

**UNIVERSIDAD DE VALPARAISO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**SEMINARIO DE TITULO**

**PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD PÚBLICA:**

**“SISTEMATIZACIÓN PROGRAMA CRES - UV EN LA COMUNA DE OLMUE”**

**POR:**

**HUMBERTO FUENTES**

**RICARDO HERNANDEZ**

**AMERICA NOGUE**

**VIVIANNE SEPULVEDA**

**Valparaíso, 08 de Marzo del 2012**

## ÍNDICE

	Pág.
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	6
1.1. Salud pública y política sanitaria nacional.....	7
1.2. Prevención y promoción de la salud.....	9
1.3. ¿Por qué investigar en salud pública?.....	10
1.4. ¿En qué consiste el programa CRES UV?.....	11
1.5. ¿Por qué sistematizar la experiencia del CRES UV en la comuna de Olmué?.....	12
1.6. Entonces... ¿Por qué sistematizamos?.....	14
<b>2.- OBJETIVOS</b> .....	15
<b>3.- MARCO CONCEPTUAL</b> .....	16
3.1. Salud Pública.....	16
3.1.1. Definición.....	16
3.1.2. Funciones.....	17
3.2. Promoción y prevención en salud.....	20
3.2.1. Promoción y prevención como política de Estado.....	24
3.3. Objetivos sanitarios para la década del 2000-2010.....	24

3.3.1. Desafíos sanitarios detectados.....	25
3.3.2. Objetivos sanitarios 2000 – 2010.....	26
3.3.3. Promoción y Prevención en Atención Primaria.....	28
3.3.4. Obesidad: un problema de salud pública.....	31
3.4. La sistematización: praxis de transformación social desde una epistemología crítica.....	34
3.4.1. ¿Qué es sistematizar?.....	34
3.4.2. Antecedentes de la sistematización en América Latina.....	36
3.4.3. ¿Cuál es la opción epistemológica de la sistematización?.....	38
3.4.3.1. Sistematización como investigación.....	38
3.4.3.2. Explicar y comprender: dos dimensiones necesarias en la Sistematización.....	40
3.4.3.3. ¿Quién sistematiza?.....	41
3.4.3.4. ¿Qué se sistematiza?.....	41
3.5. Un modelo de sistematización.....	42
3.5.1. Comunidades de práctica.....	43
3.5.2. Modelo Operativo y de Acción.....	45

3.5.2.1. El Modelo Operativo.....	46
3.5.2.2. El Modelo de acción.....	46
3.5.2.3. El concepto “Momento”.....	48
<b>4.- METODOLOGÍA.....</b>	<b>51</b>
<b>5.- RESULTADOS.....</b>	<b>60</b>
5.1. Momento reconstructivo.....	60
5.1.1. Modelo operativo.....	60
5.1.2. Reconstrucción de la experiencia.....	83
5.1.3. Reconstrucción del conocimiento experto.....	106
5.1.4. Modelo de acción.....	117
<b>6.- CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES.....</b>	<b>121</b>
6.1. Articulación Modelo Operativo y Modelo de Acción.....	121
6.2. Conclusiones a nivel de equipo de sistematización.....	128
6.3. El equipo: evaluaciones, inclusión V/S funcionalidad.....	130
6.4. Brechas entre los grandes discursos y las prácticas concretas.....	131
6.5. El rol de la Universidad pública estatal y su compromiso con el desarrollo Social.....	133

6.6. La importancia del compromiso político institucional.....	134
6.7. La necesidad de una activa integración intersectorial para abordar problemáticas de salud pública de manera efectiva. ....	135
<b>7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>137</b>
<b>8.- ANEXOS.....</b>	<b>141</b>
<b>9.- ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICOS Y FIGURAS</b>	
<b>CUADRO 1:</b> Funciones esenciales de la salud pública.....	18
<b>CUADRO 2:</b> Funciones de la salud pública para América Latina.....	19
<b>CUADRO 3:</b> El cambio de la Asistencia Ambulatoria a la Atención Primaria de Salud..	30
<b>CUADRO 4:</b> indicadores de cambio utilizados en el Programa CRES -UV Olmué.....	79
<b>GRÁFICO 1:</b> Exceso de peso según sexo.....	33
<b>GRÁFICO 2:</b> Prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de seis años.....	34
<b>FIGURA 1:</b> Articulación entre el modelo operativo de un programa.....	47
<b>FIGURA 2:</b> Etapas de intervención del programa CRES – UV Olmué.....	70
<b>FIGURA 3:</b> Instancias de evaluación equipo CRES-UV Olmué.....	78
<b>FIGURA 4:</b> Esquema del modelo de acción.....	120
<b>FIGURA 5:</b> Esquema de relación entre el modelo operativo y de acción.....	124

## 1. INTRODUCCIÓN

«La medicina y la salud pública son intervenciones sociales; y los cambios políticos, sociales y económicos son unas intervenciones de salud pública en su sentido más profundo (Virchow)»

La Salud Pública, en su afán por mantener y mejorar las condiciones sanitarias de la población<sup>1</sup>, requiere de revisiones constantes de las acciones ejercidas en su contexto y en virtud de dicho fin. En lo concreto, las instituciones prestadoras de servicios de salud, sus equipos de trabajo, deben involucrarse en procesos reflexivos sobre las prácticas, los sentidos, los conocimientos y aprendizajes que de éstas emergen para así generar procesos de mejora continua de las acciones, los programas y proyectos, y en general, cualquier dispositivo creado para avanzar en el logro de mejores condiciones de salud, y por extensión, unas condiciones sociales más justas para todos.

Realizar dichos procesos auto-reflexivos sin embargo, implica detenerse y volver la vista hacia sí mismos, sobre la propia práctica social, en un contexto cultural que continuamente nos impulsa a producir, avanzar casi a ciegas, sin detenerse a generar una reflexión comprometida sobre lo ya hecho, sobre el camino avanzado. Este volver la vista sobre sí mismo, más aun el realizarlo colectivamente, nos enfrenta a una serie de complejidades que muchas veces dificultan o hace inviable esta empresa.

---

<sup>1</sup> Entendiendo que el mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud de la población es un proceso multidimensional que en su base requiere el establecimiento de unas condiciones sociales, económicas y políticas tales que permitan asegurar la calidad de vida de la población.

Una metodología que se ha mostrado útil para llevar a cabo los procesos auto-reflexivos en equipos de trabajo de programas y proyectos sociales y socio-sanitarios, es la sistematización, proceso que parte del supuesto de que la intervención social intencionada, en sí misma, genera un tipo de conocimiento en quién la desarrolla, conocimiento que se produce en la propia práctica, como espacio de interface entre los conocimientos institucionales, las intenciones y directrices políticas de los programas, los equipos y los beneficiarios de la intervención.

El presente trabajo es un intento de recuperar este espacio de generación de conocimiento mediante la sistematización de un programa de prevención y promoción de la salud infantil, CRES-UV, implementada en la comuna de Olmué en un esfuerzo de cooperación de la facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y el CESFAM (Centro de Salud Familiar) de la comuna, quienes en conjunto han desarrollado intervenciones de carácter promocional y preventivo en jardines infantiles y escuelas de la comuna, enfocadas en reducir la incidencia de patologías asociadas a la malnutrición, ausencia de actividad física y problemas dentales.

### *1.1 Salud pública y política sanitaria nacional*

Se puede definir a la salud pública como el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y a restaurar la salud cuando esta se pierde, y en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo en su medio social, laboral y cultural. La salud pública, así definida, se fundamenta en el respeto a los derechos humanos y en la búsqueda de justicia social efectiva como garantía del mejor bienestar colectivo. Su desarrollo se caracteriza por el énfasis en la responsabilidad colectiva sobre la salud y el papel central del estado en

proteger y promover la salud, el enfoque hacia las poblaciones y la preferencia por la prevención y en los últimos años, por la promoción de la salud, la integración de múltiples disciplinas y metodologías y el compromiso y trabajo asociado con la población a la que sirve.

En este orden de cosas, es el Estado el llamado a ejercer un rol central en la organización, planificación y ejecución de acciones tendientes a la protección, mejora y recuperación de la salud en las poblaciones, para lo cual, se han diseñado diversas políticas, dispositivos y procedimientos respondiendo a este llamado. Un elemento articulador en éste esfuerzo del Estado es la planificación estratégica de los objetivos sanitarios para la década 2000 - 2010 - diseñados sobre la base de que el sistema de salud tiene por finalidad mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad y reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad - entre los cuales se encuentra “enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad”, que entre sus diversos puntos constituyentes, alude concretamente al manejo y control de los determinantes de las enfermedades más relevantes desde el punto de vista de la cantidad y de la calidad de vida.

Una meta específica en este punto es frenar el avance de la obesidad, al estar esta condición asociada a la aparición y mantención de diversas patologías. La estrategia que se propone para el logro de esta y otras metas es enfocarse en los niños y jóvenes, promoviendo estilos de vida saludables para prevenir los problemas de salud que en la actualidad aquejan mayoritariamente a la población chilena, orientándose esfuerzos y recursos hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

## *1.2 Prevención y promoción de la salud*

Según la carta de Ottawa, 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”. Se trata de estrategias orientadas a proteger y aumentar los niveles de salud y bienestar basales, en ausencia de enfermedad, lo que implica la adopción progresiva de estilos de vida que permitan una vida prolongada y de calidad, incluyéndose cambios en la alimentación, actividad física, ambientes y condiciones laborales, distribución del capital, relaciones familiares y sociales y un gran número de otros elementos de un amplio abanico bio - psico - social que han sido relevados como determinantes de la salud.

El concepto de prevención está relacionado con el continuo salud – enfermedad, tiene que ver con las teorías de causalidad de la enfermedad en cualquier modelo médico; alude a la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria) curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria). Se trata entonces de acciones que están específicamente orientadas a interferir el proceso causal, el desarrollo y los efectos de una patología.

Ambos elementos, promoción y prevención, han sido incluidos como ejes centrales de las políticas de salud, sobre todo en APS, donde se han desarrollado en la última década diversos programas, con enfoques comunitarios, buscando el empoderamiento y la responsabilidad de la población, individuos y el colectivo, en lo que al cuidado de su propia salud refiere. Es en este nivel donde diversas organizaciones han realizado aportes en el desarrollo y puesta en marcha de distintos programas que han permitido un progresivo

avance en la tarea de poner la salud como foco y no la enfermedad (un enfoque que permite plena participación de los sujetos)

### 1.3 *¿Por qué investigar en salud pública?*

Como futuros profesionales de la salud<sup>2</sup> optamos por hacernos cargo de la tendencia actual hacia la transdisciplinariedad, posicionándonos en un espacio que no es privativo del profesional psicólogo, pero en el cual sin embargo, este puede ser un aporte real y concreto, desde sus propios conocimientos y prácticas (psicología de la salud, psicología social de la salud, psicología clínica, etc.), pero también desde conocimientos y prácticas provenientes de otras áreas, sean estas socio sanitarias o definitivamente sociales.

La salud pública es un área en la que es necesario mancomunar esfuerzos y recursos para el logro de los objetivos sanitarios que se habían planteado para la década 2000 -2010 pero que aún siguen vigentes. Como equipo de investigación, consideramos que es imperioso que en este esfuerzo colectivo, exista un compromiso ético, político e incluso ideológico por parte de los profesionales, que permita avanzar en la construcción de un sistema de salud (y también un Estado) que responda efectivamente a las necesidades y deseos de la población y no a la conveniencia de grupos minoritarios o empresas farmacéuticas o cualquier otra clase de interés privado. Esto implica el desarrollo de estrategias que permitan a la población hacerse cargo, de manera autónoma, de su propio bienestar, otorgándole los recursos materiales y técnicos así como las condiciones estructurales para que dicho proceso ocurra.

---

<sup>2</sup> Preferimos referirnos a futuros profesionales de la salud entendiendo, por una parte, que la salud mental, de la cual el psicólogo es considerado un especialista, es sólo una parte del amplio concepto "salud" y por otra parte, que el aporte de la psicología a la salud, sobre todo a la salud pública, trasciende con creces los límites de la salud mental.

Es así que cobra relevancia embarcarse en un proceso de investigación que pretende sistematizar y relevar una iniciativa de cooperación intersectorial (Educación y Salud Pública) orientada hacia la promoción y la prevención en poblaciones infantiles, ajustándose a las estrategias consignadas en los objetivos sanitarios 2000-2010, como lo es el programa CRES – UV Olmué.

#### 1.4 *¿En qué consiste el programa CRES – UV Olmué?*

El programa CRES – UV Olmué (Creciendo Sanos) fue concebido desde sus inicios como un proyecto docente y asistencial, donde se incorporaría al sector salud en el sector educacional y a la comunidad. De esta manera busca ser un aporte de la Universidad de Valparaíso a la Comuna de Olmué.

El proyecto se basa en la estrategia de la OMS de Escuelas Saludables, la cual está inserta en la política de Ciudades Saludables. El inicio del Proyecto Piloto de Escuelas Saludables es en el año 2003 donde se inicia la comuna de Olmué como campo clínico para los internos de la carrera de medicina. En la actualidad los espacios donde se está llevando a cabo el proyecto se ha ampliado incluyendo otros campos clínicos que dependiendo de sus dinámicas particulares se ha ido modificando.

En el año 2003 lo que motiva la generación de este proyecto fue el “alto índice de malnutrición por exceso y una gran prevalencia de problemas de salud odontológica”. Luego en el 2005 se decide incorporar un nuevo eje, el de la actividad física. Con este panorama, además de la falta de un programa a nivel nacional y local que atienda de manera integral a los escolares, se decidió implementar el proyecto de Escuelas Saludables de Olmué.

A partir del año 2008 este proyecto pasa a formar parte de la actividad del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

A grandes rasgos los objetivos del CRES – UV Olmué (“Creciendo Sanos”), bajo la estrategia de Escuelas Saludables de la OMS, son la continuación del ejercicio de los internos de medicina en las actividades de vinculación entre la comunidad y la educación con el sector salud, y la incorporación de nuevos profesionales e internos de otras carreras, teniendo como población objetivo la comunidad escolar del nivel parvulario. Además los correspondientes diagnósticos, incluyendo el aspecto psicosocial, realizados en los establecimientos en los cuales se lleva a cabo el proyecto, donde se busca su ampliación hacia otros espacios posibles de intervención.

El CRES – UV Olmué abarca 4 ejes fundamentales para su funcionamiento:

- Eje de nutrición
- Eje de actividad física
- Eje de odontología preventiva
- Eje psicosocial

#### *1.5 ¿Por qué sistematizar la experiencia del CRES - UV en la comuna de Olmué?*

La comuna de Olmué, se encuentra ubicada en la V Región, al Sur Oriente de la Provincia de Quillota, colindando al Norte con la comuna de Hijuela y La Calera, al Sur y al Poniente con la comuna de Limache y al Oriente con la Región Metropolitana. Su superficie es de 231.8 Kms<sup>2</sup>, con una densidad de 68.16 habitantes/Kms<sup>2</sup>.

Del total de la población, un 40% corresponde al sector rural, el que ocupa el 96,1% de la superficie comunal, esto indica claramente un problema de dispersión poblacional.

Por otra parte se aprecia en los sectores rurales altos, la tendencia costumbrista del trabajo de la tierra, lo que incide en un lento desarrollo del sector agrícola de características tradicionales.

Estas características configuran una población pobre no indigente de 1.950 personas y una población indigente de 254 personas.

En esta comuna, la falta de fuentes de trabajo incide en el bajo ingreso económico familiar, cuyo promedio no supera el ingreso mínimo nacional; esto trae como consecuencia la discontinuidad educacional al término de la enseñanza media, para colaborar en la economía familiar.

Se observa una tendencia a constituir familias extendidas sin vínculo conyugal formal, lo que se traduce en un alto número de niños nacidos fuera del matrimonio (acrecentados por la alta incidencia de embarazos en adolescentes).

Existe una problemática cuantificada en relación con el consumo de alcohol y drogas, que en conjunto interfieren y provocan inestabilidad del grupo familiar. En la actualidad esta situación se encuentra priorizada dentro del riesgo y abordaje familiar.

En cuanto a vivienda, la comuna cuenta con 4.074 viviendas, existiendo un déficit de 782 de familias. En donde existen 65 viviendas en situación de hacinamiento alto (2%).

En síntesis esta comuna se encuentra en una situación de pobreza para la mayoría de la población, ya que del total de habitantes, un 25,4% se encuentra en un nivel socioeconómico de extrema pobreza y un 65,3% en nivel de pobreza. Además, el nivel educacional de la población es crítico, por cuanto de 3.446 hogares, 1.940 jefes de familias tienen menos de 7 años de estudios, lo que significa un 56,30%, con educación básica

incompleta. Ambos tipos de datos califican como factores de vulnerabilidad familiar para la priorización en la focalización de recursos y programas.

Adquiere así una alta relevancia el realizar una sistematización en el consultorio de Olmué como una forma de evaluar la pertinencia y eficacia de programas sociales.

### 1.6 *Entonces... ¿Por qué sistematizamos?*

Desde los diferentes logros alcanzados por el CRES – UV Olmué, se deviene la necesidad de realizar una reflexión colectiva, que a su vez implique una revisión histórica que vaya desde el diseño, la ejecución y evaluación del programa, considerando tanto sus momentos de plenitud y crisis, además de los diferentes actores que rotan en torno a su práctica. Es en este contexto donde la metodología de “Sistematización” cobra sentido y pertinencia, entendiéndose como una metodología que se detiene a reflexionar sobre la práctica, comprendiendo las acciones tanto desde su perspectiva estructural, como también desde los significados que emergen desde los propios actores involucrados, y finalmente haciendo emerger nuevos conceptos y consideraciones que se descubren a sí mismas únicamente realizado este proceso.

La sistematización del CRES – UV Olmué conlleva una serie de importantes ventajas que se pueden vislumbrar en esta primera instancia, así por ejemplo, es posible mencionar que la comprensión y reflexión sobre las distintas acciones del equipo de trabajo es, en principio, una oportunidad para replantear y formular nuevos lineamientos de intervención y para considerar aspectos que antes habían sido omitidos. Por otra parte, facilita el intercambio de experiencias con otros equipos de salud pública, promoviendo la comunicación y el trabajo en equipo, aspecto especialmente relevante y necesario tanto

para la realidad regional como nacional. Por último, es una fuente de conocimiento que emerge desde la propia práctica, permitiendo un proceso de desarrollo constructivamente crítico, del cual a su vez, se extraen aprendizajes que se reflejan en el mejoramiento de las distintas prestaciones que ofrece el CRES – UV Olmué.

## 2. OBJETIVOS

Como se explica en el apartado “Metodología”, los objetivos aquí presentados - que guían el proceso de sistematización - han sido elaborados en conjunto con el equipo, por lo cual representan principalmente las motivaciones de éste para iniciar dicho proceso.

### *2.1 Propósito*

Contribuir al desarrollo de los programas de prevención y promoción en salud, a la mejora de la gestión interna del programa CRES - UV Olmué y a la divulgación de la experiencia de dicho programa.

*2.1.1 Objetivo general:* Relevar el programa CRES – UV Olmué como una experiencia metodológicamente novedosa en la prevención y promoción de la salud escolar

*2.1.1.1 Objetivo Específico:* Sistematizar la experiencia del programa CRES - UV en el CESFAM de Olmué

#### *2.1.1.1.1 Objetivos operativos:*

a) Generar un documento que sirva de inducción para los nuevos integrantes que ingresen al equipo.

b) Facilitar a un proceso evaluativo que permita sentar las bases para el desarrollo futuro del programa CRES – UV Olmué a través de la revisión sistemática de la historia del programa, su evolución y sus resultados

C) Visibilizar los procesos de aprendizaje transdisciplinario que se producen al interior del equipo CRES- UV Olmué mediante el análisis y discusión de las opciones metodológicas que han orientado las acciones e intervenciones insertas en el programa

2.1.1.2 *Objetivo Específico*: Facilitar la transferencia de los conocimientos generados por el equipo CRES – UV Olmué mediante presentación del trabajo de sistematización en la jornada de salud pública UV 2012

2.1.1.2.1 *Objetivos Operativos*

a) Generar un documento que permita el análisis y replicabilidad de la experiencia CRES-UV Olmué a nivel de otros equipos de salud.

### **3. MARCO CONCEPTUAL**

#### *3.1 Salud pública*

3.1.1 *Definición*: El concepto Salud Pública puede definirse como la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, mejorarle la convivencia y la calidad de vida. Es un proceso dinámico en el que intervienen la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, las condiciones de su entorno ecológico, su participación en el desarrollo social, cultural, productivo,

científico y tecnológico. Este concepto sobrepasa la idea del sujeto ausente de enfermedad, situándolo como factor activo de producción y convivencia para el mejoramiento de las condiciones personales y de la sociedad en que se desenvuelve. (Malagón-Londoño & Galán Morera, 2002)

Lo anterior requiere un compromiso que no se limita a la propia persona y su comunidad - que siempre deberían actuar en función de su protección - si no que se constituye en una tarea que debe ser dirigida por el Estado, cuyo gobierno debe proveer los programas, normas, planes y medios, con el concurso activo de la comunidad.

3.1.2 *Funciones:* Las Funciones de la Salud Pública han ido ampliándose y redefiniéndose a través del tiempo. Ya en 1945 Henry Sigerist definió las cuatro grandes misiones de la Medicina: Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, Reparación o tratamiento del daño y la Rehabilitación funcional. Más adelante, los norteamericanos las denominaron como funciones de la Salud Pública. (García Ospina & Tobón Correa, 2000)

La OMS, en conjunto con el Programa Nacional de Desempeño y Estándares de la Salud Pública de EE.UU desarrolló un estudio denominado DELPHI, en el cual, y en colaboración con 145 expertos en Salud Pública, se definieron sus nueve funciones esenciales:

## **Cuadro1: Funciones esenciales de la Salud Pública**

Prevención vigilancia y control de enfermedades transmisibles

1. Monitoreo de la situación de la salud
- 2. Promoción de la salud<sup>3</sup>**
3. Salud ocupacional
4. Protección del ambiente
5. Legislación y regulación en salud pública
6. Gestión en salud pública
7. Servicios específicos de salud pública
8. Atención de salud para grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo

(Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, 2000)

La OPS (Organización Panamericana de la Salud), en colaboración con el Centro para el control de enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) y el CLAISS (Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud) definió once funciones esenciales de la salud pública en América Latina.

---

<sup>3</sup> El énfasis es realizado por los autores de la presente investigación

## Cuadro2: Funciones de la Salud Pública para América Latina

1. Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud publica
3. **Promoción de la salud**<sup>4</sup>
4. Participación Social y empoderamiento de los ciudadanos en salud
5. Desarrollo de políticas, planes, y capacidad de gestión que apoye los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional
6. Regulación y fiscalización en salud publica
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud publica
9. Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

(Extraído de Malagón-Londoño y Galán Morera, 2002, Pág. 18.)

Un elemento importante dentro de las funciones de la Salud Pública es la Promoción, definida como Intervención Preventiva Primaria, que ha mostrado ser el tipo de intervención de mayor eficacia para la mejora de la salud de la población. (Martines Navarro, Antó, Castellanos, Gili, Maset, & Navarro, 1998)

---

<sup>4</sup> El énfasis es realizado por los autores de la presente investigación

### 3.2 Promoción y prevención en salud.

Según la Carta de Ottawa (Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud , 1986), 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. En el documento, La Conferencia internacional sobre la promoción de la salud propone 5 componentes necesarios para llevar a cabo dicha estrategia:

- La elaboración de una política pública sana.
- El refuerzo de la acción comunitaria logrado a través del empoderamiento del individuo y de los colectivos. Esta acción comunitaria o participación integral es entendida como: “Un proceso de movilización por medio del cual la comunidad se organiza y capacita, asume a conciencia su papel de agente o sujeto de autodesarrollo y junto con la administración local y las instituciones (técnicos) identifica (concilia), prepara (planea, organiza), ejecuta (dirige, controla) y evalúa proyectos de y para su desarrollo”.
- Desarrollo de aptitudes personales.
- La creación de ambientes favorables: Los lazos que unen al individuo con su medio, constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. Es fundamental la protección mutua entre las comunidades (lo social) y el medio natural.
- La reorganización de los sistemas de salud: “La responsabilidad de la misma la comparten individuos, colectivos, profesionales de la salud, instituciones de salud y gobiernos”.

Esto supone un enfoque positivo, donde el foco no es la enfermedad y su tratamiento sino más bien, la adopción de estilos de vida que permitan alcanzar un estado de salud óptimo, considerando los factores que condicionan la salud.

En un sentido amplio, la promoción de la salud puede definirse como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, que realizan los gobiernos, sectores sociales y en definitiva, la comunidad en general, orientadas a la transformación de la conducta, el ambiente e incluso factores hereditarios, es decir, controlar los determinantes de riesgo y fortalecer los mecanismos de protección de la salud. (Malagón-Londoño & Galán Morera, 2002; Martin Zurro & Cano Pérez, 2008).

La definición anterior hace referencia a variables como las características del entorno, procesos sociales, políticos, productivos, culturales, científicos y tecnológicos que de uno u otro modo, permiten garantizar la mejora de las condiciones de bienestar físico, psicológico y social de las poblaciones, en palabras de Hancock (1994)<sup>5</sup> “La promoción de la salud es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre salud, política y poder”

En términos globales, las medidas de promoción de la salud son las que tienen una mayor rentabilidad preventiva, siendo la única prevención eficaz en muchos casos (Martin Zurro & Cano Pérez, 2008)

El concepto de Prevención es definido como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a la protección específica de la población para evitar que los daños a la salud o la enfermedad aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores, o generen secuelas evitables (...) son el conjunto de acciones dirigidas a impedir el impacto

---

<sup>5</sup> En Malagón-Londoño & Galán Morera, 2002, Pág. 19

físico y psicológico en el individuo, y si este es inevitable, a protegerlo de manera que el daño sea menor y más corto el tiempo de su readaptación a las actividades normales (Adaptado de Malagón-Londoño & Galán Morera, 2002, pág. 19)

El concepto anterior se relaciona con la implementación de acciones definidas de detección y diagnóstico temprano de las enfermedades, empleo oportuno y eficaz de las medidas terapéuticas pertinentes y adecuadas para el tratamiento, reducción de la morbilidad y el daño, utilización de la ciencia y la técnica para impedir las secuelas, reducir al mínimo la discapacidad y evitar los riesgos de muerte.

La prevención puede realizarse en distintos momentos del proceso salud-enfermedad, dependiendo de la etapa en la que el sujeto (o colectivo se encuentra). Lo anterior nos lleva a mirar más de cerca la historia natural de la enfermedad.

En el manual “Atención Primaria” (Martin Zurro & Cano Pérez, 2008) se plantea que en la historia natural de la enfermedad, se distinguen tres momentos o periodos: prepatogénico, patogénico y resultados.

El *periodo prepatogénico* comienza con la exposición del sujeto sano a los factores etiológicos o de riesgo. Cobra importancia en este periodo el nivel de susceptibilidad del sujeto ante la enfermedad, y que puede ser modificada (al igual que los factores de riesgo) mediante acciones de prevención primaria<sup>6</sup>

El *periodo patogénico* puede dividirse en dos fases: presintomática (sin síntomas ni signos de la enfermedad) y clínica. Durante la primera, ya se han iniciado los cambios

---

<sup>6</sup> El concepto prevención primaria enlaza directamente con el de promoción de la salud.

anatomopatológicos inducidos por el agente causal y en la segunda, estos cambios son lo suficientemente potentes como para que se manifieste la enfermedad.

El *periodo de resultados* es la fase final de la enfermedad y deviene del avance o detención del proceso patológico y el retroceso o minimización de las alteraciones orgánicas producidas por el agente patógeno.

En virtud de lo anterior, las acciones preventivas se distribuyen en tres niveles: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

La *prevención primaria* refiere a las acciones, intervenciones y procedimientos que buscan impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo es disminuir la incidencia. Las acciones aquí incluidas se llevan a cabo en el periodo prepatogénico y consideran la promoción de la salud (dirigida a las personas) y la protección de la salud (modificación de variables medio ambientales).

La *prevención secundaria* está constituida por acciones orientadas a detener la evolución de un cuadro patológico en su fase preclínica, cuando no existen aún síntomas y signos aparentes pero se encuentran en estado embrionario, lo que permite la detección precoz del proceso patológico y la puesta en marcha de las medidas necesarias para detener su desarrollo. El objetivo aquí es disminuir la prevalencia y la principal herramienta son los programas de screening.

La *prevención terciaria* por su parte refiere al conjunto de acciones e intervenciones orientadas al tratamiento y rehabilitación del paciente enfermo, enlenteciendo la progresión de la enfermedad y retrasando (o evitando) la aparición o agravamiento de complicaciones o discapacidades, intentando a la par el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

### *3.2.1 Promoción y prevención como política de Estado*

La formulación de objetivos sanitarios fue el punto de partida del proceso de reforma del sistema de salud chileno ocurrido durante el primer decenio del siglo XXI, articulándose los componentes del sistema de salud en función del cumplimiento de las metas propuestas, los problemas de salud que afectan a la población se sitúan como elemento central para la elaboración de las políticas sanitarias.

En este contexto, el gobierno de Ricardo Lagos plantea Objetivos Sanitarios para la década 2000 – 2010 (Ministerio de Salud, 2002) haciendo un énfasis fundamental en la protección de la salud, privilegiando las estrategias de promoción y prevención, bajo el supuesto de que “los problemas de salud de los chilenos responden a factores resultantes del modelo de desarrollo económico y social existente, cuyo abordaje implica necesariamente la acción intersectorial, a través de políticas de gobierno y no exclusivamente sectoriales”, tras lo cual, para el Estado chileno, promoción y prevención se han instalado como parte de una estrategia sanitaria que se fundamenta en la modificación de los determinantes de la salud, focalizándose en el mejoramiento de las condiciones materiales de la vida (reducir la pobreza) y el fomento de los hábitos de vida saludable (alimentación, actividad física).

### *3.3 Objetivos sanitarios para la década del 2000 – 2010*

Según el documento de promulgación del MINSAL (Ministerio de Salud, 2002), los Objetivos sanitarios corresponden a las metas en salud que deben alcanzarse para el año 2010, constituyendo un mecanismo de orientación y un marco de referencia para las intervenciones que deben realizarse en el sistema de salud chileno. Respecto al planteamiento de los objetivos, es posible afirmar que en diferentes países como Estados

Estados Unidos, el Reino Unido y Canadá, son dos los ejes comunes que se aprecian con más nitidez - prolongar la vida saludable y reducir las inquietudes - proyectando además un eje para el futuro: el fomento del cuidado de la salud. Estos países comprenden tales objetivos como elementos que deben ser comprendidos desde diversas áreas de la sociedad, por lo que se requiere la coordinación y trabajo conjunto de distintas instituciones y actores sociales.

En cuanto a la realidad de Chile, se consideran las experiencias internacionales, adaptándolas a un acontecer nacional estableciéndose metas de acuerdo a las situaciones prioritarias, de tal forma en que son estas las que establecen los principales lineamientos para la elaboración de las políticas sanitarias, se realizan intervenciones en áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

El proceso de establecimiento de los objetivos sanitarios requiere de un análisis y evaluación detallada de la situación actual, con una definición de las metas a las cuales se pretende llegar, precisando además los factores sobre los cuales se quiere intervenir. El resultado de este minucioso proceso arroja como resultado los siguientes desafíos sanitarios, de los que a su vez se desprenden los objetivos sanitarios 2000 – 2010.

### 3.3.1 *Desafíos sanitarios detectados:*

- a) El envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica;
- b) las desigualdades en la situación de salud de la población, que se traduce en una brecha sanitaria entre los grupos de población de distinto nivel socioeconómico;

c) responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad chilena;

d) resolver los problemas pendientes y mantener los logros sanitarios alcanzados. Todos estos factores involucran cambios en la provisión de servicios sanitarios, tanto en la composición de los servicios, como en las formas de entregarlos, adecuándolos a los requerimientos técnicos sanitarios, así como a las exigencias de los usuarios, cada vez más conscientes y exigentes de sus derechos.

De estos cuatro desafíos sanitarios se desprenden los objetivos sanitarios 2000 – 2010, siendo estos los siguientes:

### *3.3.2 Objetivos sanitarios 2000 - 2010*

#### *3.3.2.1 Mejorar los logros sanitarios alcanzados*

Deben considerarse los avances sanitarios que ya se han realizado en el pasado y han causado efectos positivos en la atención sanitaria, tales intervenciones deben ir siendo mejoradas y readaptadas de acuerdo a los procesos de cambio que vive la sociedad Chilena. A modo de ejemplo, puede citarse el descenso de la mortalidad infantil y materna, lo cual requirió del trabajo de diversas áreas como educación, condiciones de la vivienda, saneamiento básico, programas de inmunización etc.

### *3.3.2.2 Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.*

Frente a la transformación demográfica ocurrida en Chile, durante estos últimos años, puede establecerse con claridad un evidente descenso en las tasas de fecundidad y mortalidad. Este proceso de cambio implica necesariamente establecer prioridades sanitarias para determinados grupos de la población. Las metas que se desprenden de este objetivo pueden dividirse en tres áreas:

- a) Controlar los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida, como la Obesidad y otras condiciones.
- b) Enfermedades que generan la mayor carga de mortalidad y para las que se cuenten con medidas de intervención de efectividad probada.
- c) El tercer ámbito de acción para enfrentar el envejecimiento y los cambios de la sociedad, son aquellos problemas de salud, que no matan, pero que disminuyen la calidad de vida de las personas, generando discapacidad, dolor y angustia.

### *3.3.2.3 Disminuir las desigualdades en salud*

Aún siguen existiendo marcadas diferencias que caracterizan los procesos de atención en salud, en la mayoría de las ocasiones tales diferencias estarían siendo determinadas por el estrato socioeconómico, el género y el nivel geográfico. Resulta un objetivo fundamental para el periodo 2000 – 2010 disminuir tales brechas, con el fin de crear un sistema de salud más equitativo, en donde todos puedan acceder a las prestaciones necesarias en cada caso.

#### *3.3.2.4 Prestar servicios acordes a las expectativas de la población.*

Este último objetivo establece un abordaje respecto del desempeño del sistema sanitario y la satisfacción de las expectativas de la población sobre aspectos no médicos de la salud, debiéndose equiparar los objetivos técnicos en logros de salud con las expectativas y aspiraciones de la propia ciudadanía. Por último, se plantea como objetivo adicional el mejoramiento de la calidad técnica de la atención en salud.

La premisa que opera de forma transversal en los objetivos refiere a la protección de la salud, la cual debe trabajarse con estrategias de promoción y prevención, considerando además factores de desarrollo social y económico, los cuales implican necesariamente un abordaje de acción intersectorial. Un elemento que debe considerarse es que los problemas sanitarios son hechos dinámicos que requieren una evaluación constante, esto ha de tenerse en cuenta a la hora de establecer los procedimientos más pertinentes para la intervención en tales problemáticas.

En cuanto al logro de los objetivos sanitarios no sólo corresponde al sector salud generar las condiciones óptimas para su cumplimiento si no que es una cuestión transversal a sectores como educación, vivienda, obras públicas, transporte, hacienda y otros actores sociales. Se plantea además que las estrategias para la consecución de estas metas deben estar dirigidas a los niños y jóvenes, buscando instaurar desde temprano en el ciclo vital estilos de vida saludables.

#### *3.3.3 Promoción y Prevención en Atención Primaria*

La Atención Primaria de Salud (APS) es actualmente definida según la Conferencia de Alma Ata (OMS; UNICEF, 1978) como “atención sanitaria esencial, basada en la práctica,

en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada”.

La definición, aceptada por más de 140 países, pone de manifiesto el rol estratégico de la APS en el cumplimiento de los objetivos sanitarios dada su condición de superficie de contacto entre la población y el sistema sanitario, pero también en el cambio de concepción que se produce desde la enfermedad como elemento central hacia la salud como eje orientador (ver Cuadro N° 3)

### Cuadro3: El cambio de la Asistencia Ambulatoria a la Atención Primaria de Salud<sup>7</sup>

<b>Objetivos</b> De Enfermedad Curación.	A Salud Prevención y cuidado
<b>Contenido</b> De Tratamiento Cuidado esporádico Problemas específicos	A Promoción de la salud Cuidado continuo Cuidado global
<b>Organización</b> De Especialista Médico Practica Individual	A Médicos generales Otros profesionales Trabajo en equipo
<b>Responsabilidad</b> De Sector Sanitario aislado Dominio Profesional Recepción pasiva de los cuidados	A Colaboración Intersectorial Participación comunitaria

Las actividades de prevención y promoción de la salud son parte nuclear de la Atención Primaria de Salud, e implican una apertura a la comunidad y un rol activo del sistema sanitario que se desenfoca de la intervención clínica, posicionándose más bien desde la educación para la salud, proceso en el cual resulta evidente y necesaria la participación de la comunidad y sus estructuras en las transacciones simbólicas y materiales que esta clase

<sup>7</sup> Tomado de Martin Zurro Y Cano Pérez, 2008, Pág. 6

de nueva relación sistema sanitario – población establece, generando estrategias promocionales, programas preventivos y todos los dispositivos que resulten necesarios.

### 3.3.4 *Obesidad: un problema de salud pública*

Entre las Metas planteadas en los Objetivos Sanitarios para la década 2000 – 2010, se especifica el control de factores determinantes de la salud, uno de los cuales es la Obesidad: “Frenar el aumento de la obesidad, implicada en enfermedades (diabetes mellitus, dislipidemias, hipertensión arterial, arteriosclerosis, problemas del aparato locomotor).” (Ministerio de Salud, 2002, pag. 6) en virtud de lo cual, es necesario abordarla desde acciones concretas de Salud Pública en coordinación con todos los actores sociales involucrados.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El indicador que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, es el índice de masa corporal (IMC) el cual es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Este se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

Para la OMS, un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso, y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil de sobrepeso y de obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

Según datos de la OMS (2011) el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

Desde 1980, la obesidad se ha duplicado en todo el mundo. En 2008, 1500 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.

En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.

En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal. Por ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos).

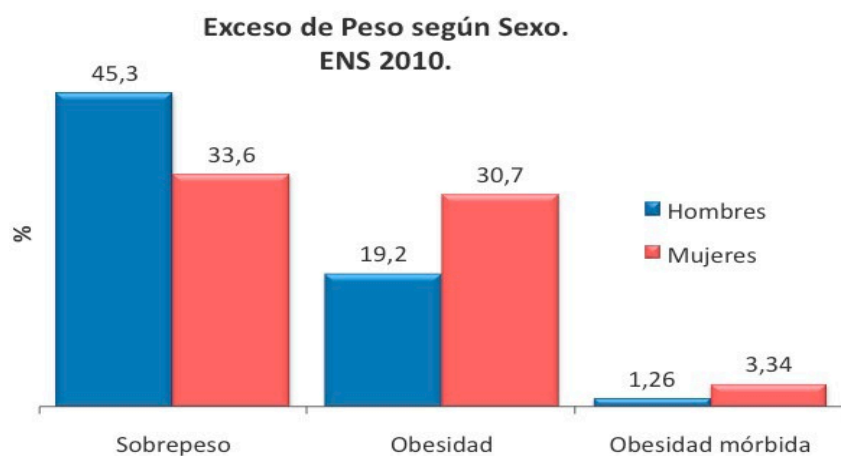
En Chile la prevalencia de obesidad para hombres mayores de 15 años según la OMS, en el 2010 es de un 68,4%, y para mujeres es de un 73,3%. La Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud expone las medidas necesarias para apoyar una alimentación saludable y una actividad física periódica. La Estrategia exhorta a

todas las partes interesadas a adoptar medidas en los planos mundial, regional y local para mejorar los regímenes de alimentación y actividad física entre la población.

La OMS ha establecido el *Plan de acción 2008-2013 de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* con miras a ayudar a los millones de personas que ya están afectados por estas enfermedades que duran toda la vida a afrontarlas y prevenir las complicaciones secundarias. Este Plan se basa en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud, y proporciona una hoja de ruta para establecer y fortalecer iniciativas de vigilancia, prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

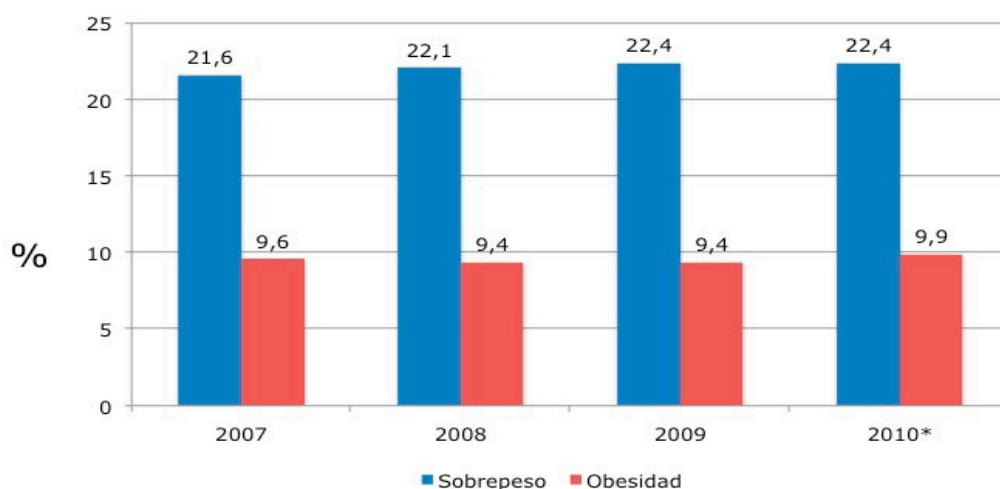
El Ministerio de Salud en una encuesta nacional de salud (ENS) en el 2010, obtuvo los siguientes datos:

Para mayores de 15 años,



**Grafico 1: Exceso de Peso según Sexo (MINSAL, 2010, Pag. 3)**

En 2003 existía un 37,8% de personas con sobrepeso, y un 23,2% con obesidad. Y ya para el 2010 aumento a un 39,3% en sobrepeso, y en obesidad a un 25,1%. Y en niños menores de 6 años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad de acuerdo a un diagnóstico nutricional integrado, del 2007 al 2010:



**Gráfico 2: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 6 años. (MINSAL, 2010.Pag. 8)**

La obesidad en el 2010 afecta al 9,9% de los menores de 6 años, un 5% respecto del 2009. El 22,4% de los niños presentan sobrepeso, lo que indica que uno de cada tres niños tiene un peso sobre el rango normal.

### 3.4 La sistematización: praxis de transformación social desde una epistemología crítica

#### 3.4.1 ¿Qué es sistematizar?

La sistematización es una forma de investigación cualitativa que tiene como objeto de conocimiento la práctica social. La sistematización surge a partir de la necesidad de

vincular la práctica con la teoría a través de la recuperación y el entendimiento de los procesos y acciones de la práctica social, desentrañando sus particularidades, desde la construcción que hacen de ella sus protagonistas. El objetivo de aquello es que dichos sujetos se apropien de la práctica a partir de un proceso de reflexión sistemática sobre la acción social y logren empoderarse a través de la misma y así también poder comunicar las prácticas de acción y/o promoción social. Por lo tanto la sistematización está orientada también a una propuesta de cambio y/o transformación.

Según Santibáñez y Cárcamo (1993) La sistematización puede responder a tres categorías de objetivos, dependiendo de los intereses de los sistematizadores:

- A.- Favorecer el intercambio de experiencias entre distintos equipos.
- B.- Comprender y reflexionar sobre el propio trabajo en equipo
- C.- Adquirir conocimiento (o teoría) a partir de la práctica

Por otro lado se plantean dos funciones en la sistematización:

1. Aportar a la práctica de los equipos de trabajo de acción y/o promoción social.
2. Aportar a la teoría, a partir de la producción de nuevos conocimientos sobre dichas prácticas.

La sistematización también puede ser entendida como “Un método que busca generar conocimiento social a partir de las experiencias, para ofrecerlo como orientación a otras experiencias similares” (Quiroz y Morgan. Pag.13). Es así como la nueva generación de conocimientos respecto a las prácticas puede enriquecer una teoría ya existente o elaborar

una propuesta de política social orientada a mejorar las problemáticas que afectan a los sectores populares.

