el grupo refirió distintas experiencias respecto de las personas adultas con quienes residen y que por lo general corresponden a sus padres, madres y abuelos(as). Mientras algunas experiencias refieren limpieza de sectores aledaños donde se ubican microbasurales, por medio de la recolección de desechos, otras experiencias hacen referencia a que sus familias hacen uso de estos microbasurales para dejar desperdicios.
- Al relatar la experiencia de la Agrupación Ambiental de la quebrada de Chagual, el grupo manifiesta entusiasmo e interés en participar en una actividad futura de similares características.
- La revisión de la historia del asentamiento territorial del sector de Forestal, se visibiliza el entorno ambiental por medio del reconocimiento de sus quebradas, accesos de agua, identificación de la palma chilena y el concepto de hacienda. Todos estos elementos resuenan en el colectivo y se reflejan en el grupo de escolares con quienes se trabajó la técnica de fotoelicitación. Así entonces, el discurso individual y colectivo que se expresa en la actividad está en sintonía con el tema y hace sentido con su territorio y su historia personal, familiar y comunitaria.

## 6. Reflexiones finales

La vinculación de Atención Primaria de Salud con otros actores del entorno inmediato como la escuela, materializa la reflexión que nace en la Carta de Ottawa en el año 1986, en el sentido que la promoción de salud no es una responsabilidad exclusiva del sector

salud, sino que convoca a la realización de iniciativas y acciones concretas que permiten mostrar a la población usuaria interna y externa formas diversas de comprender la salud, más allá de un concepto restrictivo vinculado a la ausencia de enfermedad. Desde allí, se valora el trabajo en conjunto con los establecimientos educacionales reconocidos en el territorio y se potencia el trabajo comunitario en el enfrentamiento de los problemas y necesidades que afectan su nivel de salud. Desde la perspectiva de la intersectorialidad, la experiencia realizada confirma la posibilidad de contar con puntos y patrones de encuentro que convoquen y hagan sentido a quienes participan de las iniciativas. En específico, permite a los equipos de salud detenerse, mirar y analizar la teoría, la política pública y la acción sanitaria por medio de acciones que persiguen objetivos comunes e impulsan la promoción de salud de las personas, familias y comunidades.

Desde los objetivos de la educación ambiental, la experiencia demuestra la alta compatibilidad que posee con los objetivos de aprendizaje de la educación formal, lo que genera acciones complementarias orientadas a propender a un desarrollo humano e integral de la población escolar, por medio del buen vivir, el bienestar y el vivir en armonía con el entorno y contribuyendo al desarrollo social y moral de la infancia. Del mismo modo, tanto la educación formal como la promoción de salud reconocer la importancia del territorio en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, así como el aporte del trabajo comunitario en la adquisición de competencias y habilidades. En específico, la técnica de fotoelicitación demostró ser un elemento facilitador para suscitar sentimientos y recuerdos. Produce información que aporta significados personales y comunitarios relevantes y facilita la generación de un conocimiento social construido en forma compartida, permitiendo el intercambio de opiniones y puntos de vista, en un marco de respeto y entendimiento mutuo. No obstante, el quehacer de la Atención Primaria de Salud sigue enfocando gran parte de sus recursos en torno a la prevención de enfermedades y en la mejora en el acceso y calidad de sus servicios, desplazando en prioridad al trabajo con la infancia sana, cuyas acciones de promoción de salud deben realizarse con un financiamiento escaso, esporádico y sujeto a postulaciones.

## Referencias bibliográficas

- Álvarez, A., García, A., Rodríguez, A., & Bonet, M. (2007). Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 45(3) [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032007000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300007&lng=es&tlng=es).
- Bedregal, P. & Torres A. (2013). *Chile Crece Contigo. El desafío de crear políticas públicas intersectoriales*. Instituto de Políticas Públicas. Universidad Diego Portales.