#### *3.4.2 Antecedentes de la sistematización en América Latina*

Desde la perspectivas aportadas por diversos autores (Aguayo 1992, Dirección General de Políticas de Desarrollo Social, Ministerio de La Mujer y Desarrollo Social 2010, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad ARCIS2005) el proceso de sistematización, como actividad perteneciente a las ciencias sociales, surge en América Latina en la década de los 70, tomando como base el concepto de “educación popular” de Paulo Freire como propuesta educativa alternativa. Finalizado esta década grupos de profesionales, técnicos y estudiantes ligados al trabajo con organizaciones populares acuñan el término “sistematización de experiencias”. En Chile, desde las escuelas de trabajo social se desarrollaron diversas experiencias de sistematización en áreas de población urbana, campesinas y centros industriales organizados. La idea era dar cuenta de una nueva propuesta de investigación, como actividad perteneciente a la familia de la investigación social, con enfoque crítico y participativo. El objetivo inicial era vincularla a los trabajos de promoción y desarrollo social, con el fin de obtener conocimiento de la realidad a través del estudio y análisis de prácticas sociales realizada por diversos actores con una clara intención de cambio. Desde sus inicios se pudo percibir que las experiencias de las prácticas de las intervenciones de desarrollo social aportaban aprendizajes muy valiosos sobre los lugares donde se trabajaba.

En la década del 80 se ampliaron estas iniciativas al campo de la educación popular, donde profesionales de diversas disciplinas que apoyaban organizaciones y comunidades en contextos de gobiernos autoritarios (para más detalles revisar los textos antes citados).

También en este periodo, en términos geográficos se expandió la sistematización a otros países de América Latina: Perú, Bolivia, México, Colombia, Brasil, Argentina, Uruguay, Costa Rica, Guatemala, Honduras entre otros.

A partir de la década de los 90, producto del contexto de modernización del Estado, se abre un espectro mayor de concepciones sobre sistematización, que traspasa los límites de la educación popular, aplicándose a otras áreas y con otros objetivos. Sin embargo se continuaba el trabajo desde la educación popular a través de organizaciones y/o instituciones de la sociedad civil, desarrollando actividades de sistematización, ampliando redes y vinculándose con otros actores provenientes del Estado o de las organizaciones internacionales

Todo este nuevo proceso que se estaba forjando llevó a pensar en un manera distinta de generar conocimientos que estuviera ligada a las experiencias realizadas, que fuera más cercana para los participantes en ella y con una metodología que permitiera acumular y transmitir los aprendizajes obtenidos, centrándose no en los resultados sino en los procesos generados.

Desde las ciencias sociales, y producto de la aparición de la práctica de sistematización de experiencias, vinculadas principalmente a los sectores populares, comienza un nuevo planteamiento respecto a la manera de entender el conocimiento y las distintas formas de investigación. Se comienza a forjar una idea distinta a la visión positivista vigente, por lo

tanto se ponen en duda los límites y alcances de la investigación científica, por lo tanto las metodologías y fundamentos de las intervenciones sociales. Con esta crisis dentro de las ciencias sociales y el inminente cuestionamiento al método científico, se llega a plantear que este es una construcción cultural y que no es completamente neutral ni objetivo. Es así como en el campo de la investigación adquieren fuerza la utilización de metodologías cualitativas para lograr un acercamiento más profundo a cada situación particular, donde se busca recrear los saberes desde la experiencia de los otros, apoyados en el punto de vista de que la cultura está en constante construcción y que, por tanto, los métodos de los grandes paradigmas dominantes (estructural funcionalismo, empirismo positivista), debían ser revisados y amoldados a estas nuevas concepciones.

### 3.4.3 *¿Cuál es la opción epistemológica de la sistematización?*

#### 3.4.3.1 *Sistematización como investigación*

En primer lugar debemos plantear que la sistematización cumple con los criterios para ser una investigación, ya que se fundamenta en la búsqueda y producción de conocimiento. Por lo tanto, entenderemos por investigación a una gran variedad de actividades que apuntan hacia un saber, sin ceñirse estrictamente a las prácticas de los denominados centros de investigación. Es así como *“una experiencia profesional que permite ordenar sistemáticamente observaciones y que llevan a ciertas conclusiones, referidas a un sistema de juicios en que esas conclusiones se enmarcan, es una investigación”* (Quiroz y Morgan. Pág. 5).

De la cita anterior se sigue que la sistematización es una forma de investigación, dado que sigue una metodología lógica para generar conocimiento en torno a la práctica como objeto de observación.

Quiroz y Morgan (1988) plantean que la metodología utilizada por la sistematización tiene elementos comunes con la evaluación, dado que:

- Recuperan conocimiento a partir de ciertas experiencias
- Pretenden ciertas generalizaciones, en relación a situaciones en circunstancias similares
- Pretenden comunicar y difundir conocimiento

La sistematización de las prácticas sociales puede ser vista tanto desde una perspectiva estructural como desde el significado que dichas prácticas adquieren; es decir, la sistematización enfatiza el punto de vista de los actores implicados en el proceso como fruto de opciones que los mismos sujetos construyen. Esta dualidad se basa en que lo social es estructura y proceso a la vez.

Actualmente la segunda modalidad, orientada a considerar el punto de vista de los actores y que corresponde a una investigación de tipo cualitativa, ha adquirido mayor importancia. Es así como dentro de este tipo de investigación podemos encontrar la investigación – acción, la sistematización y algunas formas de evaluación. Sin embargo no podemos centrarnos tan sólo en esta forma de plantear la realidad, ya que no es la manera exclusiva en que se conoce la realidad.

### 3.4.3.2 *Explicar y comprender: dos dimensiones necesarias en la sistematización*

Aguayo (1992) plantea que ambas acciones se encuentran en los procesos de sistematización; ya que dan cuenta de las dos dimensiones epistemológicas que se ocupan en el sistematizar. Ambas acciones corresponden a una determinada manera de acercarse a la realidad, por lo tanto las ciencias sociales hacen uso de aquellas para realizar una determinada forma de hacer ciencia social. En el caso de la sistematización, el gran eje para acceder al conocimiento de una práctica en particular son los actores involucrados en ella; por lo tanto al momento de trabajar con aquellas personas también podemos observar como ambas modalidades son necesarias a la hora de iniciar un proceso de sistematización, dependiendo de los objetivos del proyecto social. “Por una parte, se busca una explicación racional, que nos entregue datos verificables y válidos acerca de las acciones planificadas, a fin de “comprobar” el verdadero impacto que ellas tienen en los grupos y en el contexto socio cultural en que se implementa el proyecto. Por otra, se pretende desentrañar las significaciones que le otorgan los actores - sujetos que participan en las actividades programadas” (Aguayo. Pag.32).

En el caso de América Latina encontramos las mismas modalidades para señalar el conocimiento de la realidad. Algunas propuestas están orientadas a una forma explicativa y otras a una forma comprensiva. Es así como S. Martinic (1985) señala que el “saber de los sectores populares” tiene una gran importancia, la sistematización facilita el transparentar dicho saber y lo transforma en su objeto de conocimiento.

### 3.4.3.3 *¿Quién sistematiza?*

Antes de comenzar un proceso de sistematización es necesario plantearse la cuestión respecto a quiénes son las personas más indicadas para comenzar dicho proceso, es decir, de dónde debe surgir la iniciativa y quiénes deben hacerse cargo de aquello. Anteriormente ya habíamos planteado el dilema epistemológico respecto al cómo acceder al conocimiento, objetivo que quiere alcanzar una sistematización, la dualidad entre el comprender y explicar, la teoría y la práctica. En el caso de la sistematización la conclusión es que no se puede imponer, a priori, desde la teoría un proceso de sistematización, así como tampoco la pueden imponer quienes han vivido la experiencia. Sin embargo existe la conveniencia de que se hagan cargo los profesionales que estén directamente ligados con la experiencia. No obstante, en el caso de no estar vinculado con la vivencia del proceso interno, debe estar muy cerca de la historia del objeto a sistematizar, ya que de esta manera se puede realizar un trabajo colectivo con el sector en el cual se realizará la sistematización donde se puede revivir y organizar adecuadamente los datos y la experiencia.

### 3.4.3.4 *¿Qué se sistematiza?*

Según Aguayo (1992) en una práctica se pueden sistematizar a lo menos 3 objetos posibles:

- A. La práctica de los grupos populares: En este caso son los grupos populares los que reflexionan sobre sí mismos, a partir de la sistematización, empoderándose y apropiándose de su saber, de modo tal de transformar sus condiciones de vida.
- B. La práctica de los educadores: Aquí la sistematización se utiliza como método para ordenar, reflexionar y analizar las prácticas de los educadores/promotores, para que se vuelvan más eficaces.

C. Relación entre educadores y grupos populares: La sistematización en este caso se centra en los actores que vivencian la experiencia educativa y /o de promoción social para dar a conocer el saber de educadores y participantes respecto a su experiencia.

Un cuarto objeto a sistematizar sería tomar las tres alternativas antes señaladas, sin embargo esta opción implica mayor esfuerzo y dificultades.

### *3.5 Un modelo de sistematización*

El trabajo pretende tener como respaldo el modelo de Víctor Martínez (2004), el cual plantea un marco metodológico que posee un valor teórico acorde a nuestras bases conceptuales y un diseño flexible y suficiente para llevar a cabo un proceso de sistematización transparente y empático con el grupo que trabajaremos, colocándolos a ellos como el foco principal de intervención y transformación. En este proceso se validan y valoran las Comunidades de Práctica<sup>8</sup>. Es así como el mayor interés dentro de esta sistematización no es quedarnos tan sólo en la reconstrucción de la experiencia, sino que a partir de la propia participación activa de los miembros del equipo generar una interpretación crítica de su propio proceso de experiencia.

Este tipo de diseño metodológico para la sistematización trabaja en torno a dos dimensiones:

- Trabaja para producir conocimientos, por lo tanto tiene como propósito construir un texto para el lector a partir de un texto de campo lo cual permite la transferencia de aprendizajes.

---

<sup>8</sup> Ver sección "Comunidades de práctica" en la página 43

- Como herramienta de gestión para producir aprendizajes dentro del mismo equipo, su objetivo es mejorar dichas prácticas, generando espacios de reflexión y conversación. “Es un proceso que va desde la práctica productiva a la práctica reflexiva” (Martínez, 2004). Además permite el proceso de producción y acumulación de nuevos aprendizajes.

El diseño metodológico de sistematización es de tipo “naturalista, idiosincrásico y orientado a la acción.

Cuando hablamos de diseño “naturalista” nos referimos a que trabaja en contextos naturales, los profesionales trabajan en sus propias prácticas de acción. Tiene un carácter idiosincrásico “pues se centra en la reconstrucción, análisis y comprensión de una experiencia singular de intervención social: sus resultados tienen plena aplicabilidad en el contexto concreto donde fueron obtenidos.” (Martínez, 2004).

Es orientado a la acción ya que trabaja a partir de una práctica reflexiva que tiene efectos inmediatos en la práctica productiva, alejándose de los diseños experimentales.

### 3.5.1 *Comunidades de práctica*

Etienne Wenger y Jane Lave (1991) acuñan el concepto de Comunidad de Práctica (CP). En este trabajo se deja entrever la idea de que el aprendizaje implica participación en comunidad y que la adquisición de conocimientos se considera un proceso social en sí mismo. Si bien, con posterioridad al libro de Lave y Wenger diversos autores definieron el término y sus características, fue Wenger (1998) quien fijó las tres *dimensiones* –según sus propias palabras– en las que se asienta una Comunidad de Práctica: el compromiso mutuo, la empresa común y el repertorio compartido.

– **Compromiso mutuo.** El hecho de que cada miembro de la CP comparta su propio conocimiento y reciba el de los otros tiene más valor que el poder que, en otros círculos más clásicos, parece adquirir el que lo sabe todo. El conocimiento parcial de cada uno de los individuos es lo que le da valor dentro de la CP. La pertenencia a una CP es el resultado de un compromiso de las personas con acciones construidas colaborativamente, compromiso que involucra una negociación permanente y colectiva del sentido de estas acciones y una relación recíproca de apoyo entre los miembros.

– **Empresa común.** La CP debe tener unos objetivos y necesidades que cubran comunes, aunque no homogéneos. Cada uno de los miembros de la CP puede comprender ese objetivo de una manera distinta, pero aun así compartirlo. Los intereses y las necesidades pueden ser distintos y, por tanto, negociados, pero deben suponer una fuente de coordinación y de estímulo para la CP. La ‘empresa común’ se da en el marco de lo que denominaremos ‘modelo operativo’ de un programa. Este modelo operativo está conformado por todos aquellos elementos que le dan direccionalidad a un programa (definición del problema, objetivos, resultados esperados) y que norman las acciones necesarias para construir dicha direccionalidad

– **Repertorio compartido.** Con el tiempo la CP va adquiriendo rutinas, palabras, herramientas, maneras de hacer, símbolos o conceptos que ésta ha producido o adoptado en el curso de su existencia y que han formado parte de su práctica. Este repertorio debe ser considerado como un conjunto de recursos movilizables para la negociación de significaciones en las situaciones de interacción (Chanal, 2000)

En virtud de lo anterior, una comunidad de práctica queda definida para Wenger como «un grupo de personas que comparten una preocupación, un conjunto de problemas o un interés común acerca de un tema, y que profundizan su conocimiento y pericia en esta área a través de una interacción continuada». (Wenger, McDermott y Snyder, 2002)

Según este autor, la gente que trabaja en grandes organizaciones, aprende sobre el cómo desarrollar su práctica en comunidades más específicas, conformadas por personas que interactúan regularmente en el seno de estas organizaciones. Estas comunidades de práctica son más bien de tipo informal y distinto de las unidades organizacionales de los programas o instituciones, y corporizan aquello que la estructura formal de la organización no puede visualizar siquiera: constituyen sistemas de registro informal (reales y efectivos) de conocimientos y aprendizajes situacionales que los sujetos construyen de manera colaborativa en el devenir de una práctica compartida. Es por esto que esta ‘fábrica informal’ de prácticas, aprendizajes y conocimientos, sostiene el funcionamiento de las organizaciones y programas, los hacen posible.

### *3.5.2 Modelo Operativo y De Acción*

El detenernos sobre la interrogante ¿Qué sistematizar? Nos lleva a situar el objeto de la sistematización entre dos ámbitos (Martínez, V. 2004) el primero hace referencia a los distintos componentes que en conjunto conforman la matriz institucional del programa CRES – UV Olmué, identificando las líneas directrices de éste. Por otra parte, el segundo ámbito implica la estructura y el modo de funcionamiento de las comunidades de práctica. Una vez realizada esta distinción el ¿Qué sistematizar? Puede responderse en base a dos modelos que emergen desde los dos ámbitos mencionados en las líneas anteriores:

### 3.5.2.1 *El Modelo operativo*

En términos simples, el modelo operativo corresponde a la base sobre la cual se sustenta el programa, es decir, los documentos institucionales que validan y orientan la intervención del programa (proyecto CRES – UV Olmué 2010, Programa de Internado de Atención Primaria 2011, Escuela de Medicina, Plan comunal de salud y actas de las reuniones) definiendo los objetivos y los procedimientos adecuados para conseguirlos. El modelo operativo tiene como fin delimitar la situación donde se expresa la problemática, definir los objetivos de la intervención, diseñar las acciones necesarias, y elaborar indicadores que permitan un seguimiento luego de que se han cumplido los objetivos.

### 3.5.2.2 *El Modelo de acción*

Los conocimientos y aprendizajes desarrollados por las comunidades de práctica emergen cuando la matriz institucional del programa es llevada al terreno o espacio de intervención. El modelo de acción puede entonces entenderse como el vínculo o agente mediador entre las directrices institucionales del programa y el espacio o situación sobre la cual se está interviniendo, dándole al programa concreción, práctica y validez ecológica.



**Figura n° 1 articulación entre el modelo operativo y el modelo de acción de un programa. Imagen Extraída de Martínez V. 2004, pág. 49**

El modelo operativo complementa al proyecto en el establecimiento de márgenes y direccionalidad, de modo similar, el modelo de acción se articula con el modelo operativo con la construcción de las prácticas y actividades que le dan forma al espacio de intervención. Como es posible apreciar en el esquema anterior, tanto modelo operativo como modelo de acción operan de forma complementaria e interdependiente, aunque con relativa frecuencia puedan presentarse casos en que los modelos de acción entren en conflicto con los operativos, en tales situaciones se deberá gestionar por una adecuada articulación entre ambos modelos para así generar una práctica adecuada y con un máximo de provecho.

### 3.5.2.3 *El concepto “Momento”*

El embarcarse en un proceso de sistematización implica un procedimiento de generación constante de información, para entender esta lógica se vuelve necesario comprender que, si bien, el diseño metodológico escogido implica 5 momentos diferentes, estos no deben interpretarse bajo un sentido lineal/secuencial, sino más bien, como un procedimiento en que el investigador focaliza su atención en un momento particular y dominante, pero al mismo tiempo se mantienen abierto los demás momentos para la eventual llegada de información. Es importante comprender que el flujo de información, bajo este diseño, fluye y genera pertinencia hacia un momento particular, pero también tiene la cualidad de aportar datos importantísimos para los otros momentos de la sistematización.

En un proceso de sistematización podemos distinguir cinco momentos los cuales detallaremos brevemente a continuación:

*a) Momento de negociación:* Antes de partir con una sistematización se debe generar un momento en el que se lleve a cabo un proceso de reflexión y discusión, en el cual se unifiquen criterios y se establezcan los acuerdos básicos iniciales entre todos los actores involucrados en la sistematización. Como primer paso se debe generar una problematización, entendiendo, entre otras cosas, el para que de la sistematización de la experiencia y que es lo que se espera alcanzar con ésta.

Luego se debe analizar la factibilidad de la sistematización, en el que se deberá ver si, tanto la dirección del proyecto como los miembros de las comunidades de práctica, aceptan la sistematización, si responde a sus necesidades y si estos podrán organizarse en virtud de este proceso destinando tiempo para este.

b) *Momento normativo*: En este segundo momento se elabora el plan operativo de la sistematización. Se deberá realizar una planificación de la sistematización, siendo sumamente relevante la asistencia de la mayor cantidad de miembros del equipo, los que en conjunto deberán delimitar los problemas que se quieren abarcar con la sistematización y los recursos disponibles para esta, para luego especificar las líneas de acción para concretarla.

Luego, con el fin de guiar el proceso de la sistematización, se deberá generar un documento, el que contenga los acuerdos básicos iniciales previamente acordados, además este debe incluir en que consistió la experiencia y la relevancia de sistematizarla. En este mismo sentido es necesario definir los objetivos de la sistematización (en conjunto con la comunidad de práctica), la metodología para llevarla a cabo y las técnicas que se utilizaran.

A su vez se deberá describir el cómo serán analizados y estudiados los datos obtenidos, dando como resultado la construcción del modelo operativo y de acción de la experiencia sistematizada.

c) *Momento Reconstructivo*: Es en este momento en el cual se comienza la recuperación y elaboración de la información relevante, la cual será la base y guía de los siguientes momentos de la sistematización. Esta información será obtenida a través de las diferentes técnicas seleccionadas.

En dicho momento se debe describir:

- *Reconstrucción de modelo operativo*: En esta fase se organiza la información recolectada para la construcción del primer esbozo del modelo operativo

- Reconstrucción de la experiencia: En esta fase es importante incluir todo lo que se considere importante para la reconstrucción de la experiencia escogida, en este caso el proyecto CRES - UV Olmué. Acá se da cuenta del proceso exactamente como se desarrolló el proyecto. Víctor Martínez propone que primero se deberá describir la experiencia a sistematizar, en esta descripción deberá ir incluida datos tales como “dónde y cuándo se realizó, qué actores participaron, con qué objetivos, qué resultados se obtuvo”, para luego continuar con la recuperación del desarrollo del proceso de la manera más acabada posible, incorporando la visión de la mayor cantidad de actores del programa.

- Reconstrucción del conocimiento experto: A la hora de sistematizar la experiencia escogida es importante, como se mencionó anteriormente, incorporar la visión de los actores principales del proyecto, éstos adquieren relevancia debido a que son ellos los expertos de la experiencia, y lo que se pretende es precisamente construir “la base de conocimientos expertos que ha desarrollado”, este saber implícito, que no sólo obtiene y construye a partir de libros o de su formación académica, sino que desde la experiencia. Por medio de la sistematización se logra identificar como el equipo resuelve los problemas cotidianos dados en las comunidades de práctica.

#### d) *Momento Analítico / Reflexivo*

Este es el instante de analizar y reflexionar sobre la experiencia previamente reconstruida, para procesar y articular, tanto el modelo operativo como el modelo de acción, que como se señaló anteriormente son los dos ámbitos a sistematizar. La idea de este análisis es verificar, en conjunto con todos los actores involucrados, que se exprese de la mejor manera, tanto los elementos de la matriz institucional, como la estructura y funcionamiento

de las comunidades de práctica. Cabe resaltar que al igual como en el resto de los momentos, acá se generan aprendizajes, los cuales “van a tener un impacto sobre la práctica que se está analizando” (Martínez 2004), es así como un proyecto de sistematización cobra real importancia convirtiéndose en un proyecto significativo y de gran envergadura.

e) Momento de Transferencia: Finalmente se debe comunicar a todos los actores los aprendizajes y el reflejo de la experiencia de sistematización, esto es de suma importancia, ya que uno de los mayores productos de una sistematización es el poder comunicar lo que se sabe de la práctica. Es en este momento donde se pronuncian los resultados del proceso, lo cual va consignado en un documento escrito.

#### **4. METODOLOGÍA**

En primer lugar, dado que no se ha determinado la validez de una metodología de sistematización por sobre otra, como equipo de investigación nos planteamos desde una propuesta de flexibilidad, asumiendo que el proceso de sistematización se constituye desde y para los integrantes de las comunidades de práctica (CP) con las que trabajaremos. El foco de intervención serán ellos mismos.

Como referíamos anteriormente, el modelo de trabajo con el cual se realizará la sistematización del programa en promoción de la salud Creciendo Sano, está basado en el modelo de sistematización de Víctor Martínez antes descrito. Sin embargo lo anterior, la utilización y creación de distintas actividades, que dan cuerpo al proceso investigativo se

fundamenta en una perspectiva naturalista que recoge los principios planteados por Herbert Blumer en la metodología investigativa del interaccionismo simbólico<sup>9</sup>:

*"La metodología abarca la investigación científica en su totalidad y no sólo un sector o aspecto seleccionados de la misma.*

*Cada una de las partes, así como el acto científico en su totalidad, deben adecuarse al carácter obstinado del mundo empírico en estudio; por lo tanto, los métodos de estudio están subordinados a dicho mundo y han de ser verificados por éste.*

*El mundo empírico sometido a estudio, y no un modelo de pesquisa científica, es el que proporciona la respuesta decisiva sobre la investigación emprendida"*

De esta manera, la flexibilidad en el uso de metodologías, guiada por la necesidad de adaptarse a las condiciones presentadas por la realidad investigada, restándole preponderancia a prescripciones científicas y apriorísticas determinan el curso del proceso de sistematización.

A continuación expondremos cada uno de los momentos de la sistematización a partir del trabajo realizado por este equipo de investigación, sin embargo antes de comenzar presentaremos los pasos que nos llevaron a optar por el proceso de sistematización y los actores que estuvieron involucrados.

Nuestra sistematización surge a partir de la demanda de un grupo de profesionales del equipo de salud del CESFAM "Manuel Lucero" de la comuna de Olmué, quienes están implementando un programa de promoción en salud, CRES - UV Olmué.

---

<sup>9</sup>Herbert Blumer. EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO: PERSPECTIVA Y MÉTODO, Barcelona: Editorial Hora, (1982) P.18

El primer paso fue realizar una entrevista con la Dra. Alma Vidales, coordinadora del proyecto Creciendo Sano y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. En dicha entrevista ella nos ofrece, y a la vez solicita, realizar una sistematización del programa CRES - UV Olmué, el cual se está ejecutando y construyendo desde el año 2003 y que nace a partir de la emergencia de vincular a los estudiantes de medicina, con la comunidad, a partir del internado que deben realizar en el 7° año de su carrera.

Por otro lado este grupo de sistematización inicia coordinaciones sistemáticas con la psicóloga del CESFAM, Carolina Cardemil, egresada de la Escuela de psicología de la Universidad de Valparaíso. Ella es quien impulsa también la iniciativa y nos orienta en las coordinaciones con el director del CESFAM y equipo CRES - UV Olmué, Víctor Burgos, quien también nos propone iniciar una sistematización del programa pero de corte cuantitativo.

Luego de las discusiones iniciadas entre el grupo de sistematización optamos por tomar esta propuesta pero delimitando el alcance de nuestra investigación, dando a conocer a la Dra. Alma Vidales que iniciaríamos una sistematización de experiencia y que sería trabajada en base a una metodología cualitativa.

En esta primera etapa de toma de decisiones nos coordinamos con dos estudiantes del magister en psicología social de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso que también iniciaron un proceso de sistematización en el CESFAM de Olmué, Rodrigo Guzmán y Eduardo Guesalaga. Ambos comparten material con el equipo de sistematización y nos impulsaron a realizar las primeras actividades que serán detalladas más adelante.

Discutimos también sobre la mirada que tendríamos respecto a la sistematización y emergieron las primeras conclusiones respecto a la orientación política que tendríamos con el equipo de trabajo del CRES – UV Olmué, a saber: trabajaríamos con un modelo flexible, que situara a los sujetos que realizan la intervención como agentes que movilizarían la sistematización, se corroboraría la información de manera constante con el equipo, se recibirían las críticas y elementos esenciales en la propia narración de su experiencia, etc.

El proceso de se inicia a partir de la comunicación formal que realiza el equipo de sistematización al equipo de trabajo CRES - UV Olmué respecto al proceso de sistematización que iniciaríamos con ellos. Este es el momento de negociación, donde además de lo anterior se comunica nuestra metodología de trabajo y se toman los primeros acuerdos:

- El grupo de sistematización participaría de todas las reuniones de equipo, los días martes dos veces al mes.
- Una vez al mes nos destinarían una hora de trabajo con el fin de producir conocimientos para la sistematización.
- Cada vez que el grupo de sistematización elabore un documento este será presentado al equipo CRES - UV Olmué para corroborar la información.

En un segundo encuentro con el equipo CRES - UV Olmué se comienza la discusión respecto a lo que ellos entienden y esperan de una sistematización, la definición de objetivos de la misma, el primer acercamiento hacia la construcción de la experiencia y reflexiones personales en torno a la participación de cada profesional en el programa Creciendo Sano. Estos dos últimos puntos forman parte del momento reconstructivo el cual

se inicia a partir de esta etapa. La planificación de la sesión constó de las siguientes actividades:

- **Creación colectiva de la definición de sistematización.** El equipo de trabajo recibió un listado de conceptos (Ver anexo 1) que fueron distribuidos a lo largo de la mesa. Cada miembro del equipo debía escoger dos conceptos que reflejaran de la mejor manera lo que ellos entendían como elemento base de una sistematización. Se dio la oportunidad de construir algún concepto que no estuviese contenido en la lista anteriormente mencionada. Una vez que los conceptos fueron identificados se inició un ordenamiento de los mismos y se definió la secuencia implícita entre los conceptos, sin articular su definición. En un segundo encuentro con el equipo CRES - UV Olmué, el equipo de sistematización presenta la definición de “sistematización” la cual es aprobada por el equipo de trabajo:

#### ***Definición de Sistematización por el equipo CRES– UV Olmué***

*“La sistematización es un proceso reflexivo, planificado, orientado a metas, ordenado por etapas o momentos, que permite revisar una experiencia, materializándola en un documento resumen. Dicho proceso requiere de la participación de todos los miembros del equipo ejecutante, que lleva adelante la experiencia a sistematizar.*

*Como proceso de análisis reflexivo, la sistematización tiene por objetivo visibilizar, a través de ciertas actividades y técnicas, los aprendizajes y productos como resultados de la experiencia analizada, así como las dificultades enfrentadas.”*

- **Definición de objetivos generales y específicos.**<sup>10</sup> A partir de la discusión entre todo el equipo de trabajo y el equipo de sistematización se esbozan los objetivos que tiene el equipo CRES - UV Olmué respecto a la sistematización y los productos esperados de esta. El equipo de sistematización los organiza y los devuelve al equipo CRES – UV Olmué quienes los modifican nuevamente, reordenándolos de un modo distinto. Finalmente, se redactan los objetivos manteniendo total fidelidad a las propuestas y revisiones realizadas por el equipo CRES – UV Olmué.

- **Confección de línea de tiempo** (Ver anexo 2). Esta actividad corresponde al momento reconstructivo. Se le entrega al equipo de trabajo un papelógrafo con lápices de colores. En este papelógrafo deben plasmar la narración histórica del proyecto CRES – UV Olmué, indicando los personajes claves en cada etapa, los hitos relevantes, la aparición de nuevos miembros y ejes de trabajo, etc. Con esta actividad también se busca identificar en el mismo equipo CRES - UV Olmué quienes se apropian del pasado del proyecto y quienes se apropian del presente del mismo.

- **Construcción de reflexiones personales** (Ver anexo 3). Se invita a todos los miembros del CRES – UV Olmué a realizar una reflexión personal, confeccionada en un momento distinto a la reunión, respecto a su experiencia en el programa Creciendo Sano. Esta actividad también corresponde al momento reconstructivo.

- **Simulación de caso.** Esta actividad también corresponde al momento reconstructivo y está orientada a la recuperación del conocimiento experto. En la sesión se le presenta al equipo CRES - UV Olmué un caso simulado el cual corresponde a un jardín infantil, con características e indicadores de salud particulares. La idea es que el equipo de trabajo tome

---

<sup>10</sup> Objetivos en la página 15

el caso y represente su forma de organizar la información y los lineamientos de intervención.

El momento reconstructivo finaliza con la presentación de un documento que plasma el modelo operativo, la reconstrucción de la experiencia y la reconstrucción del conocimiento experto. En esta sesión se realiza una retroalimentación con el equipo y se integran nuevas visiones para el momento reconstructivo. En esta misma sesión de trabajo se inicia el momento analítico reflexivo, a partir de la discusión de los elementos antes descritos, se esbozan las primeras conclusiones y el equipo de trabajo se muestra conforme con nuestras propuestas.

Finalmente, a lo largo del proceso de sistematización, de manera transversal y flexible, se llevan a cabo una serie de actividades que aportan material para la producción de conocimiento del momento de reconstrucción y el momento analítico reflexivo. A su vez existen actividades que no pudieron ser realizadas por situaciones que escaparon al control del equipo de sistematización, sin embargo las quisimos incluir para transparentar nuestro proceso. Además dichas actividades ayudaron a que, como equipo, tomáramos decisiones importantes respecto a nuestras propias prácticas.

- **Entrevista en profundidad y semiestructurada** (Ver anexo 4 y 5) Realizadas con los miembros del equipo CRES - UV Olmué. El procesamiento de la información que en este proceso sea recopilado es realizado mediante la técnica del análisis de contenido cualitativo (Ver anexo 5) elaborado el 2003 por el psicólogo Pablo Cáceres en su texto: *“análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable”*.

- **Visita al jardín infantil Blanca Nieves.** Se programa una reunión con las educadoras de párvulo con el objetivo de recabar información respecto a su visión de las intervenciones realizadas por el equipo CRES – UV Olmué, sin embargo por la poca disponibilidad de tiempo de las educadoras no se puede efectuar la actividad.
  
- **Entrevista vía correo electrónico** (Ver anexo 7) educadoras de párvulos jardín Infantil “Blanca Nieves”. Producto de la no realización de la actividad programada con las educadoras se opta por enviarles una pauta de entrevista con preguntas que evidenciaran la necesidad de incluir la visión de las mismas respecto a las intervenciones del programa CRES – UV Olmué en su establecimiento educacional (a este documento se le suma el análisis de la temática a partir de un FODA), sin embargo no se recibió respuesta por parte de las educadoras. En este momento como equipo de sistematización se toma la decisión de no incluirlas dentro del proceso y trabajar sólo con el equipo CRES - UV Olmué.
  
- **Entrevista vía correo electrónico a internos de medicina** (ver anexo 8) que participaron en el proyecto CRES – UV Olmué los meses que trabajamos en la sistematización. Se intenta integrar dentro de la sistematización a los internos de medicina, sin embargo tampoco se tiene recibo de la entrevista enviada vía correo electrónico, por lo tanto tampoco se les incluye en el proceso de sistematización y se insiste en trabajar sólo con el equipo de profesionales del equipo CRES - UV Olmué
  
- **Reuniones quincenales por parte del equipo de sistematización.** En estas reuniones se realiza observación participante y toma de actas de lo discutido.
  
- **Participación en reunión de planificación.** El equipo CRES – UV Olmué a partir de la jornada de evaluación del año genera una sesión exclusivamente para planificar las

intervenciones para el nuevo año. El equipo de sistematización participa de esta de manera activa.

- **Exposición en seminario de promoción de salud escolar.** El seminario fue organizado por el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Se invita formalmente al equipo de sistematización a participar del encuentro y se le ofrece la presentación del proyecto de sistematización.

- **Asistencia a la presentación de la becada de pediatría Paulina Silva.** Su tesis lleva como nombre “Programa de intervención mediante la promoción y fomento de estilos de vida saludable en un jardín infantil (JUNJI) de Olmué. Programa Creciendo Sano (CRES)”.

- **Entrevista con Beatriz Salgado.** Investigadora proyecto NICK.<sup>11</sup> El objetivo de la entrevista fue compartir información respecto a metodologías de trabajo para una sistematización y compartir impresiones y resultados respecto al tema de la malnutrición en poblaciones vulnerables.

- **Adscripción de la tesis iniciada por parte de nuestro equipo de sistematización a la Red Iberoamericana de Promoción en Salud Escolar – RIPSE** (Ver anexo 9).

- **Entrevista con el secretario ejecutivo de RIPSE, Rodrigo López.** En esta instancia se formaliza nuestra participación en RIPSE.

---

<sup>11</sup> Abordaje de los Determinantes Sociales a la base de la malnutrición infantil en poblaciones vulnerables en Mombasa y Valparaíso (Proyecto NICK)

## 5. RESULTADOS

### 5.1 *Momento reestructivo*

El presente documento describe la estructura básica de la sistematización. Ha sido construido en base a diversas actividades que hemos realizado, línea de tiempo, rol playing, entrevistas, actas y documentos estructurales del programa. Este momento del proceso incluye la descripción del modelo operativo, la reconstrucción de la experiencia y el modelo de acción.

#### 5.1.1 Modelo operativo

La reconstrucción del modelo operativo se hace a partir de todos los documentos que reflejen la direccionalidad del programa, es decir, a partir de la estrategia del programa CRES – UV Olmué, con sus lineamientos estratégicos y políticos; las metodologías utilizadas, sus procedimientos de acción, etc. El acento está puesto en que es un documento de tipo institucional y guiará el desarrollo de las intervenciones por parte de los miembros del equipo.

##### 5.1.1.1 Punto de partida del programa

El programa CRES – UV Olmué<sup>12</sup> nace primeramente como una iniciativa docente/asistencial impulsada por la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso con el fin de constituirse como una instancia de práctica profesional que persiga un desarrollo académico integral de los internos que cursan el 7° año de medicina, enmarcada en el compromiso de esta escuela y facultad con el acceso de la comunidad a servicios sanitarios de calidad con un enfoque integral, orientado al desarrollo social. Existen

---

<sup>12</sup> El uso de las siglas CRES, CRES-UV y CRES-UV Olmué a lo largo del presente texto refiere en todos los casos al programa Creciendo Sano, el cual es el objeto de la presente sistematización.

principalmente dos orientaciones que se espera que integren aquellos internos que participen en este programa: en primer lugar, se pretende trasladar el foco de enseñanza y actividad desde una visión clásica curativa, enfocada principalmente en la enfermedad y abordada desde centros hospitalarios, hacia una perspectiva donde se aborda al individuo sano y que además se aborda en su propio contexto natural, destinando entonces la mayor cantidad y mejor calidad de recursos para mantener esta esta condición de salud. El foco de atención hace un traslado entonces desde una visión curativa hacia una visión promocional de la salud.

La segunda orientación que se intenta alcanzar hace referencia al desarrollo de competencias asociados al trabajo en equipo multidisciplinario (todos los profesionales) y al trabajo en terreno (en la comunidad) que los estudiantes de medicina deben alcanzar. Para este fin el programa CRES – UV Olmué pone énfasis en un trabajo que implica la articulación intersectorial de redes y el desarrollo de planes de acción en conjunto con la comunidad a intervenir. Esta segunda orientación, entonces, propone dejar atrás el trabajo aislado e incorpora una nueva forma de intervención en equipo, fomentando la creación de redes e insertándose en la propia comunidad. Para alcanzar la implementación práctica el programa utilizó en principio la estrategia de OMS de Escuelas Saludables, desarrollándose como un proyecto:

- Cuyos objetivos fundamentales serían docentes y asistenciales
- Que sería construido intersectorialmente, incorporando al sector salud con sus múltiples vertientes, al sector educación y a la comunidad,

- En donde los objetivos específicos se irían construyendo colectivamente durante su desarrollo
- Y que sería analizado al finalizar el año académico con el fin de evaluar resultados y decidir su continuación, modificaciones o su término.

Luego de que el proyecto Piloto de Escuelas Saludables se implementara hasta el año 2004, comienza (desde el 2005 hasta el 2007) a constituirse de manera estable el proyecto de Escuelas Saludables (PES) En el campo clínico de Olmué. Posteriormente se realiza a fines del 2007 una **Jornada de planificación del trabajo 2008-2009**, donde el proyecto sufre una transformación y que implica entre otras cosas un nuevo nombre, el CRES – UV Olmué.

#### 5.1.1.2 *La visión de la problemática*

Podemos decir que existen dos dimensiones que el programa CRES – UV Olmué principalmente quiere abordar, sobre las cuales ha centrado su trabajo a lo largo del desarrollo de este mismo:

*a) Dimensión docente:* Como resultado del análisis de las condiciones sociales, económicas y científicas, sumadas a las nuevas orientaciones en Salud Pública, este programa se plantea inicialmente desde un cuestionamiento al enfoque predominante que se ha dado a la enseñanza a los internos de medicina, principalmente desarrollado dentro de los hospitales y considerando como eje conductor la enfermedad. Por ende el programa se orienta a cambiar esta visión, incorporando en la formación profesional de los internos una perspectiva integral, en la cual el mejoramiento de la calidad de vida de los niños (as) desde la estrategia promocional – preventiva de la salud, sea el eje conductor. En este sentido el

interno en su formación trabajaría principalmente con el individuo sano, en su entorno natural y no desde un enfoque asistencial atendiendo al individuo enfermo en el Hospital. Para lo anterior se hace necesario el acercamiento de los futuros profesionales a la comunidad, sus necesidades y recursos, ampliando la mirada desde una perspectiva biomédica hacia una concepción bio-psico-social.

*b) Dimensión Asistencial:* Tomando en cuenta el eje asistencial del programa, este se articula en base al hecho de que "lo más llamativo encontrado desde los inicios en el 2003, fue un alto índice de malnutrición por exceso y una gran prevalencia de problemas de salud odontológica"<sup>13</sup> en la población escolar de la comuna de Olmué, concentrándose las acciones del programa en la resolución de estas dos problemáticas que a su vez se sostienen en el sistema de desigualdades sociales y en definitiva la inequidad en salud: la comuna de Olmué se caracteriza por un alto porcentaje de población en riesgo socio-económico y el sistema de agua potable de la comuna no cuenta con el proceso de fluoración con el que cuentan otras comunas del país.

Es así como – desde el compromiso político de una universidad estatal que se compromete con su comunidad y aporta en sus campos clínicos - el CRES – UV Olmué surge como una respuesta destinada a abordar las problemáticas antes descritas.

Cabe recordar que los objetivos propuestos por el equipo si bien están establecidos de antemano, son susceptibles de modificación a partir de las necesidades que surjan desde la población. A continuación se presentan los objetivos generales del proyecto CRES – UV Olmué.

---

<sup>13</sup>Extraído de Proyecto Docente Asistencial Internado Rural Escuela de Medicina. Creciendo Sano, CRES Olmué 2010", Pág. 5.

### *Objetivos Proyecto CRES- UV Olmué*

- Continuar con la actividad docente - asistencial del internado rural de 7° de Medicina, con el proyecto de CRECIENDO SANO, ampliando cobertura, incorporando nuevos profesionales, mejorando la calidad, como una forma de fomentar los estilos de vida saludables en la comunidad escolar del nivel parvulario, utilizando la estrategia de Escuelas Saludables de la OMS
- Involucrar a los internos de medicina con la comunidad mediante del desarrollo del proyecto
- Involucrar al resto de las carreras de la Facultad de Medicina y a otras Facultades de la Universidad de Valparaíso, tales como las de Odontología y Farmacia, por ejemplo.
- Involucrar sistemática y activamente a otras universidades públicas como la Universidad de Playa Ancha.
- Realizar un diagnóstico nutricional y de la salud oral en los establecimientos del Proyecto
- Describir los hábitos nutricionales, higiene oral y actividad física de los escolares rurales y urbanos de algunos establecimientos educacionales en Olmué.
- Iniciar un trabajo de diagnóstico de la realidad psicosocial de la comunidad escolar (alumnos, apoderados, profesores, comunidad en general) e iniciar algunas líneas de trabajo en terreno en este campo.
- Proponer actividades de promoción, prevención y rehabilitación para los escolares a fin de favorecer hábitos saludables en nutrición, higiene bucal y actividad física.
- Presentar una propuesta factible de ser replicada en otras escuelas de la comuna, de la región y del país.

- Identificar las necesidades educativas de los profesores, apoderados y alumnos en las áreas de nutrición, salud dental, actividad física, y en el área psicosocial u otras.

#### 5.1.1.3 *Sistemas de acciones*

El programa CRES - UV Olmué trabaja con cuatro ejes de intervención, cada uno con un profesional a cargo y un plan de intervención acorde a las necesidades de la población.

##### 5.1.1.3.1 *Ejes de intervención y sus objetivos*

###### a) *Eje de nutrición*

Objetivo general: Evaluar, mejorar y/o mantener el estado nutricional de los niños de los Jardines Infantiles Blanca Nieves y Montevideo distróficos de la comuna de Olmué

###### *Objetivos específicos*

- Evaluar el estado nutritivo de los alumnos de los respectivos establecimientos educacionales considerados
- Realizar sesiones educativas en temas de alimentación y nutrición a alumnos de los respectivos establecimientos educacionales considerados
- Realizar sesiones educativas en temas de alimentación y nutrición a padres y apoderados de alumnos de los respectivos establecimientos educacionales considerados

###### b) *Eje de actividad física*

- Fomentar los hábitos y práctica de actividad física en la comunidad escolar comprometida (alumnos, apoderados, docentes-funcionarios).
- Establecer trabajo interdisciplinario con los distintos encargados de ejes y colaboradores.

- Desarrollar línea de investigación sobre políticas de actividad física en la comuna.
- Generar vínculos y experiencias con representantes de actividad física de otros programas de intervención.
- Recabar información acerca de necesidades que se presentan desde las comunidades hacia el eje actividad física.

c) *Eje de odontología preventiva*

Objetivo general: Mejorar la salud bucal de la población pre escolar (Pre Kínder y Kínder) y escolar del ciclo (1er y 2º básico) de la comuna; a través de medidas de actividades promocionales y preventivas a partir del Programa CRES – UV Olmué.

*Objetivos específicos:*

- Medir indicadores de salud oral
- Visualización de factor de riesgo en salud oral (Placa bacteriana o biofilm)
- Motivación preventiva
- Formación de monitores para control de placa bacteriana
- Involucrar a los padres en el autocuidado de salud oral de sus hijos

d) *Eje psicosocial*

Objetivo General: Favorecer la toma de conciencia por parte de los niños niñas, de sus familias y del equipo del jardín infantil acerca de los factores personales, sociales, emocionales y familiares involucrados en la obesidad infantil, para así poder facilitar un

proceso familiar e institucional que promueva un cambio hacia un estilo de vida más saludable.

*Objetivos Específicos:*

- Fomentar la reflexión en apoderados, educadoras y técnicos en educación parvularia de los jardines infantiles respecto a hábitos de alimentación saludable, el sobrepeso y la obesidad infantil.
- Fomentar modificación de actitudes y creencias los apoderados y/o cuidadores de niños y niñas que presentan sobrepeso u obesidad infantil.
- Participar en actividades con el equipo de salud CRES – UV Olmué y CESFAM relacionadas con promoción de estilos de vida saludables.

Cada eje ofrece una variedad de prestaciones a los usuarios del programa, así como también en coordinación con los otros ejes, llevan a cabo intervenciones en conjunto con los diversos profesionales que participan en el equipo.

El proyecto se formula a partir de tres etapas instalación, seguimiento y permanencia, sin embargo podemos identificar una etapa 0, de acciones preliminares, la cual consiste en el primer contacto que realizan los profesionales de la salud con la comunidad educativa.

A su vez cada etapa consta de una metodología y una serie de actividades transversales la cuales están dirigidas a la coordinación interna del equipo CRES – UV Olmué. Por otro lado se pueden contemplar actividades que cobran el carácter de prestaciones, por su orientación de servicio hacia la comunidad. Además cada etapa incluye ciertos productos esperados por la programación del equipo CRES – UV Olmué.

#### 5.1.1.3.2 *Etapas de intervención*

*Etapa 0: Primer contacto con la comunidad.* El equipo CRES – UV Olmué para establecer el contacto con los jardines infantiles (comunidad), se presenta como equipo, dando a conocer a través de una breve exposición cómo funciona el programa CRES – UV Olmué, tanto al equipo docente, como a los apoderados.

*Etapa 1: Instalación* de actividades, en donde los principales esfuerzos se enfocan en motivar e involucrar al establecimiento con el programa

*Metodología:*

- Participativa de co-construcción de las estrategias (con profesores, apoderados y alumnos
- Entrega de información y contenidos específicos, mediante uso de medios audio visuales, manuales, cartillas y o charlas
- Uso de instrumento especialmente diseñado, relacionado con los 3 ejes conductores.

Productos esperados:

- Proyecto consensuado firmado
- actas de las reuniones de equipo

*Etapa 2: Diagnóstico y seguimiento,* basada en la realización de un estudio por ejes de la situación de salud actual en la que se encuentra el establecimiento.

### *Metodología:*

- Participativa de retroalimentación y evaluación de proceso.
- Uso de instrumento especialmente diseñado relacionado con los 3 ejes conductores.
- Hacer una reunión de devolución a los educadores, entregando el informe por escrito y a través de una presentación, con copia a encargada del proyecto y becada encargada de la custodia de datos Realizar charlas educativas para profesores y apoderados en los tres ejes: nutrición, odontología preventiva y actividad física.
- Actividades asistenciales relacionadas con los 3 ejes conductores.

### *Productos esperados:*

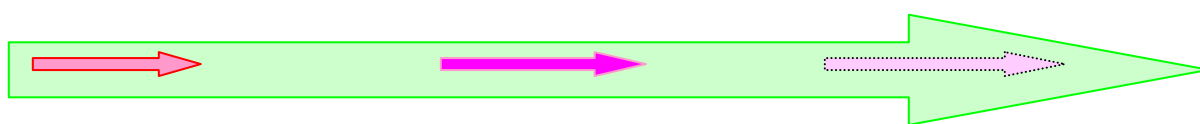
- Se espera que las actividades físicas de las clases de educación física, deporte y actividades recreativas sean consideradas como parte importante de los hábitos a crear y mantener en un estilo de vida saludable, de tal manera, que los niños en un mediano y largo plazo aumenten la cantidad de horas dedicadas a esta actividad tanto en la escuela como en sus ratos libres en la casa, creando placer asociado a esta actividad y que así permanezca en la 3ª etapa (permanente)
- Informe con resultados cualitativos y cuantitativos.
- Presentación final en PowerPoint, al final de la estadía del interno o interna de medicina

*Etapa 3: Permanente*, y es aquí donde se trabaja en el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable en los jardines infantiles. Un objetivo fundamental en esta tercera etapa es lograr incorporar las temáticas de salud de manera transversal en los contenidos pedagógicos.

*Productos Esperados:*

- Diagnóstico actualizado y evolutivo de nutrición y salud oral a nivel parvulario.
- Respuesta a la demanda realizada por los profesores en relación a capacitación y talleres por parte del equipo CRES – UV Olmué.
- Sistematización de la evolución de la actividad física en forma cualitativa y cuantitativa.

*1° etapa . . . . . 2° etapa. . . . . 3° etapa*



*Instalación*

*Diagnóstico y seguimiento*

*Permanente*

*5.1.1.3.3 Actividades transversales*

- *Reuniones del equipo CRES – UV Olmué*, se realizan dos veces al mes, allí participan los profesionales del CESFAM como también los internos y miembros del equipo docente de los jardines infantiles, en estas reuniones se establece un acta de trabajo, la cual es desarrollada por el interno de medicina.

- *Comunicación electrónica*, la cual funciona como un espacio de coordinación inmediata de comunicación entre quienes participan del proyecto.

- *Presentaciones de los internos*, las cuales se realizan en la facultad de medicina y que nos hablan sobre aspectos relevantes respecto de su formación académica.

- *Evaluación y planificación*, en la cual se registra la consecución de los objetivos planteados en la planificación del año anterior.

#### 5.1.1.3.4 *Prestaciones por fase de intervención*

##### a) *Fase de instalación:*

- Presentación del proyecto a partir de reuniones y presentaciones formales
- Construcción de equipo multidisciplinario
- Informe diagnóstico con elementos cuantitativos y cualitativos
- Generación de un plan de acción donde se integren los cuatro ejes
- Psicoeducación respecto a contenidos específicos para realizar la intervención

##### b) *Fase de diagnóstico y seguimiento*

- Diagnóstico nutricional, salud oral, actividad física
- Actividades de promoción y prevención
- Reunión de devolución con educadores
- Devolución de informe final, por escrito y en presentación
- Charlas educativas, para profesores y apoderados, por parte de los tres ejes
- Actividades asistenciales

##### c) *Fase de permanencia:*

- Diagnóstico evolutivo de nutrición y salud oral realizado 2 veces al año para apoyar en forma activa a los establecimientos

- Capacitación y talleres a profesores

#### 5.1.1.3.5 *Prestaciones por eje de intervención*

##### a) *Eje de nutrición*

- Diagnóstico nutricional
- Tratamiento multidisciplinario y familiar a los distróficos
- Devolución de resultados a establecimiento educacional según sus necesidades

##### b) *Eje de odontología preventiva*

- Coordinación con profesores del establecimiento y del curso
- Demostraciones de placa bacteriana a los niños
- Demostración de placa bacteriana y técnica de cepillado de los niños al profesor tutor
- Colocación de protección específica
- Revelación de placa bacteriana
- Aplicación de flúor y/o barniz de flúor
- Confección de afiches de motivación
- Coordinación con PROMOS
- Función de títeres: promoción de alimentación saludable para la población beneficiaria
- Intervención en reunión de curso de apoderados con demostración de placa bacteriana y técnica de cepillado de sus hijos
- Formar monitores al interior de cada establecimiento
- Entregar pasta y cepillo para asegurar hábito, con recambio semestral

- Verificar que cada niño tiene un cepillo dental en buen estado
- Supervisar el hábito de cepillado después desayuno y almuerzo por profesor encargado o monitor
- Supervisar que el monitor asista a los alumnos en el cepillado dental
- Verificar que el espejo del baño esté a la altura del niño
- Realizar diagnóstico de salud oral utilizando el índice de IHO y COPE en todos los niños del nivel parvulario y 1° ciclo básico.
- Presentar video Dr. Muelitas a los alumnos
- Confección de afiches de los niños
- Supervisar contenido del eje en títeres

c) *Eje de actividad física*

- Generación de actividades desde el eje actividad física que contemplen participación de los integrantes del resto de los ejes.
- Presentación de proyecto piloto sobre políticas de actividad física en la comuna, a corto, mediano y largo plazo.
- Talleres de actividad física dirigidos a los niveles correspondientes
- Talleres de actividad física dirigidos a apoderados y docentes-funcionarios, niños, niñas y sus familias
- Capacitaciones sobre hábitos y práctica de actividad física a las educadoras, técnicos y funcionarios.

d) *Eje psicosocial*

- Reunión con equipo de dirección y educadoras del jardín infantil.

- Jornada de diálogo reflexivo en torno a alimentación saludable, obesidad y sobrepeso infantil con apoderados y con equipo del jardín infantil.
- Actividad psicoeducativa con niños y niñas de los jardines en temática de alimentación saludable.
- Apoyar en la evaluación antropométrica de niños y niñas.
- Participar en actividades comunitarias de promoción en jardines y escuelas de la comuna junto a miembros del equipo de salud del CESFAM.

Como se mencionó anteriormente, las programaciones anuales efectuadas por el equipo CRES – UV Olmué, y en particular por cada eje de intervención, plantean ciertos resultados esperados, para cuya evaluación se contemplan anualmente jornadas de evaluación por parte de todo el equipo CRES – UV Olmué donde se consideran el cumplimiento o no de los objetivos previamente establecidos, así como también los éxitos y fracasos de las intervenciones realizadas.

#### 5.1.1.3.6 *Articulación de redes*

Para la consecución de objetivos, el equipo CRES – UV Olmué trabaja a partir de una serie de estrategias que colaboran con la implementación de las actividades a realizar. Una de ellas es la articulación de redes o el vínculo que genera el organismo tanto entre los miembros del equipo como con la red intersectorial.

En lo que respecta al trabajo intersectorial, es fundamental comenzar afirmando que el proyecto nace como un intento de acercar a los internos a la comunidad, promoviendo el desarrollo de competencias asociadas al trabajo en equipo y la vinculación con diferentes

organizaciones de la comunidad. En primer lugar debemos recordar que el CRES-UV Olmué nace desde un vínculo con la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, allí ya se establece una primera red entre lo educacional público y la salud pública. Se crean redes con establecimientos educativos, escuelas, jardines infantiles, autoridades políticas como el vínculo con el alcalde de la comuna, el director de Educación Municipal, y con el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Estas relaciones implican el trabajo y contacto con diferentes actores sociales, estudiantes, profesores, apoderados, educadoras de párvulo etc.

Por otra parte también se establecen vínculos con operadores políticos, se crea una mesa técnica y se establece una red con el SEREMI. En conjunto todos estos espacios y actores sociales confluyen y forman un entramado de redes de apoyo y colaboración mutua que operan de manera indivisible en la comunidad.

#### *5.1.1.3.7 Evaluación de las prácticas*

La evaluación de las acciones realizadas es un pilar fundamental en el proceder del equipo CRES – UV Olmué, el cual se encuentra en constantes procesos auto-reflexivos orientados a analizar las prácticas y sus resultados.

Los análisis y conclusiones que realiza el equipo a partir de la evaluación de resultados de sus intervenciones, plantean propuestas de diferentes niveles, desde cambios individuales hasta modificaciones de políticas comunales de salud.

a) *Cambios de los individuos*

A nivel de cambios en los individuos, las evaluaciones sistemáticas se centran en la medición de parámetros antropométricos y de salud oral, las que tienen lugar en dos momentos, primero para establecer un diagnóstico (antes de realizar la intervención) y posteriormente para evaluar el perfil de cambios (tras completarse el proceso de intervención planificado).

Un segundo nivel de cambios de orden individual que se consideran, aunque de manera menos explícita y sistemática, son los cambios en las concepciones y disposiciones actitudinales de los sujetos, que si bien no son medidos mediante instrumentos diseñados para ello, son percibidos por los miembros del equipo en su relación con la población, incluyéndose a la hora de la evaluación de logros como parte del discurso común del grupo.

b) *Cambios en las instituciones*

A nivel de cambios institucionales, se evalúa el grado de compromiso de las instituciones educativas con el enfoque hacia la promoción de estilos de vida saludable en sus comunidades. Estos cambios pueden incluir cambios en los hábitos colectivos de las instituciones, en miembros clave de las mismas, en cumplimiento de acuerdos generados con el equipo y en la mantención de actividades tras la finalización de la intervención del equipo de salud.

c) *Modificación de Políticas Públicas*

Un elemento que merece especial atención es el compromiso del equipo con cambios estructurales, que tiendan a la mejora de la calidad de vida de las personas, por lo cual éste

asume la responsabilidad de participar activamente en la construcción de políticas públicas, de nivel comunal orientadas al cumplimiento de objetivos de salud pública en la comunidad de la comuna de Olmué.

#### 5.1.1.3.7.1 *La Evaluación*

La evaluación, como práctica continua se encuentra sistemáticamente en tres instancias formales de evaluación, una general y dos parciales:

En primer lugar se realiza la Evaluación general del programa<sup>14</sup> y su funcionamiento anual, que tiene lugar en las últimas semanas del año, y que consiste en una profunda revisión de las acciones realizadas, las metodologías utilizadas, los niveles de impacto, definición de tareas pendientes y los aprendizajes del equipo, que servirán de insumo para las próximas planificaciones. En esta revisión se utilizan registros objetivos de las mediciones antropométricas y odontológicas realizadas por los profesionales así como también la propia experiencia del equipo de ejecución que permite enriquecer los datos objetivos. De lo cual existe registro en un documento donde se archivan las jornadas de evaluación.

Además del proceso de evaluación general del programa, se encuentran dos instancias parciales de evaluación que permiten al equipo mantener una clara noción de su desempeño en tiempo real, otorgando flexibilidad y adaptabilidad al programa.

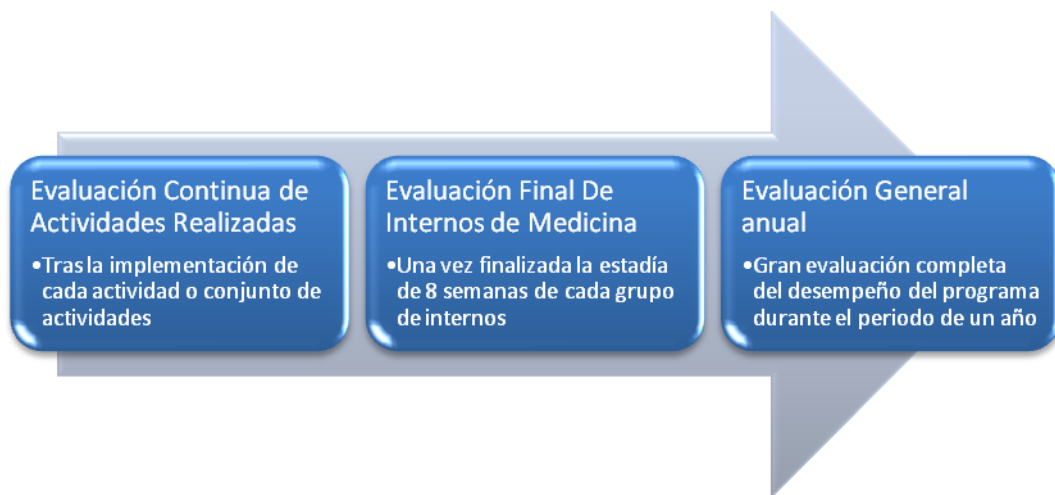
- La primera de ellas consiste en la evaluación que el equipo realiza cada vez que implementa alguna actividad en un centro educativo, analizando la ejecución

---

<sup>14</sup>En esta evaluación participa el equipo CRES – UV Olmué, las educadoras de los jardines infantiles, y ocasionalmente los profesores del liceo

detalladamente, relevando el perfil de logro así como también las dificultades emergentes, buscando alternativas para superar con rapidez las carencias detectadas.

- La segunda instancia de evaluación parcial aparece como consecuencia de la rotación de los internos de medicina, quienes una vez finalizada su estadía en el CESFAM, cesando su participación en el CRES – UV Olmué, realizan una presentación en la escuela de medicina, que incluye valoraciones e torno a su propio desempeño, indicadores antropométricos y en general una evaluación general del funcionamiento del programa durante las 8 semanas de permanencia de cada equipo de internos, aportando datos que retroalimentan el ejercicio del equipo, manteniendo un flujo constante de información que lo informa sobre su desempeño permitiendo abordar de manera eficaz las distintas dificultades y carencias encontradas.



**Figura 2: Instancias de Evaluación Equipo CRES - UV Olmué**

De la articulación y complementariedad de las diferentes instancias de evaluación que el equipo utiliza en su ejercicio profesional, emergen las nociones de logro respecto de los

objetivos planteados, pudiendo de esta manera el equipo tener claridad sobre el grado de cumplimiento de los mismos, la magnitud del efecto de la intervención y la continuidad de las acciones de mantención realizadas por las distintas instituciones educativas involucradas.

#### **Cuadro 4: Indicadores de cambio utilizados en el programa CRES - UV Olmué**

- Número y porcentaje de niños con evaluación nutricional por curso
- Número y porcentaje de distróficos con seguimiento por escuela
- Número y porcentaje de charlas educativas con tema nutrición, por curso y por mes
- Número de iniciativas innovadoras (taller de cocina, taller de obesos, recetas con recursos locales, etc.)
- Número y porcentaje de niños que traen colación saludable
- Número y porcentaje de cursos que tienen clases de educación física por semana.
- Número y porcentaje de clases observadas por el interno usando el esquema kinesiológico.
- Número y porcentaje de charlas educativas con tema educación física, por curso y por mes.
- Número y porcentaje de niños que tienen un cepillo de dientes en buen estado, por curso y por mes.
- Número y porcentaje de niños que se cepillan sus dientes después de desayuno y almuerzo, por curso y por día.
- Número y porcentaje de charlas educativas con tema higiene bucal, por curso y por mes

La intervención realizada por el equipo CRES – UV Olmué no tiene un plazo preestablecido para la finalización de sus actividades en coordinación con los establecimientos educacionales. Como se puede observar en su modelo de trabajo la última etapa de intervención es la de generar permanencia en las intervenciones realizadas, lo cual se corresponde con los objetivos planteados por el proyecto que definiremos más adelante. Por otro lado y como ya fue mencionado, cada año el equipo CRES – UV Olmué genera jornadas de evaluación y planificación; la primera con el fin de objetivar los logros y dificultades y así poder incorporar las modificaciones al proyecto, sin embargo la intervención no finaliza con una actividad sino que se opta por la permanencia en los objetivos iniciales.

Si bien el programa tiene como objetivo el abarcar a la mayoría, si es que no a todos, los jardines infantiles de la comuna de Olmué, aun así el apoyo podría detenerse en ciertos casos en los cuales los mismos establecimientos que no han logrado sintonizarse con la esencia del proyecto por diversos motivos, opongan resistencia en la implementación de actividades, dificultando así el proceso de intervención.

#### *5.1.1.3.8 Actitud del equipo CRES – UV Olmué en las intervenciones con las instituciones educativas.*

Como resultado del enfoque de trabajo del equipo, es decir, del modo en que son construidas por la comunidad de práctica las problemáticas que se han de enfrentar, emergen modos de relación entre este, el equipo, y los colectivos con los cuales entabla relaciones de trabajo.

Estos modos de relación se sustentan en una actitud básica del propio equipo hacia las personas con las que trabaja, actitud que se compone de algunos elementos propios de la orientación de trabajo:

a) *Aspectos ligados al modelo de intervención y el rol del profesional*

Las actividades realizadas por el equipo, como ya se mencionó anteriormente, han evolucionado desde una perspectiva de asistencialismo comunitario hacia la prevención-promoción de la salud, lo que condiciona un movimiento desde la directividad en la relación paciente-sanitario hacia la colaboración en la relación usuario-sanitario, lo que a la vez genera un cambio en la propia percepción del profesional socio-sanitario (y del equipo), quien pasa de considerarse el “curador” a ser más bien un “asesor cooperativo”, que pone a disposición de la población algunos recursos, visibiliza y releva otros que ya estaban en posesión de la comunidad ; de manera que sea esta quien finalmente desarrolle y ejecute las acciones de cambio.

b) *Concepción del sujeto de intervención:*

Con el cambio en el modelo de trabajo, viene aparejado un cambio en la concepción del sujeto de intervención, el cual no sólo modifica sus características individuales, sí no que se mueve hacia la colectivización: ya no se trata del niño obeso o desnutrido, pues al integrar al individuo en su red social (familia e institución educativa como nuevos focos de acción), los niveles de análisis e intervención se complejizan, ya que esta red social establece a su vez las condiciones de producción y mantención del estado de salud .

Este cambio se asocia a una re - concepción del individuo, quien ya no cabe en la descripción tradicional de “paciente” y que por lo tanto se resiste al encuadre “paciente-

médico” que domina las relaciones en las ciencias de la salud durante el siglo XX, sí no que lo posiciona como agente activo en la construcción y modificación de sus propias condiciones de salud, enfrentando un nuevo modo de relación, “*usuario-sanitario*”, la cual se fundamenta en la valoración de los recursos del sujeto y su entorno, estableciendo como norma deseable la horizontalidad y cooperación.

Esta nueva concepción del sujeto de intervención requiere una complejización de los niveles explicativos que se orienta hacia la consideración de las diferentes esferas de funcionamiento del individuo, con una mirada sistémica que permite integrar factores biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión (e intervención) de las condiciones de salud presentadas por la población.

*c) Aspectos ligados a la relación pedagógica:*

Un elemento central en el continuo de trabajo del equipo CRES - UV Olmué es la perspectiva educativa que utiliza en sus intervenciones, cercana a la concepción de Educación para la Salud, que busca a través de la transferencia de conocimiento crítico, el cambio en los modos de vida de las personas y los colectivos de manera que la conservación de la salud en niveles óptimos sea el objetivo central. El modelo de trabajo pedagógico utilizado por el equipo en sus distintas intervenciones se fundamenta en prácticas comunitarias de aprendizaje colectivo y cooperativo, ubicándose epistemológicamente en las cercanías del constructivismo.

Cobra relevancia la apertura de los miembros de equipo a no sólo entregar conocimiento sino que también, enriquecerse de aquellos conocimientos que la población pueda entregarle de manera manifiesta (transferencia directa de conocimientos locales) como a

nivel implícito, es decir, de la observación constante del actuar de los sujetos, obteniendo conclusiones relativas a su actuar, generando hipótesis que luego son utilizadas para enriquecer las propias prácticas, estableciendo así una relación de continua retroalimentación.

A la luz de los elementos revisados anteriormente, y a modo de resumen, tenemos que es posible declarar que la actitud básica del equipo de intervención del programa CRES – UV Olmué se fundamenta en una concepción integral del individuo, individuo en sociedad, poseedor de recursos individuales y participante de recursos colectivos, con quien se establece una relación de colaboración educativa, pasando el profesional, miembro del equipo a ser un asesor, pedagogo y orientador más que un prescriptor, rol que tradicionalmente ocupaba el profesional de salud en la visión biomédica de los procesos salud-enfermedad.

### *5.1.2 Reconstrucción de la experiencia*

Este segundo apartado hace referencia al proceso de desarrollo real del proyecto (al margen de cómo se describe en el documento oficial). Se realiza una descripción de la experiencia planteando los objetivos y los resultados de esta, también se describen los lugares, los tiempos y a las personas que participaron en el proyecto.

#### *5.1.2.1 Inicio del proyecto*

En el año 2003 se comienza a gestar un sueño el cual estaba liderado por la Dra. Alma Vidales. Al principio la idea era realizar un proyecto docente, en la comuna de Olmué, para los estudiantes de medicina que debían pasar por su internado rural, incluyéndose además el nivel asistencial, como un compromiso con la entrega de un servicio a la comunidad.

Esta comuna es escogida debido a que cumple con ciertas características que la convierten en prioridad para la obtención de recursos y la ejecución de intervenciones socio-sanitarias: la condición de ruralidad, la mayoría de la población se encuentra en una situación de pobreza, en la cual del total de habitantes un 25,4% tiene un nivel socioeconómico de extrema pobreza y un 65,3% en nivel de pobreza, existiendo una abismante desigualdad social; además de la falta de red existente en ese momento, por ejemplo, no existía OPD y las atenciones en los niveles secundarios y terciarios eran sumamente escasas<sup>15</sup>. Es en este contexto que el CESFAM Manuel Lucero (en ese entonces consultorio) pasa a ser campo clínico para los internos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, iniciando el Proyecto Piloto de Escuelas Saludables (basado en la estrategia de la OMS de Escuelas Saludables), hasta el año 2004, y ya para el 2005 pasar a convertirse en el Proyecto de Escuelas Saludables (PES). El principal foco de este proyecto era vincular a los internos con la comunidad, trabajar con y para ella para esta, con sus necesidades, en un enfoque situado y localista. Además de lo anterior se quería formar profesionales integrales con un enfoque bio-psico-social, desde la estrategia de promoción- prevención, en vez del enfoque biomédico predominante en la salud pública, con énfasis en la rehabilitación de los “*pacientes*”.

El proyecto como punto de partida realizó un diagnóstico participativo de salud, mediante el cual se detectó altos índices de malnutrición por exceso y una gran prevalencia de problemas de salud odontológica entre los niños y adolescentes de la comuna, por lo que se realizaron intervenciones en estas dos áreas, en escuelas y liceos de Olmué. En virtud de esto - y sumado a que la falta de actividad física está ligada con el sobrepeso y la obesidad -

---

<sup>15</sup> En este momento se encontraba la matrona María Teresa Queirolo como directora del consultorio Manuel Lucero, mostrándose ésta dispuesta a acoger la iniciativa de la Dra. Vidales.

se decide incorporar en el año 2005 el eje de actividad física. Cabe destacar *que desde fines del 2004, existe la voluntad política, de la máxima autoridad de educación de la comuna, de aumentar de 2 a 4 horas semanales las clases de educación física, además de hacer un esfuerzo mayor para contar con docentes especializados en el tema a partir del año 2005, en forma paulatina* (Vidales 2010, Pág. 5).

Es así que el proyecto parte con el eje de actividad física y nutrición, siendo ejecutado solamente por la Dra. Alma Vidales y una interna de medicina, no existían otros profesionales en el proyecto. Después del primer año funcionando de esta manera, recién en el año 2004 se integra con algunas horas al proyecto Sheila Pacheco, nutricionista de la época en el CESFAM, gracias a la gestión de la directora del consultorio Manuel Lucero, María Teresa Queirolo. Al llegar el segundo nutricionista, en el año 2007, Boris Moena, es posible contar con un nutricionista de manera estable, continuando Sheila con su trabajo en el programa PROMOS y es Boris quien queda encargado del eje nutrición en el PES.

Después del diagnóstico realizado en la comuna, se comenzó a trabajar, en el 2003, con la primera escuela, la escuela “Las Palmas”. Esta escuela no fue escogida al azar, sino que por el director de educación municipal Germán Contreras en conjunto con la Directora de Salud, María Teresa Queirolo. Se elige esta escuela debido a que junto a ella se encuentra una posta rural, *“entonces era casi como una situación ideal”* (palabras de alma Vidales). Esta escuela tenía 100 alumnos y 10 funcionarios dentro de los cuales eran 7 profesores y 3 manipuladoras de alimentos. Primero se trabajó con la directora, Miss Paz, con el objetivo de realizar una detección de necesidades para así delimitarlas y conocer las demandas de esta escuela, comenzándose a intervenir con un serie de actividades, por ejemplo se hizo un mini gimnasio con la idea de que toda la comunidad escolar tuviera acceso a ejercicios

supervisados, esto no perduro por mucho tiempo. En esta escuela se intervino durante 2 años.

Posteriormente, en el año 2004, se trabajó con una segunda escuela, en la localidad de la Loma de la Vega. Acá se pretendía intervenir en el tema de nutrición, enfocado en la cantidad de niños con obesidad que había. Además se trabajó con las educadoras y funcionarias incluyendo a las manipuladoras de alimento, en la cual de las 10 personas que trabajan 1 era eutrófica, el resto tenía sobrepeso y obesidad, es por esto mismo que se decidió incorporar la idea de que estas también debían realizar algún tipo de actividad física. Es así que el equipo pretendía trabajar en este eje, sin embargo al reunirse con los directores de la escuela estos no problematizaban el tema del sobrepeso, sino que su principal problema era la dentadura de los niños, estos tenían horas de rehabilitación odontológica limitadas, lo que sumado a otros factores producía un alto índice de daño en la dentadura de los niños. Es debido a esto que se decide incorporar el eje de Odontología en el año 2004. Este eje funcionó sin odontólogo del CESFAM aproximadamente durante dos años, debido a que se tenía el apoyo del Director del Departamento de Salud pública, el Director del programa de formación de odonto-pediatría, el Odontólogo, además de los internos y becados de odontología.

A su vez en conjunto con la becada quien trabajó durante un año con el CRES – UV Olmué, se intervino en la posta de la quebrada Alvarado, la cual no contaba con odontólogos, asistiendo esta aproximadamente una vez al mes a realizar un tratamiento dental completo a los niños de la escuela de la loma de la vega, acá se pretendía erradicar las caries en los niños - según declara Alma Vidales - *fuiamos súper ambiciosos , después nos dimos cuenta que no podíamos más, quisimos dejar escuelas libres de caries, fue una locura-* Los niños eran trasladados a la Posta por el Departamento de Salud Municipal, y

cuando no había vehículo los trasladaba carabineros. En esta posta también trabajó durante un año Jaime Jamett, actual Seremi de salud, durante su beca de odonto-pediatría, debido a que el encargado de esta beca había sido alumno de la Dra. Alma Vidales en el Magister de Salud Pública. Seguido de esto aumenta la disponibilidad de horas odontológicas en el consultorio, y María Teresa Quiroz destina horas a la odontóloga Ximena Rivera para que se hiciera cargo del eje. Gracias a lo anterior se pudo conseguir la separación de lo preventivo con lo curativo. Antes era imposible realizar esta separación, en palabras de Alma Vidales “*no podíamos enseñarle a los niños a lavarse los dientes solamente si veíamos que tenía un cráter, no, no era posible*”. Es así como este equipo paulatinamente logra incorporar los lineamientos de prevención – promoción en las escuelas y en la comunidad de Olmué, caracterizándose desde un comienzo por su motivación y esfuerzo.

#### 5.1.2.2 *Punto de inflexión*

En el año 2004 el proyecto tiene como misión realizar una intervención de carácter promocional en la Comunidad de las Palmas, donde la misma población, que se caracteriza por ser muy cohesionada, solicitó la intervención del equipo porque tenían necesidades emergentes que solucionar, principalmente en el caso de los niños que debido, entre otras cosas más, a la escasez de flúor, presentaban graves problemas odontológicos. Es por eso que se requiere que el equipo de salud asista a la comunidad por la urgencia en horas odontológicas de rehabilitación. Sin embargo CRES – UV Olmué tenía otros objetivos en mente, interviniendo siempre desde un corte promocional en la salud, centrándose las actividades en el empoderamiento y la participación activa de la comunidad antes de actividades orientadas a la rehabilitación y curación, por lo tanto la población, frente a este

acercamiento del equipo CRES – UV Olmué respondió mostrando disconformidad con la forma de trabajo y las prestaciones ofrecidas, no colaborando con las actividades que se tenían planificadas con anticipación, a pesar de que el equipo de salud les explicó que su quehacer en ese lugar tenía otros propósitos. Finalmente se decidió no trabajar en dicho lugar debido al bajo compromiso de la población y de la escuela en particular, ya que no se obtendrían resultados en ese lugar.

Sin embargo el conflicto no ocurrió tan sólo en la Comunidad de las Palmas sino que en todas las escuelas rurales de “las alturas”. Y esto para la Dra. Alma Vidales tiene una explicación, ella señala que la falta de flúor, el cual cumple una acción protectora en los dientes, en el consumo de agua no potable en los niños que viven en “las alturas” (nota al pie) originaba problemas dentales de gran magnitud, lo cual generaba gran dolor en los niños. Además señala que la locomoción era insuficiente para las necesidades de la población, por lo tanto los niños no tenían un acceso inmediato a los centros de salud.

Es así como el eje de odontología preventiva tuvo un inicio complejo, no tan sólo por las dificultades de tipo estructural y cultural, sino que también por no tener profesionales a cargo del mismo.

Víctor Burgos, kinesiólogo, director del CESFAM y miembro activo del equipo, le da el nombre de “realidades contrapuestas” a esta situación debido a la incoherencia entre los propósitos iniciales que tenía el proyecto y el lugar de intervención. El proyecto en sí maneja lineamientos estratégicos de acción, sin embargo en el año 2005, cuando se decide trabajar con “Loma de la Vega” y “comunidad de Las Palmas”, se dan cuenta que la realidad existente en la escuela rural, de “las alturas”, era muy distinta a las escuelas

ubicadas en el centro de Olmué. Sus realidades son distintas, hasta contrapuestas, por lo tanto los objetivos y las formas de intervención debieron ser modificadas, adaptándose a las necesidades de cada población.

Ambos hitos pueden ser catalogados como conflictivos, por el carácter de los mismos, los cuales luego dieron fuerza al grupo y apoyaron los objetivos de los mismos, mejorando de esta manera su desempeño como equipo, por lo tanto, ambos conflictos también pueden ser catalogados como constructivos y funcionales. Luego de los conflictos el aprendizaje del equipo CRES – UV Olmué permitió una reflexión más crítica respecto a la realidad local y el cambio de estrategia al momento de intervenir con las poblaciones, generándose nuevas propuestas y formas de proceder.

#### 5.1.2.3 Incorporación de ejes, profesionales y paso de internos

Desde sus inicios, el CRES-UV Olmué se ha caracterizado por mantener una estructura de equipo flexible de acuerdo a los desafíos y necesidades que surgen desde su propia organización interna como desde los contextos en que este opera. La consideración de problemáticas emergentes ha llevado a constantes mutaciones respecto a las áreas de intervención del CRES-UV Olmué, necesitando además de la incorporación de nuevos profesionales de la salud especializados en dichas áreas. Otro aspecto que también refleja esta flexibilidad está dado por el constante flujo de estudiantes internos que participan en las diferentes actividades del proyecto.

El proyecto inicial comienza con el eje de nutrición el año 2003 en la escuela de Las Palmas, a cargo de la doctora Alma Vidales la cual es acompañada de los internos de medicina. La primera profesional nutricionista que participó en esta área del proyecto fue

Sheila Pacheco a través del programa PROMOS, posteriormente en el año 2007 se incorpora el nutricionista Boris Moena y este pasa a ser el encargado formal del eje de nutrición.

Respecto al eje de actividad física, este se inició como tal el año 2005 (a pesar de que el proyecto contaba desde antes con un abordaje asociado a la actividad física) a cargo del Kinesiólogo Víctor Burgos, posteriormente el eje cambiaría de encargado durante el año 2010 con la llegada de Alvaro Soto.

Luego de varias conversaciones con los directores de los establecimientos escolares se abre una nueva problemática, la dentadura de los niños presentaba serios daños debido, en parte, a aspectos contextuales (falta de flúor en el agua en el sector rural de las alturas de Olmué, más los hábitos de alimentación y de higiene dental y el alto consumo de alimentos cariogénicos), de esta forma el año 2004 y de acuerdo a la solicitud de la comunidad se conforma el eje de odontología preventiva. En un principio el eje funcionó sin un profesional odontólogo estable, a pesar de que se contó con el apoyo con profesionales becados (Dra. Brenda y el actual SEREMI Jaime Jamett). Luego de dos años de establecido el eje dental se incorporó a la odontóloga Ximena Rivera, la actual encargada del eje.

Ya para el año 2007 el proyecto abarcaba tres ejes, el de nutrición, odontología preventiva y actividad física. Durante este mismo año se realiza una reflexión del trabajo que se estaba realizando, llegando a la conclusión de que había un bajo impacto de las actividades por lo que era necesario cambiar la estrategia de intervención. Es en el año siguiente, el 2008, cuando se incorpora a la psicóloga Carolina Cardemil con el fin de establecer un abordaje más pertinente y aterrizado de acuerdo a las necesidades de los usuarios, y quien además

logró innovar con nuevas estrategias comunicacionales. El año 2010 se incorpora al proyecto el psicólogo del sector A, Enzo Dodero, para complementar con la sectorización del trabajo en el eje.

Durante el año 2008 se incorpora el eje psicosocial, el cual aporta de manera transversal sobre los tres ejes restantes. La incorporación de este nuevo eje resulta fundamental ya que logra encaminar al proyecto hacia un abordaje bio-psico-social, logrando miradas más amplias y profundas de la problemática. Junto con esta última incorporación se integran además internos de las distintas disciplinas, psicología, medicina, odontología, kinesiología, y nutrición, con el fin de orientar el trabajo en equipo hacia sentidos interdisciplinarios y transdisciplinarios.

#### 5.1.2.4 Coordinación y ordenamiento de estrategias

Las constates evaluaciones que tienen el proyecto han llevado a que este viva bajo una lógica de transformaciones constante. En este apartado nos referimos a los cambios que apuntan hacia la optimización y mejoramiento constante de estrategias con el fin de lograr una mejor coordinación dentro del equipo como también un acercamiento más pertinente a la comunidad.

El equipo de trabajo durante el año 2006, cuando el proyecto aún formaba parte del PES, establece la necesidad de realizar reuniones semanales con el fin de reflexionar, evaluar y planificar las estrategias y prácticas que se realizaban en los colegios. Pasarían 4 años, y ya para el 2010 esta estrategia de reuniones semanales se transformaría en reuniones quincenales. Los motivos por cuales se hace este cambio son diversos: en primer lugar las 4 semanas que correspondían al paso de los internos de medicina se hacía un espacio de

tiempo muy pequeño, las evaluaciones se volvían forzadas y el interno no lograba incorporarse de manera estable dentro del proyecto. Con la fusión del internado rural y el de APS durante el año 2009 se logra una expansión del espacio temporal de los internos, pasando de 4 a 8 semanas lo que les permitió a estos tener un mayor tiempo de acoplamiento a las actividades. El segundo motivo por el cual se establece la disminución en la frecuencia de reuniones tiene relación con el estrés y la falta de horario de los profesionales del equipo para participar en el proyecto. La presión asistencial de las otras actividades que realizan fuera del CRES-UV Olmué es una interferencia que les impide asignarle más horas al proyecto.

Durante el año 2010 se establece una coordinación entre el programa PROMOS y el CRES-UV Olmué, teniendo como consecuencia un acoplamiento entre ambos, el problema que aquí surgió tiene relación con la sobreintervención de la comunidad con algunas actividades. Es por tal motivo que ya para el año 2011 se hacen esfuerzos para alcanzar una mayor sintonía y coordinación entre ambos programas, con el fin de que tales tengan abordajes complementarios en la comunidad.

#### *5.1.2.5 Grandes cambios*

##### *5.1.2.5.1 Finalización de la estrategia PES, cambio programático que da paso al CRES-UV Olmué*

Finalizando el año 2007 se realiza el proceso de evaluación del funcionamiento del PES en el periodo 2005-2007, el cual arroja pobres resultados en relación a los objetivos planteado por los tres ejes de intervención que hasta el momento constituían la estrategia PES (Nutrición, Odontología Preventiva y Actividad Física). Esta situación plantea un reto para

el equipo, el cual se vuelca a la revisión sus propias prácticas, ejes de abordaje y fundamentos teóricos, tras lo cual, se opta por una transformación radical, que impacta incluso en el nombre del programa, ya no más PES, la estrategia debe ser otra. Esta nueva estrategia debe solucionar las falencias encontradas en el abordaje PES, principalmente la tensión que surge en relación al momento del ciclo vital en el que se está interviniendo.

El razonamiento que en este momento ocupa el debate al interior del equipo dice relación con la necesidad de anticipar la intervención en el ciclo vital de los niños: los escolares ya presentan un elevado índice de daño, por lo cual queda en evidencia para el equipo la necesidad de trasladar la atención a etapas previas, los prescolares<sup>16</sup>. El segundo elemento que aparece como relevante en este proceso de revisión es la falta de manejo de la comunicación y los aspectos psicosociales relativos al trabajo de promoción de la salud y prevención del daño, pues desde el análisis de la líder del equipo, Alma Vidales, que fue compartido por el resto de los profesionales, se presentaban dificultades en la entrega del mensaje, el cual en lo técnico era correcto pero carente de efectividad. Es en ese momento que se plantea dentro del equipo la posibilidad de integrar nuevos profesionales, con las experticias necesarias para hacer frente a dicha situación. Un nuevo perfil profesional emerge: es necesario un psicólogo, que pueda optimizar las estrategias de intervención, el contacto con la población.

De esta manera, una vez finalizada la revisión del quehacer de PES en los últimos 3 años, en 2007 se decide dar término a dicha estrategia, comenzando la actual fase programática, denominada Creciendo Sano, CRES, con una nueva perspectiva, que busca anticiparse al

---

<sup>16</sup>Cuando se inició el proyecto CRES – UV la comuna de Olmué contaba con sólo un jardín infantil. Con el transcurso del tiempo, nuevas leyes y cambios políticos impulsados por el gobierno de Michelle Bachelet, se instalan 3 nuevos Jardines y se amplía el rango etario de los niños atendidos por estas instituciones.

daño y que por lo mismo se enfoca en población preescolar, que integraría el enfoque familiar de intervención, que contaría con 4 ejes de trabajo y que evolucionaría de formas insospechadas hasta la actualidad

#### *5.1.2.5.2 El consultorio evoluciona a CESFAM*

Durante el año 2008, el consultorio de Olmué obtiene la categoría de CESFAM, Centro de Salud Familiar, logro que se obtiene tras el cumplimiento de varias etapas que culminan en su certificación como CESFAM. Este cambio fundamental en el centro de salud implica la adscripción a un modelo de salud familiar, centrado en el cuidado de la salud desde una mirada bio-psico-social que tiene como foco de intervención a la unidad familiar y no sólo al sujeto portador de patología.

Para el equipo CRES – UV Olmué este cambio significó avances en dos niveles: la legitimación del modelo de salud familiar. Y por otro lado, como beneficio anexo, ganancias a nivel de la identidad del equipo.

#### *5.1.2.5.3 Se incorpora el modelo de Salud Familiar*

El cambio de consultorio a CESFAM fue precedido de procesos de capacitación en el modelo de Salud Familiar que incluyeron a todos los profesionales que se desempeñaban en dicho centro, capacitaciones que permitieron a los miembros del equipo enriquecer sus nociones y conocimientos del modelo, permitiéndoles a su vez enriquecer sus intervenciones. El proceso de capacitación fue realizado por la profesora Dra. Carolina Reyes, entonces Jefa de Cátedra de Medicina Familiar, quien fue contactada por Alma Vidales, quien debido a su participación en el CRES – UV Olmué se encontraba en

contacto semanal con el CESFAM, estableciéndose un nuevo hito de cooperación entre el la institución de salud y la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Sin embargo, no es este el único modo en que las prácticas y actividades del equipo CRES – UV Olmué se ven favorecidas, pues el nuevo enfoque del CESFAM se relaciona íntimamente con el trabajo que CRES – UV Olmué viene desarrollando desde su aparición en 2007 (tras el término de PES), permitiendo una mayor disponibilidad de recursos (no sólo económicos) y en general una mejor articulación entre las actividades del centro y las propias del programa: CRES – UV Olmué ya venía aplicando el modelo familiar y la incorporación del mismo en el Consultorio les permite un mayor nivel de legitimidad.

#### 5.1.2.5.4 *Nuevo edificio: “Una construcción de identidad de equipo”<sup>17</sup>*

Un segundo nivel de impacto positivo percibido por el equipo viene aparejado al cambio en las condiciones materiales del centro de salud, el cual además de cambiar de categoría, cambia su planta física, instalándose en un edificio con óptimas condiciones de espacio e implementación. Este cambio en las condiciones materiales implica un cambio en el nivel simbólico: en el antiguo edificio el equipo CRES – UV Olmué no contaba con condiciones básicas para reunirse y trabajar, utilizaban cualquier espacio disponible (usualmente la cocina) para llevar a cabo las reuniones de planificación y evaluación.

Con la llegada del nuevo edificio, se produce un cambio radical, pues ahora el equipo cuenta con una sala de reuniones que se ajusta a sus necesidades. Para Boris Moena, Nutricionista del Equipo, resulta evidente el cómo este cambio, el tener un espacio propio

---

<sup>17</sup> Cita extraída de entrevista a Boris Moena, Nutricionista del programa CRES - UV Olmué

de reunión, un espacio de trabajo, le permite al equipo fortalecer su sentido de pertenencia, su Identidad colectiva, que ahora cuenta con un continente físico adecuado.

#### *5.1.2.6 Prácticas novedosas en promoción de la salud*

El equipo del programa CRES-UV Olmué se ha caracterizado por la utilización de metodologías no tradicionales en sus intervenciones orientadas a la promoción de la salud. Esto responde a un continuo proceso de reflexión en cuanto a las propias prácticas y los efectos que estas tienen en la población objetivo.

##### *5.1.2.6.1 Tour de Títeres*

Durante el año 2008, el equipo CRES – UV Olmué, en un vínculo estratégico con el programa PROMOS del CESFAM implementa la estrategia “Tour de Títeres”, en un intento por acercar los conceptos relativos a estilos de vida saludable a los preescolares. Esta acción surge de la motivación de la nutricionista Sheila Pacheco quien siendo encargada de PROMOS participaba también de las acciones del programa CRES – UV Olmué y se orientaba a dinamizar el contacto con los niños, planteando una nueva forma de relación, más cercana a los intereses de los menores para de esta manera, incrementar el nivel de impacto de la intervención.

La intervención, en cuya planificación participa el terapeuta ocupacional Rodrigo Castillo, consistía en una obra de teatro de títeres que, desde una perspectiva lúdica, entregaba a los niños información sobre alimentación saludable y los motivaba a dejar sus hábitos alimenticios no-saludables. En su implementación participan los internos que en ese momento (y durante los años 2009 y 2010) se encontraban realizando labores asociadas al CRES – UV Olmué y también incluía a los miembros del equipo estable, situación que

implica para el equipo el reconocerse en una instancia distinta, experimentando con nuevas capacidades y recursos que pueden estar al servicio de los objetivos del programa.