- Castell-Florit Serrate, Pastor. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2) [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009&lng=es&tlng=es).
- CESFAM Brígida Zavala. (2018). *Documento Diagnóstico Participativo*. Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social. Área Salud.
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública*, 23(1), 5-46 [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-10792014000100001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001&lng=es&tlng=es).
- MIDESO (2023). *Estrategia Nacional de Implementación de la Agenda 2030 en Chile*. Ministerio de Desarrollo Social <https://www.chileagenda2030.gob.cl/Plan%20de%20Acci%C3%B3n/plan-de-accion/estrategia-nacional/1>
- MMA (2018). *Educación ambiental para la sustentabilidad: síntesis para el docente*. Ministerio del Medio Ambiente División de Educación Ambiental y Participación Ciudadana.
- MINSAL, (2008) *Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud*. Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales. División Atención Primaria Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/894>
- Mosquera-Becerra, J., Pérez-Bustos, A., Díaz-Grajales, C., Quiroz-Arias, C., Salcedo-Cifuentes, M., Mejía-Lopez, J., Herrera-Muergueitio, J., Piedrahita-Sandoval, L. & Barrera-Vergara, L. (2023). Promoción de la salud en América Latina: Coherencia en su implementación. *Hacia Promoc. Salud* 28(2), 141-159. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2023.28.2.10>
- OMS (2013). *Declaración de Helsinski sobre salud en todas las políticas*.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1978) *Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud. Salud para todos en el año 2000*. Organización Mundial de la Salud.
- ONU (1975). *La Carta de Belgrado. Seminario Internacional sobre Educación Ambiental*. Organización de Naciones Unidas.
- ONU (1972). *Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano*. Estocolmo. Organización de las Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/conferences/environment/stockholm1972>

- OPS-OMS (2015) *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina. Una aproximación analítica*. Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud. Oficina Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Otálvaro, G. & López, A. (2017). La acción intersectorial por la salud: una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud. *Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica*. Universidad de Antioquia; 2017. pp. 79-94.
- Rivera de los Santos, F. Ramos, P., Moreno, C. & García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139.
- Soza, I., Rodríguez, A., Álvarez, A., & Bonet, M. (2013). Intersectorialidad y participación en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones de salud en Cuba. *MEDISAN*, 17(4), 650-660. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000400012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400012&lng=es&tlng=es).
- Totaro, L. M., Maio, I. G., dos Santos, T. I., Cunha, C. B. de J., & Wada, H. A. (2014). 100 Intersectorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde em Debate*, 38(103), 966–980.



## Reflexiones finales

Las experiencias de formación, modelamiento y validación de estrategias teórico-metodológicas de reflexión acción realizadas en el marco del proyecto colaborativo de Vinculación con el Medio implementado entre el área salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar, CORMUVIÑA y la Universidad de Valparaíso, han permitido resignificar los repertorios de los equipos de salud de los Centros de Salud Comunitaria y Centros Comunitarios de Salud Familiar de la comuna de Viña del Mar, al incorporar explícitamente en su quehacer metodologías que hacen posibles las miradas histórico/sociales de la salud y enriquecen la vinculación de los equipos con su población y sus territorios. Los resultados obtenidos demuestran la pertinencia de las estrategias seleccionadas para acompañar procesos reflexivos frente a eventos sociales emergentes vinculados a migración, medio ambiente, estudios locales de la memoria y desastres socio naturales; junto con analizar la gestión sanitaria e impulsar la incorporación de los avances digitales en la imagen, la comunicación social y la difusión audiovisual de contenidos en medios comunitarios y fortalecer las acciones sanitarias orientadas a las personas mayores, infancia, adolescencia y a la participación social en forma transversal.

Las experiencias realizadas ofrecen amplios rangos futuros de exploración, ajuste y reinterpretación para los equipos de salud comunitaria e invitan a una renovación teórico- metodológica que amplifique las oportunidades de comprensión e intervención de las nuevas, variadas y complejas expresiones sociosanitarias por las que transita el mundo contemporáneo. En estas propuestas de redefinición de la acción sanitaria, se aspira a consolidar un concepto de salud que supere definitivamente a la enfermedad y el daño como eje rector predominante; y sea capaz de convocar interdisciplinariamente acciones colegiadas desde los equipos de salud comunitaria, que puedan ofrecer miradas pertinentes conforme los contextos, los territorios, las historias locales y los grupos sociales de los que se asumen como garantes del derecho a la salud.

Valparaíso/Viña del Mar. Otoño, 2025.



**Universidad  
de Valparaíso**  
CHILE



**CieloSur**  
EDICIONES