Desde la perspectiva de los miembros del equipo, se trata de una innovación en cuanto a las formas de hacer en salud pues, en la comuna no existían referentes previos en cuanto al uso de metodologías similares. Carolina Cardemil, Psicóloga del equipo CRES – UV Olmué refiere que desde varias perspectivas se trató de una buena experiencia, principalmente porque permitió mejorar el acceso tanto a elementos de salud como también a una dimensión cultural que no estaba presente en la comuna, “yo lo encontré alucinante, alucinante” refiere la psicóloga al cuantificar el impacto que en su momento dicha intervención tuvo, calculando que más de 500 niños pudieron apreciar la obra.

La implementación de esta estrategia marca un hito en cuanto a las prácticas de equipo y también en cuanto a la coordinación inter-programas, pues se trata de los primeros acercamientos entre CRES – UV Olmué y PROMOS.

#### *5.1.2.6.2 Magicoterapia en odontología preventiva*

Durante el año 2011, en el contexto de las actividades multi-institucionales desarrolladas por el eje de Odontología preventiva (el cual como se ha mencionado anteriormente se encuentra estrechamente vinculado al programa de odontología preventiva del CESFAM), se implementa la actividad “magicoterapia”, una estrategia para producir un cambio en las percepciones y creencias del público relativas a la atención odontológica y la imagen del dentista.

La actividad consiste en la realización de las actividades propias del eje Odontología matizadas con intervenciones de ilusionismo, magia. La Dra. Ximena Rivera, encargada del

eje Odontología Preventiva relata un ejemplo: “Consiste en que él hace actividades odontológicas pero con magia, por ejemplo empieza a contarles a los niños sobre el lavado de los dientes y hace aparecer el cepillo”

El objetivo de esta actividad es disminuir la carga cultural negativa de la cual las intervenciones odontológicas en general se encuentran rodeadas, centrándose en el cuestionamiento y modificación de los mitos y creencias erradas que condicionan una actitud de evitación hacia la atención odontológica desde una intervención lúdica y amigable, que impacta cognitivamente y afectivamente a los niños. Un tema central de la intervención es mostrar al odontólogo como un amigo, como un beneficio para la salud de los niños (al contrario de la imagen de enemigo, asociado al dolor que en la actualidad domina la construcción social del profesional), situación que ya ha comenzado a variar desde el análisis presentado por la profesional antes citada.

Esta actividad es un ejemplo más de los esfuerzos de coordinación inter-programas e interinstitucionales en el que se enmarcan las actividades del programa CRES – UV Olmué, encontrándose vinculadas en esta intervención el programa de odontología preventiva del CESFAM, aportes del servicio de salud Viña del Mar-Quillota y el equipo CRES – UV Olmué.

#### *5.1.2.6.3 Participación en programa radial*

El CESFAM de Olmué cuenta con un espacio programático en radio Latina de Limache. Este espacio es utilizado principalmente en acciones promocionales en virtud de las cuales el Programa CRES – UV Olmué cuenta con la posibilidad de participar semanalmente.

La participación del programa en el espacio sirve para mostrar a los internos de las distintas especialidades que realizan actividades asociadas al CRES – UV Olmué (los internos de medicina deben participar siempre) el uso de estrategias comunicacionales en la promoción de la salud, la utilización de estrategias de marketing social. En el programa se discuten y analizan distintas temáticas orientadas a la entrega de información relativa a estilos de vida saludables, avisaje de actividades e intervenciones tanto del CESFAM como del CRES – UV Olmué y en general información promocional, buscando acercar a la comunidad a través de un medio de comunicación masiva las nociones de protección y promoción de la salud.

Además de las actividades antes detalladas, el equipo de trabajo del programa CRES - UV Olmué, ha impulsado otras iniciativas caracterizadas por su novedad, demostrando el compromiso y esfuerzo de este equipo por innovar en las prácticas de salud pública:

- Obra de teatro realizada por el interno Julio Salinas en el Jardín Blanca Nieves
- Taller de cocina entretenida, realizado en el Jardín Blanca Nieves
- Confección de brochetas de frutas por los niños (se mantiene hasta la actualidad)
- Iniciativa “*Un niño un árbol*”, proyecto elaborado por la una interna de Medicina durante el año 2011.
- Cine foro con las educadoras de párvulos y los internos de medicina.
- Discusión y análisis de documentos con participación de educadoras y apoderados de los jardines infantiles (8 grupos de trabajo año 2010).

#### 5.1.2.7 “*Expandiendo nuestros límites*”

El equipo CRES – UV Olmué no sólo basa su trabajo en las intervenciones con la población beneficiaria sino que también ha expandido sus límites hacia otros tipos de instancias que han sido sumamente enriquecedoras para el grupo de trabajo. Es así como el mismo equipo identifica tres instancias que promovieron la expansión en sus intereses y motivaciones.

##### 5.1.2.7.1 *Se apoya estrategia comunal “Kioscos saludables”*

La estrategia de kioscos saludables, instalada en el año 2009, comienza como una iniciativa de la SEREMI. Las pautas de acción venían del Ministerio de Salud. Se les informó a los establecimientos y se licitaron los kioscos bajo la premisa de que debían ser saludables. Cada establecimiento educacional que contara con kioscos debía ofrecer productos que tuvieran el rótulo de saludables, el 70% de los productos debía cumplir con esta condición y el 30% restante podía no ser saludable. Frente a esa premisa el nutricionista del CESFAM y miembro del equipo CRES – UV Olmué señala que en la práctica misma es difícil llevar a cabo tal idea debido a que se debe catalogar que productos son y cuales no son saludables, teniendo en cuenta la parte nutricional. Agrega además que esto se convirtió en un problema porque aparecían en escena las grandes empresas, como *coca - cola*, que debían discutir con los kiosqueros el tipo de productos que se podían vender. Por otro lado el vendedor solamente tenía un objetivo económico a la hora de comercializar sus productos, y no existía ni se respetaba el acuerdo de vender en una gran mayoría productos sanos.

Boris, junto con Sheila Pacheco y Enzo Doderó, quien estaba a cargo de abordar la política comunal de kioscos saludables, fueron a terreno a supervisar dichas prácticas en los

establecimientos educacionales y pudieron darse cuenta del no cumplimiento de la política implantada, es así como Boris señala que fue uno de los primeros en convencerse de que el kiosco no debía formar parte de los establecimientos educacionales.

Para que la iniciativa de eliminar los kioscos dentro de la escuela pasara a tomar el carácter de política comunal de salud, el equipo del CESFAM inició una lucha interna (formando un consejo de salud), tanto con el consejo municipal como con en el liceo, quien señalaba, que sus estudiantes no estaban con problemas de sobre peso y obesidad a partir de una evaluación nutricional que ellos llevaron a cabo. Por lo tanto, el primer paso fue realizar un diagnóstico nutricional. Los resultados indicaron que sí existía sobrepeso y obesidad en los menores evaluados, por lo tanto dicho diagnóstico ayudó a que se tomaran decisiones mejor fundamentadas por parte del Consejo Municipal y el CESFAM. En este sentido fue una de las primeras grandes aproximaciones que realiza CESFAM con el tema de las políticas públicas, al vincularse con un ente externo para tomar decisiones más certeras respecto al ámbito de la salud. Y en este sentido el equipo CRES – UV Olmué cumple un rol fundamental porque fueron ellos los que iniciaron la lucha por implementar la política de kioscos saludables y las decisiones que finalmente se tomaron por parte del consejo. Inicialmente la idea de kioscos saludables no pertenecía al proyecto CRES – UV Olmué, sin embargo los profesionales que participaban del proyecto eran las mismas personas que estaban a cargo de la iniciativa.

El año recién pasado se cerró el último kiosco, lo cual se convirtió en un triunfo para el CESFAM y el equipo CRES – UV Olmué. Fue una larga pelea que se inició el año 2010 y que sin duda amplió los horizontes del equipo. La lucha continua a nivel de CESFAM y los lineamientos políticos, de acción, pudieron reflejarse en los resultados obtenidos y se

comprendió que para generar un cambio a nivel individual o local es necesaria la coordinación no tan sólo a nivel interno, sino que también a partir de la articulación que se logra con otros sectores, como el consejo municipal, y las decisiones políticas que se toman.

#### 5.1.2.7.2 *Mesa técnica de salud*

A partir de la creación de esta mesa técnica en salud en el año 2010, que surge como necesidad del CRES – UV Olmué y que era la primera instancia de política comunal en salud, se logra la prohibición de kioscos en las escuelas, situación que es acogida por el Consejo Municipal. De esta manera se sienta un precedente en las formas de abordar las políticas de salud a nivel comunal. El acento de la mesa técnica está puesto en la creación de políticas comunales y públicas en Olmué, con enfoque en promoción de la salud. La mesa está compuesta por los concejales de salud, por Víctor Burgos, director del CESFAM, la Dra. Vidales y el nutricionista Boris Moena, secretario de la mesa técnica el año 2011. En estas reuniones también participa el interno de medicina que está participando en el CRES – UV Olmué. Según Carolina Cardemil, psicóloga del CESFAM Olmué, idealmente debería participar en ella el sector educación, sin embargo su participación es mínima. Como CRES – UV Olmué entienden la necesidad de su incorporación y han planteado acciones para poder acercarlos a las intervenciones realizadas, sin embargo han encontrado resistencias de tipo estructural (como por ejemplo disponibilidad de tiempo de los académicos y directivos para participar en reuniones) en la participación de la mesa técnica..

### 5.1.2.7.3 *CRES Científico*

“Se supone que no iban a crecer sólo los niños, sino que crecer nosotros como equipo, que íbamos a estudiar, que íbamos a publicar”<sup>18</sup>

Si bien antes se había producido material científico en torno al CRES – UV Olmué, en 2010 el interés se dispara, denominándose este año como CRES científico. La Dra. Alma Vidales es la que en la programación del año 2009 impulsa la iniciativa, según Boris Moena, insistiendo en la participación de los miembros en las distintas instancias de formación e investigación. Además ese año existía la motivación por parte de varios integrantes del equipo CRES – UV Olmué para realizar investigación científica, por lo tanto estaba el terreno disponible para denominarlo de esa manera. Se comienzan a hacer estudios científicos, asociándose a distintos profesionales e investigadores de la Universidad de Valparaíso, quienes tienen una larga trayectoria.

El año 2011 hubo 4 trabajos, centrándose la actividad científica principalmente en el eje de actividad física y nutrición.

Los resultados de las investigaciones han aportado en las prácticas mismas del equipo a partir de lo necesario que es siempre evaluar y tener indicadores, tener evidencia. Claramente las investigaciones han mejorado el desempeño de cada eje, pero además los profesionales que están llevando a cabo sus investigaciones han optado por problemáticas que están íntimamente relacionadas con el eje del cual son parte, como es el caso del kinesiólogo Álvaro Soto quien está realizando un magister en actividad física, labor que desempeña en el eje del cual participa en el proyecto CRES – UV Olmué.

---

<sup>18</sup> Cita extraída de entrevista a Alma Vidales, Coordinadora del programa CRES - UV Olmué

Respecto al eje de nutrición, Boris Moena señala que no ha existido repercusión hasta el momento ya que su interés está centrado en mostrar lo que se ha realizado; sin embargo señala que Carolina Cardemil en el año 2007-2008 utilizó los resultados de un estudio sobre alcohol y drogas lo cual para el equipo fue relevante porque dichos resultados fueron utilizados para tomar decisiones respecto a las futuras intervenciones.

Por otro lado, el aporte que entrega la existencia de un CRES científico es que el CRES – UV Olmué no juega tan sólo un rol orientado a la promoción y prevención sino que está trabajando con una línea investigativa.

En cuanto a la presentaciones de esta año 2012 existen 4 trabajos que se presentarán en la Jornada de Salud Pública, dos están dirigidos por Boris Moena, uno está a cargo de Paulina Silva, quien es pediatra, presentará el desarrollo del CRES – UV Olmué en el jardín Blanca Nieves, y Álvaro Soto quien presentará las transformaciones que ha tenido el eje de actividad física.

#### *5.1.2.7.4 Publicación y exposición en Congreso Internacional de Salud Pública, México.*

“nosotros hemos querido replicar y gritar a voces lo lindo que tenemos”

En el Congreso Internacional de Salud pública participaron Víctor Burgos y Boris Moena. En dicha instancia se rescatan varios aspectos de crecimiento profesional y personal que marcaron este viaje. El viaje fue financiado por la municipalidad de Olmué. Para Boris Moena fue muy gratificante la experiencia porque creció como investigador y persona debido a que dicho viaje lo impulsó a realizar un estudio sobre el impacto que podría tener el consumo de un cactus, que se consumía sólo en México, en la diabetes. Se pudo contactar con investigadores quienes le traspasaron conocimientos sobre el cactus. Por otro

lado el hecho de exponer una experiencia a nivel internacional permite que el tema deje de ser local y poder generar redes.

#### *5.1.2.8 Impactos: hallazgos de resultados antropométricos que demuestran efectos del programa CRES – UV Olmué con la población*

Como se menciona en apartados anteriores, este proyecto está enfocado en los lineamientos de la estrategia de prevención – promoción. Al basarse en esta estrategia de salud, es sumamente importante la revisión continua de las intervenciones que se realizan en este ámbito, y aunque en el papel es bien sabido esto, en la práctica real esto no es tomado en cuenta. Sin embargo este equipo de salud en particular se destaca por esto, por considerar como eje fundamental la constante reflexión y evaluación de las prácticas, y con esto adaptándose y siendo capaz de flexibilizar según lo encontrado en sus continuos análisis. Es así que este equipo comprende la labor de un funcionario del área de salud como una labor comprometida con la sociedad y el bienestar de esta.

A partir de esto el equipo ha podido observar en dos niveles el cumplimiento de objetivos. Primero es en el día a día, en el cual los indicadores de bienestar y satisfacción del usuario son los que reflejan que el proyecto si funciona, por ejemplo: que los niños la pasen bien al mismo tiempo que aprenden a lavarse los dientes es importante para un aprendizaje más significativo de estos hábitos. Con esto mismo se obtiene un beneficio secundario de acercar a los niños al equipo de salud, logrando la adherencia terapéutica a futuro en algún tratamiento que se requiera realizar. En segundo lugar, evaluaciones realizadas los primeros meses del año 2011 arrojan excelentes resultados antropométricos: todos los niños del jardín “Blanca Nieves” en ese momento eran eutróficos. Es en estos resultados que puede verse el

cumplimiento de objetivos concretos, siendo calificados como logros por parte del equipo. Una evaluación que tiene como historia 8 años de implementación del programa. Según las palabras de Boris Moena “*todas las evaluaciones nutricionales que se hacen son una foto, si tu miras para atrás, a los 6 años, todas las fotos que se han tomado, entonces evidentemente que vas a ver que hubo mejoras, notables, muy notables, y que son parte de nuestros indicadores para poder comparar nuestra gestión y labor*”, es así que este equipo de trabajo logra ver el fruto de su esfuerzo, en que la experiencia es tomada como algo fundamental y que a partir de esto continuaran en constante evaluación de sus propias practicas siempre con el objetivo de favorecer una mejor salud en la población.

### 5.1.3 *Reconstrucción del conocimiento experto*

Por conocimiento experto se entiende el saber que se adquiere en virtud del hacer de la comunidad de práctica. Como ya se indicó en otro apartado, es un saber básicamente tácito, implícito en las propias prácticas, por lo cual, los sujetos usualmente hacen uso de él sin tener una conciencia directa de ello. Es por esto que se presenta la necesidad de rescatar este conocimiento y ordenarlo de un modo que pueda ser visibilizado para que, una vez explicitado, pase a formar parte de los procesos de planificación e intervención, siendo objeto de una elaboración reflexiva por parte de la comunidad de práctica.

A continuación se presentan unidades de conocimiento que se desprenden del análisis de las prácticas del equipo CRES - UV Olmué, las cuales están desarrolladas en términos de declaraciones que incluyen elementos contextuales para su mejor comprensión.

### 5.1.3.1 *Complemento de una mirada cuantitativa y cualitativa*

Las distintas formas de investigación requieren de metodologías particulares de aproximación y rescate de la información, de esta forma es posible encontrarse con acercamientos diferentes y complementarios de la realidad sobre la cual se trabaja, nos referimos particularmente a las metodologías cuantitativas y cualitativas.

Desde la mirada del CRES - UV Olmué es posible visualizar un largo recorrido en relación al abordaje sobre el cual operan sus prácticas. Este recorrido se encuentra, en gran medida, determinado desde la complementariedad de miradas y disciplinas profesionales sobre las cuales opera el proyecto, ya que, al ser el equipo conformado por múltiples expertos de la salud, se abre la posibilidad de disponer una visión más profunda y realista de los fenómenos en cuestión. Los miembros del equipo del CRES – UV Olmué, en base a un historial de trabajo práctico y reflexivo, han logrado concluir que; para abordar y lograr un impacto real sobre una comunidad que se expresa multidimensionalmente se vuelve indispensable la necesidad de adquirir e implementar un abordaje cuantitativo y cualitativo. Las dimensiones mencionadas anteriormente se expresan de forma simultánea en la comunidad, por un lado la problemática expresa cualidades numéricas y por tanto cuantificables de manera rigurosa, y por otro lado, de manera entrelazada se presentan sentidos y significados subjetivos y particulares. Es por tal razón que el equipo CRES-UV Olmué se ha visto en la necesidad de implementar una metodología de trabajo creativa y pertinente que sepa complementar y abordar estas dos dimensiones.

### 5.1.3.2 *La intervención situada*

Las metodologías y actividades que el equipo CRES – UV Olmué utiliza en la actualidad en ningún aspecto han sido escogidas y desarrolladas de manera aleatoria, sino que más bien responden a un largo esfuerzo de búsqueda de actividades que sean adecuadas y pertinentes a la comunidad en que el equipo opera. Es necesario recordar que; al ser Olmué una localidad rural, requiere la atención de particularidades contextuales que demandan la creación y planificación de actividades construidas en base a dichas particularidades.

Cada jardín Infantil es diferente, el grupo de niños y educadoras de párvulo poseen cualidades distintas, del mismo modo las problemáticas que se presentan en cada establecimiento pueden o no ser las mismas. Tomando esta consideración, el equipo CRES-UV Olmué ha logrado incorporar una modalidad de trabajo que no responde a una planificación previa rígidamente estructurada, sino que más bien han desarrollado una actitud abierta a las necesidades específicas de cada jardín. La intervención que realiza el equipo CRES – UV Olmué también toma en consideración los recursos con que cuenta cada establecimiento, destinando sus esfuerzos de manera ordenada y coordinada en base a esa evaluación.

Otro aspecto que se relaciona con la intervención situada que realiza el equipo CRES – UV Olmué es la necesidad que surge de ellos de establecer jornadas de evaluación y planificación al final de cada año. Las necesidades y los recursos son distintos en cada establecimiento, pero no hay que olvidar que los establecimientos no son organizaciones particularmente estables y también sufren transformaciones en su proceso de desarrollo. Los recursos materiales y humanos cambian, los niños y educadoras también pueden

cambiar por lo que no hay garantía de que las actividades e intervenciones que funcionaron de manera apropiada en un periodo vayan a operar de la misma forma en el periodo siguiente. Es por tal motivo que el equipo CRES – UV Olmué ha implementado un proceso de evaluación y planificación que se va renovando cada año con el fin de abordar las necesidades particulares de la comunidad en continua transformación.

#### *5.1.3.3 Rigurosidad de los datos*

En base a la experiencia práctica que ha tenido el CRES – UV Olmué a lo largo de su proceso de desarrollo se han logrado crear instrumentos y metodologías adecuadas para medir el estado de los establecimientos y de los usuarios. Esta especial atención que adquiere el equipo no se desarrolla de manera azarosa, sino que más bien responde a una necesidad creada por implementar de manera coordinada y precisa las prestaciones que este entrega a la comunidad.

#### *5.1.3.4 Inclusión de todos los actores sociales*

Una intervención efectiva debe incluir desde su planificación a todos los actores sociales que de alguna manera se vinculan con la problemática a la cual la intervención busca hacer frente. Esto debido a que se hace necesario generar un compromiso profundo con los cambios que la intervención busca generar, mediante la co-responsabilidad que permite una co-construcción plena de sentido para todos los actores involucrados y un marco de trabajo que no deja espacio al asistencialismo, pues no se pretende llevar respuestas “de expertos” a la comunidad e imponerlas sino que más bien se trata de construir en conjunto esas respuestas e implementarlas.

#### *5.1.3.4.1 Inclusión de sujetos de intervención*

Los sujetos a quienes está dirigida la intervención merecen especial atención a la hora de la conceptualización de la problemática que se pretende abordar al igual que en la elaboración del plan de acción que se ha de elaborar para el abordaje. Esto tiene sentido en la medida que son los sujetos quienes deben implementar los cambios que cualquier intervención busque generar, por lo cual es necesario un compromiso e involucramiento total de los mismos que permita una integración real (y no sólo superficial) de dichos cambios en la vida de los sujetos, que el cambio de hábito sea profundo y permanente.

#### *5.1.3.4.2 Inclusión de estructura de institución puente: El jardín infantil*

Desde la comprensión del centro educativo como una institución que conecta al equipo de trabajo con la población objetivo, proveyéndole un espacio común en el cual se materializa la intervención, surge la necesidad de integrar en el desarrollo de la misma, elementos aportados por esta estructura, es decir, las necesidades y recursos que el jardín infantil pueda proporcionar como insumos tanto en la comprensión del problema como en la elaboración del plan de acción para abordarlas. Esto facilita y optimiza la intervención en cuanto a que esta estructura, que mantiene un contacto estrecho y prolongado con la población, al involucrarse plenamente en el proceso, permite la continuidad de los cambios debido a que estos se integran en su propia estructura: es la modificación en la cultura de la comunidad educativa lo que avala la permanencia de los avances obtenidos.

#### *5.1.3.4.3 Inclusión de las Educadoras*

Un elemento clave en la búsqueda de la producción y mantención de cambios en los hábitos de los niños es el trabajo con las educadoras de párvulos quienes, debido a su rol docente y

a la ventaja que supone la cantidad de tiempo que comparten con los niños, deben orientarse hacia un rol activo en la promoción de estilos de vida saludable. Lo anterior supone integrar efectivamente a estas profesionales en los procesos de detección de necesidades y elaboración de propuestas de trabajo asumiendo que del compromiso que éstas adquieran con la intervención, sus fundamentos y orientaciones, depende la continuidad y permanencia de las acciones implementadas.

#### *5.1.3.5 Emergencia del enfoque Familiar*

La reflexión en torno al momento del ciclo vital de los niños en el cual la intervención sería más efectiva lleva al equipo de trabajo CRES – UV Olmué a darse cuenta de que la inclusión de la familia es un elemento crucial para la comprensión de los fenómenos – hábitos de vida poco saludables – y la modificación de los mismos. Esto se fundamenta en el conocimiento emergente de que los hábitos de los niños se encuentran insertos en redes más complejas de hábitos anidadas en sus grupos familiares.

Este nuevo conocimiento muestra la falta de sentido de un cambio focalizado en el menor, pues, se comprende al niño como sujeto inserto en una red compleja de hábitos de vida que en su inserción continua en la familia, tarde o temprano recupera las prácticas y modos de vida previos, ante lo cual la familia se transforma en el nuevo foco de intervención.

#### *5.1.3.6 Enfoque de intervención Temprana*

Un conocimiento emergente que pasa a ocupar un lugar central en el modelo de trabajo del equipo CRES – UV Olmué, y que nace de los continuos procesos de análisis reflexivo de las propias prácticas y los efectos que estas tienen en relación a la población con la que se trabaja es la necesidad de una intervención temprana.

Si bien el trabajo del equipo desde sus inicios se orienta hacia la infancia, el escaso impacto producido en la población obliga al equipo a buscar nuevas estrategias. Durante este proceso ocurre la eclosión de un nuevo conocimiento: los niños del primer ciclo básico escolar ya poseían un perfil de daño elevado, lo que reducía el impacto de una intervención orientada a la promoción de la salud más que a la rehabilitación, por lo cual se hacía necesario intervenir antes. Surge una nueva hipótesis de trabajo: a menor edad de los niños, mayores probabilidades de éxito en la intervención. Esta hipótesis surge del análisis del propio desempeño, de las condiciones de la población con la que se había trabajado hasta entonces y del conocimiento científico disponible hasta la fecha. Un elemento que daba fuerza a esta hipótesis, y que también surge del análisis del trabajo realizado, es el hecho constatado por el equipo de que los padres de los menores se encuentran más dispuestos al cuidado activo de sus hijos mientras estos están en edad preescolar, por lo cual, y desde una mirada de enfoque familiar, las posibilidades de cambios profundos y duraderos tanto en los niños como en sus familias eran mayores en este periodo. De este modo y en virtud de esta nueva hipótesis de trabajo, el equipo pone fin a la antigua estrategia de intervención (PES) y se embarca en una nueva forma de intervención, CRES – UV Olmué.

#### *5.1.3.7 Ampliación del contexto en virtud del cual se concibe la problemática*

En el trabajo realizado por el equipo de salud, y particularmente del equipo CRES – UV Olmué, se puede identificar un aspecto que cobra real importancia a la hora de implementar un programa en salud. La incorporación del contexto en el cual se desarrolla una problemática con las características particulares de este. Es así como el equipo centra su atención en la identificación de dicho contexto, las condiciones que le dan sustento, los actores sociales que lo componen, sus limitaciones y fortalezas, todo con el fin de tener una

mirada mucho más amplia de las problemáticas que se pretenden abordar. A su vez el equipo entiende que dicho contexto va sufriendo modificaciones en el tiempo y en el espacio, por lo tanto se acomodará a los sucesos que pueden afectar su estabilidad e irán transformando su plan de acción de acuerdo a las contingencias que van apareciendo. Por otro lado se asume que muchas condiciones de dicho contexto tienen el carácter de ser más estables, lo que dificulta la calidad de las intervenciones por ser un motor más potente que toma dominio de las comunidades.

La necesidad de ampliación del contexto no sólo se enfoca en la importancia que tiene la visualización de estadísticas a nivel nacional e internacional, como elemento de comparación de los resultados de un diagnóstico, sino que también el foco se centra en la influencia que puede ejercer las empresas multinacionales, como la corporación Coca Cola, a partir de la comercialización de sus productos y la masificación de sus campañas publicitarias que se incorporan como necesidades básicas en la población pero que no deberían tener tal carácter. Es así como el equipo de salud se empodera y toma dominio de estos factores que explican en su gran mayoría las delimitantes de tipo contextual y cultural que afectan a una población y que hacen que sus intervenciones no tengan resultados a corto plazo en términos antropométricos. Entienden que la lucha, en una sociedad obesogénica, no puede ser a nivel individual o local sino que a partir de un cuestionamiento constante de las empresas que dominan la emergencia de necesidades por parte de una población y que trae consecuencias a nivel de indicadores de salud.

Por otro lado temáticas como la pobreza también son parte de las preocupaciones constantes que puede tener este equipo de salud, debido a que enmarca el plan de intervención y las barreras que impondrá al momento de realizar la implementación de un

trabajo. La pobreza no sólo se manifestará a partir de la dificultad en el acceso expedito a ciertas prestaciones o bienes mínimos de consumo, sino que también en las limitaciones de tipo educacional y cultural. Es así como tanto el nivel socioeconómico como sociocultural de una población, y las influencias de los factores sociales, son tomadas como elementos claves a la hora de establecer el análisis de una realidad local.

Debemos agregar que el equipo de salud ha permanecido estable en el tiempo por su capacidad de poder visualizar más allá de los aspectos individuales de enfermedad o necesidad detectada, es así como para realizar una intervención existirá un conocimiento previo de la población, lo cual permitirá un mejor abordaje de la problemática. Por otro lado el conocimiento respecto al funcionamiento del consultorio y de aspectos contextuales como la ruralidad de la población con la que trabajan genera resultados que podrían ser evaluados como de mayor calidad, donde si bien no existen grandes modificaciones en los indicadores con los cuales trabajan sí existe una compenetración y mayor compromiso con los actores sociales involucrados, apareciendo relaciones caracterizadas por la permanencia.

#### *5.1.3.8 Necesidad de incluir visión política*

Vinculado a lo que mencionábamos anteriormente, el análisis que podemos efectuar respecto a una realidad local y la implementación de un programa de salud en las mismas, estará matizado por el diagnóstico que se realiza respecto a las políticas nacionales y de cómo estas se están abordando en los distintos establecimientos educacionales y de salud. Por otro lado se realiza un cuestionamiento constante respecto a la existencia de un Estado y las funciones y responsabilidades que este tiene, particularmente con el cuidado de los niños. El equipo CRES – UV Olmué, a partir del diagnóstico iniciado y la realidad con la

que trabajan se encuentran con la necesidad de querer modificar las políticas públicas, a nivel de ministerio de salud, sin embargo también se hace necesaria la implementación de una nueva reforma tributaria, que por un lado aumente el costo de productos que pueden no ser beneficiosos para la salud, dificultando el acceso a los mismos, y por otro que facilite el acceso a prestaciones de salud orientadas al enfoque promocional y preventivo. Este análisis crítico que efectúa el equipo CRES – UV Olmué es otro elemento que caracteriza el funcionamiento de este grupo de trabajo, y que lo diferencia de otros equipos de salud.

#### *5.1.3.9 Sentido crítico: cuestionamiento constante de las propias prácticas*

Como hemos visto a lo largo de este análisis, un elemento que aparece transversal a todas las características que definen a este equipo de salud, es el sentido crítico que acompaña sus prácticas, tanto en terreno como en las reuniones de planificación, evaluación y coordinación. El cuestionamiento constante de las prácticas a partir de una mirada amplificadora de los factores que influyen en su quehacer diario posiblemente lo distinguen de otros equipos de salud. La visión crítica que aparece como parte del lenguaje cotidiano llena de matices las reflexiones que acostumbran a tener, la revisión sistemática y el ordenamiento de la información hace posible la modificación de sus prácticas adecuándose siempre al contexto cambiante, reflejando una gran adaptabilidad y cautela en sus intervenciones.

#### *5.1.3.10 Interdependencia*

La interdependencia es el reconocimiento implícito de los miembros del equipo de la necesidad de los unos a los otros para la planificación de intervenciones y su posterior logro

de objetivos, en el cual cada miembro debe estar seguro de lo que hace él mismo y de lo que hacen los demás, confiando y apoyándose mutuamente.

En virtud de lo anterior el equipo CRES - UV Olmué se caracteriza por ser un equipo diverso en cuanto a los miembros que posee, cada uno con perspectivas diferentes, en el cual cada uno desempeña un rol específico que se complementa con el resto del equipo. Esta interdependencia se refleja concretamente cuando el equipo debe resolver un conflicto o trabajar en la planificación de una acción. Estos trabajan en conjunto en la toma de decisiones, analizando los problemas y reflexionando cada paso a dar, integrando así cada visión en particular y articulándolas como un todo. Cada miembro tiene la certeza de que su labor es reconocida y valorada por los demás miembros. Es así como podemos observar en este equipo la confianza mutua, consultándose entre ellos, confiando y validándose como profesionales.

Un factor importante que podemos destacar en este equipo es la cohesión grupal existente, lo cual permite generar un sentido de pertenencia en común, identificándose además a ellos mismos al trabajo en equipo como una de sus fortalezas, trabajando de manera colaborativa y como pilar fundamental la comunicación, es esto mismo lo que les permite lograr los objetivos que se han propuesto alcanzar, teniendo metas claras.

#### *5.1.3.11 Establecimientos de mecanismos de autorecompensa para el equipo*

En el equipo CRES – UV Olmué podemos observar el cómo sus miembros, tanto en su discurso como en el trato diario, se validan y refuerzan, evaluando de manera positiva a cada miembro del grupo y asignándose una calidad de excelencia en su desempeño, lo cual es verbalizado continuamente.

Cada miembro del equipo, al percibir el reconocimiento del resto, adquiere un sentido de pertenencia al grupo dando como resultado un equipo cohesionado. Esto es sumamente relevante a la hora del trabajo en equipo, se genera un alto compromiso con las tareas y metas en común, constituyéndose así como un vínculo de apoyo para el fortalecimiento de los procesos que se desarrollan, orientándose siempre a la unión de todos los esfuerzos para implementar acciones en beneficio tanto de la comunidad como del quehacer del mismo grupo, promoviendo y mejorando la calidad de su trabajo.

#### *5.1.4 Modelo de acción*

El Modelo de Acción de la comunidad de práctica del equipo CRES-UV Olmué se caracteriza por ser el resultado de la experiencia de trabajo del equipo, en su constante búsqueda por generar intervenciones efectivas, que tengan un impacto real en la población constituyéndose en un real aporte a la salud de las personas y las comunidades con las cuales trabaja. Este modelo, distinguido por su flexibilidad y adaptabilidad, se constituye de distintos elementos que pueden clasificarse en distintos niveles de análisis, pero que en su conjunto, y actuando de manera sinérgica, dan paso a la concreción del modelo operativo en el cual se enmarca la práctica del equipo (Ver Figura 3)

##### *5.1.4.1 Elementos constituyentes*

###### *5.1.4.1.1 Generadores*

Elementos básicos con capacidad generadora. Desde ellos se desprenden visiones, prácticas y modos de organización que en definitiva, dan cuerpo al equipo y orientan la implementación de acciones que finalmente constituyen la materialización del programa CRES – UV Olmué:

- a) Visión Política
- b) Sentido crítico
- c) Ampliación del contexto en virtud del cual se comprenden las problemáticas
- d) Puntos de inflexión
- e) Enfoque Familiar

#### 5.1.4.1.2 *Sustentos*

Elementos que constituyen el núcleo articulador de la ejecución de las actividades del programa, referidos principalmente a características del equipo y sus mecanismos internos de acción, así como el programa mismo (conexión con el modelo operativo) en cuanto a las directrices que este impone para el funcionamiento del programa.

- a) Programa
- b) Inicio del proyecto
- c) Interdependencia de los miembros del equipo
- d) Coordinación y ordenamiento de estrategias
- e) Mecanismos de auto-recompensa

#### 5.1.4.1.3 *Insumos básicos*

Entendemos como insumos básicos aquellos elementos que en su incorporación al programa y al equipo, viniendo del exterior o del propio proceso (productos reincorporados como insumos), permiten una optimización de la práctica orientándose así a la obtención de mejores resultados y en definitiva un mejor acoplamiento del equipo con su entorno.

- a) Inclusión de los actores sociales
- b) Datos precisos obtenidos por medios rigurosos
- c) Practicas novedosas

#### 5.1.4.1.4 *Productos*

Los productos se definen como elementos resultantes de la interacción de los elementos anteriores, que sin ser necesariamente “productos finales” (pues pueden constituir artefactos desarrollados por el equipo para su utilización en los procesos de implementación de actividades) se encuentran en un nivel superior de elaboración.

La calidad de elaboraciones superiores de dichos productos, considerada en virtud de los constantes flujos de retroalimentación encontrados en las prácticas del equipo, los convierte en elementos ideales para su reutilización en el proceso del equipo, estableciendo un flujo circular de producción, donde los productos pasan a revisión y reutilización orientada a la mejora continua de las prácticas.

- a) Intervención situada
- b) Expansión de límites del programa
- c) Hallazgos y resultados antropométricos
- d) Grandes cambios
- e) Practicas novedosas
- f) Incorporación de ejes

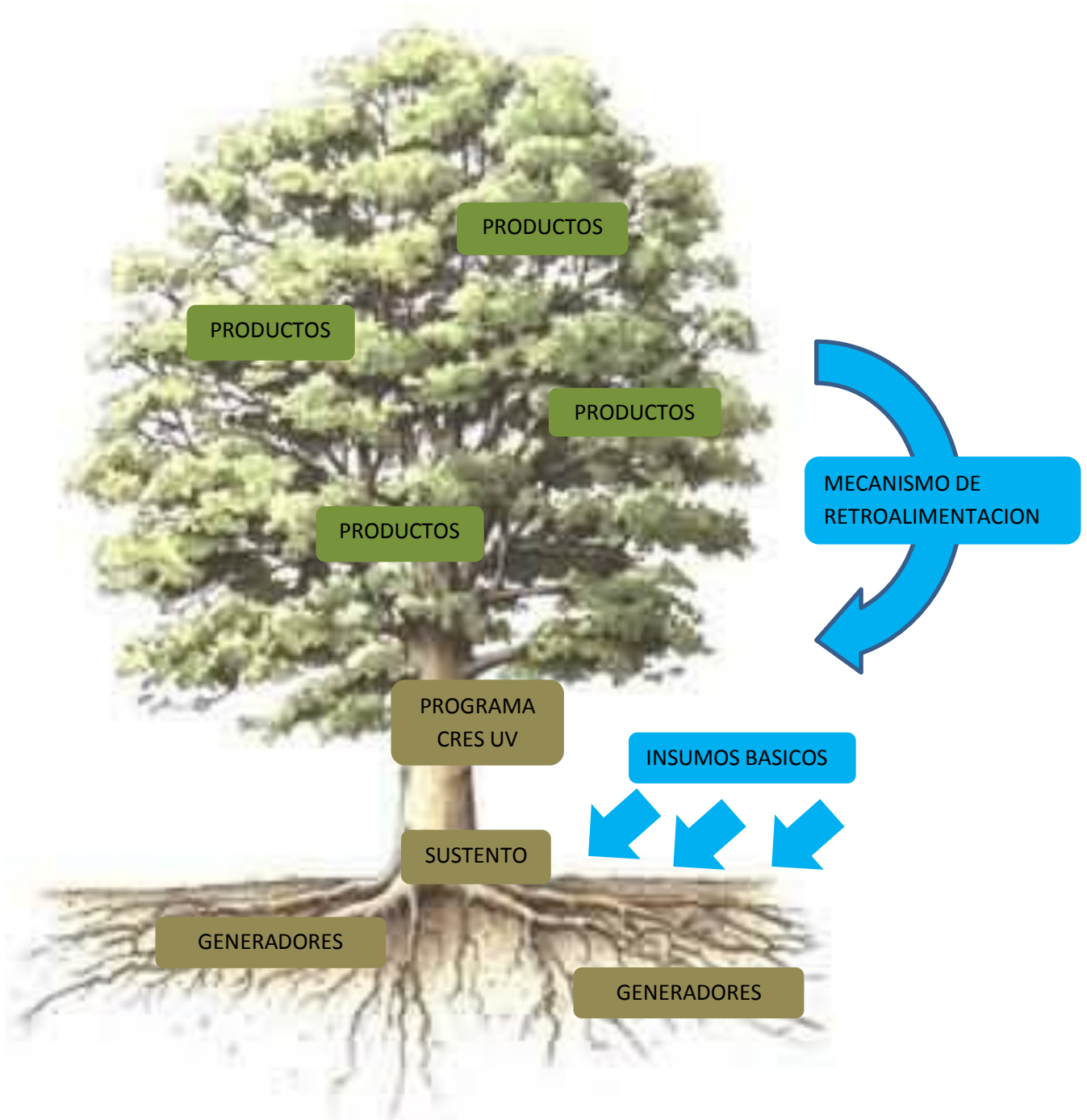


Figura 3: Esquema del Modelo de Acción.

## 6. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

### 6.1 *Articulación Modelo Operativo y Modelo de Acción*

6.1.1 *El modelo operativo recoge los aprendizajes y conocimientos generados en las comunidades de práctica y es flexible en la integración de capital de conocimientos generados en las mismas*

La relación que se establece desde los conocimientos generados entre el modelo de acción y el modelo operativo provocan una paulatina transformación de este último, de esta forma, los aprendizajes que surgen del ejercicio cotidiano operan como ejes de desarrollo e impulsan nuevas direccionalidades para el modelo operativo del programa. *El equipo del CRES-UV Olmué* ha desarrollado metodologías específicas que facilitan la transformación del modelo operativo, estos procedimientos se sitúan a través de las reflexiones de las reuniones de equipo y en las jornadas de evaluación y planificación anual. En ambas instancias los conocimientos, avances y aprendizajes desarrollados durante el año son puestos sobre la matriz del programa para posteriormente ser incorporados y complementar las directrices que anteriormente orientaban las acciones. Cada eje entonces, se expresa desde una perspectiva abierta y permeable, pudiendo replantear sus objetivos y modificar sus actividades en base al capital de conocimientos producidos en la comunidad de práctica.

La información que emerge desde el modelo de acción busca continuamente ser integrada al modelo operativo, a pesar de que en ocasiones se presentan barreras que dificultan o impiden dicho proceso debido a la tendencia homeostática del programa. El modelo operativo opera simultáneamente como un producto estable y flexible, permitiendo la orientación del

programa e incorporando material relevante que surge de las prácticas y permite la optimización de las prestaciones en un contexto que cambia día a día.

### *6.1.2 El modelo de acción recoge e integra los componentes claves del modelo operativo del programa*

Como se ha mencionado anteriormente a lo largo de este proceso de sistematización el equipo CRES-UV Olmué toma como guía ciertos lineamientos básicos, los que enmarcados en un modelo operativo, impulsan el quehacer de cada miembro del equipo. Nos referimos tanto a la estrategia promoción-prevención, como a las dimensiones de docencia y asistencialidad, las que enfocan su quehacer en las problemáticas de mayor impacto en la sociedad, la obesidad y los índices de daño dental. El modelo de acción del equipo CRES – UV Olmué toma como objetivo primordial el centrarse en estos componentes, integrándolos de manera transversal en cada intervención a realizar en la comunidad, es el lente con el que leen cada paso que dan, cuestionándose constantemente las prácticas a partir de esta mirada. Es más, este compromiso lo llevan, no tan sólo al trabajo dentro del CRES – UV Olmué y el CESFAM, sino que se incorpora en una manera de actuar y de entender las problemáticas sociales a un nivel más amplio, lo que se plasma en un discurso y lenguaje cotidiano que da cuenta de un compromiso real con la sociedad en general.

El equipo CRES – UV Olmué, a través del modelo de acción, incorpora de manera real y concreta estos lineamientos, trabajan en conjunto y con esfuerzo, para realizar y planificar estrategias vinculadas a la promoción, yendo en contra, muchas veces de las prioridades programáticas que se puedan exigir desde el servicio de salud, el que si bien tiene como política incorporar la estrategia de promoción se contradice al exigir altas cantidades de

horas de asistencialidad y rehabilitación, retirando actividades en pro de la promoción. Es por esto que podemos observar que el equipo CRES – UV Olmué no sólo integra en su modelo de acción el modelo operativo, sino que va más allá realizando intervenciones y actividades, incorporando las necesidades que surgen en la cotidianidad del trabajo con la comunidad.

### *6.1.3 Las relaciones que se dan entre el modelo operativo y el modelo de acción son de mutua influencia, continua y recursiva*

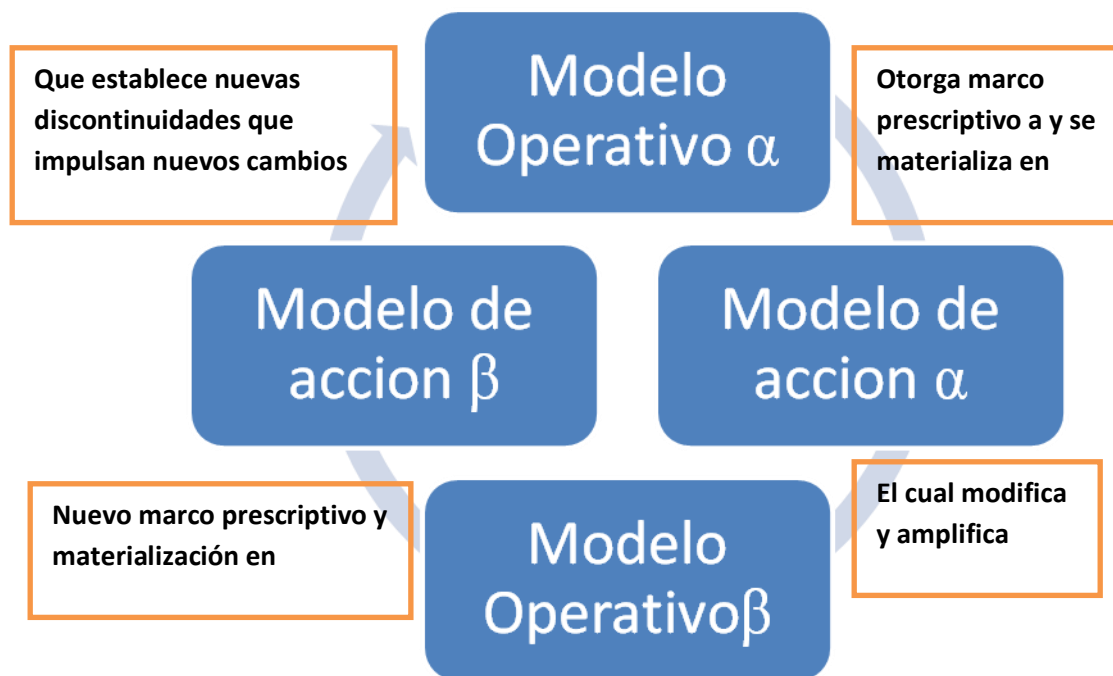
Las relaciones entre el modelo operativo (MO) y el modelo de acción (MA) se caracterizan por la flexibilidad y adaptabilidad frente al contexto que muestra el equipo en la implementación de las directrices impuestas por el Modelo Operativo, es decir, la práctica en la cual se materializa el modelo operativo (que recursivamente ocurre dentro de los límites de éste) y que en su devenir constituye el modelo de acción, contiene los elementos centrales del modelo operativo articulados en función de las variables condiciones del entorno en el cual se ha de intervenir. De este modo, es posible observar una relación de mutua influencia entre MO y MA, organizada como un flujo circular que produce un movimiento continuo, una evolución permanente en tanto que las realidades enfrentadas son dinámicas, en permanente cambio.

Este flujo circular de influencia es posible comprenderlo desde la perspectiva de la retroalimentación positiva:  $MA\alpha$ , por su cercanía con la realidad genera puntos de discontinuidad con  $MO\alpha$ <sup>19</sup>. Estos puntos de discontinuidad se relacionan con la amplitud

---

<sup>19</sup> MO, debido a su carácter de propuesta de intervención inicial, se encuentra en desventaja estructural ante el devenir del conjunto de fenómenos que pretende abarcar, los cuales se caracterizan por su dinamismo y constante evolución, factores experimentados en tiempo real por MA. Estas discontinuidades, al amplificarse mediante los procesos reflexivos del equipo, impulsan cambios estructurales.

que alcanza  $MA\alpha$ , superando las prescripciones iniciales de  $MO\alpha$ , situación que mediada por los procesos reflexivos al interior del equipo moviliza modificaciones estructurales que desembocan en un MO distinto ( $MO\beta$ ), el cual se orienta a la utilización de los insumos obtenidos en el análisis de las discontinuidades<sup>20</sup> entre ambos modelos. El resultado de este proceso es que  $MA\alpha$  motiva una evolución de  $MO\alpha$ , el cual, en la integración de los nuevos elementos aportados por  $MA$  establece un nuevo marco prescriptivo,  $MO\beta$ , en el cual ha de operar  $MA\beta$ , marco prescriptivo que en virtud del cambiante contexto ha de generar nuevas discontinuidades en su relación con  $MA\beta$ , tras lo cual, volverá a modificarse.



**Ilustración 1 Figura 4: Esquema de relación entre Modelo operativo y Modelo de acción**

<sup>20</sup>El concepto de discontinuidad se refiere a aquellas situaciones que no se encuentran en el marco original de MO pero que en virtud de la práctica y de las exigencias del contexto si deben ser abrazadas en MA.

#### 6.1.4 *Interdependencia, necesidad de incluir la visión política, enfoque de salud familiar, mecanismos de auto-recompensa como componentes del modelo de acción que debieran integrarse al modelo operativo del programa*

Tanto el modelo operativo como el modelo de acción trabajan de manera coordinada para el equipo CRES - UV Olmué. Como señalábamos anteriormente ambos ejercen influencias y se nutren de manera constante, es así como tanto el quehacer de una práctica, como la base institucional que da dirección a la ejecución de las mismas aparecerá siempre modificando los lineamientos de una intervención con sus estrategias, la forma de ejecutar y los objetivos de acción, respetando la continua modificación *de los contextos de práctica*. En este mismo sentido podemos identificar algunos componentes que surgen en el modelo de acción, anteriormente descrito, y que no están incluidos dentro del modelo operativo, los cuales son elementos que se encuentran implícitos en el funcionamiento de trabajo y *del equipo*, pero que no son evidenciados por ellos mismos.

A continuación se detallarán estos elementos y la necesidad de poder incluirlos dentro del modelo operativo, de modo tal de generar una mayor profundización y perfeccionamiento del mismo.

##### 6.1.4.1 *Interdependencia*

Este es un elemento que surge implícitamente en las discusiones que se generan dentro del equipo y que movilizan las planificaciones e intervenciones. En este sentido podemos identificar el concepto de transdisciplinariedad, el cual es mencionado por algunos de los profesionales involucrados en el proyecto pero que no se evidencian como un elemento definitorio en el modelo operativo. La transdisciplinariedad está reflejada no tan sólo en el

ideal de los profesionales al momento de expresar las ganas de que el trabajo tome tintes de complementariedad entre los conocimientos, sino que también en ciertos tipos de intervenciones que evidencian esta práctica. Existen iniciativas concretas para hacer efectivo este modelo de trabajo, sin embargo no están plasmadas como *líneas* directrices de su trabajo.

Por otro lado el equipo CRES - UV Olmué tiene la característica de resaltar el trabajo en equipo que llevan a cabo, y esto se evidencia no tan sólo en los discursos sino que también en la práctica cotidiana, como otro elemento que genera interdependencia en los miembros del equipo. Este punto tampoco queda reflejado en su modelo operativo y es algo que ellos si ejecutan armoniosamente y con buena disposición.

#### 6.1.4.2 Necesidad de incluir la visión política

Otro de los grandes elementos que definen a este equipo CRES - UV Olmué es la necesidad continua y urgente de incluir una visión política y crítica respecto a la realidad local de Olmué, pero también nacional e internacional. En las discusiones, evaluaciones y planificaciones de este equipo podemos evidenciar que el análisis realizado no se detiene tan sólo en aspectos concretos e inmediatos a solucionar, sino que existe un cuestionamiento constante de sus prácticas. La mirada también está puesta en solucionar temáticas de base, agilizando acuerdos con otros sectores o autoridades y siempre apostando por la fundamentación política que hace que sus prácticas puedan o no ser desarrolladas. La necesidad de incluir una visión política se desarrolla por el equipo CRES - UV Olmué en su cotidiano, sin embargo no se explicita en su lineamiento estratégico de

intervención, evaluación y planificación. Tampoco se identifica como una característica particular de grupo.

Por otro lado dicho cuestionamiento constante de las prácticas no descansa tan sólo en un análisis micro político de la realidad sino que amplían la mirada realizando un análisis a nivel de las políticas públicas, la influencia de los medios de comunicación y empresas. Así como también entender los mecanismos de respuesta de una sociedad *frente a estas* influencias y cómo generar mejores estrategias para combatirlas.

#### 6.1.4.3 *Enfoque de salud familiar*

El equipo CRES - UV Olmué trabaja bajo el enfoque de salud familiar. Ellos en su práctica cotidiana integran el modelo y lo hacen parte de sus intervenciones, también lo caracterizan como el insumo mínimo de trabajo debido a que no se puede aislar al sujeto de su entorno familiar, los cambios no se producirán a partir de la promoción de hábitos de vida saludable a nivel individual, sino que a partir de actividades de promoción con toda la familia, idealmente con la comunidad. Este enfoque de trabajo si bien lo podemos encontrar en sus prácticas y formas de entender la realidad no se profundiza ni declara radicalmente en su modelo operativo.

#### 6.1.4.4 *Mecanismos de auto-recompensa*

Un elemento que sería necesario incluir en el modelo operativo y que emerge claramente en el modelo de acción es definir la forma en que este equipo se relaciona a nivel personal y profesional, orientándose al trabajo. Se puede identificar que el lenguaje utilizado por el equipo CRES - UV Olmué utiliza mecanismos de auto-recompensa que ayudan y potencian el bienestar personal y profesional, en cuando a las intervenciones realizadas. En

este sentido no se particulariza, en el modelo operativo, las interrelaciones y la forma de vincularse que ellos tienen, lo que posiblemente marca la diferencia entre este equipo y otros equipos de salud.

## *6.2 Conclusiones a nivel de equipo de sistematización*

Como grupo de sistematización podemos evidenciar, a partir del proceso iniciado en nuestra última etapa de formación, la importancia que tiene la innovación en las metodologías utilizadas en un proceso investigativo. Se promueve por parte de las escuelas de la Facultad de Medicina a iniciar investigaciones colocando al sujeto de investigación como pasivo y dispuesto a ser observado y calificado según parámetros establecidos previamente, lo que obedece a un paradigma de investigación dominante en la cultura occidental. Sin embargo a partir de nuestra sistematización nos hemos arriesgado a romper con el modelo imperante y trabajar a partir de las motivaciones de los mismos sujetos a “investigar” quienes son los que desarrollan la sistematización a partir de la facilitación del equipo sistematizador. De esta manera se cambia el foco desde el investigador que visualiza una problemática desde fuera, hacia el investigador que se vuelve parte de la práctica, por lo tanto, forma parte del mismo equipo de trabajo. En este mismo sentido nos convencemos, a partir de la evaluación que hacemos de nuestro trabajo y del trabajo del equipo CRES – UV Olmué, de que la sistematización es una herramienta útil de investigación, no sólo porque produce un nuevo conocimiento sino que también porque entrega material útil a los miembros del equipo de trabajo en la realización de sus propias prácticas. No sólo se articula un nuevo conocimiento, con la promesa de replicarlo, sino que también es la práctica misma la que se modifica y enriquece.

Por lo tanto el trabajo de una sistematización se comienza de manera sencilla y humilde, fomentando la creación de nuevas técnicas y actividades en la producción de datos y la vinculación con los sujetos que participan activamente de la sistematización, quienes son los expertos de sus prácticas, por lo tanto expertos dentro del proceso de sistematización.

#### 6.2.1 *Entonces... ¿Por qué optamos por trabajar en salud pública?*

Como mencionábamos en la introducción de nuestro trabajo, como futuros psicólogos, pero especialmente, como futuros profesionales de la salud, debemos adquirir un compromiso con el resto de profesionales que se definen como salubristas, por lo tanto optamos por el trabajo transdisciplinario en salud pública. Una vez concluida la sistematización podemos dar cuenta de manera directa de la importancia de la complementariedad entre las distintas disciplinas a la hora de intervenir en promoción y prevención en salud. El trabajo de los profesionales no puede llevarse a cabo de manera aislada y deben empaparse de los conceptos y estrategias utilizados por todos los miembros de un programa para poder avanzar en las intervenciones y prestaciones ofrecidas a una comunidad.

Por otro lado, cuando hablamos de salud pública inevitablemente se adquieren compromisos de tipo ético, político e ideológico entre el equipo de salud CRES – UV Olmué. Este planteamiento se evidencia a lo largo de la sistematización donde en cada reflexión compartida con el equipo CRES – UV Olmué aparecían tintes de tipo político, ético e ideológico que le entregaban color a sus prácticas, tanto dentro del equipo como en los lugares de intervención. Y en este mismo sentido debemos asumir que como equipo de sistematización también optamos por el trabajo con sentido, siempre crítico y cuestionador de las propias prácticas dentro de la sistematización y en nuestros quehaceres cotidianos,

como la lucha vivida no tan sólo a nivel en salud pública, a partir del inicio de nuestra investigación de pre-grado, sino que también a nivel educacional, siendo partícipes activos del movimiento estudiantil y social ocurrido el año 2011 y que promete grandes cambios a nivel de políticas públicas a nivel nacional.

### *6.3 El equipo: evaluaciones, inclusión V/S funcionalidad*

El desarrollo del programa CRES-UV Olmué se encuentra nutrido por una serie de factores, como lo son el compromiso personal, la habilitación de espacios de promoción y prevención, adecuados procesos de gestión, entre otros, que han facilitado su crecimiento y maduración. Del mismo modo y como se ha establecido a largo de la sistematización se presentan continuos procesos de evaluación que provocan cambios y dan direccionalidad al programa, dichas evaluaciones resultan enormemente provechosas pero aun en la actualidad se vuelven insuficientes ya que se enfocan de manera predominante sobre los cambios de los niños, dejando en un plano posterior la evaluación sobre al resto de los actores de la intervención. Los apoderados, las educadoras de párvulo y el mismo equipo del CRES-UV Olmué sufren transformaciones a lo largo del proceso de intervención que deben ser incorporados en las evaluaciones. A modo de ejemplo es posible mencionar que existen una serie de hábitos y cambios actitudinales que merecen ser medidos con mayor precisión con el fin de registrar los reales alcances de la intervención, y es precisamente en este espacio donde el eje psicosocial debe tener un rol protagónico.

Otro aspecto que resulta importante de visibilizar tiene relación con la marcada identidad promocional y preventiva del CRES-UV Olmué, identidad que marca de manera inevitablemente una pronunciada diferencia entre el trabajo del programa y del resto de

acciones generadas a nivel de CESFAM. A pesar de que el equipo manifiesta su interés por integrar nuevos profesionales a las actividades de promoción y prevención esto se vuelve una tarea sumamente compleja entendiendo la carga horaria y el enfoque asistencialista que actualmente enmarca el trabajo de muchos de los profesionales del centro de salud. Es en este punto donde resulta fundamental la inclusión de mecanismos de coordinación entre los distintos programas que entrega el CESFAM, ya que a pesar de las aparentes diferencias que puede haber entre dichos programas todos confluyen sobre la conservación de la salud de las personas.

Si bien el programa CRES-UV Olmué presenta una naturaleza promocional y preventiva se pueden evidenciar ciertos elementos que sugieren una manera de proceder que no necesariamente adscribe a dichas modalidades de trabajo. Se pueden observar, por ejemplo, objetivos de intervención enfocados en aspectos curativos y que no necesariamente responden a una lógica promocional y preventiva. Esto último permite mostrar la dificultad del sector salud para intervenir desde lo que significa el “ser sano” promoviendo intervenciones que precisamente se enfoquen en este objeto de intervención y no en la población dstrófica.

#### *6.4 Brechas entre los grandes discursos y las prácticas concretas*

La salud pública se define como “el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y a restaurar la salud cuando esta se pierde, y en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo en su medio social, laboral y cultural” (de la misma tesis pág. 3). En las políticas públicas actuales se hace énfasis en la intervención desde el individuo sano, es

decir desde la promoción de la salud, diseñando diversas estrategias y procedimientos para llegar a esto. Sin embargo podemos darnos cuenta que en la práctica esto no es realmente así, se generan planificaciones y estrategias las cuales están esbozadas en documentos los que a la hora de intervenir en la población son dejados una vez más en el depositario de reciclaje. Son la minoría de los establecimientos de salud que realmente incorporan estos lineamientos, se continúan realizando intervenciones de tipo asistencial y de rehabilitación como prioridad, siendo el trabajo de promoción llevado a cabo de manera insuficiente. No obstante, como pudimos observar a lo largo del desarrollo de esta sistematización, es precisamente el equipo CRES-UV Olmué el que incorpora de manera real y concreta estos lineamientos, trabajan en conjunto y con esfuerzo, para realizar y planificar estrategias vinculadas a la promoción, que podrían apartarse de las prioridades programáticas que se puedan exigir desde el Ministerio de Salud, el que si bien tiene como política pública incorporar la estrategia de promoción se contradice al exigir altas cantidades de horas de asistencialidad y rehabilitación retirando actividades en pro de la promoción. Es así que este equipo se adscribe ideológicamente a esta concepción de la salud, como una manera integral del hacer en salud, visualiza el trabajo de promoción en salud pública como una necesidad actual en las comunidades, teniendo un compromiso personal real para y con las personas de la sociedad en general. Es por esto mismo que este equipo no concibe este trabajo alejado de su dimensión política, considerando como un punto fundamental el que estos lineamientos sean incorporados como políticas de estado, formando parte central de las estrategias de salud pública en Chile, y porque no, en el resto del mundo.

Es así como en este sentido, cobra importancia la conexión con organismos internacionales de difusión científica y cooperación en promoción de la salud, en este caso RIPSE - Red

Iberoamericana de Promoción de Salud Escolar – los que se vuelven necesarios a la hora de generar un impacto en las políticas de salud pública, este esfuerzo supranacional se convierte en una manera de abordaje sumamente relevante, ya que es un medio efectivo para compartir experiencias vinculadas a la promoción de la salud, poniendo en común aprendizajes generados en cada experiencia emprendida. Con esto es posible encaminarse a alcanzar el sueño de un mundo en el que existan condiciones sociales más justas para todos, en el que la igualdad y la libertad sean una posibilidad real, en una sociedad en que las oportunidades para el desarrollo de los individuos sean igualitarias para todos.

#### *6.5 El rol de la universidad pública estatal y su compromiso con el desarrollo social*

El programa CRES - UV Olmué, surgido de una iniciativa de intersectorialidad desde el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, se caracteriza por su sello marcadamente orientado a una visión crítica de la realidad sociopolítica que determina las condiciones de producción y mantención de las problemáticas sanitarias a las cuales busca hacer frente. Esta orientación se evidencia en los modelos y enfoques de trabajo que se utilizan al momento de conceptualizar dichas problemáticas, en las estrategias implementadas para su abordaje, en las prácticas que el equipo desarrolla en sus distintas intervenciones y en definitiva, en todos los aspectos del quehacer de dicho equipo. Un elemento que permite explicar y comprender esta orientación crítica y política, es la conexión con una institución de formación superior pública y estatal, que cuenta con la autonomía y los recursos técnico-científicos necesarios para llevar adelante iniciativas novedosas, muchas veces rupturistas frente a los modelos imperantes, remitiéndonos a un elemento central en la función social de la Universidad Estatal, y en particular, de la casa de estudios antes citada, que dice relación con aportar en la generación

de conocimiento y en la formación de profesionales para el desarrollo regional y de la sociedad en su conjunto. Desde esta perspectiva, no es posible separar la evolución del programa – su desarrollo histórico – del apoyo continuo que su relación de origen con la Universidad y su calidad de programa docente asistencial materializa, ejemplificando una necesaria conexión entre el mundo académico y el mundo de la acción socio-sanitaria, una relación de enriquecimiento mutuo que sin lugar a dudas tiene como principales beneficiarios a las comunidades y por extensión, a la sociedad.

#### *6.6 La importancia del compromiso político institucional.*

Un elemento central en el devenir del equipo de trabajo del programa CRES - UV Olmué es el apoyo institucional, por parte del cuerpo directivo del CESFAM Manuel Lucero, con el que ha contado desde su origen, apoyo que se materializa en la continua disposición de horarios y recursos a los miembros del equipo para la planificación e implementación de actividades.

En este hecho encontramos un ejemplo de compromiso político por parte de los directivos, quienes, optando por materializar los grandes discursos que hablan de Promoción de la Salud como la estrategia de elección en Salud Pública, toman decisiones que muchas veces son arriesgadas ante las exigencias de las políticas de estado (que en un doble discurso proclama la promoción y prevención, pero exige indicadores de rehabilitación) para favorecer iniciativas verdaderamente promocionales, dirigidas a entregar recursos a la población para que ésta se instituya en soberana de sus procesos de salud-enfermedad. De esta manera, se visibiliza un aspecto fundamental en lo referente a las políticas nacionales de salud: su falta de conexión con las realidades locales en las cuales dichas políticas han

de ser implementadas. Desde el trabajo situado del equipo del programa CRES - UV Olmué, es posible comprender los beneficios de una política de salud hecha desde abajo, desde el análisis cuidadoso de las variables que determinan unas particulares condiciones de salud en un espacio y tiempo determinados, por lo cual, el trabajo de este equipo se constituye en una crítica concreta a los modos en que el desarrollo de políticas públicas, que implican inversión de recursos económicos y humanos, se han llevado a cabo hasta ahora, planteando un modo alternativo, que requiere la activa participación de los profesionales de la salud, particularmente aquellos vinculados a la Salud Pública en la definición de políticas locales, que en su articulación con otras de la misma índole, generadas en conjunto con la comunidad, habrían de dar forma y orientación a las políticas nacionales.

#### *6.7 La necesidad de una activa integración intersectorial para abordar problemáticas de salud pública de manera efectiva.*

El programa CRES - UV es una muestra de la coordinación e integración a nivel intersectorial en el abordaje de problemáticas de salud pública. Sin embargo, y a través del análisis de la experiencia del equipo de trabajo del programa, es posible observar las deficiencias que en este punto posee la política pública, pues aún en la actualidad, en los albores de la segunda década del siglo XXI, no se ha logrado establecer mecanismos de trabajo eficiente entre sector Salud y Educación (revisar experiencia escuelas EGO). Los principales limitantes que se observan desde la óptica del programa CRES - UV Olmué, dicen relación con la falta de disponibilidad de los centros educativos para participar en las iniciativas que se promueven desde el sector salud, principalmente debido a la falta de

tiempo en tanto cuanto las políticas en educación no consideran un acoplamiento estructural entre ambos sectores, lo que limita la posibilidad de un trabajo conjunto que sea efectivo.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguayo C., C. (1992). Fundamentos teóricos de la sistematización. *Revista de Trabajo Social*, 61, 31-36., Obtenido el día 3 de Julio de 2011, de la Biblioteca Internacional del Conocimiento, URL:  
[http://www.bibliotecainternacionaldelconocimiento.cl/index.php?option=com\\_sobi2&sobi2Task=sobi2Details&catid=50&sobi2Id=41&Itemid=57](http://www.bibliotecainternacionaldelconocimiento.cl/index.php?option=com_sobi2&sobi2Task=sobi2Details&catid=50&sobi2Id=41&Itemid=57)
- Cáceres, Pablo. (2003). *Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable*. Psicoperspectivas, vol. II, núm. 1, 53-81
- CHANAL, VALÉRIE. (2000). *Communautés de pratique et management par projet: a propos de l'ouvrage de Wenger (1998)*, m@n@gement, vol. 3, n°1, 1-30
- Dirección General de Políticas de Desarrollo Social, Ministerio de La Mujer y Desarrollo Social. (2010). *Marco Conceptual de la Sistematización de Experiencias*. Retrieved Junio 13, 2011, from Ministerio de La Mujer y Desarrollo Social:  
[http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGPDS/sistematizacion\\_marco.pdf](http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGPDS/sistematizacion_marco.pdf)
- Facultad de Ciencias Sociales, Universidad ARCIS. (2005). *Magister en Políticas Sociales, y Gestión Local*. Retrieved Junio 8, 2011, from PROGRAMA SISTEMATIZACION DE PRACTICAS SOCIALES: [http://www.mag-politicassociales.cl/doc\\_docencia/Isem2005/Prog%5B1%5D.Sistematizaciondepracticassociales.pdf](http://www.mag-politicassociales.cl/doc_docencia/Isem2005/Prog%5B1%5D.Sistematizaciondepracticassociales.pdf)

- García Ospina, C., & Tobón Correa, O. (Diciembre de 2000). *Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en salud ¿que los acerca? ¿que los separa?* Obtenido de Hacia la Promoción de la Salud:  
[www.promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205\\_2.pdf](http://www.promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf)
- Gobierno de Chile. (2000). *POLÍTICA NACIONAL A FAVOR DE LA INFANCIA 2001 - 2010. Grupo de Trabajo Interministerial de Infancia y Adolescencia. Santiago: Gobierno de Chile.*
- Lave, J; Wenger, E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Malagón-Londoño, G., & Galán Morera, R. (2002). *La Salud Pública.* Bogotá, Colombia: Editorial Medica Panamericana.
- Martin Zurro, A., & Cano Pérez, J. (2008). *Atencion Primaria* (Vol. 1). Barcelona: Elsevier.
- Martínez, V. (2004). Curso sistematización. Texto postítulo “Intervención con familias de extrema pobreza” Santiago.
- Martines Navarro, F., Antó, J., Castellanos, P., Gili, M., Marset, P., & Navarro, V. (1998). *Salúd Publica.* Mc Graw-Hill, Interamericana.
- Ministerio de Salud. (2002, Abril). Objetivo Sanitarios para la década 2000 - 2010. *El vigía, Boletín de Vigilancia en Salud Publica de Chile, V, numero 15.*

- MINSAL. (2010). *Indicadores de Obesidad en Población Chilena*. Retrieved Junio 27, 2011, from Ministerio de Salud, Chile.
- OMS. (2011, Marzo). *Obesidad y Sobrepeso*. Retrieved Junio 25, 2011, from Organizacion Mundial de la Salud:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- OMS; UNICEF. (1978). Salud para Todos. *Conferencia internacional de atención primaria de salud*. Alma Ata.
- Organizacion Panamericana de la Salud; Organizacion Mundial de la Salud. (2000). *Funciones Esenciales de la Salud Publica. 126° Sesion del Comite Ejecutivo*. Washington DC.
- Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud . (1986). Carta de Ottawa. Ottawa.
- Quiroz, T., & Morgan, M. d. (2010). *La sistematización, un intento conceptual y una propuesta de operacionalización*. Retrieved Julio 5, 2011, from Acontece, vivencias, haceres y saberes, Revista Trimestral de Sistematización e Investigación:  
[http://www.postgrado.unesr.edu.ve/acontece/es/todosnumeros/num15/01\\_10/t\\_quiroz1.pdf](http://www.postgrado.unesr.edu.ve/acontece/es/todosnumeros/num15/01_10/t_quiroz1.pdf)
- Santibáñez, E., & Cárcamo, M. E. (1993). Manual para la Sistematización de Proyectos Educativos de Acción Social. *Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación CIDE*. Santiago.

WHO. (2011). *WHO Global Infobase* . Recuperado en Junio 24, 2011, from World Health

Organización:

[https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx?l=&NodeVal=WGIE\\_BMI\\_5\\_cd.0704&DO=1&DDLReg=ALL&DDLSex=1&DDLAgeGrp=15-100&DDLYear=2010&DDLMethod=INTMDCTM&DDLCateNum=6&TxtBxCtmNum=20,35,50,65,80&CBLC1=ON&CBLC3=ON&CBLC4=ON&CBLC6=ON&CBLC8=ON&CBLC10=ON&DDLMapsiz](https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx?l=&NodeVal=WGIE_BMI_5_cd.0704&DO=1&DDLReg=ALL&DDLSex=1&DDLAgeGrp=15-100&DDLYear=2010&DDLMethod=INTMDCTM&DDLCateNum=6&TxtBxCtmNum=20,35,50,65,80&CBLC1=ON&CBLC3=ON&CBLC4=ON&CBLC6=ON&CBLC8=ON&CBLC10=ON&DDLMapsiz)

Wenger, E.; McDermott, R.; Snyder, W.M. (2002). *Cultivating communities of practice*.

Boston: Harvard Business School Press.

## 8. ANEXOS

### ANEXO N° 1

#### Lista de conceptos actividad “Definiendo la sistematización”

Problema	Relaciones
Evidencias	Criterios
Creatividad	Grupo
Situaciones	Necesidades
Decisiones	Metas
Experiencia	Participación
Actividades	Aprendizajes
Resultados	Conocimiento
Programa	Contenidos
Información	Intervención
Planificación	Etapas
Resumen	Objetivo
Dificultades	Productos
Técnicas	Impacto
Práctica	Evidencia

## ANEXO N° 2

### Resumen Línea De Tiempo Equipo CRES Olmué.

**2003** Alma Vidales:

- **Proyecto Piloto de promoción de la salud escolar (Programa Escuelas Saludables) en Escuela las Palmas: “Militancia” por la promoción, tras vasta experiencia en dirección de hospitales.**

**2004**

- **Proyecto en 2 escuelas**
- **Conformación eje Odontológico (Odontólogo + interno de odontología): odontología preventiva.**
- **Firma de acta de compromiso entre UV y DEM-Salud. Redacción del Proyecto**
- Capacitación Ciudades Saludables en la UV
- Conflicto con comunidad Las Palmas: la población no entendía de que se trataba la promoción de la salud dental y esperaba actividades recuperativo-curativas. (Dra. Rivera)

**2005**

- Se experimentan dificultades en la inserción en algunas escuelas por realidades contrapuestas en las escuelas.
- **Incorporación eje Actividad Física al PES ( escuelas de Montevideo, La Vega, La Ramayana)**
- Trabajo de Odontólogo Becado en las escuelas que en ese momento participan del proyecto

**2006**

- El equipo PES avanza en la profesionalización del trabajo realizado en virtud de este proyecto, dando comienzo al ciclo de reuniones semanales (planificación y evaluación)
- Se mantiene dinámica de trabajo en base a líneas técnicas del PES en las escuelas que son parte del programa, llevándose a cabo intervenciones en tres ejes: Nutrición, Actividad Física y Odontología

Preventiva

**2007 Fin de la estrategia PES, el programa evoluciona a su fase actual, denominándoselo CRES (Creciendo Sanos)**

- Reflexión en torno al bajo nivel de impacto de las estrategias utilizadas para enfrentar los problemas de malnutrición por exceso, se plantea la necesidad de incluir nuevos profesionales: psicólogo, para revisar y corregir las estrategias comunicacionales que se utilizaban en ese momento y nutricionista como experto en la temática.
- Integración de Psicóloga y Nutricionista al equipo

**2008 El consultorio de Olmué cambia su categoría a CESFAM, situación que permite potenciar todo el trabajo preventivo-promocional que se viene realizando desde 2003.**

- **Se implementa el eje Psicosocial, con un conjunto de objetivos propios, enriqueciéndose la concepción y conformación del equipo → avance a un trabajo biopsicosocial**
- Implementación estrategia “tour de Títeres” en establecimientos educacionales: los internos de medicina se encargan de preparar y presentar obras de teatro de títeres como parte de las actividades promocionales, para así lograr una mejor comprensión y adherencia por parte de l@s niñ@s.
- En un esfuerzo por ampliar el equipo y orientarlo de manera más comprometida hacia la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad, se incorpora a internos de otras disciplinas (Psicología, Kinesiología, Nutrición, medicina, etc)

**2009 Enfoque a población preescolar.** Entre las reflexiones evaluativas del equipo, surge una tensión relacionada con el momento del ciclo vital de los niños en el cual se estaba interviniendo “estamos llegando tarde”, decidiendo el equipo redirigir los esfuerzos hacia la población preescolar, para tener un efecto más potente en la modificación y manejo de factores determinantes de la salud y la enfermedad.

- Se apoya estrategia comunal “Kioscos saludables”

- **Fusión del internados rural y APS de los estudiantes de 7° año de la escuela de medicina de la UV, lo que permite un trabajo más profundo y continuo (8 semanas), de los internos con la comunidad.**
  - **Eje Odontología: abordaje de los determinantes sociales de la patología dental, con apoyo de SEREMI dada la condición de comuna vulnerable**
- 2010**
- **Mesa Técnica de salud: logro de la primera política comunal de salud: tras el fallo de la estrategia de Kioscos saludables, se plantea necesidad de prohibir kioscos en escuelas de la comuna, situación que es acogida por el consejo municipal, sentándose un precedente en las formas de abordar las políticas de salud a nivel comunal.**
  - CRES Científico: si bien antes se había producido material científico en torno al CRES, en 2010 el interés se dispara, realizándose con equipo CRES tesis de pre y posgrado.
  - Publicación y exposición en Congreso internacional de salud pública, Méjico, con ayuda económica por parte del alcalde.
  - Se incorpora el Kinesiólogo, Álvaro Soto al equipo.
  - Víctor Burgos, Kinesiólogo del Equipo CRES, asume labores como director del CESFAM de Olmué
  - Se opta por mantener una reunión cada 2 semanas (reuniones del equipo que se viene realizando desde 2006)
  - Se inicia fusión entre programas PROMOS y CRES, proceso que se encuentra en curso.
- 2011**
- **Ingreso a la red RIPSE.**
  - **Incorporación psicólogo y nutricionista de cada sector.**
  - **Mayor sintonía entre PROMOS y CRES**
  - **Hallazgos de resultados antropométricos, que demuestran efectos del programa CRES con la población.**

## **ANEXO N° 3**

### **Reflexiones personales equipo CRES UV Olmué**

#### **Participación Psicóloga Carolina Cardemil en Programa CRES**

Mi incorporación al programa CRES, en ese entonces llamado PES (Proyecto Escuelas Saludables), fue principalmente por la necesidad sentida del equipo de ampliar el abordaje realizado hacia una biopsicosocial, agregando otro eje más (Psicosocial) a los ya existentes (dental, nutrición y actividad física). Desde entonces he realizado diversas actividades desde lo promocional, preventivo como también desde lo curativo. En el área promocional y preventivo participé de obras de títeres, charlas psicoeducativas a apoderados y educadoras, programas radiales, y elaboración de investigación científica, entre otros. Mientras que en el área curativa, realicé atenciones psicológicas y consejerías familiares a niños/as con sobrepeso y/o obesidad y a sus familias.

Revisando mi participación en el CRES y considerando la evolución misma del programa, creo que actualmente este programa se encuentra en sincronía con los pilares del modelo que rige la atención primaria hoy en día, el modelo de salud familiar, el cual también me hace mucho sentido desde lo profesional puesto que plantea que las problemáticas de salud tiene su génesis y mantenimiento en lo relacional, es decir, nos podemos explicar la aparición y/o mantenimiento de un problema de salud considerando al individuo en la interacción con su núcleo familiar y entorno social, de tal forma que ambos se influyen mutuamente afectando positiva o negativamente en la salud de las personas. Bajo este modelo vemos que el abordaje es biopsicosocial, considerando la variable médico-biológica pero también el área emocional y el entorno: social, escolar, laboral, y cultural. Además, resulta fundamental en el abordaje de la salud-enfermedad la pesquisa de factores familiares de riesgo y protectores con el objetivo de lograr una evaluación-visión integral de los grupos familiares con los que se está trabajando.

Considerando lo anterior, en el abordaje de la obesidad infantil, me resulta muy coherente el trabajo desde el modelo de salud familiar puesto que está comprobado que el abordaje individual no es el más apropiado sino que resulta más efectivo la intervención familiar y las estrategias de alto impacto, como las ejecutadas por el programa CRES.

En el ámbito personal, si bien ha sido una experiencia gratificante por la posibilidad de trabajar en establecimientos educativos y directamente con las educadoras y apoderados, me resulta también frustrante puesto que no siempre conseguimos los logros esperados por cuanto a que realmente se modifiquen los hábitos no saludables y que las familias den el paso a cambiar ciertas conductas instaladas que perpetúan su condición de obesidad y/o sobrepeso. Sin embargo, ello me moviliza a seguir intentando otras estrategias de afrontamiento, contando con el apoyo del equipo quienes tienen gran motivación y apertura a realizar cambios y mejorar procesos.

Es interesante para mí que desde el inicio de mi actividad laboral, he podido insertarme en programa como el CRES y Cardiovascular, permitiéndome ampliar el campo de acción desde la psicología clínica (atención psicológica individual y familiar) hacia acciones preventivas y promocionales con la comunidad e intersector.

### **Participación coordinadora Dra. Alma Vidales en programa CRES UV Olmué**

¿Qué ha significado el CRES en mi vida personal laboral? ¿Cómo surgió?

Empezar a escribir sobre la iniciativa CRES me sale difícil, no complicado...pero me he demorado más de lo presupuestado, casi como si no me importara y eso no es así

Es posible que el conectarme con los inicios me provoque sentimientos encontrados, hasta un poco de frustración ya que el inicio del PES (antecesor del CRES) se toca literalmente con el fin de mi carrera como gestora de hospitales...y sin lugar a dudas eso es un proceso doloroso, y en este caso cruento, ya que en este período le puse fin (por decisión propia) a 12 años de larga y exitosa trayectoria como Directora de hospitales...al iniciar mi actividad académica, el Director del Departamento de Salud Pública me solicita que asuma como tutora en el Internado Rural del 7º año de la carrera de medicina. Al asumir este nuevo trabajo- desafío, mi jefe me dio la libertad de para diseñar y crear un nuevo proyecto, es así como se empieza a dibujar el CRES...lentamente, evidentemente que con los niños (por mi pasado de pediatra) y porque ellos tienen el futuro, con la firme convicción de que un mundo mejor es posible, con muchas esperanzas de poder construir un proyecto que aportara en la formación de los futuros médicos y que entregara algo a la comunidad...es así como el 2003 empezamos a trabajar en la Escuela de Las Palmas, la interna de

medicina, la técnico para médico rural y yo....luego siguieron otros internos, otras escuelas básicas

Este modesto proyecto, docente asistencial, PES, proyecto de Escuelas Saludables, inserto en el Internado Rural, de 4 semanas de duración, empezó a dibujarse con mas actores, mas escuelas, mas profesionales....figura decisiva fue la Directora del consultorio de la época la matrona Sra. María Teresa Queirolo, con ella pasamos muchas tardes en su oficina del 2° piso soñando en cómo darle mas forma a este sueño ...así logramos entusiasmar a Víctor kinesiólogo del consultorio para que le diera mas forma al tema de la actividad física, ya que con nuestro y tabajo ya teníamos claro el grave problema de malnutrición por exceso que había entre los niños y entre la comunidad escolar

En el enfoque de PROMOCIÓN dado a este proyecto influyó, sin lugar a dudas, mi pasado como gestora, y el no haber olvidado los resultados de los “fracasos<sup>2</sup> de la medicina tradicional, me refiero a los paciente diabéticos que estaban en lista de espera para tratar las complicaciones de la diabetes, me refiero a complicaciones vasculares (amputaciones) renales (diálisis)

Este proyecto de mi vida laboral ha ocupado varios años de mi vida útil, casi tantos como Directora, y ha sido tanto o más gratificante que la anterior etapa de mi vida Como logros importantes yo diría que ha habido **8 generaciones de médicos** “empapados” en esta filosofía-doctrina.....donde lo primordial es tener como norte el mejorar la calidad de vida de la población a cargo, también ha habido varias generaciones de kinesiólogos, nutricionistas y algunos odontólogos que han sido ”contagiados” con esta doctrina...por otro lado en el CESFAM se ha consolidado este proyecto de PROMOCION, siendo actualmente actores del proyecto el kinesiólogo, el nutricionista, la odontóloga, la psicóloga...es decir, el CRES ha logrado que la PROMOCIÓN “penetre” en la **actividad cotidiana del CESFAM**, articulándose con otros proyectos nacionales como el PROMOS. No me queda claro el real impacto que ha tenido el CRES en nuestros niños, los indicadores de nutrición hablan de una discreta mejoría, pero estudios más acuciosos deberían confirmarlo...lo que si tengo claro es que se han dado los primeros pasos para contar con **políticas públicas** relacionadas con el tema, me refiero al hecho de que por decisión del Consejo Municipal NO existen kioscos en las escuelas municipalizadas de

Olmué...evidentemente que es solo un paso, el camino por recorrer es muy largo, en nuestro país donde la DESREGULACIÓN es la regla y es posible encontrar alimentos con altos índices de ácidos grasos trans en los jardines de la comuna y es de conocimiento público (programa de TV) que las existen, por ejemplo, margarinas con altas dosis de estos ácidos grasos a la venta

Un logro importante ha sido traspasar las barreras nacionales, ya sea por la participación de algunos profesionales CRES en encuentros científicos internacionales, o lo que ha sido más importante aún incorporarse a una red iberoamericana de promoción de salud escolar RIPSE

### **Participación Kinesiólogo Alvaro Soto en programa CRES UV Olmué**

Reflexión técnica: me tocó incorporarme de inmediato al CRES cuando llegué en Mayo del 2010, a encargarme del eje de actividad física porque Víctor me lo solicitó directamente que lo hiciera como función, ya que tenía la experiencia previa como alumno interno y en Enero de 2010 había comenzado con mis estudios de Mg en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, por lo que encajaba en el perfil.

El 2010 fue un año de transición, me incorporé al modelo ya formado de trabajar con 1 sólo jardín y seguir los lineamientos iniciales del eje. Creo que mi principal aporte al funcionamiento del CRES ha sido incorporar la temática de la actividad física en 2011 en un rol más preponderante con el resto del equipo, fomentándola incluso en actividades ajenas al CRES dentro del CESFAM. Se incorporó al trabajo del eje a los 4 jardines infantiles de la comuna mediante el diseño de un Proyecto y postulación a fondos PROMOS. Esto ha complementado la tesis de grado que estoy haciendo en ver cómo es el impacto de la promoción de salud preescolar mediante un proyecto de actividad física, lo que ha permitido llevar el CRES-Científico hacia niveles académicos relevantes, complementándolo con ponencias en diversas jornadas durante el año.

Me parece que técnicamente he aportado 100% desde la especialidad en algo que me gusta y que me parece un desafío, lo que me genera una relación afectiva actual con el CRES que me ha permitido desarrollar todos estos proyectos y poder participar en jornadas gracias a

las actividades realizadas, ya que como soy el integrante más nuevo del equipo no tengo esa nostalgia por los años trabajados sino que lo veo no hacia el pasado, sino hacia el futuro tratando de explotar muchas cosas que aún se pueden realizar.

El funcionamiento se ha visto potenciado actualmente con los ejes de Nutrición y el Eje Psicosocial, ya que el hecho de pertenecer Carolina, Boris y Yo al mismo sector (sector B) permite complementar muchas actividades desde y hacia el CRES, lo que ha servido para mejorar el trabajo en equipo. A pesar de que mi aporte sigue siendo en gran medida unipersonal en el eje, de a poco se ha visto un complemento con los otros ejes, complementándose con actividades comunes como el RIPSE y las áreas de investigación.

### **Participación Odontóloga Ximena Rivera en programa CRES UV Olmué**

Aunque yo no participe desde el principio, siempre estuve informada. Nuestro eje nació como una necesidad sentida de parte de la comunidad donde se estaba ejecutando el programa en esos momentos. En un primer momento fue controversial, ya que la comunidad solicitaba atención rehabilitadora; por lo tanto hubo que encausar el eje hacia el área promocional. Lo cual para nosotros como estamento odontológico fue una gran oportunidad de separar acciones y establecer espacios dedicados exclusivamente a la promoción. Asimismo establecer relaciones con otros profesionales que nos permiten abordajes integrales de los individuos, también ampliar el campo del conocimiento con aportes e intercambio de ideas en equipo. Nos ha permitido crear y mantener continuidad en indicadores de salud acotados a la comunidad, lo que nos permite mirarnos al espejo e ir evaluando nuestro quehacer como equipo de salud y odontológico mas allá del CRES reformulando constantemente nuestras metas.

Demás esta decir que la experiencia y participación es excelente.

### **Participación nutricionista Boris Moena en programa CRES UV Olmué**

Principalmente para el eje de nutrición, el CRES permitió explotar la veta científica que por mi parte era una inclinación clara, recibiendo todo el apoyo necesario para que así fuera, que es una de las cosas más valiosas que destaco del trabajo en CRES. Claramente, esto no sería posible sino existieran voluntades personales que permitan esto, sin lugar a dudas la

Dra. Vidales es un elemento pilar en todo esto, con sus características particulares, ha impulsado este proyecto a través de los años, que luego cada uno de nosotros tomó para sí y se subió a este carro de trabajo multidisciplinario con enfoque en PROMOCION.

## ANEXO N °4

### **Pauta de entrevista en profundidad miembros equipo CRES UV Olmué**

1. ¿En qué consiste el proyecto piloto en promoción en salud escolar? ¿Cómo se vincula con el programa escuelas saludables?
2. ¿Por qué el proyecto surge desde el eje de nutrición? ¿Quién que estaba a cargo?
3. ¿Cuáles son las dos escuelas donde comienza el proyecto?
4. ¿Cómo definen su proyecto (programa) antes y después. Como de promoción, prevención o asistencial? ¿En la actualidad cuál es el carácter? Si existieron cambios, ¿a qué atribuye dichos cambios?
5. ¿Cómo se origina el conflicto en el año 2004, en la comunidad las Palmas? ¿A qué cree usted que se debió? ¿Qué efectos tuvo en el equipo al encontrarse con este conflicto? ¿De qué manera se abordó y qué lecciones les deja?
6. En la línea de tiempo se señaló la existencia de “realidades contrapuestas”. ¿Cuáles son estas realidades? ¿De qué manera se enfrentan a esta problemática como equipo? ¿Qué aprendizajes deja el enfrentarse a estas problemáticas?
7. ¿Cuáles fueron las escuelas que participaron del proyecto en el año 2005? ¿Cómo fue la experiencia? ¿Cuáles fueron los resultados? ¿se considera el logro de algún éxito?
8. ¿Cómo se llega a definir la necesidad de mantener reuniones semanales? ¿Qué metodología de trabajo utilizaban? ¿Quiénes participaban? ¿Por qué se opta en el año 2010 trabajar con reuniones bisemanales?
9. ¿Cómo, cuándo, y por qué ocurre la rotación en los miembros del equipo?

10. ¿Cómo fue el traspaso de PES a CRES?
11. ¿Por qué recién en el año 2009 incluyen al nutricionista?
12. ¿Cómo midieron el bajo impacto del 2007?
13. ¿Cómo define la necesidad de incluir a más profesionales? ¿La incorporación de estos con nuevas visiones afectó en el desempeño y resultados?
14. ¿Cómo fue la incorporación del eje psicosocial? ¿Obedece a alguna necesidad? ¿Qué objetivos se le encomiendan en su origen?
15. ¿Considera que el programa y el equipo trabaja en una lógica biopsicosocial?
16. ¿Ve algún cambio en el programa cuando cambian de consultorio a CESFAM?
17. ¿El uso de metodologías como los “títeres” responde a algún lineamiento técnico’  
¿Por qué se escoge esta estrategia? ¿Cuál es la evaluación que hace el equipo de esta técnica? ¿Cómo fue el trabajo con los niños?
18. Respecto al equipo y al trabajo que llevan, se definen como multidisciplinarios, interdisciplinarios, o transdisciplinarios? ¿Por qué? ¿Cómo se evidencia esto en las metodologías de trabajo del equipo?
19. ¿Cuál es la participación y el aporte de los internos de las distintas disciplinas?
20. ¿A raíz de que se produce el cambio de enfoque de población preescolar a escolar?
21. ¿Cuál es la estrategia comunal de “kioscos saludables”?

22. ¿Cómo fue el cambio de las 4 a las 8 semanas de participación de los internos de medicina?
23. ¿Cuáles son los determinantes sociales que se identifican?
24. ¿Cómo fue la participación y el aporte del SEREMI?
25. ¿Qué es la mesa técnica? ¿Cuáles son sus objetivos? ¿Quiénes la componen? ¿Con quién está coordinada?
26. Este año fue el año del CRES científico, ¿se genera algún cambio de objetivos dentro del equipo CRES?
27. ¿Qué significó el compartir la experiencia en otro país?
28. ¿Cómo fue para el equipo que un integrante del equipo CRES pasara a ser director? ¿Algún beneficio o desventaja?
29. ¿Por qué ven la necesidad de fusionar el PROMOS con el CRES?
30. ¿Cuál es el aporte de RIPSE? ¿Cómo fue el proceso de incorporación? ¿De quién fue la iniciativa? ¿Cuáles son los beneficios a futuro? ¿Qué acciones se han llevado a cabo?
31. ¿Cuál es la necesidad de incorporar a psicólogo y nutricionista del otro sector?

## **ANEXO N°5**

### **Entrevistas semiestructuradas a miembros del equipo CRES – UV Olmué**

**Carolina Cardemil**

**Psicóloga Programa CRES UV Olmué**

**Eje psicosocial de intervención**

**C: Carolina Cardemil**

**E: Entrevistador**

E: Las entrevistas individuales son más que para preguntarte datos duros, son para centrarnos en tu visión en particular, los significados que tienen para ti ciertos cambios que hubieron, ciertos hitos, enfocarse en lo que para ti implicó lo que vamos a ir preguntando. Todo esto lo sacamos de la línea de tiempo que hicimos esa vez, y a partir de eso nosotros encontramos que habían cosas que...

E: A nosotros nos gustaría saber ¿el cómo ustedes definen el proyecto, el programa, como asistencial, preventivo o promocional, como defines el programa?

C: ¿Yo?

E: Si, tu que eres parte del CRES

C: [(4:1) El CRES, yo siento que en el trabajo que estamos haciendo, desde que estamos instalados en los jardines, es mucho mas preventivo. Antes cuando trabajaba..., cuando yo entre al consultorio y podía observar al CRES desde afuera, me da la sensación, que era menos promocional y menos preventivo, o sea seguía siendo preventivo...]

E: ¿Cuando era PES?

C: [(4:2) Cuando era PES. Porque ya había daño en los niños, entonces cuando tu trabajas en los distintos niveles de promoción, cuando tu trabajas en una población donde hay daño, ya sea en salud oral o ya son obesos. Acá lo que estamos haciendo es llegar un poquitito antes, aunque igual vas a tener diagnósticos de distróficos, de obesos o con sobrepeso, pero abordando la estrategia de intervención, no focalizada en el niño obeso o sobrepeso, sino que en el macro de todos los niños. Entonces ahí yo creo que está la clave de que sea preventivo y promocional.]

E: ¿Hoy en día?

C: Hoy en día, si.

E: Y ¿antes era más preventivo?

C: [(4:3) Preventivo - asistencial, se atendía, por ejemplo el niño obeso era derivado a nutricionista, el niño con caries tenía dentista.]

E: Y ¿actualmente?

C: Actualmente igual se hace, en los casos en donde por ejemplo el interno de medicina con el nutricionista hacen la evaluación, se aborda, pero [(4:4) se aborda de una manera distinta, integral, voy yo con el nutricionista, o tiene hora para los 2 y se conversa el caso desde el modelo familiar,] cosa que antes no existía.

E: ¿Y eso a ti que te parece?

C: Súper bien. Me hace mucho mas sentido desde el modelo en que nosotros trabajamos.

E: Sipo, de todas maneras. Claro, en algún momento empezó llamándose PES, y después paso a llamarse CRES. ¿Cómo fue la experiencia del traspaso del uno al otro?

C: Yo creo que... me es difícil pensarlo, si es que el PES, y a veces lo creo, el PES que trabajaba en escuela, que era el programa de escuelas saludables, a mí me parecía muy interesante por el hecho de trabajar en escuela. En las escuelas generalmente se trabaja poco, están las profesoras, ves tú también que el tema de la actividad física es bien precario en los colegios, entonces, el que fuera el nutricionista, el kinesiólogo y el odontólogo,

porque eran los 3 ejes nomas, era un avance y una ganancia para la escuela, en cuanto a integralidad de la atención y del abordaje. [(4:5) Entonces claro, al pasar a CRES, nos dábamos cuenta que al estar en las escuelas ya era tarde porque habían muchos niños con obesidad y con sobre peso, y los hábitos a nivel de desarrollo es más fácil instalar hábitos mas a temprana edad. Entonces claro, teóricamente hacia sentido irse al CRES,] pero para mí, lo que decía hoy día, [(4:6) para mí todavía esta cojo el tema de los colegios, o sea nosotros estamos interviniendo en los jardines pero después llegan a los colegios y hay una asincronía en como es el abordaje si las mismas profes comen todo el día con los chiquillos, están los quioscos dentro de las escuelas. Entonces si tú me preguntas a mí, yo creo que debería ser algo...]

E: Continuo...

C: Continuo, es decir que pudiéramos hacer por ejemplo, lo que conversábamos hoy día, trabajar una semana en el jardín, listo nos pasamos a la escuela. [(4:7) Pero ahora uno picotea entre hacer un par de intervenciones en uno o dos jardines. Ahora nosotros nos metimos a la escuela igual, porque los indicadores no están buenos. Los indicadores no están buenos de la escuela la quebrada por ejemplo, pero eso es reactivo, te fijas, no es algo que salga estable, permanente y que parta desde una..., como un barrido por el ciclo educacional, preescolar y escolar, por ultimo hasta 4º lo haría yo, quizás los más grandes ya no, a lo mejor priorizar los más chicos, hasta 4º básico, hasta 2º básico incluso. Pero yo siento que el CRES si avanza y es más coherente desde lo teórico, mucho más que el PES, pero yo siento que todavía falta.]

E: Pero aún así te hace más sentido estar en el CRES.

C: si, en el CRES, en la etapa preescolar.

E: Pero claro, habría que abarcar ambos. ¿Pero porque no se puede generar esa...?

C: Por lo mismo que conversábamos Vivianne y porque es una...

E: Tiempo...

C: [(4:8) Si, o sea es una dificultad constante poder salir a terreno, hacer este tipo de actividades, coordinarnos, reunirnos.] [(4:9) Pero ahora yo siento que hay como más ganas, y hay más personas interesadas, y acá uno se mueve con intereses.]

E: Acá el equipo tiene harta motivación, yo creo que este consultorio se destaca por eso.

C: [(4:10) Si. Y qué dirección te apoye también, que dirección te apoye en las..., después nos arreglamos con las metas, en el sentido que las cumplimos igual, tenemos menos atención, si al final en eso perdemos], no en que no podamos...

E: ¿Atención individual?

C: Atención individual, o sea, nos colapsamos nosotros mismos con el Enzo.

E: ¿Pero como ves tú eso?, de que tengan que disminuir las horas individuales por...

C: [(4:11) Lo que pasa es que el impacto que tiene que nosotros hagamos una intervención, y el impacto no es inmediato, la hipótesis no es que voy a mejorar la salud mental infantil, no... el impacto en una familia de que nosotros, los acompañemos en el embarazo, estemos en el jardín, mas encima vamos a hacer charlas de hábitos, los mismos profesionales que las vemos. Yo supongo que eso en el impacto familiar, se ve reflejado en el hábito, y en los hábitos en general, ya sea de crianza o en general, de alimenticio, de actividad física, ] espero, no losé.

E: ¿Pero tú no ves los resultados

C: [(4:12) Veo los resultados desde lo cualitativo y desde lo subjetivo, y de ciertas familias, uno las ve que se meten a las clases de actividad física. Ves que tengo ahí colgados los avisos, de que los ves en un funcionamiento mejor, te lo reflejan. Pero es difícil que yo pueda medirlo, es más fácil a lo mejor pal nutri verlo en lo cuantitativo.]

E: Claro, tu como psicóloga.

C: Si, yo como psicóloga, exacto. [(4:13) Pero yo creo en ese modelo, sino no lo haría, yo creo que si el impacto..., por ejemplo lo que hace el odontólogo, el impacto de que ese niño haya aprendido a lavarse los dientes, acompañado de sus compañeritos, y acompañado de

su educador y del dentista, es mucho más potente, de que venga un día acá, solo, porque lo hace en el juego, se instala de otra forma en la memoria...]

E: Es desde el leguaje del niño

C: Sipo, y está probado

E: Si, es muy buena iniciativa. Hablando desde el eje nutrición, se supone que el CRES parte con el eje de nutrición, entonces a nosotros nos surge la duda del ¿por qué, recién el año 2007 incluyen a un nutricionista al equipo?

C: No, acuérdate que el CRES partió por los internos de medicina.

E: Si

C: [(4:14) El CRES y el PES, todo, la Dra. Vidales sino no hubiera llegado acá, parte por los internos de medicina, y por los internos de medicina con la intención de abordar el tema de la obesidad infantil.]

E: Si, exacto...

C: En el PES si había nutricionista. Estaba Sheila, lo que pasa es que se confundieron porque el Boris entro al CRES el 2007, antes estaba Sheila, la nutricionista.

E: En el PES. Porque cuatro años estuvieron trabajando como PES. Y en el CRES Sheila se va.

C: Sheila se va porque estaba trabajando en el PROMOS, y entra Boris.

E: Nunca ha estado sin nutricionista entonces, ya perfecto...

C: Siempre ha habido continuidad de nutri.

E: Perfecto. A partir de eso, ¿cómo defines la necesidad de integrar, de ir integrando nuevos personajes al equipo?

C: ¿Nuevos profesionales?

E: Claro, nuevos profesionales, los internos, los... ya sea la necesidad de integrar este odontólogo nuevo...

C: Para mí la idea, no era que desapareciera el CRES, sino que como lo dice su nombre, el Creciendo Sanos aborda la integralidad de las distintas dimensiones de desarrollo de los niños, y si bien están los ejes, está el psicosocial, yo estoy sola, yo trabajo con asistente ahora, que tiene una experticia...

E: ¿En el CRES?

C: No, en salud mental en general. Yo trabajo mucho con las matronas por el Chile Crece Contigo y con la educadora de párvulo que es el mismo grupo etario que aborda el CRES. [(4:15) Entonces yo siento que el CRES, la ventaja que tiene es que está instalado ya, yo siento que debería integrar a todos los profesionales que trabajamos haciendo alguna intervención con ese grupo etario, que es hasta la primera infancia]

E: Integrar CRES, Chile Crece Contigo, PROMOS...

C: [(4:16) Si, y ni siquiera, a ver no sé si la palabra es integrar sino que es coordinarnos, es decir que nosotros logremos como CESFAM tener un plan el próximo año, en donde yo sepa en marzo por ejemplo... hay cosas que se hacen en todo el año, por ejemplo la educadora de párvulos va a estar todo el año interviniendo a los niños de los jardines, pero ella no tiene idea de lo que nosotros hacemos en el CRES, no tiene idea.]

E: Y ustedes tienen idea...

C: Yo sí, si trabajo en el Chile Crece Contigo, [(4:17) pero Alvaro, Boris, probablemente no tienen idea. Los talleres que hace la educadora que son los mismos Vivianne, o sea la educadora hace dentro de sus talleres de crianza, incorpora alimentación, incorpora lactancia materna, incorpora vínculo...]

E: Tocan las mismas temáticas...

C: Sí, es lo mismo. Con otra expertice que eso lo que yo destaco. [(4:18) Entonces si nosotros lográramos integrar, que es lo que yo sueño, el próximo año, o el subsiguiente a la matrona por ejemplo que también desde la gestación, que ella ya desde la gestación en el

ultimo taller de embarazo, nosotros les presentamos los talleres que van a venir después, decirle cuando su hijo entre al jardín, que lo hacemos ahora todavía, va a tener estas oportunidades, ojo con el tema de la lactancia, se le va a reforzar, va a seguir viendo a los mismos profesionales, odontólogo igual, nutricionista igual y no somos tantos, yo creo que eso es factible de hacer, pero no estamos coordinados, y yo llevo 2 años diciendo lo mismo, si ya parezco disco rayado, pero ahora lo he demostrado empíricamente.]

E: Además que si se hace lo mismo se sobre-interviene a la...

C: [(4:19) Se sobre-interviene, entonces en el jardín los apoderados ya no van, que es lo que te decía yo, cuando llego yo a citarla a una charla, cuando ha venido la semana pasada el odontólogo, cuando ha venido la semana antepasada la educadora, la higienista dental...]

E: A hablarles de lo mismo...

C: De cosas parecidas. [(4:20) Entonces integrarlo a mí me parece una súper buena alternativa, integrarnos bajo el alero de CRES puede ser, o coordinarnos bajo el alero de CRES.]

E: Trabajar en equipo

C: En equipo. La idea creo yo, de hecho ustedes van a presenciar eso y por eso les decía que en los objetivos de ustedes se plasmara, porque uno no lo ve, cuando uno está en la maquina uno no lo ve, o sea nosotros podríamos seguir desde un punto facilista entre comillas súper bien con nuestro programa encerrados acá, pero yo encuentro que eso ha sido una de las patas cojas del CRES.

E: Pero, y ¿alguien lo ha propuesto? ¿Se ha hablado de alguna forma del tema?

C: Sí, el año pasado, lo que pasa es que al existir el PROMOS..., el PROMOS era un programa cuyas metas eran por supuesto ligadas a promoción, [(4:21) tu tenías que hacer ciertas actividades de promoción obligados, lo cual era bueno y era malo a la vez, porque te limitaba en ciertas temáticas: tabaco principalmente, alimentación, actividad física,] el PROMOS financiaba y financia todas esas actividades físicas en la comuna, lo que si no era solamente en infancia, entonces permitía más cosas. [(4:22) Entonces nos dimos cuenta,

hace 2 o 3 años atrás, que el PROMOS y el CRES iban así, entonces se trato y esa reflexión si se hizo, pero sólo en torno a esos 2 programas, y se coordinó un poco más, porque el Alvaro por ejemplo, Sheila, y se empezó a coordinar un poco más las actividades de promoción con el CRES. Ahora, el PROMOS murió, el PROMOS tenía mucha, no mucha pero harta plata]

E: A, ¿ya no está PROMOS?

C: Existe pero con mucho menos financiamiento, entonces ya no te exigen tanto. [(4:23) Entonces el CRES vino a ser el único pilar de promoción que hay en el consultorio. Por eso es que yo sugiero que se integren también las actividades de promoción de los otros programas], es eso. Y yo creo que se va a lograr, yo soy súper optimista, después de la reunión que vamos a tener en noviembre ahí vamos a ver como...

E: ustedes hacen todos los años una evaluación. En el fondo ahí es el momento de plantear lo que...

C: Si, y ahora tenemos empíricamente, a diferencia de antes se hacen más cosas, el mismo odontólogo que te acaba de mostrar, la matrona, la asistente, se hacen cosas. [(4:24) Entonces al mostrarlas tú dices guau estamos trabajando desde la desesperanza aprendida de que no tengo tiempo, que me las arreglo, pero se hacen y se hacen buenas cosas, entonces si más aún puedes coordinarte y pedir ayuda como dijo el ahora, uno se arranca po, no hacen el arreglo, yo creo que sí.]

E: Todo por amor al...

C: Yo creo que si

E: Es que si uno no tiene el cariño por lo que uno hace...

C: Sipo, [(4:25) las ganas están, lo demás se puede arreglar.]

E: ¿Cómo significas tú?, o ¿como ves tú el bajo impacto que tuvo el año 2007?

C: ¿Del programa de escuela saludables?

E: Si

C: Yo estaba recién llegada ese año, yo llegue el 2007 a trabajar, el 2006 yo hice mi práctica y ahí podía ver un poco como funcionaba

E: A ¿tu hiciste la práctica acá?

C: Si, en el consultorio antiguo, y podía ver cómo funcionaba el proyecto de escuelas saludables, mm [(4:26) no sé si es bajo impacto o que los objetivos, porque claro se intervenía a población escolar, pero con los objetivos muy pretenciosos de mejorar la calidad oral, de mejorar..., donde ya al intervenir a esa edad era tardío. Entonces yo creo que taba mal enfocado nomas, pero no... claro pudo haber tenido un bajo impacto por eso porque la intervención ya era en un grupo que estaba más dañado por decirlo de alguna forma, pero yo creo que era eso, que no estaba focalizado en una edad más temprana,] pero los profesionales estaban, estaba el nutricionista, faltaba psicólogo, y las intervenciones era más... eran parecidas en realidad, yo desconozco... a lo mejor era un equipo menos afiatado, [(4:27) yo siento igual que el equipo que estamos ahora somos un equipo más afiatado que el que estaba en esa época.]

E: Si, eso se nota.

C: Y todos piensan más o menos parecido. Pero se hacían intervenciones también de actividad física, de nutrición educaciones. [(4:28) Pero en las escuelas también el tema de los profesores, el acceso era difícil, yo creo que también pasa por eso, en el jardín las tías tienen otra disposición y su forma de enseñanza y de dinámica es más parecida y es más fácil, creo yo que es más fácil incorporar estrategias de promoción en un jardín, que en un colegio.] En un colegio es difícil, tienen mallas más rígidas, tienen espacios más rígidos, yo he tratado por ejemplo...

E: Los colegios son mucho más estructurados, las horas las tienen destinadas...

C: Exacto, y tú para organizar por ejemplo, [(4:29) a nosotros nos pasa con el tema de sexualidad, para poder entrar a un colegio tú tienes que, de verdad, casi que modificar el proyecto educativo, porque tienen cada minuto contado para tal o cual cosa, entonces era difícil.]

E: Tendría que ser una planificación con anticipación...

C: Con mucha anticipación, entonces a la nutricionista, a la [(4:30) Sheila por ejemplo le era difícil. Yo me acuerdo que ella se metía a los cursos, 1º, 2º 15 minutos con un par de papelógrafos, pero te dan poco espacio. En el jardín es distinto, son más flexibles, porque disponen también de más espacio y más tiempo para poder realizar más actividades de promoción.]

E: Porque está hay mas juego con los niños también, no está ahí el ramo de matemáticas a las 1:30 justo...

C: Exacto. Entonces el bajo impacto o el cambio de foco, yo creo que, insisto tiene sustento en lo teórico, del inicio temprano de la intervención y también del tema del entorno y de que es mas aplicable también en los jardines. Y que [(4:31) el equipo también se modifico, y se aumento, se institucionalizo, se regularizo el tema de las reuniones el 2007, antes se reunían igual pero no como ahora.]

E: Pero ¿antes se reunían mas, o no?

C: [(4:32) Antes se reunían más, pero con menos... se reunían todas las semanas pero con menos coordinación]

E: Con menos horas

C: Claro

E: ¿Como fue eso de pasar a reunirse menos horas?

C: Mira, [(4:33) yo fui una de las que pedí eso, porque era mucho Vivianne, o sea era todos los martes en la mañana reunirse, muchas veces en torno al acta del interno de medicina, de las actividades del interno de medicina, y de la enseñanza del interno de medicina, porque claro ese era uno de los focos. Al final la gracia, nosotros lo propusimos con el Enzo y con el Boris, de reunirnos 2 veces a la semana, al mes perdón, porque los otros 2 martes puede trabajar el interno con la Doctora igual, pero nosotros destinar toda esa cantidad de horas para reuniones solamente...]

E: Y ¿cuantas horas se juntaban?

C: Era... igual, [(4:34) de 8:30 a 10 todos los martes. Entonces era mucho, entonces ahí tú te fijas, que claro hay tiempo que a veces se pierde.]

E: ¿Pero tú sientes que en las reuniones... sientes que se perdía un poco el tiempo?

C. Yo siento que si

E: Y ¿Por qué?

C: [(4:35) Porque yo creo que todavía no hemos llegado a un... que es un nivel avanzado de intervención, pero yo siento que no hemos llegado a un nivel en donde podamos tener... porque por A B o C siempre fallan las planificaciones, siempre, entonces el tanto juntarse acá, tampoco nos permite hacer mas intervenciones en terreno...]

E: Claro porque se ocupa ese tiempo en una reunión

C: [(4:36) porque si ocupamos ese tiempo en una reunión, y el acta anterior, y después el congreso y que no se qué y que la cuestión... yo sé que es necesario, pero yo siento que a veces se nos va un poco el foco.]

E: Como que deberían ser más organizadas las reuniones.

C: No, si la doctora es súper organizada, y tiene esquemas, y tabla y horarios y todo. Pero yo siento que en lo personal, por ejemplo yo este año he hecho pocas intervenciones

E: Pero tú crees, ¿que son por esas 3 hora mensuales que se ocupan?, y ¿que por eso hay una baja en las intervenciones que se pueden realizar afuera?

C: [(4:37) Es que complica porque, por ejemplo yo ahora la única posibilidad de intervenir en la escuela, es en la tarde, entonces yo voy a tener que enrocar, entonces para poder faltar en la tarde e ir a la reunión de apoderados, tengo que enrocarme porque si no me quedo sin atenciones todo el martes. Enrocar con las horas de las reuniones y ya ahora tengo que estar en las reuniones del martes entonces son horas que yo pierdo, entrecomillas]

E: ¿A ti te exigen cierta cantidad de atenciones?

C: [(4:38) No, si no me lo exigen, no me lo exigen, yo podría faltar igual, pero al final me colapso yo misma, o sea yo perfectamente podría cerrar agenda e irme si nadie me va a decir nada, pero me colapso yo misma, y tengo citados...] entonces...

E: Bueno por eso, tienes que tener una cierta cantidad de horas para citar

C: Lógico po...

E: Por eso te exigen cierta cantidad de horas

C: No si, no es que me lo exijan, [(4:39) yo misma me lo exijo, porque para poder tener procesos de atención individual en todas las otras áreas]

E: Pero ¿tu atiendes sólo a niños?

C: No, nosotros 2 estamos sectorizados, yo atiendo a toda la población. Yo partí el 2006, en mi practica de infanto y 2007 atendí sólo infanto, pero después con el 44, nos sectorizamos el 2008 y de ahí atendemos población total... [(4:40) Acá en la práctica lo que más se necesita es atención de adultos y atención familiar. O sea yo tenía copada la agenda de infanto, pero las metas de salud mental van orientadas pa otra cosa,]

E: Claro, familiar yo creo que es el foco actual...

C: Si, yo feliz, me gusta hartito el abordaje que hacemos acá. Pero claro, esto es una patita... es un porcentaje bien bajo de todo lo otro que yo hago, por eso te digo que uno tiene que estar ahí equilibrando los tiempos y las agendas

E: Ya, antes no existía el eje psicosocial, se incorpora el 2008 ¿cierto?

C: Si.

E: ¿Cual es la necesidad que obedece la incorporación de este eje?

C: Yo sugiero que igual se lo pregunten a la Doctora, porque ella fue la que solicito mi presencia en ese entonces en el CRES. Las intervenciones, según lo que ella me explico, y según lo que yo veo, [(4:41) las intervenciones, por decirlo de una manera concreta se quedaban cortas. Las educaciones al igual que dijo el odontólogo, en todas las educaciones

que uno hace acá en la comuna, te sale en la interacción con las mamás, en las interacción con las profes, mucha problemática de índole psicosocial, muchas pregunta que, por supuesto yo no tengo todas las respuestas, pero por lo menos uno tiene el manejo de la dinámica y de la psicoeducación para que de eso salga algo positivo y no queden todos llorando y no queden todos colapsados y no queden todos angustiados. Me explico, abusos, generalmente todas las presentaciones que nosotros tenemos, generalmente por lo menos 1, 2, 3, 4 mamás me llevan a un lado, o 2 ó 3 tías con casos nuevos, o durante la intervención del tema de sobre-lactancia, de alimentación, las explicaciones que las mamás nos dan, los testimonios que dan, apuntan, por supuesto porque está a la base de este tipo de hábitos, problemáticas de otro índole, problemáticas de la índole de nosotros, del área psicosocial, de dinámica, de interacción familiar. Entonces ahí es donde la doctora pensaba que hacía falta tener...]

E: Estaba cojo el CRES.

C: [(4:42) Claro, tener a un psicólogo que pueda integrar al lado del nutricionista, al lado del kine, al lado del interno de medicina, esta explicación o integrar pa que le haga sentido y que además tenga un impacto o una instalación mayor en el que le haga sentido a esa mamá en lo que se está educando, esa era la idea.]

E: ¿Tú fuiste la psicóloga que partió?

C: Si, yo partí. El año pasado se incorporo mi colega por el tema de la sectorización

E: Enzo se incorporo...

C: Enzo se incorporó el año pasado, yo partí realizando... tuve un viaje en realidad, tuve un viaje por ideas de cómo yo lo veía, hasta después ahora como me hace sentido a mí, después yo me fui pa otro lado. En ese entonces yo hacía más psicoeducaciones. [(4:43) Cuando partí yo hacia psicoeducaciones y psicoeducaciones completamente distintas al como las hago ahora. Las psicoeducaciones que hacíamos en ese entonces, claro, eran con power y eran con power pero con temas, por ejemplo yo trabaje, porque además en el jardín me manifestaron, en el Blanca Nieves, ciertas necesidades...]

E: y a partir de eso exponías ciertas temáticas

C: Si, y [(4:44) lo integramos con el nutricionista y con el kinesiólogo, por ejemplo en promoción del buen trato. Ahí la pregunta era ¿Qué tiene que ver el buen trato con la alimentación y con la actividad física? Si tiene que ver... como... y pum pum pom lo integrábamos.]

E: Y ¿los 3 realizaban la psicoeducación?

C: Si, los tres realizábamos la psicoeducación. Eso fue en el jardín blanca nieves particularmente y además yo incorpore otro jardín que era el integra, en donde había otra detección de necesidades, por ejemplo acá, en el jardín que era del sector de granizos, habían hartos casos detectados de negligencia parental, con enfermera y de sospechas de maltrato, entonces yo trabaje también en promoción de buen trato...

E: Ustedes ¿siempre hacen una detección de necesidades y después...?

C: Claro, y en conjunto con el equipo. Ahora bien, después me fui para el lado de investigación, me intereso, me trate de meter un poco mas y con la Dra. Paulina Silva hice una investigación en el blanca nieves, de dinámica familiar, subyacente a obesidad infantil, hicimos una evaluación de la percepción materna de la obesidad infantil súper interesante y eso lo trabajamos el 2008 en el jardín blanca nieves, tedioso, agotador. [(4:45) Pero ahí ya la reflexión me llevo para otro lado, que saco yo con ir a hacer educaciones, cual es el impacto, todo lo que te decía recién y cuál es la idea de trabajar solo en esa área, cuando a lo mejor, lo que nosotros necesitamos trabajar son las creencias de los... eso eso creo yo, en las creencias de los apoderados y de las educadoras, sobre lo que es el desarrollo, sobre lo que son la instalación de hábitos y modificación de hábitos en los niños,] con respecto a, entre ellos: alimentación, sexualidad, incluso trabaje sexualidad ahí, actividad física, afectos, control por ejemplo... trabaje también a la edad de los 3 cuando se comienza a darse el tema de la auto-regulación emocional, trabaje eso. Que tu deci, que tiene que ver eso con alimentación, si lo incorpore y lo trabaje ese año. Ese año fue uno de los años que yo mas intervenciones hice, el 2008 y el 2009, pero también porque tenía más horas, porque estaba sólo en infanto, entonces trabaje...

E: Tenias más tiempo para...

C: Tenía menos horas, tenía 22 horas ahí en ese entonces, pero pude trabajar en con el jardín, yo iba todas las semanas al jardín

E: y ¿te hacía más sentido?

C: Sí, pero me faltaba... en esa época no había Chile Crece, si eso es lo otro...

E: ¿Cuándo empezó el chile crece acá?

C: 2008, 2007 partió como a gestarse pero instalado, instalado el 2008. Entonces tú dices, por eso te digo ver el vaso medio lleno, al final no estamos tan mal, porque han habido muchos cambios desde el modelo, [(4:46) el 2008 estábamos en el consultorio antiguo, nos vinimos para acá el 2008, se produjo la separación de los sectores...]

E: ¿Entonces el 2008 es como un año clave?

C: [(4:47) Es un año clave. Un año de sismo acá, falleció nuestra directora el 2009, hubo todo un cambio de dirección...]

E: Ingresó Víctor

C: Ingresó Víctor... ingreso 1° la Dra. Rivera y después ingreso Víctor. Estuvo ella subrogando y después ingreso Víctor. Entonces es coherente, uno no puede analizarlo desde lo frío de cómo funciona un programa, tienes que ver el contexto comunal y el contexto de nosotros. [(4:47) Entonces mi eje se instaló en un momento en donde era lo único que había en infante, yo era lo único que había en infante, no había OPD Vivianne, no había nada en la comuna, yo caso de maltrato que tenía detectado iba directo a fiscalía, no había nada, de atención, no había psicólogo, solamente había una psicóloga en educación que era Skarlet, estábamos las 2 solas, no había nada de red. Entonces ahora el escenario es otro, ahora el jardín detecta, trabaja con la OPD...]

E: Y ¿eso como se ha ido generando?

C: [(4:48) Por gestiones municipales, nosotros hicimos un diagnóstico de muchos casos que teníamos acá en la comuna y que tenemos todavía, lo mandamos al DIDECO, trabajamos. Hubo elecciones, entonces un diputado se interesó en esto, fue a Santiago y gracias a eso

tenemos OPD. Después el previene de CONACE que también trabaja en edades tempranas, el encargado también gestiona, también trabaja con educadoras, también trabaja en las escuelas, se instaló en la oficina de seguridad pública, se creó una red de infancia, también estamos ahí, entonces...]

E: ¿todo esto paso el 2008?

C: No, el 2009 y 2010

E: aa entonces ahora hace muy poco se instalo todo eso

C: Poquísimo

E: Tenían muy botado a Olmúe

C: [(4:49) Nosotros estábamos botadísimos, yo reunión que iba, iba a presentar lo lejano y el poco acceso que teníamos a todo, a bueno todavía, pero atenciones, atenciones en los niveles secundarios y terciarios, poquísimos.]

E: ¿como lo hacen en ese caso?

C: [(4:50) ahora por lo menos cuento con mas red acá, es decir a espera de algunos cupos, por ejemplo de reparación en caso de abuso, esta mi colega de la OPD, esta mi colega de la seguridad pública, por lo menos compartimos un poco, como lo acabo de hacer con ella, con la psicóloga de educación, uno atiende mientras llega este otro nivel de atención, que muchas veces no llega, lo abordamos nosotros, porque no vamos a dejar el caso así, no vamos a dejar el caso botado.]

E: No, porque son meses y el apoyo que se necesita...

C: [(4:51) pero por lo menos hay más orientación, hay abogado en la OPD, cosa que antes no había para las medidas de protección, no ahora es mucho mejor. Y los jardines saben eso, y los jardines trabajan también, entonces se manejan mucho mejor en el lenguaje, no solo de los derechos, que es la promoción de la OPD, sino también en el cambiar, en el mejorar sus estilos parentales de crianza. Si te fijai todo es coherente, por eso digo, si ojala

hubiera una visión macro, que pudiera ver y que pudiera articular esto de una manera más coherente, porque todos hacemos cosas en esta área.]

E: Pero ¿igual tú sientes que esto sigue avanzando en el fondo?

C: Sipo, sí. Y quien sabe que otra organización más va a estar, y [(4:52) tenemos que unirnos nosotros como CESFAM y estar más en sincronía para poder trabajar más con la red del sector, con el intersector, si uno no trabaja solo. Entonces a veces nos ha pasado que uno llega al jardín y esta la OPD y te topai con las intervenciones de la red, entonces no es sólo una coordinación interna, tiene que ser con el intersector, a través de que... de la red de infancia por ejemplo.]

E. ¿Ahí participan ustedes?

C: [(4:53) Nosotros participamos, participa Enzo o participo yo en representación de los sectores en la red con estas otras entidades. Entonces cuando hay, por ejemplo ferias de la salud participa parte del equipo de nosotros, nosotros informamos, difundimos, en la radio, en el programa que se yo.]

E: Sipo, ustedes tienen una radio

C: Si, el programa de radio

E: Entonces desde esta incorporación del eje psicosocial ¿Tú podrías decir que consideras al equipo, al programa, que trabajan desde una lógica biopsicosocial?

BIOPSICOSOCIAL C: [(4:54) Sí y no. Si... pero que es lo que te hace biopsicosocial, para nosotros - el otro día lo discutíamos en una reunión – que es lo biopsicosocial, ya en definición todos lo sabemos. Se entiende lo bio al médico, a la atención medica, que es de donde viene nuestro antecesor, el modelo biomédico, lo psico fácil altiro lo mandan al lado de nosotros, ¿cierto? Lo que tiene que ver con lo emocional, eso lo sabe y lo maneja el psicólogo. Y lo social, ¿Dónde está lo social abordado acá?, ] por ejemplo si tu lo piensas...

E: Dentro del equipo, del CRES...

C: Claro del CRES. [(4:55) ¿Dónde está la actividad física?, puede ser lo social, ¿donde esta lo nutricional?, ¿es clínico? Pero también es emocional, o sea el Boris trabaja conmigo mano a mano en el tema de los mitos y las creencias. Entonces acá yo diría que es bio-psico-social, digamos que todos intervenimos en lo bio-psico-social, yo lo separaría que lo medico vea lo bio, que la Dra. Vidales con el interno ven lo bio, que yo veo lo psicológico, y que alguien ve lo social]

E: Y no sienten de repente ¿qué haría falta incorporar a algún profesional que se maneje en lo social?, como la asistente o...

C: [(4:56) Es que por eso te digo, está el que si nosotros logramos coordinarnos y que nuestros compañeros de trabajo sepan lo que hacemos, va a ser mucho más fácil. Porque nosotros lo que hacemos ahora Vivianne es trabajar bajo el modelo, es decir, si cualquiera del equipo detecta un caso, por ejemplo social, otro ejemplo un caso de una chiquitita de un jardín que la tía nos cuenta, cuando fuimos con el Boris, y la vimos físicamente, con ciertas erosiones vaginales y que se yo, y nos dice que sospechan negligencia de la mamá, que no ejerce los cuidados, que llega siempre sucia, que esta con pediculosis. ¿Que hicimos? la conectamos con la enfermera, presentamos el caso en el sector, sale la educadora de párvulo y lo comenta... entonces ahí está el abordaje integral con los otros profesionales, la única diferencia es que, si bien nosotros somos el elenco estable, nuestros compañeros no saben bien y no entienden que hacemos en el CRES...]

E: Falta como una socialización dentro del consultorio

C: [(4:57) Si, distinto es si la enfermera, por ejemplo va a saber que nosotros intervenimos en ese jardín, en el nido de cóndores, ella le va a decir a esa mamá, porque ya sabemos quién es, porque es adolescente, “oye Juanita, se que la psicóloga va a ir al jardín, aprovecha si te invitan a la charla de ir” cachai que es distinto, si yo recibo la misma información de la enfermera, del médico,] “hay que mejorar esto, la idea es que no llegemos a tener que ir a verte a la casa con la asistente” porque ese es el paso siguiente, ir con asistente para evaluar medida de protección, y lo saben porque se asustan, de que piensan que uno les va a quitar la custodia al solicitar la medida de protección

E: Claro, porque creen que la medida de protección es quitarle al niño, y no es necesariamente es así...

C: No po, la idea es mejorar las habilidades parentales y que se produzca un cambio. [(4:58) Entonces el enfoque biopsicosocial, si está presente en el CRES, si está presente en el CESFAM, porque lo abordamos por sector, pero la integración de los distintos programas y de más que los programas de que manejemos el mismo lenguaje,] ahí es donde yo creo que... y es súper simple, más simple de lo que la Doctora piensa por ejemplo

E: ¿Por qué?

C: Porque en la reunión... ya el hecho de que nos reunamos todos va a ser positivo...

C: [(4:59) Te fijai, eso no se ha dado nunca, nunca hemos estado con las matronas y con las enfermeras, nunca. Pero si el abordaje es biopsicosocial, por supuesto que sí, de hecho es más psicosocial que bio, porque lo bio está en la evaluación antropométrica que hacen, lo bio desde lo oral está en la evaluación de los indicadores y la obturización, y todo ese tema, pero es más psico-social, el nutricionista es más psico que médico acá, que en la parte biomédica. Porque al Boris tú lo ves haciendo intervenciones lúdicas, trabajando con papelógrafos, trabajando con creencias, con videos es otro tipo de abordaje, mucho más que del daño, de que él se ponga a hablar de las consecuencias de la obesidad, que lo hacemos igual.]

E: En el fondo es como una integración de todo

C: Si

E: Entonces, a partir de esto mismo ¿podrías decir que el equipo opta por la multidisciplinariedad, interdisciplinariedad o la transdisciplinariedad?

C: Yo creo que es trans, [(4:60) yo creo que es trans porque..., si yo creo que sí, entendiendo como el ejercicio, o sea nos pasa a tal nivel que por ejemplo el Boris no ha podido ir alguna vez, yo hago la presentación del Boris, o sea a ese nivel, sabiendo que yo no soy nutricionista, pero a ese nivel del trabajo mancomunado y anclado en donde él puede cubrir por ejemplo y va a saber a ese nivel lo que yo hago...]

E: ¿Pero así con todos? Con Álvaro, con...

(4:71) C: Con Álvaro también, con Álvaro ahora este año, porque Álvaro no estaba antes,

E: ¿el ingreso este año?

C: [(4:61) El año pasado, pero he estado trabajando con el mucho mas, por ejemplo ahora como les decía vamos a hacer un trabajo de los 3, el tema del flúor, yo no sabía lo que hacía un odontólogo con los niños pequeños, yo no tenía idea, ahí la Dra. nos dejaba hacerlo, integrarnos. Entonces el mensaje que yo le doy a mi paciente cuando me dice “tengo hora al dentista y no quiero ir”, le digo” sabes lo que te van a hacer, te van a poner una pintura morada, que es el flúor que es súper rico, que es entretenido, que no sé qué”. Entonces eso ayuda al ejercicio profesional del otro y lo complementa...]

E: Claro se apoyan entre todos...

C: sipo, entonces si tu entiendes... no sé cómo entienden ustedes la transdisciplinariedad, pero así es po

E: Si, así mismo

C: Asi que yo creo que si

E: Son el proyecto estrella...

C: No yo creo que le faltan cosas, pero es un espacio ganado

E: Pero es bueno que le falten cosas, así se pueden construir más cosas

C: Exacto

E: ¿Ustedes ocuparon una metodología que es el teatro de títeres?, ¿cierto?

C: Si

E: ¿Porque se escoge esta estrategia y no otra?, ¿responde a algún lineamiento técnico?

C: Mira, yo tampoco tengo la autoría de esa idea, te puedo comentar...

E: Si, pero es tu visión en el fondo...

C: Porque la idea salió del terapeuta y de la nutricionista, que formaban parte del programa PROMOS

E: ¿Como del terapeuta?

C: De el terapeuta, ocupacional, [(4:62) acá hay un terapeuta ocupacional que trabaja en rehabilitación, con la nutricionista ellos se les ocurrió, desde el PES, desde el trabajo en las escuelas se les ocurrió esta idea, de a raíz de un trabajo de las internas de nutrición, que Sheila quería abordar de una manera distinta, hacer algo innovador y quería darle un proyecto a las internas se le ocurre hacer el tema del trabajo de títeres y por supuesto con el sustento que tiene el trabajar con títeres...]

E: Sí, con los niños.

C: Sipo, a esa edad, es el tema de la fijación del aprendizaje, de mantener el foco de atención-concentración, de que sea más comprensible...

E: Y ¿cuál es la evaluación que hace el equipo frente a esta iniciativa?

C: Totalmente positiva, yo lo encontré alucinante, alucinante. Vieras Vivianne, tengo fotos, pero lo que es ver a..., creo que fueron 500 niños que pudieron ver la obra en el año, entonces impacto...

E: Y ¿eso se ve a la hora de ver los resultados? ¿Se ve como producto? Como algo positivo en el fondo

C: O sea sí, es que [(4:63) la evaluación de nosotros es positiva por el acceso, si tú lo piensas es el acceso que tienen los niños de zona rural a tener ese tipo de educación. Si piensa que lo que se está cuestionando con el proyecto de comunas vulnerables, que fue hace 2 años atrás, era que las familias de acá tenían poco acceso a salud en general, aun cuando teníamos postas, se quería acercar un poco más a salud, piensa en lo que es tener acceso a salud y mejorarlo, puedas tener acceso a ese tipo de intervenciones. ] O sea [(4:64) en la mente de las familias, lo que decía el odontólogo, existe todavía el modelo biomédico, muchas personas todavía no entienden todavía nuestro modelo de salud familiar Vivianne,

llegan acá y se pierden, o no les gusta quieren que las vea sólo el doctor, que me vea de urgencia...]

E: No le ven la utilidad

C: Exacto, porque no les hace sentido, a otros sí. Pero todavía estamos en eso, estamos en rodaje. Entonces los títeres tienen para mí... tiene múltiples... tu lo puedes ver desde varias perspectivas, lo puedes ver desde lo teórico, desde el acceso, desde la posibilidad de venir a ver una obra con temáticas de salud, es algo que nunca se había dado, o sea tu en viña o en Valparaíso tienes todas las semanas en la plaza de los niños, en la calle de los niños, incluso en Limache a veces también se hace, los backsgardigans, monos que van...

E: ¿Cual es la plaza de los niños?

C: En Valparaíso, se cierran 2 cuadras y que se hacen actividades lúdicas para los niños, con titiriteros, desde que yo era chica que se hacen esas actividades de vez en cuando, acá en Limache también, en viña también se hacen a veces, que les ponen calle de los niños, plaza de los niños, se suele hacer organizados muchas veces por intendencia, por la muni, por el DIDECO...

E: Pero acá nunca había sido eso...

C: Acá no hay espacios de recreación, ni de actividades de ese tipo pa los niños. Acá los sábados y domingos los niños se van a meter a la cancha o al rodeo, entonces claro, puede sonar hasta duro...

E: Esta estrategia se incorporo el 2008, y desde ahí año a año a seguido, hasta actualmente por ejemplo...

C: No me acuerdo si estuvo el 2007, te mentiría Vivianne...

E: ¿Pero todos los años a seguido...?

C: 2008, 2009 y 2010, este año todavía no se ha hecho

E: ¿Debería hacerse?

C: [(4:65) Empezó a guatear por el tema del financiamiento de PROMOS, que es lo que te decía yo... estos títeres que fue caro hacerlo, fue muy caro hacerlo, fue hacer infraestructura, el escenario, los títeres, se hicieron los monos grandes]

E: pero eso ya esta...

C: está pero se daña con el tiempo. Entonces el PROMOS permitió financiar eso, y [(4:66) este año cuando se hizo el PROMOS, desde el servicio se nos señalo que era una intervención de poco impacto]

E: Y ¿por qué se señalo eso?

C: no tengo idea, porque [(4:67) no te dicen porque, te mandan “sácala del programa”, entonces prefieren las educaciones en los colegios, prefieren las educaciones grupales. Pero nos sacaron 2 proyectos, el tema de las olimpiadas, que fue otro proyecto que hizo Sheila con las internas, hicieron olimpiadas saludables, donde hicieron en la villa olímpica, hicieron 2 años, el 2009 y 2010, olimpiadas un día sábado en la mañana donde tu tenias competencias de todo tipo de actividad física, pa los enanos desde pre kínder, kínder, 1° y 2°]

E: y ¿esto es dentro del CRES?

C: No, del PROMOS, que [(4:68) fue maravilloso, con premios, con apoderados, con alianzas, con colores. Entonces los hicieron competir, con diplomas, fue maravilloso y eso el servicio dijo que era de poco impacto. Tener un sábado en una comuna como nosotros a 200 apoderados, con niños participando en actividades, me deci tu que es de bajo impacto, no tienen idea...]

E: pero ¿porque crees tú que pasa eso?

C: porque tiene que ver con... no se, [(4:69) en realidad creo que tiene que ver por lo que vimos con las orientaciones de lo que ellos creen que hay que hacer en promoción, o sea es súper dirigido, hay que intervenir: ambiente humo libre de tabaco, hay que hacer tal concurso de dibujo de lo que es el daño del tabaco, hay que hacer tal cosa en actividad física y hay que hacer tal cosa en alimentación. Todas esas estrategias no fueron

consideradas, no fueron consideradas porque no venían desde ellos, y a lo mejor desde el temor de que se malgastaran los dineros. Nosotros incluso queríamos anexarles fotos, videos para que vieran, porque claro, es justificar... costaba para que te hagai una idea, por ejemplo 600 lucas, entre los premios, organizar, arrendar equipos pa ciertas cosas, 500, 600 lucas, es nada, el programa PROMOS es un programa que tenía como 6 millones de pesos. Entonces gastar 500 lucas en eso, es nada. Pero esa visión es de nosotros, el servicio no piensa así...]

E: Y ¿ese presupuesto ya no existe? O sea esos 6 millones de pesos

C: No. Los cortaron como a 1 millón algo, 2 millones, no me acuerdo exactamente, Enzo te va a poder decir. Enzo trabaja todavía en el PROMOS, el con la asistente. Yo hablo desde lo que no se, a lo mejor estoy errada en los presupuestos, [(4:70) pero se bajo. Y si soy testigo porque se cortaron un montón de actividades mías incluso, de sexualidad chao, me lo sacaron. Y era cero peso, no tenía ningún gasto, porque íbamos con la matrona, en la municipalidad le pedimos al sonidista que ponía reggaetón, que ponía música, juntamos a los chiquillos de 7° y 8°, hicimos dinámicas, con videos, con todo, trabajamos con el SERNAM, una tarde. Lo que si gastamos, un par de paquetes de galletas, jugo, té, café, eso. Nos bajaron esa actividad del PROMOS. Te fijai que era un tarde de sexualidad-efectividad, como vamos a tener que hacerlo, ir curso por curso, 15 minutos, a educar de una manera flash sobre sexualidad-efectividad, no se. Pero es para que tengai mas o menos la idea del como nos bajaron muchas actividades.] Pero bueno [(4:71) volviendo a lo de los títeres, si fue una actividad súper innovadora, nunca antes vista acá. De hecho el reflejo de las profesoras, de las tías, quería de nuevo, nos llamaban de cuando íbamos a poder ir, o algunos jardines, porque hay 2 o 3 obras hechas, que se acuerdan de los personajes, hay una continuidad en el guion. Esta súper bien hecha, súper súper bien hecha, nos permitió a nosotros... yo actuaba, hacía de locución...]

E: A o sea ¿uds. mismos actuaban?

C: En algún momento, cuando no habían internos lo hacíamos nosotros mismos, y después cuando estabas los internos, lo hacían los internos, de kine, de nutri, de medicina, de...

E: Y ¿esos videos donde los tienen?

C: Podrían pedírselos al Rodrigo Castillo, es el terapeuta o pide hablar con la nutricionista. Para que anexen fotos, para que anexen videos, fue maravillosa esa intervención. [(4:72) Y tú ves después ahí mismo en el jardín, para hacer continuidad, en uno de los talleres que fui a hacer al blanca nieves, imprimimos, y de hecho tengo todavía acá, imprimimos los mismos personajes, que son el procool, el chatarrin, la Dra. muelitas, los imprimi para pintar, como dibujo para pintar, entonces cuando yo iba a hacer las intervenciones, se acuerdan de quien es este, “el malo, el chatarrin...”]

E: Y se acordaban de todo...

C: Se acordaban de todo, entonces yo les dejaba esos dibujos mientras yo trabajaba con las tías o con los apoderados. Pero ahora no se ha hecho, Víctor dijo que las olimpiadas iba a tratar de hacerlas igual, financiadas por el consultorio, pero...

E: Y ¿hay platas como para eso?

C: No tengo idea, porque este año también hubo un enjuague con las platas, que llegaron tarde, no tengo idea, ojala, pero si no se pierden...

E: Hablando un poco de los internos, cual es la participación de ellos, y el aporte que tu consideras que tienen estos internos de las diferentes disciplinas en el fondo, porque hay internos tanto de psicología, de medicina, etc. etc.,

C: [(4:73) En la ejecución de los ejes, yo siento que es una ayuda principalmente para las pocas horas que tenemos nosotros. Muchas veces, por ejemplo los internos de kine ayudan mucho a Alvaro en el tema de la actividad física, que eso requiere más... manos por decirlo así... o sea yo puedo hacer las educaciones junto a Alvaro, junto a Boris sin ningún problema, pero por ejemplo Alvaro necesita, con 20 - 50 niños, a lo mejor en el blanca nieves necesita más manos,] entonces necesita... yo misma he ido a hacer actividad física, y es muy divertido porque también implica que yo tengo que saber, a las alturas. Por ejemplo con el Boris hemos ido, implica también el tema del flúor, implica hacer la fluoración a todos los chiquititos, tuvimos que ir todos nomas po. O sea yo este año, [(4:74) mis 2 actividades centrales el primer semestre fueron hacer la evaluación antropométrica con el Boris, porque no tuvo internos, entonces tuve que postergar mi intervención

psicosocial porque no teníamos la evaluación de los niños, ahora si la vamos a poder hacer, pero decidimos hacer eso en conjunto porque si no no íbamos a tener la evaluación y esa es una meta. Te fijai, tuve yo que trabajar con el Boris...]

E: O sea faltarían más recursos humanos, más que incorporar más internos

C: [(4:75) Exacto, por ejemplo con las pocas horas que tienen Uds., yo a la Karla no la pude incorporar en el CRES, sino no hubiera podido atender los 8 pacientes que tiene que atender, entonces psicología nunca ha estado de interno en el CRES...]

E: Reciben sólo internos de la Valpo? en todas las disciplinas

C: No, no, en medicina sí. [(4:76) El interno de medicina es de la Valpo, y siempre nos acompaña a todas las intervenciones, porque ese es su internado, es parte crucial.] Los internos de kine, hay de la Upla y de la Andrés bello, pero que están bajo la tutoría del centro de rehabilitación, entonces participan del CRES, de vez en cuando, cuando el Alvaro puede. Internos de nutrición también hay, de la nutricionista del A de la Andrés bello, y del Boris de la Valparaíso, pero este año no le llego, a veces pasa eso que no llegan, por la lejanía, y porque la Valpo a diferencia de otras universidades no paga, entonces a muchos de los internos nosotros tratamos de conseguirles algo para la locomoción, pero a los tutores no nos pagan nada, en las universidades si,

E: A a ustedes les pagan

C: A mi no, a los de Universidades privadas sí. Y harto...

E: Somos más pobres...

C: Sise po, te lo digo en que sentido, en que eso le permite al tutor manejarse mucho mas con los tiempos, y darle, entrecomillas otros roles a los internos, [(4:77) los involucra más, porque tener internos significa, muchas veces tiempo extra, desmedro de tu atención clínica, cuando uno de verdad quiere que se involucre y que se empape de lo que es el trabajo, tu requieres estar ahí, y estar encima y trabajar par a par con el interno. No es ese internado en tu que lo dejo que me traiga el café, que me suba las fichas, nopo, sobretodo el

internado de nosotros es un internado en paralelo al mío,] Karla está atendiendo allá y yo estoy atendiendo acá, no es que ella este haciendo mi pega, te fijai...

E: Como debería ser...

C: en otras disciplinas eso pasa po

E: Sipo, en medicina

C: Que tú ves, no acá, pero en otros lados, tú ves que el tutor está viendo tele, tomando café, mientras el otro está atendiendo, y se arranca. Entonces para mí que la Karla participara del CRES va a significar que ella no va a poder atender, te fijai, entonces es poquito tiempo el que Uds. tienen de práctica, que nosotros tenemos de práctica, es poquito

E: Sipo, nada, un par de actividades y ya tenemos todo copado

C: Es que Capsi no debería estar incorporado en el 2º semestre, sólo en el 1º

E: Pero es que CAPSI no está incorporado dentro de esas 16 horas

C: Si, pero igual uds. tienen tiempo copado el resto de la semana en CAPSI, yo te digo que esas horas deberían ser ocupadas para practica. Pero el CRES es clave con el apoyo de los internos, [(4:78) además como interno es una muy buena experiencia, porque te permite ver de entrada, algo que no es común al ejercicio profesional o sea tu ves a tu tutor atendiendo, atendiendo y acá tu ves a tu tutor trabajando con el kine, nos conocen y actuamos y vamos a la radio con los internos, así que yo creo que también, siendo humilde, es un aprendizaje extra que se están llevando, del como trabajamos nosotros, y de ese extra también que tenemos nosotros que trabajamos súper a la par con las otras profesiones y con los internos]

E: Si yo creo que es una gran plus

C: [(4:79) Un gran plus en la formación, y que la universidad tampoco lo considera por supuesto]

E: Claro, por algo no...

C. Pero porque no existe en la malla, si existiera en la malla. Si existiera por ejemplo un ramo de promoción de la salud, la viña del mar que hace Vivianne, muy inteligente la viña del mar está mandando en 2° en un ramo

E. ¿En psicología de la salud?

C: No, en enfermería, hizo un convenio con las enfermeras de acá, con el director, y manda semanalmente alumnos de 2°, imagínate alumnos que recién entraron a la carrera para que vean lo que la maca hace, la enfermera y empiezan desde 2° ya, a tantear, a observar, a explorar, a preguntar, cosa que en el resto de tu carrera tu ya tienes una idea de lo que se hace acá. Es genial, o sea si por ejemplo, la misma Lily, y yo feliz, acá les pagan, la viña del mar, la Valpo no se puede, pero si la misma Lily quisiera venir un día con alumnos a ver el lugar incluso físicamente de cómo uno trabaja, yo creo que eso ya te deja el bichito, para ciertas personas, a lo mejor a algunos no les interesa, de que se hace en salud pública, que se hace en salud familiar

E: Claro como dices tú, como no está en la malla, la única profesora que menciona eso es la Lily

C: Sipo, yo lo se

E: entonces, si el resto de los profes no tienen ese foco

C: Sipo, pero la pregunta es, ¿en que trabaja la mayoría de los psicólogos?, o no la mayoría, gran número de psicólogos, en esto po, es algo de formación, debería estar incorporado en la formación, no acá en todo, si se puede llegar a convenio, y después tu amarras como pre práctica, la Lily me manda alumnos de 4° a entrevistar, me hicieron una presentación bien bonitas las chiquillas

E: ¿Como fue la participación del seremi en todo esto, en la incorporación del CRES y el aporte real?

C: ¿Del servicio? [(4:80) Porque seremi y servicio no son lo mismo, nosotros dependemos administrativamente, de la muni y del servicio de salud, la seremi es a nivel central, de hecho la seremi es de Valparaíso, nosotros no tenemos vinculo directo con la seremi...]

E: A entonces el vínculo sería con el servicio de salud...

C: Viña del mar – Quillota

E: Ya perfecto. Y como ha sido el aporte...

C: **[(4:81)** El servicio sabe del CRES por..., formalmente yo te puedo decir que sabría, a lo mejor Boris te lo va confirmar. El servicio conoce nuestro CESFAM por algunas actividades y por algunos profesionales que se destacan, por ejemplo el Boris que es jefe del programa Cardiovascular. Dentro de la atención en salud, el programa cardiovascular es súper potente, dentro de las problemáticas más atendidas en salud, está todo tipo de enfermedades crónicas no transmisibles, diabetes, hipertensión, dislipidemia, obesidad entre ellos... entonces te puedo decir que el servicio sabe del CRES un poquito a lo mejor por el Boris, por las enfermeras, porque yo he comentado en algunas reuniones de salud mental, y porque yo he comentado. Pero formalmente el CRES no es una iniciativa que esté presente en el servicio, es una iniciativa de la escuela de medicina y que la Dra. ha replicado en otros campus clínicos de medicina, pero en el servicio nosotros no mantenemos un vínculo para hablar de CRES, no existe una mesa..., existen desde el servicio el programa de PROMOS y a esas reuniones va la asistente social, Olga Mena y va Enzo a veces y existe una encargada de promoción del servicio pero que ve sólo eso, en las temáticas que yo te comentaba: actividad física, tabaco y obesidad y en ciertos ejes, me refiero a áreas, es decir actividad física para adulto mayor, tabaco en tal lado, y tal cosa en tal cosa. Pero no existe, si es que lo que uds. piensan que el CRES en algún momento va al servicio y nos reunimos, eso no. No hay espacio para eso, porque no existe. Obesidad infantil se aborda a través de las metas de programa cardiovascular, del programa de promoción en lo que tiene que abordarse y sería]

E: Ya, acá hay un tema con la mesa técnica, ¿qué es lo que es eso?

C: La mesa técnica, de promoción en salud, es una iniciativa de acá, comunal

E: Del CRES?

E: **[(4:82)** Salió del CRES, porque como política del CRES el 2009, nos empezamos a dar cuenta, después que pasamos del PES al CRES el 2008 y todo ese tema, que en las escuelas

estaban los quioscos y los quioscos, se intentó a través del PROMOS, bajo desde el nivel central la idea de que tenía que haber quiscos saludables, entonces se optó por la implementación de los quiscos saludables]

E: Claro los quiscos saludables, eso fue el 2009...

C: 2008, 2009 debe haber sido. Enzo también te va a poder decir, él fue el encargado de eso. Yo hablo desde lo que me quedo y desde lo que observe, y me consta que se intentó instalar. Existían fiscalizadores, existía una conversación con los encargados, reuniones con los directores...

E: Y se fiscalizaba realmente?

C: [(4:83) Si, de hecho yo misma acompañe un par de veces al Boris y efectivamente estaba la alimentación atrás, estaba una señora acá, otra señora vendiendo pan con mantequilla acá. Y no, no funcionaba...]

E: Y porque creen que no funcionaba?

C: [(4:84) Porque no era rentable, era más trabajo, por ejemplo la escuela Atenas hacia brochetas de frutas, pero sabi lo que es la lata de hacer brochetas de frutas y vendérselas a los niños, y vendérsela en el sentido completo de venderla, de marquetearla, “chiquillos vengan a comprar”]

E: Pero funciona en algún sentido? Desde los niños

C: Por lo que a nosotros nos comentaban eran sensación las brochetas, sensación, o sea volaban. Pero eso era por la iniciativa de esa tía del quiosco,

E: Claro, del como ella vendía el producto...

C: Del como ella vendía, del como lo hacia, de que se preocupó y de que enganche. En ningún otro quiosco paso eso, o sea aparte tu tenías apoderados vendiendo completos pa juntar plata pa los paseos

E: A paralelamente...

C: Sipo paralelamente..., entonces no tenia ni un sentido. [(4:85) A raíz de eso se empezó a discutir esto, cuando empezaron a fracasar, con el concejo municipal, fue Enzo, Boris y quedo la escoba fueron con los concejales, presentaron esto. Algunos concejales estuvieron de acuerdo en que había que eliminar los quioscos, y ahí se planteo la discusión.] Como hay periodistas en todos los concejos, por si no lo sabes, todos los concejos municipales son abiertos, tiene que haber transparencia, tiene acceso un periodista del diario local, tu puedes ver el acta por internet...

E: Sipo, si se que son públicos

C: [(4:86) El periodista rescato esto, “gran discusión en concejo municipal se quieren eliminar los quioscos”, se enojaron los directores, “que como iban a sustentar el financiamiento, que iban a dejar gente sin trabajo”, se averiguo todo esto, al final nos enteramos de que muchos de ellos era profes, otros eran apoderados que la ganancia era mínima, 40 – 50 lucas, y se llego a esa decisión de eliminar los quioscos. A raíz de eso Vivianne se decidió formar la mesa de promoción, porque esa fue la 1ª instancia de política comunal en salud, en promoción de la salud,] entonces a raíz de eso se empezó esto mismo, que son 3 concejales, Macarena Alvarez, la Sra. Sonia, representantes de salud, con representantes de acá: Enzo, Boris y la Dra. [(4:87) Entonces la idea es tener mas políticas de promoción de la salud. Esa es la mesa técnica, no tiene nada que ver con el servicio, tiene que ver solamente con el CESFAM, y la idea es que este también educación metida...]

E: ¿Es la idea?

C: Es la idea, [(4:88) pero educación participa poco de todo]

E: Y por que se da eso?

C: [(4:89) Participa poco de todo, porque tienen a diferencia de aca, el director del departamento, explicándolo desde el gran, bueno ahora con los paros mas todavía, desde el gran trabajo que para ellos les implica, asistir a reuniones, coordinar las horas, no van a nada, y a mi me pasa en el chile crece, me pasa en todas las cosas, pocazo participa, entonces si tu te preguntas, si yo te digo que tenemos que coordinarnos mejor aca adentro y

con el intersector, educación debería estar sentado, instalado en la 1ª mesa, pero no les hace sentido a lo mejor, te fijai, no es una necesidad sentida de ellos trabajar en la promoción, cuando tienen hasta el cuello con el SIMCE están hasta el cuello con la CEP, y están hasta el cuello...]

E: ¿a entonces tu crees que no les hace sentido porque están muy colapsados?

C: [(4:90) Están muy colapsados, creo yo, esa es mi hipótesis]. Porque si les hiciera sentido estarían acá a lo mejor

E: Claramente, pero a ellos les demandan muchas cosas

C: Y el enfoque del colegio, y ahí uno lo ve, y tu deci como van instalar un montón de políticas publicas en salud y en educación, si tu cada vez que vas Vivianne, y a mi me pasa, cuando vayas a trabajar tu quieres entrar al colegio, yo ya tengo técnicas me gano a las profes, pero te ven así como psicólogo, te ven como “noo, otro psicólogo mas, noo, voy a perder clases, que cuando...” Se urgen cuando uno va...

E: Colapsan...

C: [(4:91) Colapsan. Entonces te fijai que hay que ser muy estratégico, muy asertivo en el momento de intervenir. Hay directores que tienen voluntades para estas actividades, el director de la quebrada por ejemplo es pro intervención, nos va a dejar un espacio en la reunión por 1ª vez, nunca lo hemos hecho, no tengo idea como va a resultar. Vamos a ir a una reunión de apoderados y las hacen de 1º a 4º, todos los cursos juntos, no tengo idea como va a funcionar...]

E: ¿Hacen reuniones de 1º a 4º juntos?

C: Si, todos juntos, en un patio gigante. No tengo idea de cómo va a funcionar, estamos pensando todavía como lo vamos a hacer con tanta cantidad de gente, con internos claramente, de hecho la Karla va a participar de esa intervención. [(4:92) Pero ahí también esta la pregunta, que ojala uds lo aborden en el marco teórico o en la reflexión, el tema de educación. O sea si tu vas al frente, al departamento y hablas con el director del departamento, le preguntas que es el CRES, que hacemos nosotros...]

E: No tienen idea

C: [(4:93) Aunque como los jardines son de la JUNJI, menos va a tener que ver ahora. Pero si tu le preguntas, “Don German que actividades de promoción en conjunto con salud están trabajando uds” no va a tener idea, no va a tener idea... o va a saber algunas, pero no hay bandos medios, no hay representantes de promoción.] No, no hay

E: Cero abordaje

C: Te fijai. Y es una pata coja, [(4:94) en el chile crece pasa lo mismo. Y en el chile crece mas todavía lo tratamos de mantener en las reuniones por el tema de las adolescentes embarazadas, de las madres adolescentes...]

E: Si, hay que hacer un cambio macro, en todo sentido... Ya, en algún momento, en el 2010 comenzó a trabajarse en el nivel científico

C: Si

E: Estas investigaciones como las ves, si han tenido impacto, de si ha sido positivo la incorporación de esto, en el fondo que significa que sea el CRES científico, el impacto real, o ha tenido más desventajas?

C: [(4:95) A mi me encanta el área de investigación, no a todos les pasa, pero aquí coincidimos bastante en que nos gusta el área de investigación, desgraciadamente el hacer cualquier investigación, requiere mucho tiempo, yo hice investigación el 2008 y lo hice en la casa, hice una investigación comunal de consumo de alcohol y drogas...]

E: ¿Te refieres en que ocupaste tu tiempo?

C: Mi tiempo, en la casa. Porque no me iba a bloquear para ver eso. Otros profesionales prefieren bloquearse en desmedro de la agenda. Y ahí es donde yo te digo que yo que uno se encuentra en la disyuntiva de que beneficio estoy teniendo por un lado, pero también cualquier ausencia de nosotros significa cambiar muchas horas y significa colapsar la agenda

E: No hay alguna retribución monetaria, o algo así?

C: Nada, por supuesto que no

E: Es todo por amor al arte

C: Claro, [(4:96) entonces el hacer investigación, el usar tiempo en hacer investigación tiene para mí, desgraciadamente tiene ese correlato, que es en desmedro de las agendas. Que pienso yo de las investigaciones, a mí me habría encantado participar de más investigaciones y hacerlas, los chiquillos que lo han podido hacer han aprovechado de muy buena forma, sus estudios por ejemplo Álvaro y el Víctor con sus tesis de magister, están aprovechando el espacio CRES, lo cual es super bueno]

E: A o sea ellos ahora están haciendo sus tesis de magister

C: Sí, sus tesis de postgrado. [(4:97) Están uds con su tesis de pregrado, que es una investigación también. Esta Boris, Boris es el que más ha hecho investigación, es el que más ha participado de estas instancia como los nopales, innovadoras, y le gusta, le encanta. Entonces también ha participado como tutor de tesis, en la tesis de la Pia, en la que ha participado como tutor en terreno de las tesis, tiene un rol mucho más activo, el te va a poder responder mejor eso.... Yo creo que si es apropiado hacer las investigaciones y las presentaciones que se han hecho generalmente tiene que ver con el CRES mismo. Por ejemplo todos los años, ahora va a salud pública Víctor, y se presenta el proyecto CRES. La idea de las investigaciones, a mí me gustaría que fueran más desde lo clínico, o sea lo que hice yo esa vez con la Paulina tenía que ver con dinámicas, a mí me encantaría volver a hacerlo, y ojalá pudiera contar por ejemplo con interno que me ayudara para poder hacerlo, sola se hace muy pesado Vivianne, yo sufrí, o sea ahí mismo yo me retaba a mí misma, me retaba a mí misma, y lo presentamos en el congreso con los internos de medicina, con ellos hicimos el tema de percepción materna, que era que se observaba por supuesto, alteración en la percepción materna de lo que era obesidad y con el típico mito: gordito sanito. De hecho hicimos un folleto en base a eso. Niños obesos, y con índices de masa muscular alejados del normal, ni siquiera un rango más del normal...]

E: Sí, la semana pasada hicieron una presentación de eso y habían varios niños obesos

C: [(4:98) Lo que nosotros hicimos, fue evaluar la percepción de esa mama, le preguntamos “¿Cómo cree usted que esta su hijo normal, con sobrepeso, u obeso?” Las respuestas de los niños obesos, iban en normal. “le gustaría que estuviera mas delgado o que subiera mas de peso” era otra pregunta, la respuesta era si.]

E: Que subiera mas de peso

C: Si. Y había una evaluación del estado nutricional de la madre, entonces ahí tu podías contrastar el estado nutricional de la madre, con el estado nutricional del hijo

E: Y la mayoría eran más gorditas?

C: Por supuesto. Entonces ese tipo de investigaciones, que yo soñaría con una tesis por ejemplo clínica de psicología, como las que hace... el tipo que hace domingo, el tipo que hace la Lily también, del análisis de creencias hacia la obesidad infantil, o hacia..., me encantaría, cachai me encantaría. [(4:99) Y eso no hay, y muchos de los modelos que se aplican, el modelo motivacional del cambio, el modelo de modificación comportamental son de psicología, ¿y donde estamos nosotros?, no estamos po, no hay tesis de eso, trastorno alimenticio hay miles, VIF miles, maltrato infantil miles, agresores miles, pero de esto no hay.] Entonces ya después de uds, me encantaría que hubiera una clínica, de intervención, en donde puedan trabajar el tema con los apoderados, con las tías o con los niños. Eso me gustaría en investigación y yo por eso me he mantenido mas al margen este año y no he hecho investigación, no he participado este año en ninguna investigación acá, hice una y la presentamos en un congreso ahora, nada que ver..., en cuidadores de pacientes inmovilizados, que es mas en el área que también trabajo yo, que es con el kinesiólogo, adultos mayores, pero me encanta. Entonces si he participado en investigaciones pero...

E: no como CRES

C: Claro, no como CRES este año

E: Como hablábamos antes Víctor paso a ser director, como fue esto para el equipo, para ti, el que un integrante del equipo CRES haya pasado a ser director, que les ves como desventajas, como ventajas

C: La ventaja..., por supuesto que fue positivo, porque el Víctor entiende, de partida el Víctor es joven, eso no es menor, el Víctor maneja el mismo lenguaje, a Víctor le encanta salud pública, hizo el magister, le interesa, por lo tanto el también pone hartas fichas en eso, y el [(4:100) Víctor apoya la mayoría de las iniciativas muchas veces locas que se nos ocurren, como ir a la plaza a hacer intervenciones y cosas que se nos ocurren...]

E: Se motiva

C: [(4:101) Se motiva, se motiva. O sea yo le digo al Víctor “Víctor voy a cerrar para hacer un taller de TDA” que estamos haciendo con la Karla ahora, “ni un problema”, te fijai, le gusta, le gusta participar, va a las premiaciones, le encanta ir a las ceremonias con los papás, con los niños. La gracia de que el Víctor haya pasado a dirección yo creo que es esa, de que el Víctor nos valida y más aun nos promueve hacer estas actividades, si el problema no pasa por eso, pasa por el servicio y por las metas, te fijai. Ahora a diferencia de otros centros de salud, donde el director es otro tipo de persona, ejerce otro tipo de liderazgo, probablemente nosotros no podríamos hacer esto...]

E: Claro, estarían más entrapados

C: [(4:102) Si. Ahora no fue tanto el cambio, porque la Dra. Rivera, que es la odontóloga, ella estuvo subrogando bastante tiempo cuando estuvo enferma nuestra jefa, antes de que falleciera, y la Dra. Rivera es del mismo espíritu. A la dra rivera le encanta, es movida, le gusta, te agancha, se mueve, te consigue vehículos, te gestiona. Entonces de la Dra. al Víctor no hubo gran cambio. La señora María teresa, que era la directora anterior, también le motivaba el CRES, también le gustaba, pero se apegaba un poco mas al tema de carga asistencial, o sea la Sra. Teresa por decirlo de alguna forma titubeaba un poco mas, o se quedaba media dubitativa cuando tu le decías por ejemplo “voy a estar toda la mañana en el jardín” “pucha pero es que...” te dejaba pero... te cuestionaba un poco más, le dolía, se preocupaba, se angustiaba. La Dra. y el Víctor saben que nosotros lo vamos a hacer igual y por el contrario saben, porque ellos mismos lo hacen, que va a ser una carga para nosotros y esa es la gracia...]

E: La confianza

C: Si, porque [(4:103] saben que nosotros vamos a llegar a hacer el power a la casa, me entendí, porque me gusta y me motiva y todo, siendo que ellos nos dejan hacer, entre comillas nos dejan, están actividades,] en cambio fue continuar con el tema de la Dra. y aprovechar la visión integral que tiene el Víctor como kinesiólogo, si fuera otro profesional...

E: Ya, o sea le ves sólo ventajas...

C: Le veo ventajas, en ese sentido, si

E: Y ¿no desventajas en ningún sentido?

C: No, no se me ocurre ninguna desventaja fíjate...

E: Off de record.

C: No, si no se me ocurre, si te diría. La única ventaja que puede ser, es que el kinesiólogo... Víctor tiene horas clínicas todavía, y el kinesiólogo que está aquí Álvaro tiene pocas horas, y le faltarían algunas horas y esas horas tendría que dejarlas el Víctor para que las tomara el Álvaro. Pero es un tema administrativo, pero esa es la única desventaja que se me ocurre, que me encantaría que el Álvaro tuviera más horas y no las tiene...

E: El trabaja 22 horas

C: 33

E: Ya, lo otro y para terminar. Ripse se incorporo el 2011, este año...

C: Este año

E: Ya, cual ha sido el aporte, que ha implicado acá dentro del equipo que ripse...

C: Ripse, yo tampoco he participado mucho, a excepción de la reunión que tuve con el Dr. de republica dominicana y con Rodrigo el hijo de la Dra. Vidales, que es el encargado, es el secretario técnico de RIPSE. Álvaro, participa mas del RIPSE, porque como el está haciendo su tesis, el esta mucho mas metido en el ámbito internacional, el gestiono la

conferencia, la lleva en ese ámbito.... Lo que yo creo, humildemente, con lo que me quede yo de la reunión, me sentí orgullosa, y me sentí...[(4:104) validaba en el quehacer que nosotros llevamos en el CRES. Yo lo se, se que es una buena oportunidad, yo soy mas critica a lo mejor que el resto, a mi me gustaría que fuera distinto, que estuviera todo el consultorio, pero me sentí... fue gratificante tener el feedback de estos 2 profesionales, de un medico y de Rodrigo que es sociólogo creo, no me acuerdo que es... ver como ellos nos plasmaban la realidad de salud y la realidad de promoción de un país como republica dominicana y de que quisieran replicarlo y que se interesaran y se motivaran con lo que nosotros hacemos, fue super grato. Desde lo técnico, no te puedo decir más porque desconozco que hacen realmente, yo se que trabajan a nivel de investigación con todos estos países de la red, que se mantienen en contacto, y que intercambian experiencias...]

E: Tienen una plataforma virtual de intercambio

C: Una plataforma, me encantaría que llegáramos a un nivel en donde pudiéramos hacer pasantías, el terreno de tanto recibir a ellos que vinieron como a nosotros poder ir...

E: Yo creo que estaría la opción si uno lo plantea

C: Yo también creo, si al final las platas... uno ve los gastos que hacen acá, a mi me toco ver, en un lienzo que costaba como 3 millones de pesos, y yo dije no pueden gastar 3 palos en un lienzo...

E: Y ¿eso para que?

C: Estos grandes..., los pendones que se llaman. [(4:105) Hace 2 años atrás vinieron de la seremi con un pendón gigante. Yo decía no puedo creer que... porque es una brutalidad de plata, entonces ahí tu te das cuenta como a veces se destinan ciertas platas para materiales tangibles o materiales de ese tipo, versus tener a lo mejor un espacio de autocuidado, o de tener un espacio con otros consultorios, yo jamás lo he visto. En donde tu te sientes y “oye uds como están trabajando sexualidad, como estay trabajando...” nopo uno se reúne a reuniones técnicas, reuniones administrativas, pero de intercambiar experiencias, no. Esos son los congresos, en los congresos uno va a sentarse a escuchar experiencias de los otros, y uno llega aca y dice “shuta esto puede servir”, o en las pasantías. En salud familiar hay pero

son poquitas, son poquitos cupos, o sea...] Entonces yo creo que el RIPSE va a venir a llevar esto a otro nivel...

E: Tu le ves un beneficio a futuro

C: [(4:106) Yo le veo positivo, en que como te digo, vamos a poder sacar en limpio nuestros procesos, y vamos a poder también conocer como se están dando procesos parecidos, ya sea en un nivel avanzado o menos avanzado que el nuestro y vamos a poder cooperar po. Si las realidades de salud con algunos países de la red son bien similares, o sea no nos vamos a comparar como dice la Dra. con Finlandia po, ahí discrepo hartoo, hartoo, si aquí mismo en argentina tenemos una realidad similar, republica dominicana al parecer también, cuba esta a otro nivel po, esta a otro nivel en salud familiar,] y así po

E: hay que irse comparando con...

C: [(4:107) si, y si vas a tener el acceso a países tan desarrollados como los nórdicos, que la llevan con el tema de la promoción, super bien, pero que sea algo aterrizado, o sea yo no quiero reflexionar desde lo teórico, a mi me interesaría ver.... El tema de la video conferencia, por eso la destaco, el tema de la video conferencia, por lo visto, la gracia fue, en que tu puedes preguntar, tienes feedback directo, mas alla de leer un paper]

E: Ves las experiencias, el como lo vivieron

C: Exacto, y el RIPSE me tinca que pa ese lado va. Asique a mi me gusto, lo encontré interesante, novedoso

E: Fue una buena iniciativa

C: Si, si

**Boris Moena**

**Nutricionista Programa CRES UV Olmué**

**Eje nutrición**

**B: Boris Moena**

**E: Entrevistador**

E: lo primero que me gustaría preguntarte es: el programa CRES ¿es un programa asistencial o promocional-preventivo?

B: o sea, **{(1:1)}** yo creo que netamente promocional preventivo, hoy con una fuerte ala científica}, que es lo que a mí más me tiene contento, me permitió explorar la veta científica que yo tengo, y que me ha permitido quedarme en este centro de salud y estar contento en este centro de salud, sin tener que emigrar a centros de investigación que es lo mío, o parte de lo mío. **{(1:2)}**Es promocional, porque trabajamos con población sana, con niños sanos, es preventivo porque trabajamos con población con factores de riesgo, previniendo daño secundario y es científico porque ya está a la vista todo el trabajo científico, todo el desarrollo científico que hemos tenido y que tiene que seguir creciendo}

E: tú ingresaste en el año 2007 al programa...

B: **{(1:3)}**el 2007 llegue al consultorio, ingrese al tiro al programa, no paso ni un mes yo creo}..

E: ¿alcanzaste a vivir el programa pes?

B: yo llegue al PES, estábamos en el consultorio viejo, **{(1:4)}**se estaban abordando los escolares del 1° ciclo básico y viví todo el proceso en el que nos empozamos a dar cuenta como equipo, yo me sume a este grupo, en donde nos empezamos a dar cuentas de que era mejor prevenir y anticiparse al daño, y nos dimos cuenta de que los grupos preescolares era

lo más temprano, y apoyándonos incluso en la evidencia científica internacional, con papers que llegaban a las mismas conclusiones que nosotros, que la población preescolar era lo preventivo}, pero de repente, dentro de las discusiones que teníamos en la mesa, era justamente que viene antes de los escolares, los preescolares, pero que viene antes de los preescolares, las mamás embarazadas, y que viene antes, las adolescentes, las niñas y niños, y que viene antes, los escolares, entonces de alguna manera se puso en el tapete el cuestionamiento de **{(1:5)}**cuál es el origen, la conclusión que yo tome personalmente, la moraleja, que el abordaje con familias es importante, porque pillas a todos los grupos etarios ahí por eso esta cuestión no puede ser individual, por eso esta cuestión tiene que ser la comunidad escolar, tiene que ser la familia}, porque ¿con que criterio tu determinas cual es el punto de origen? Y ese es el dilema, ese es el desafío.

E: ¿Cómo fue para ti el cambio de PES a CRES?, ¿Por qué se termina la experiencia PES y se comienza la estrategia CRES?, ¿Cuáles son las ventajas de trabajar bajo este nuevo formato?

B: **{(1:6)}**básicamente lo que yo decía antes, la población objetivo, de escolares a preescolares}. Cuando nosotros en la práctica empezamos a ver a los niños en 1° básico, **{(1:7)}**observamos un desprendimiento de los papás, como que los papás en la parte del jardín estaban mucho más endientes de los niños y quizá se hacían mucho más responsables de los niños. En primero básico, como que los niños crecían, pasaban a otra etapa, con mayor independencia y los papás se desprendían de ellos, de esa responsabilidad del cuidado del niño, entonces por eso se hacía tardío intervenir en esa etapa y eso era lo que observábamos y discutíamos en las reuniones que era uno de los fundamentos para volver atrás, a la etapa preescolar}. Ahora, yo creo que, si bien es cierto que en la etapa preescolar hemos tenido buenos resultados, insisto, **{(1:8)}**el trabajo con familias es súper importante y es ad hoc al modelo que estamos viviendo, el modelo de salud familiar, de partida hay que creer en el para poder trabajar con él, y de hecho, el programa CRES tiene mucho del modelo de salud familiar: la transversalidad, el trabajo en equipo, tiene mucho, mucho de eso. Nosotros en el CRES estamos trabajando con salud familiar desde antes que apareciera como nombre, como logo en el centro el modelo de salud familiar, así que yo creo que es

importante no olvidar, quiero que quede claro, no solo la parte preescolar, sino que el trabajo con familias, el preescolar inserto en la familia}.

E: ¿tú crees que el CRES está abordando a las familias?

B: **{(1:9)}** de todas maneras, yo creo que tiene que seguir evolucionando en mayor medida, con mayor enfoque familiar y para allá vamos probablemente el próximo año, o en dos años más, nos demos cuenta más todavía y quizá lleguemos a un acierto en cómo hacerlo, yo creo que la respuesta de eso lo tiene en gran parte la salud familiar, pero no solo yo tengo que convencerme, el equipo completo tiene que convencerse}.

E: ¿tú crees que ha habido algo de ese proceso en el equipo?

B: de hecho, ya lo hemos tocado en algunas reuniones, hemos hablado el tema. Empiezan a haber como unas lucecitas de comentarios al respecto, pero esto lo tenemos que seguir evaluando, tenemos que seguir dándonos cuenta, tenemos que ir evolucionando.

E: el eje nutricional se integra en 2007...

B: **{(1:10)}**venía de antes, antes estaba mi colega Sheila, y de alguna manera yo la sustituyo a ella, hubo un cambio de quien lideraba el eje nutricional, yo aborde la parte nutricional y Sheila se quedó a cargo de la parte promocional del programa PROMOS, yo me quede dentro del **{(1:11)}**CRES que también trabaja en actividades de promoción} y que en ese tiempo con el PROMOS hacían dualidad de servicio, entonces la comunidad el PROMOS intervenía, el CRE intervenía en las mismas cosas, y no se coordinaban entre sí. Eso también fue evolucionando a través del tiempo, donde hubo coordinación con otros programas}. **{(1:12)}** Este año, 2011, a través de un par de acuerdos que hubo en la reunión, se acordó que Sheila, la nutricionista del otro sector se incorporara nuevamente, entre comillas, al CRES, que participara de un par de reuniones, para darle el enfoque de sector, de salud familiar, en el fondo que en el CRES no solo haya componentes de un sector sino que esto pueda ser replicado en ambos sectores de manera más equilibrada}. Ha costado, porque por varios motivos ha sido difícil la asistencia de los profesionales del otro sector, **{(1:13)}**nosotros estamos, los que tú has visto en las reuniones, como los profesionales más estables, más equipo de cabecera}. **{(1:14)}**Los otros profesionales quizá se sienten como un

equipo transitorio, un equipo - quizá - menos importante, porque llevan menos tiempo, y quizá eso les haga como el fenómeno de que “no importa si no voy”, entonces ha costado un poquito que esta cuestión se instaure, que se sientan como parte de esto, que se empoderen}.

E: y desde el equipo más estable, ¿ha habido un proceso más activo de inclusión hacia los profesionales del otro sector?

B: **{(1:15)}** yo creo que el CRES funciona bien didácticamente, y como que tu sientes - como me pasó a mí - que tu llegas al CRES y es un carro que está funcionando, entonces tú tienes que sumarte, y yo siento que el CRES tiene la particularidad - como carro que está funcionando - tú tienes que tener una actitud proactiva para poder alcanzar el ritmo de ese carro, entonces, probablemente **{(1:16)}** el CRES funciona bien para cierto tipo de perfiles de personalidad - me da la impresión - ciertos perfiles funcionan mejor, profesionales, y eso es así y es lo que veo yo}, es mi opinión}.

E: Te referiste recién a los acuerdos entre programas, al parecer este año ha habido un proceso de integración o de coordinación del CRES con el PROMOS, ¿eso tiene que ver con lo que decías antes, de la dualidad de servicios?

B: lo que pasa es que la gente, la comunidad, **{(1:17)}** derepente llegaba PROMOS a pesar, después llegaba CRES a pesar, ¿Por qué no se coordinaban estos dos programas y pesábamos una sola vez? Quizá los usuarios se sentían como objeto de deseo, se sentían utilizados “oye, tú, si ya vinieron a pesarme la semana pasada”, pero ¿Quiénes son ellos? No había una clara comunicación, esto es CRES, esto es PROMOS, pa’ ellos es el CESFAM no más, es uno solo, entonces eso también fuimos trabajándolo a través de los años, **{(1:18)}** en difundir en la comunidad que es CRES, que es PROMOS y tratar de no hacer dualidad de servicio}, de prestación}.

E: en ese mismo año, en 2007, hubo un proceso de cuestionamiento del poco impacto que tenían las intervenciones en la población. ¿Cómo tú participaste de ese proceso de revisar lo que se había hecho hasta ese momento?

B: **{(1:19)}** en ese momento llegue yo, cuando se daban las discusiones sobre el poco impacto y ahí fue donde empezamos a analizar las causas del problema ¿serán ellos que están mal? ¿O nosotros como equipo estaremos interviniendo mal}?, bueno, **{(1:20)}**ahí apareció el eje psicosocial, que la doctora Vidales, como líder del equipo dijo “probablemente aquí falta...como estamos entregando el mensaje”, el mensaje no está siendo bien entendido, por lo tanto, falta un profesional del área psicosocial y la Caro aparece como protagonista aconsejando, sugiriendo, viendo la visión de su especialidad fue un gran aporte para el equipo y en conjunto con todos los análisis, del resto de los profesionales} - **{1:20}**yo venía recién llegando, observando, analizando, aprendiendo mucho de este trabajo en equipo, se empezó a dar cuenta, y yo me empecé a convencer de que lo que necesitábamos era un cambio en la población objetivo, y después lo fuimos comprobando en el tiempo}.

E: ¿esa fue su hipótesis principal de trabajo entonces, volver a una población en un estado anterior de desarrollo?

B: **{(1:21)}** exacto, creyendo que en una etapa anterior...mientras más temprano se intervenga, más probabilidades de éxito}.

E: en ese momento, cuando tu refieres que se integra Carolina con su visión desde la psicología, se integra inmediatamente como un eje?

B: como eje, como eje psicosocial, como un eje más.

E: la existencia del eje nutricional, ¿implicó desde el principio la participación de un profesional nutricionista?

B: si, desde el comienzo del programa, antes estaba mi colega Sheila.

E: pasando a otro punto, ¿Cómo definen la conveniencia de trabajar con ciertas estrategias con la población, por ejemplo, con el teatro de títeres? ¿Genera esto algún cambio en la forma en la que se relacionan con los niños? ¿Cuáles fueron las ventajas de esa forma de abordaje?

B: **{(1:22)}** de hecho, eso fue como de cambiar...también ahí el caro nos sirvió para ver como entregar el mensaje de manera más horizontal, **{(1:23)}**que no fuera una educación vertical, “yo soy el profesional, lo sé todo y los vengo a educar a ustedes” si no que entregar el mensaje más lúdico, más horizontal, en una forma que ellos lo entendieran}, y aparece el tema de **{(1:24)}**los títeres - que es financiado por PROMOS - ahí hay una alianza, estratégica. Títeres es de PROMOS, no de CRES, pero trabajamos juntos, es la misma gente, somos el mismo equipo, y antes existía mucho eso de CRES y PROMOS, CRES y PROMOS, como dos polaridades aparte, pero ahora se empezó a ver que era una alianza, que los títeres podían participar dentro del equipo, e incluso, parte del equipo de ese momento, eran los actores de los títeres}, entonces, esa estrategia nació para llevar mejor el mensaje a los niños}

E: lograron ustedes observar una mejora a propósito del despliegue de la estrategia?

(15'25")

B: **{(1:25)}**por lo menos, tardíamente, yo diría, años después, nosotros pudimos observar las mejoras antropométricas}, pero inmediatamente pudimos observar indicadores de corto plazo, de plazo inmediato, **{(1:26)}**indicadores de bienestar y satisfacción usuaria, o sea, los cabros chicos lo pasaban bien y se lograban otros objetivos internos que no estaban considerados, que eran por ejemplo, la alianza con el equipo, la cercanía que se lograba entre los mismos niños y parte del equipo de salud}, probablemente estos chicos van a crecer, **{(1:27)}**ahora tendrán 6 o 7 años, el día de mañana van a tener 20 años, se van a tratar con nosotros, si seguimos aquí, entonces, es una cuestión que va a quedar en su memoria, que les va a servir para más adelante, para mejorar la adherencia terapéutica en algún tratamiento que se tengan que hacer}.

E: tu aquí visibilizas 2 elementos que me parecen esenciales y me gustaría preguntarte sobre tu visión al respecto. En algún momento te refieres a entregar el mensaje de una manera horizontal y por otro lado te refieres a como mejora la relación entre los niños y los profesionales del equipo, me da la sensación de que se trata de una visión, no sé si tuya o del equipo, concebir la relación usuario- sanitario de un modo distinto, una diferencia en

cuanto a cómo deben llevarse las practicas sanitarias, en el sentido de la no directividad, del usuario con un rol activo.

B: es que mira, esto está basado, esto yo lo he practicado mucho en el programa que yo llevo, cardiovascular, y **{(1:28)}**ojala que, yo como parte del equipo pediátrico del programa CRES, ojala que estos niños no lleguen a convertirse en enfermos crónicos}, entonces, por eso a mí me hace sentido, como dicen ustedes los psicólogos, trabajar en la parte pediátrica, porque es población que se previene pa' que llegue a lo que estoy viendo ahora yo, que a mí me gusta, pero ojala evitarlo. **{(1:29)}**De hecho, en ese programa, se revisó mucha evidencia científica que demostraba la eficacia del aprendizaje horizontal, el aprendizaje entre pares, las formas de enseñar más participativas que, obviamente, tenía mejores resultados en adherencia terapéutica y el paciente, el usuario como se lo llama en este modelo, aprende mejor, y ese aprendizaje, más significativo sea, logra pasar de la parte cognitiva, a la parte psicomotora, a la parte práctica que lo que uno busca y eso, como yo ya lo había visto, la efectividad de esto en seres humanos, yo también aposte en CRES que esto debía ser así, porque había visto que así funciona bien. Ese fue el origen de mi apoyo a esta práctica}.

E: desde esta nueva forma de relacionarse con el usuario, ves tú una retroalimentación, la posibilidad de que el profesional también aprenda algo?

B: esa es la gracia de la horizontalidad en el fondo, nosotros somos facilitadores, y como facilitadores, el aprendizaje es mutuo, **{(1:30)}**eso igual suena teórico y uno lo puede ver en los libros, pero pucha que es cierto, y realmente es muy cierto, como nosotros nos empezamos a nutrir de cosas y empezamos a aprender del paciente, quizá no de conocimientos técnicos, pero si otras cosas que son intangibles y que nos sirven para entender mejor el comportamiento de las personas}, que si bien no somos especialistas...no somos psicólogos de profesión, pero sin embargo **{(1:31)}**todos los profesionales que están en los box, que estamos en contacto con la gente, tenemos que tener un mínimo de noción, de habilidades sociales y comunicacionales que nos permitan entregar el mensaje de manera efectiva y lograr una cercanía, empatía con el paciente, ninguna indicación médica, nutricional, de enfermería van a cumplirla}, ¿me entiendes?.

E: pasando a otro punto, tu viviste el cambio de consultorio a CESFAM ¿de qué manera impacto eso al funcionamiento del CRES?

B: **{(1:32)}** nosotros estábamos en el consultorio viejo, en el sucucho viejo, al lado de la caca de los caballos, literalmente, nos juntábamos en un box que si abrían las ventanas se llenaban de moscas porque había caca al lado, y llegamos aquí, a una casa nueva, preciosa, linda donde cada uno tenía su box, allá estábamos hacinados y nos juntábamos en la cocina a hacer las reuniones, en cambio acá teníamos un ambiente agradable que nos acompañaba a lograr lo que queríamos, el ambiente era consecuente para lograr los objetivos del programa CRES, y de hecho, influyó positivamente al equipo porque ya estábamos mas cómodos, cada cual tenía su box, cada uno tenía sus cosas y de hecho, eso causaba un bienestar de base, como premisa, y eso de hecho, no ayudo no tan solo a CRES sino que a todos los programas}

E: en lo concreto, y en el CRES, ¿tú puedes ver algún ejemplo concreto de estas mejoras o se trata más bien de una mejoría global?

B: específicamente y en este momento no logro unir una relación directa con algún beneficio que tenga que ver con CRES, lo que sí, **{(1:33)}**teníamos donde juntarnos y era un lugar agradable para efectuar las reuniones de CRES y generamos un sentido de pertenencia, en el fondo teníamos un signo de pertenencia, este es el lugar donde se reúne el equipo CRES, una construcción de identidad de equipo}

E: ¿en que consistía la estrategia comunal Kioscos Saludables?

B: **{(1:34)}**yo tomé ese programa en 2008, junto con mi colega Sheila y junto con Enzo, el psicólogo, me tocó ir a terreno}, **{(1:35)}**supervisar en terreno los kioscos de los establecimientos educacionales, me tocó ver el desastre, el no cumplimiento, me tocó ver que no funciona este programa, y me toco ser uno de los primeros en convencerme de que los kioscos no deberían estar en los colegios}.

E: ¿en qué consistía la idea de Kiosco Saludable?

B: **{(1:36)}**los establecimientos educacionales debían tener dominio sobre el expendio de alimentos dentro del colegio. Se afirmó que el 70% de los alimentos que se venden debían

haber sido saludables y el 30% solamente no saludables, cosa que en la práctica fue difícil, porque, como catalogas tú que alimentos son saludables y que es lo no saludable teniendo en consideración, técnicamente, la parte nutricional, que el etiquetado nutricional de las empresas es mentira, es falso o no es tan cierto, y eso después salió en un reportaje en la televisión hace algunos años atrás en canal 13 hubo un reportaje donde aparecían todas las falsedades en este tema, bueno, y hoy se discute justamente el tema del etiquetado nutricional, y tiene sentido el tema. Y en el fondo, esa era la idea principal, nos vimos en problemas, porque los mismos kiosqueros tenían que tranzar con las grandes empresas, cocal cola, que era dueño del Kiosco, que les exigía vender sus productos, les trataban de meter por entre medio sus productos sanos, que para nosotros eran insanos, entonces se convirtió en un problema para el kiosquero tratar de vender, porque ellos buscaban solo el objetivo económico, no el objetivo de salud, que era incompatible}.

E: tu mencionas de que comenzaste a convencerte de la necesidad de que no hubiera kioscos dentro de los colegios, posteriormente, ¿como se define la política comunal de no admitir kiosco dentro de los colegios?

B: **{(1:37)}**ese proceso también lo viví activamente, porque en ese tiempo la doctora ribera, que esta a cargo de leje odontológico, era directora subrogante, me llama por teléfono que valla urgente a la municipalidad, yo no tenía ni idea que podía pasar. Así llego en un momento y estaba exponiendo un profesor del liceo sobre unos porcentajes del estado nutricional de sus alumnos, y entre medio dejaban ver que nuestras mediciones nutricionales no tenían nada que ver, y **{(1:38)}**dejan entrever lo de los kioscos, como que nosotros, el ente salud estaba metiéndose en el área educacional, sentían invadido su territorio}. Yo me siento en ese momento y empiezo a observar el estudio, las estadísticas y técnicamente no estaba correcto, entonces de alguna manera se nos da plazo para, nosotros como ente salud hacer evaluaciones nutricionales en el liceo y tomar las riendas de la parte de la salud en el área educación y eso fue validado por el concejo. **{(1:39)}**Dentro de ello apareció el tema del kiosco, y empezamos a luchar por esta política de salud que era, si nosotros lográbamos demostrarle al consejo municipal que los datos que presentaba el liceo no estaban correctos y que sus alumnos no estaban flacos ni bajo peso, estaban obesos y sobrepeso, en gran manera, eso era trascendental para que el consejo municipal aboliera

los kioscos dentro de las escuelas, por eso tiene que ver con lo que te estoy contando}. {(1:40)Nos dedicamos a trabajar, a ir pa allá, a aplicar EMPA, pesar, exámenes, el dedo, que se yo, peso, talla, circunferencia de cintura, una cuestión súper completa, la cosa es que termino el tema y el estudio arrojó que los niños estaban gordos, sobrepeso y obesos como nosotros decíamos}, y {(1:41)empezó la lucha, interna, fueron como 2 o 3 reuniones del consejo municipal para poder enfrentarnos a los concejales que no son entes capacitados para tomar decisiones en salud y teníamos que trazar con ellos, fundamentarles a ellos que era necesario, desde el punto de vista de la salud, tratar de eliminar los kioscos y fue una lucha, fue una pelea super grande y fue uno de mis primeros acercamientos al ámbito político, y me di cuenta, y tengo mi opinión respecto a eso, y fue un esfuerzo y la primera política comunal de salud, chiquitita, pero no es una lesera, cuando tu lo piensas, es una medida comunal que pasamos, una barrera enorme}, y pudimos conocer {(1:42)como es este tema, como es el tema político y como es necesario que personal de salud se involucre en temas políticos para poder decidir temas competentes a nosotros, de ninguna manera, ninguna decisión de salud va a estar bien fundamentada en solo personas políticas}, y esa es una de las conclusiones que al menos yo saqué}.

E: ¿Qué participación tuvo crees en todo este proceso?

B: {(1:43)totalmente, de aquí nació esto, CRES cobijó los Kioscos saludables, en cada reunión la doctora Vidales nos preguntaba ¿Cómo van los kioscos saludables?, no tenía nada que ver con CRES aparentemente, no tenía nada que ver, porque era un programa aparte, que venia aparte, ni siquiera venia con platas, era totalmente aparte, pero empezó a hacerse un tema común porque los mismos integrantes de CRES eran los profesionales de Kioscos saludables y de PROMOS, y por eso empezó este nexo, y lo miras fríamente, los mismos niños que se estaban interviniendo, ahí mismo estaban los kioscos, entonces, no tenía sentido que trabajáramos aparte y además está bien hablar de todos los tema pertinentes dentro del CRES, así que CRES el nicho, con la doctora Vidales estuvimos sentados en el consejo municipal viendo el tema incluso, fue testigo}.

E: pasando a otro campo, el cambio que hubo en la permanencia de los internos de medicina, de 4 a 8 semanas, ¿tuvo algún impacto?

B: recuerda que este es un programa docente asistencial, de manera que también se trabaja en pos de tratar de entregarle cosas al alumno, al estudiante de medicina, y a todos los internos, cuando yo tenía internas las llevaba y así todos entregaban a sus internos y yo llevaba a todos los internos de medicina, se hizo como ley, pasaban y yo los llevaba a la radio, yo soy nutricionista, ellos son futuros médicos, lo mismo hacía con los internos de Kinesiología y los de nutrición, una transversalidad. **{(1:44)}** Pero yo sentía y siento que como es un programa docente asistencial, el equipo innatamente estamos predispuestos a tratar de colaborar y de que el alumno vea que esto es un equipo de trabajo, que ella es la especialista en salud oral, él es el especialista en la parte nutricional, él es especialista en la parte psicosocial y él es especialista en la actividad física, y tu eres especialista en lo tuyo, entonces, de alguna manera colaborar con este enfoque integral que este médico va a tener el día de mañana, como que nos creemos mucho el cuento de ser formadores y a mí es un tema que me toca mucho, me toca, como que me traspasa mucho, porque yo me siento con la labor de hacerlo, cuando voy a la radio, el tema de la horizontalidad, el tema de la discusión, es un tema que me interesa que los alumnos lo entiendan}, aunque no sean de mi área, porque **{(1:45)}** esos chicos van a ser futuros médicos, y que es importante que no salgan con la visión biomédica si o que con la visión biopsicosocial y depende, yo me siento responsable}.

E: en ese caso, duplicar el tiempo, ¿tuvo algún efecto?

B: de todas maneras, yo después a estos chicos me los encuentro en otros lados eh... han venido algunos de ellos a trabajar acá y se ve la diferencia, y al parecer vale la pena el esfuerzo, porque el hacer docencia requiere inversión de tiempo y de esfuerzo, desgaste muchas veces emocional, mental, de tiempo, el hecho de hacer una actividad, estar fundamentándola, explicándola, y pidiendo retroalimentación, discusión, eso cansa, en todo caso, pero tiene sus frutos super grandes,

E: Por lo tanto, el beneficio que tu vez, tiene que ver más con el ala docente que con el ala asistencial...

B: Obviamente {(1:46)los internos aportan, en la parte operacional, en la parte en la parte laboral, mano de obra como decimos nosotros, bien puntualista aportan con pesar, medir, nos descolapsan de trabajo, nos ayudan}, pero la cuestión es completamente mutua, yo creo que los mas beneficiados son los internos.

E: me gustaría que profundicemos en lo científico, ¿cómo se llega a hablar de CRES científico y que impacto han tenido las investigaciones que se han desarrollado al alero del equipo y su trabajo?

B: {(1:47)el 2010 lo denominamos el año científico del CRES, en la programación del 2009 para el 2010, tras diversas discusiones se decide denominar al 2010 el año del CRES científico, {(1:48)la Doctora siempre nos mandaba por mail cursos}, hay cursos, hay que presentar trabajos y de a poco, {(1:49)la doctora, hay que reconocerlo, nos fue motivando}, yo creo que fui uno de los que más ha aprovechado el tema porque era mi veta, entonces yo me agarre de la doctora y vamos sacando adelante estudios y pude ser feliz, puedo ser feliz haciendo mis estudios científicos y vivo haciéndolos, entonces esta cuestión se programa en 2009 pa'l año 2010 se llama CRES científico y empezamos a trabajar como chinos, a hacer estudios científicos, que es un trabajo arduo, es un parto, porque, cuando se trabaja con un equipo de alto nivel, sobre todo considerando la doctora, y con las otras instituciones que nos hemos podido asociar para hacer investigación, por lo menos yo, asociados con químicos de la universidad de Valparaíso, médicos, que se yo, {(1:50)gente que ha tenido una larga trayectoria, incluyendo a la doctora Vidales}, son muy críticos, entonces, hacer un borrador para presentarlo en un estudio científico no es y hacerlo a la primera, han pasado hasta 20 borradores, entonces es una cuestión que es un aprendizaje tremendamente potente pa nosotros, {(1:51)ver un comentario de la doctora Vidales, es importante ver su punto de vista y uno lo valora} y vamos arreglando}

(37'00'')

E: de estas investigaciones que han surgido a propósito del CRES, ¿has visto cambios, modificaciones en las prácticas del equipo que puedan relacionarse con los hallazgos de dichos estudios?

B: **{(1:52)}**en el área nutricional, que haya tenido repercusión hasta el momento, así como en cambiar nuestras prácticas, hasta el momento no, al contrario, hemos querido mostrar lo que hemos aprendido al resto, es como que hemos querido ser unilaterales todavía eee...la caro, creo que la caro al principio, 2007-2008 hizo un estudio en alcohol y drogas, hizo un estudio en torno a la percepción materna del estado nutricional de los niños, que eso sirvió como sustento para nosotros utilizarlo en nuestras decisiones, pero también y fuertemente nos ha servido para replicar} **{(1:53)}**nosotros hemos querido replicar y gritar a voces lo lindo que tenemos}.

E: ¿cómo fue para ti la experiencia de salir y mostrar esto que han hecho en otro país?

B: **{(1:54)}**a mí me tocó este viaje con Víctor, el director, fue una instancia para acercarme más humanamente a Víctor que bueno, nos llevamos bien entre todos, pero siempre existen grupos humanos donde te acercas más a unos que a otros, pero eso no quiere decir nada, que no te acerques entonces fue la instancia, **{(1:55)}**para en primer lugar, acercarme más a él, y para conocerlo más, mirar su parte humana más que la de compañero de trabajo, de director, y es una de las cosas que yo más rescaté}, y de hecho, estar una semana afuera, y contar con el apoyo de la municipalidad, con los gastos, todo pagado, fue grato}. **{(1:56)}**Fue refuerzo positivo pero a concho, como tirarle azúcar a las hormigas, para que sigan llegando hormigas y tu sigas haciendo estudios científicos, fue una experiencia tremendamente fabulosa, en todos los sentidos, en todos}....

E: ¿hubo algo que te aportara esta experiencia que te haya permitido un mayor desarrollo tuyo o en lo concreto un mejor desarrollo en el mismo programa?

B: **{(1:58)}**yo hace un año atrás tenía una idea en la mente, de hacer un estudio científico para evaluar el impacto que podría tener el consumo de cierto tipo de cactus en la diabetes, y resulta que esto se me alimentó más cuando viajo a Méjico y allá es único país del mundo donde se come cactus y dentro de ellos, el cactus que yo quería estudiar, entonces, me contacte con investigadores de Méjico que investigaban esta área y eso fue también uno de los motores más importantes porque me traspasaron conocimiento como para poder comprender algunos principios activos que tiene esta planta y como era el mecanismo de acción, de hecho me aportó a eso y lo que ves ahora, hoy día estaba terminando ese estudio

después de 3 meses, las pruebas de seguimiento, que ahora en noviembre lo presento aquí en Chile en el congreso de salud pública, o sea, como te puedo decir que no me aportó}

E: respecto de Víctor, que me lo mencionaste mucho, ¿Cómo fue para el equipo, como vivió el CRES el hecho de que uno de sus miembros, Víctor, llegará al cargo de director del consultorio?

B: mira, **{(1:59)}**yo no sé si el CRES lo miro así como “oye, es un miembro nuestro” no sé si se vio como un logro de equipo, no sé si se dio así}, pero yo creo que la entrada de Víctor fue precedida de un evento bien doloroso, todo lo que fue el fallecimiento de la jefa antigua, entonces también había sentimientos encontrados de muchos sentidos, muchos sentidos, pero de hecho, yo...más que cómo ver el ascenso de Víctor lo vi con mucha expectativa de ver como podría ser su desempeño, porque, cada líder que asume tiene tipos de liderazgo entonces era la expectativa del tipo de liderazgo, como iba a ser, estaba en su derecho, todos tienen un estilo de liderazgo que es válido y que también depende de la capacidad que tiene el líder para detectar el tipo de gente que tiene en su empresa, para adoptar cierto tipo de liderazgo, entonces, estaba expectante, pero yo lo miro al 2011, yo estoy recontento con el desempeño de Víctor, lo que más destaco de él es que es un líder democrático, nos deja ser. **{(1:60)}**Yo todos mis sueños, entre ellos, la veta científica, Víctor, nos ha alimentado eso, nos ha dejado ser en toda nuestra potencia, y eso es lo que yo destaco, habiendo vivido otras direcciones, es lo que se valora tremendamente y se destaca}.

E: esto que tú refieres, ¿tuvo algún impacto concreto en el equipo y/o en el programa?

B: **{(1:61)}**si, porque muchas de las decisiones, aunque siempre los directores fueron parte del CRES, hay decisiones que pasan por el director y el director está ahí mismo, era muy resolutivo, no había que pedir audiencia ni gestionar mediante algún miembro de CRES se le preguntaba directamente al director quien decía si o no y porque, y quedaba en acta, entonces, quedaba inmediatamente resuelto. Entonces, yo encuentro que el mayor aporte es la resolutividad}

E: en el fondo, mejora la gestión del equipo....

B: {(1:62)si y también mejora los aportes, los recursos del equipo, aunque no necesariamente materiales, recurso humano, recursos de transporte}.

E: llegamos al 2011 y bueno, y me gustaría preguntar, desde tu visión, ¿Cuál es el aporte de RIPSE?

B: {(1:63)bueno, RIPSE es un bebe que apareció hace poquito, empezó a sonar en 2011 y también si te das cuenta con partes del equipo CRES, la doctora Vidales trajo ese nuevo termino, RIPSE, ¿Qué será eso? Un tremendo aporte, lo tomamos como parte, como hijo de CRES, de una u otra manera, porque es {(1:64)la doctora Vidales parte del CRES, una gran parte de CRES, la Doctora Vidales era parte del RIPSE, por lo tanto, todos tomamos a RIPSE como parte de CRES}, como pertenencia, por lo menos ese fue el fenómeno que me pasó a mí. Y de hecho, bueno, valorar la importancia de esta red que ahora en este momento está como oculta, falta difusión, falta difundir al resto de la comunidad científica, las universidades, pero yo tengo fe que una vez que se difunda esta cuestión va a ser re importante, mega importante para la parte iberoamericana, y yo sé que cuando pase el tiempo, cuando miremos para atrás con orgullo que nosotros fuimos parte del origen de esta red}.

E: y en este sentido, tú en la actualidad, y de manera bien concreta, ¿ves algún beneficio que este aportando el estar asociado a esta red al programa CRES?

B: {(1:65)parte de mis tesis de pregrado ya son tesis RIPSE, de hecho, pa mi es un beneficio, un prestigio como co-director tesista, y para las mismas alumnas es algo que yo les puedo ofrecer como plus, respecto de otros tutores de tesis, que yo las puedo integrar a esta red que no es menor}.

E: en este mismo año, el CRES obtiene buenos resultados antropométricos, en uno de los jardines en el que están trabajando, ¿Cómo se explica el equipo este logro?

B: {(1:66)bueno, todas las evaluaciones nutricionales que se hacen son una foto, si tu miras para atrás, a los 6 años, todas las fotos que se han tomado, entonces evidentemente que vas a ver que hubo mejoras, notables, muy notables, y que son parte de nuestros indicadores para poder comparar nuestra gestión y labor}. {(1:67)Yo explico estos resultados a través

de nuestra labor ardua, de los 6 años y el continuo análisis, las continuas comparaciones y las continuas programaciones, el análisis que tenemos como equipo, la capacidad de discutir, nos ha llevado a darnos cuenta de lo que hemos hecho mal y de lo que hemos hecho no tan bien y lo que definitivamente hemos hecho bien, así lo explico}

E: estos resultados, ¿dan cuenta, para ti de estos 6 años de trabajo?, ¿justifican el trabajo que el programa ha estado haciendo?

B: **{(1:68)**de todas maneras, y es como un refuerzo positivo, podemos descansar un poco en que vale la pena los años y se empieza a valorar la experiencia, y empiezas a entender que no es lo mismo un profesional que viene recién saliendo a cuando uno lleva años de circo, y eso yo no lo entendía cuando recién salí. Vengo a entender ahora que la experiencia es un aporte a la vida profesional de las personas y que marca la diferencia con otros}.

E: pasando a temas más generales, ¿hay algo más que quisieras agregar respecto a la participación real de los internos, de todas las disciplinas que hoy participan en el CRES?

B: **{(1:69)**como te digo, yo veo al equipo de internos, el equipo que es transitorio, como un desafío para nosotros mismos, para poder colaborar con ellos, es lo que veo yo, es un desafío para colaborar con su formación, ese es mi desafío permanente y esa es mi tarea permanente con ellos, de demostrarles que existen otras áreas, validas, y que todas son disciplinas distintas y complementarias}.

E: respecto del trabajo que realiza el equipo CRES, y si tuvieses que optar por alguna de los siguientes términos, lo catalogarías de interdisciplinario, multidisciplinario o transdisciplinario, una mezcla?

B: **{(1:70)**transdisciplinario, porque considero que es más... una, que es un término menos trillado que multidisciplinario y siento que es un concepto más integral, que engloba más lo que estamos haciendo, siento que nos define mejor, y porque representa lo que somos, esencialmente eso}

E: alguna posibilidad de concretar más esa idea, con algún ejemplo quizá....

B: **{(1:71)}**yo creo que por la interacción que tienen las distintas disciplinas, esa interacción...multidisciplinario es para mí como distintas disciplinas pero no necesariamente tan coordinadas, tan conectadas, para mí lo transdisciplinario es la conexión de lo multidisciplinario, la conexión, el análisis conjunto, el trabajo conjunto, la mezcla como amalgama de todas las áreas y eso es para mí donde tu vez la opinión horizontal entre todos los componentes, en donde cada decisión se toma y se le pide la opinión a cada área especialista en cierto tema y cada cual...tú te das cuenta, sea el tema que sea, todos tenemos algo que decir, para mí ahí esta la transdisciplinariedad}.

E: en esta misma línea, ¿crees tú que el equipo CRES trabaja de una forma novedosa, como una suerte de pioneros en las prácticas de salud pública?

B: **{(1:72)}**definitivamente, de hecho, cada vez que, yo, en un par de diplomados de cuestiones na que ver, aparentemente na que ver, diabetes por ejemplo, nombro a CRES en los foros, porque me doy cuenta, que a nivel regional por lo menos, no hay otra instancia que se le iguale}, y sobre todo, por las **{(1:73)}**características de las personas la garra que nos caracteriza, la potencia, yo veo a mis compañeros como gallos secos, miro a la Caro, ponte tú, seca en lo que hace, miro a la doctora seca, ehh... fue parte del ministerio de salud, asesora de la OPS, la llevaban a Panamá una semana para que asesorara al gobierno de panamá, entonces, ¿Quién puede tener profesionales de esa calaña, de esa estirpe, con ese aprendizaje en su equipo? ¿Quién puede decir eso?}: no todos, por eso yo digo que **{(1:74)}**somos pioneros, probablemente en otro centro de salud tienen a otro tipo de equipo, pero probablemente no con las mismas características}.

E: me gustaría que pudieras referirte a ¿qué ha significado para ti todo este tiempo de trabajo, desde una mirada más personal?, ¿tienes compromisos personales con la forma de trabajar, compromisos afectivos, ideológicos, políticos?

B: mira, **{(1:75)}**en política me declaro ignorante, solamente he logrado conocer el ámbito político y llevarme una opinión general: para mí los políticos son uno solo}, me reservo la opinión. Yo creo que **{(1:76)}**pa mí el CRES, emotivamente, ha sido y es...le he agarrado harto cariño}, y **{(1:77)}**mi valoración hacia los personajes del equipo, ha crecido a tal nivel que me siento como una esponjita}, al lado, aprendiendo, me refiero, por lo menos, uno de

los casos, **{(1:78)}**la doctora Vidales, como líder, yo la veo como uno de los líderes que instauro esto y como líder, tiene mucho que entregar tremendamente}, y el resto del equipo, a medida que pasa el tiempo, es bueno que el equipo completo se de cuenta de a quien tiene al lado, de repente la rutina, los años van haciendo que no necesariamente se les de a las personas el valor que se merecen, o el reconocimiento social que se merecen, es como el dicho de que en casa de herrero cuchillo de palo, y que desde afuera logran ver: oye mira, este personaje es muy valioso, entonces yo creo que es súper importante que sea un sentir...es mi deseo, que el día de mañana, del equipo completo, y **{(1:79)}**yo creo que eso es lo que más me motiva, saber que estoy trabajando con gente muy potente, con muchas buenas ideas, eso es lo que ,más me emociona}.

E: tu, antes del CRES, te encontrabas comprometido con la Prevención y la Promoción de la salud?

B: **{(1:80)}**mira, yo cuando recién salí de la universidad, me veía como nutricionista clínico, y la verdad es que cuando llegue al centro de salud, a trabajar, en mi primer trabajo, y no valoraba tanto la promoción y la prevención, como hoy en día}.

E: el paso por el CRES, ¿te ha convertido en un militante de la Promoción de la salud?

B: de todas maneras, ahora, me sigue gustando la parte asistencial, pero...**{(1:81)}**estoy enamorado de la Salud Pública de alguna manera, y me declaro, con la doctora lo conversábamos la otra vez...un nutricionista salubrista}, yo he tenido múltiples oportunidades, hubo un centro médico, tuve la oportunidad de asociarme con médicos en algo particular, pero no hay nada que se iguale a la Salud Pública, soy un salubrista, defiendiendo la Salud Pública, les digo a mis familiares **{(1:82)}**“oye, anda a... yo sé que los consultorios, la APS es así, pero, por favor, anda para allá y que te atienda un médico, que et atienda un compañero mío, anda a ver la infraestructura, anda a ver la calidad, es como una garra, como cuando uno ve un partido y es capaz de...de celebrar...así}. **{(1:83)}**Una garra, yo creo que esa garra es importante y yo la veo en un par de compañeros}, en gran parte del equipo, **{(1:84)}**esa garra yo creo que es lo que nos caracteriza y es lo que me hace sentido, como dicen ustedes los psicólogos}.

**Alvaro Soto**

**Kinesiólogo Programa CRES UV Olmué**

**Eje Actividad física**

**A: Álvaro.**

**E: Entrevistador.**

E: Ya al principio, como te decía, cual es, desde tu percepción, cual es el enfoque o corte que tiene el CRES, más asistencial, o enfocado a promoción, prevención, que tú puedes ver de eso.

A: [(5:1) Bueno, por definición es un proyecto DOCENTE/ASISTENCIAL, ya, que lo que busca un poco es establecer los lineamientos de promoción y prevención, eso como definición]. [(5:2) Para mí el CRES es principalmente un área de promoción y prevención, más tirado para la promoción por el enfoque que se está dando actualmente que es, ya ni siquiera tan a nivel escolar, sino más que nada preescolar, puede que tenga un enfoque asociado a la familia ya, a algo que puede ser más preventivo, pero para mí el enfoque principal que tiene el CRES es de promoción, promoción de salud.]

E: Ya, mencionaste lo del cambio que se hizo en algún momento de “escolar a preescolar” ¿por qué crees tú que se hace ese cambio de mirada?

A: Ya, bueno ese fue un cambio, yo participo del CRES desde el año 2010, a inicios del 2010, y es un cambio que se implementó en ese año, cuando llegué yo, que era porque dentro de lo que el resto del equipo había apreciado, estaban llegando muy tarde, ese era el comentario, que los índices de obesidad, de sobrepeso, los índices dentales a nivel escolar ya estaban presentes, como malos índices, y [(5:3) la estrategia desde el punto de vista de abordaje de nivel escolar eran distintas porque el acompañamiento de los papás era menor que a nivel preescolar, se desligaban un poco los papás, a la responsabilidad de las escuelas, entonces costaba mucho más llegar a ese estudiante, a ese niño, que a lo que se podía hacer en el preescolar, donde era una etapa más temprana, todavía se podían controlar algunos

factores y se podía tener un abordaje mucho mejor de la familia], [(5:4) entonces, a pesar de que ya estaba incorporado el Jardín Blanca nieves desde el 2007-2008, que era como una estrategia anexa porque se trabajaba con el liceo, con las escuelas y además con el jardín, para el 2010 la idea era ya establecerlo no solo para escolar pero con más enfoque preescolar e incorporar al jardín Las Acacias, que era Las Acacias y el Blanca Nieves como principales ejes, teniendo algunas actividades en otras escuelas o liceos, pero era por eso, entre comillas, porque se habían dado cuenta que estaban llegando tarde.]

E: Nosotros tenemos claro que el CRES tiene cuatro ejes, ¿cierto? Cual es como tu percepción de la incorporación de estos ejes, como se ha ido dando, yo sé que tú me comentaste que estás a partir del 2010, pero por lo que sabes, como es tu percepción de eso, como han ido emergiendo esas nuevas necesidades de incluir nuevos profesionales.

A: Bueno, igual yo tuve antes del proyecto profesional, tuve la experiencia de ser interno acá, el 2008, ahí fue el primer acercamiento de conocer el CRES, [(5:5) por lo que he leído de las bases desde que se inicia el CRES, por lo que han comentado los otros colegas, el principal enfoque siempre fue odontología preventiva y nutrición, lo principal, se incorporó casi al mismo tiempo, un poquito más cercano lo que era actividad física y posteriormente lo que era el eje psicosocial], yo creo que por un tema de impacto, de cosas que son más medibles, es más potente el trabajo que hace el eje nutricional y el eje de odontología preventiva, [(5:6) distinto es por ejemplo el eje de actividad física que es como el pariente pobre de todas las actividades, porque no tenemos como medir cosas de forma tan transversales, a pesar de que se pueden hacer, pero que quizás no tienen un impacto tan importante desde el punto de vista sanitario, como es si el controlar la obesidad, disminuir el sobrepeso, o la mal nutrición por déficit, o como es controlar una carie o una placa bacteriana], entonces creo que, desde mi punto de vista, siempre ha habido un enfoque más participativo o más preponderante en esas áreas, [(5:7) y se incorpora también lo que es el trabajo psicosocial, que por lo que comentan los colegas, era muy importante, muy necesario, porque era la forma de trabajar con la comunidad que está asociada a los niños, que son las funcionarias docentes o la familia, y que gracias a la participación de ese eje, que fue solicitado, si no me equivoco, para trabajar en principio en el CRES, no para trabajar quizás en el CESFAM, no lo recuerdo bien, pero que fue un agente súper

importante para poder redondear un poco las actividades], [(5:8)a mi como actividad física me pasa un poco lo mismo, el 2010 como me subí al buque de lo que ya tenía establecido Víctor, tuve que un poco seguir los lineamientos que él había realizado a principio de año, ya el 2011, ya con un poco más de empoderamiento del eje, establecer distintos tipos de actividades y también un poco me he ayudado de los otros ejes de nutrición y de psicología para hacer este trabajo en conjunto que nos dimos cuenta que...]

E: ¿Pero cómo te has ayudado?

A: [(5:9)por ejemplo, del 2010 al 2011, el 2010 eran actividades muy focalizadas en lo que era actividad física como uniprofesional, ya, la actividad del Kinesiólogo en tal centro educacional, como más aislado, ya para este año se han realizado actividades con nutrición, con lo psicosocial, porque el abordaje es más global], [(5:10)se pueden abarcar distintas modalidades de intervención, por ejemplo, la actividad física no por hacer actividad física solamente, sino por disminuir los niveles de obesidad en los niños, o sea, no solamente el tema del sedentarismo que podía ser la intervención aislada que se hacía el 2010, sino que el 2011 es incorporar a otra gente, y como llego yo a tratar de establecer este vínculo con los funcionarios y apoderados, no siendo yo el profesional competente, me ayudo entonces de la psicóloga en este caso para hacer las actividades, entonces dejó de ser actividades aisladas, en el sentido de ir solo una vez en un momento determinado, a ser actividades compartidas que tienen ya más seguimiento, de ir una, dos y tres veces programados a un lugar establecido acompañado de otros profesionales, permiten también que el eje se desarrolle de otra forma.]

8) [(5:11) E: ¿podemos decir o concluir quizás que el CRES efectivamente está teniendo un abordaje BIOPSICOSOCIAL?

A: Absolutamente.]

E: Tú me mencionaste que los ejes que pueden ser más cuantificables son el odontológico y el nutricional, yo tengo un dato aquí que se confeccionó cuando hicimos la línea de tiempo, en donde se afirmó que recién el 2007 se incorporó al nutricionista, eso te quería preguntar, ¿por qué crees tú, si el CRES trata temas de nutrición y se inició ya hace varios años, Por qué recién el 2007 se incluye a este profesional y no se partió con él?

A: [(5:12) Yo te voy a hacer una corrección, el 2007 se incorpora el eje psicosocial, se incorpora el psicólogo al CRES. El CRES nace, si no me equivoco, el 2001, 2002 o 2003 como piloto con el abordaje nutricional principalmente y el de odontología, al año siguiente, el 2004/2005 se incorpora el eje de actividad física y el 2007, por necesidades, se solicita la intervención del psicólogo.]

E: Entonces antes, cuando se incorporó el tema de nutrición, ese tema era trabajado por un nutricionista.

A: Claro, se inicia el CRES, todo esto corrobóralo si, pero se inicia el CRES con un nutricionista, abordaje nutricional y de odontología, se incorpora al año siguiente o a los dos años, la actividad física y el 2007 se incorpora lo psicosocial.

E: También tu hace un rato me mencionaste que de alguna manera, cuando tú te incorporaste, seguiste más menos, o ya había una base en cuanto a las actividades que podías realizar tú como encargado del eje de actividad física, ¿cómo tú a partir de eso vas como, no sé si vas innovando o vas planteando en base a las necesidades que vas encontrando, como tú vas desarrollando las actividades que tienen que ver con tu eje? ¿Cómo tú planteas las actividades?

A: Mira, [(5:13) Yo el 2010 llegue en mayo, la planificación probablemente la hicieron en diciembre, en enero, para el año 2010, en diciembre del 2009, a fin de año, y dentro de esa planificación, que la hizo Víctor, tenía una línea investigativa que era revisar el estudio de la variabilidad del ritmo cardiaco en los preescolares cuando estaban durmiendo, algo que se supone que se iba a hacer pero que no se hizo, y era un poco el fortalecer lo trabajado en años anteriores según algunos indicadores, por ejemplo, que a tal edad, entre 4 y 6 años el niño “x” evaluado sea capaz de realizar un lanzamiento de balón con las dos manos, con una mano, equilibrio unipodal o bipodal, o sea indicadores, solamente como seguimiento.]

[(5:14) Yo llegué con 22 horas a trabajar acá, dentro de esas 22 horas, lo que te comentaba un poco antes, por agenda solamente tenía destinado dos mañanas mensuales para realizar actividades CRES, entonces no había mucho que se pudiese innovar de actividad en ese ese año, entonces cumplí un poco yo con el seguimiento]. Lo innovador es que se comenzaron a establecer los primeros vínculos con el jardín Las Acacias. [(5:15) Yo mantuve las

actividades con Blanca Nieves, fue un poquito difícil el ingreso a Blanca Nieves porque ya tenían la experiencia en ese jardín de haber trabajado con Víctor 3 o 4 años, entonces es una mano distinta, ya, son abordajes distintos, yo quise continuar un poco con lo que estaban haciendo]. Ya como planteamiento del 2011 mi enfoque era seguir trabajando con las Acacias y con Blanca Nieves, pero yo pensaba que igual nos quedábamos cortos, en qué sentido, son dos jardines urbanos, un jardín que llevaba ya casi 4 años con intervención y el otro jardín que llevaba un año, y yo dije: ¿por qué no se puede trabajar con los otros dos jardines que estaban arriba, en la Quebrada de Alvarado, jardines rurales y tratar de diversificar un poco las actividades, o sea para todos, para todos por igual. Cuál era la parte que yo podía justificar para hacerlo un poco así, era de que [(5:16)yo hasta el 2010 terminaba mi primer año de clases de magister, magister en actividad física y deportes, entonces yo tenía también que ver cómo iba a hacer mi tesis de grado, mi tesis de grado era que yo quería hacer actividad física comunitaria en los jardines infantiles, pero en todos, entonces ideé una propuesta de investigación, la presenté en la universidad, me la aprobaron, hago todo el alcance para mostrarte para donde quiero ir, me la aprobaron y cuando me la aprobaron yo quería hacerla mediante el CRES, o sea un poco, ese horario protegido pudiera hacerlo para actividades comunitarias y al mismo tiempo sirviera como un insumo para una investigación de la tesis de grado], era difícil porque era poco horario de agenda, entonces era ver cómo podía hacer esta dualidad de funciones, que no se viera de que yo quería hacer las actividades solamente por un insumo de investigación y no por hacerlo como actividad del CRES, [(5:17) ¿Qué es lo que hice? Fue postular a fondos de PROMOS, hice el proyecto lo postulé y me gané tantas lucas para hacer el proyecto, entonces ese proyecto que está realizándose está en ejecución, estoy haciendo lo que estaba planificado para el CRES en el año, hacer el tema de la actividad física en los cuatro jardines pero fuera del horario del CRES, cosa de que en el horario establecido del CRES poder potenciar otras actividades y complementarlo con lo que es actividad física en los jardines infantiles], como puede ser ir a hacer actividades específicas con el resto del equipo, mientras que en el horario de la tarde se trabaja directamente con lo que es actividad física sistematizada de una forma ya periódica en los jardines, entonces eso quizás fue un poco lo innovador que preguntabas tú, [(5:18)me doy cuenta de que ahora ahora, yo pensaba que el único que trabajaba en los cuatro jardines infantiles en un proyecto

propiamente tal, así, esquematizado, me doy cuenta después de la presentación del doctor Uquillas que él también está haciendo, yo y que él tiene un poco las mismas dificultades que yo, súper poco horario para hacer las actividades, tratar de condensarlo todo de la mejor forma posible, y eso], el resto de los ejes no, desconozco más bien cuál es el trabajo específico con cada reciento, pero la idea de la actividad física era tratar a todos los jardines por igual y conseguir más insumos temporales y monetarios para hacer las actividades.

E: Pasando a otro tema, respecto a como tú, entiendo que esto es un trabajo interdisciplinario, pero las actividades que tu realizas, ¿tú las realizas solo o hay un interno que puede aportar, como se llevan a cabo?

A: [(5:19) Yo evito, el año pasado trabajé con internos, este año evito trabajar con los internos porque yo no tengo a cargo internos directos, hay cuatro internos de kinesiología, están dos a cargo de mi colega Sebastián y dos a cargo de Víctor, entonces yo como no soy el supervisor, evito por cualquier índole porque de repente por hacer algunas actividades con ellos los saco un poco de las funciones que pueden tener con el otro docente, entonces yo, si pueden cooperar, han ido conmigo a hacer estas actividades, me han acompañado a los jardines, pero evito entregarles un rol preponderante dentro de las actividades como puede que ocurra con el interno de medicina, que es parte de su formación, yo no, si me pueden cooperar alguna vez, bien venido sean, pero no lo estoy solicitando yo a ellos para que me acompañen.] Bueno, ¿y tú me preguntaste por el apoyo cierto?

E: Si, el apoyo dentro de tu eje, o sea como crees que anda ahí, ¿estás un poco corto?

A: [(5:20) Yo creo que ha comenzado a tener un poco de peso el apoyo, yo siento que ahora se está haciendo unas actividades más en complemento, un poco porque me tocó entrar en un barco que ya estaba con gran parte del camino avanzado, pero como te decía, el año pasado estaba en un trabajo más específico unipersonal, este año es un trabajo más en complemento. Con quien no he trabajado nunca es con el eje dental. Nunca, por lo menos yo desconozco si puedo generar alguna actividad respecto de actividad física en el eje dental, si podría hacerlo desde un punto de vista kinésico por el área respiratoria. El tema de consumo de tabaco, con el eje dental, pero como actividad física no hemos hecho nada. Quizás una forma de innovar de repente, para más adelante es establecer por lo

menos algún tipo de actividad con el eje (dental).]

E: Claro, estas innovaciones que se pueden ir realizando en las formas de proceder, ¿cómo emergen? Emergen un poco de... se los plantean las personas de los jardines, o en conjunto con ustedes, en base a las necesidades emergentes, bueno, ¿cómo están planteadas en general?

A: [(5:21) Bueno, los principales como, estas necesidades innovadoras de colaboración nacen de las reuniones, lo principal nace de las reuniones, y tiende a nacer o de los colegas del equipo que solicitan colaboración en actividades que ya están diseñadas por ellos, o suelen nacer a veces de la doctora Vidales, cuando dentro de sus voladores de luces de ideas, piensa que se puede hacer una actividad nueva e incorporar varios ejes juntos. Ya, esas son las principales dos etapas en que se generan actividades]. De los jardines no es tanto que ellos soliciten directamente hacer una intervención, por ejemplo del nutricionista con el kinesiólogo, no sé por qué no lo hacen, a veces solicitan algunas actividades, pero que me han hecho a mí con detalle más específico de la actividad física, pero que venga el psicólogo, que venga el nutricionista, por lo menos a mí no me lo han dicho directamente.

E: Mencionaste el tema de las reuniones, que a veces en las reuniones emergen muchos datos importantes que nos permiten ir innovando e ir probando nuevas alternativas de cómo pueden realizar el trabajo. Nosotros tenemos un dato que habla de que anteriormente se realizaban cuatro reuniones semanales, perdón, mensuales, que pasaron a ser dos semanas mensuales. ¿Por qué crees tú que se hizo este cambio?

A: [(5:22) Bueno, a mí me tocó incorporarme ya con las dos reuniones, si no me equivoco, yo creo que se debe haber hecho el cambio un poco por lo que se comenta siempre, el horario destinado para la atención clínica curativa y tratamiento prima un poco por sobre el resto de las actividades. De repente tener 4 reuniones mensuales quizás complica a algunos colegas que tienen que mantener una agenda constante, que no tienen como suplir, yo creo que ese fue el principal motivo, desconozco si es otro, si quizás las reuniones no tenían el peso que ellos buscaban, o que gastaban tiempo repitiendo lo mismo, ya, yo creo que lo principal era reducir las reuniones por la carga horaria que podía generar.]

E: Pero planteémoslo de la siguiente forma, si es que en la actualidad, ahora, se planteara la

posibilidad de aumentar las horas de reunión ¿sería eso factible, o necesario? Partamos por eso, ¿crees tú que es necesario reunirse un poco más o está bien con las dos horas? al margen de los requerimientos.

A: [(5:23) Yo lo encuentro súper necesario, en qué sentido, primero, puede que se escuche como dos reuniones, pero si tú lo tomas con minuterero, estamos hablando de 45 minutos a una hora, una hora dos veces al mes, son dos horas mensuales, no tienes como poder profundizar en ciertos temas , yo creo que es necesario, que sería lo ideal por ejemplo, quizás no aumentar la frecuencia de las reuniones , yo las mantendría como dos pero si le entregaría un poco más de horario a las reuniones], que fuesen un poquito más extensas porque lo que se hace, se revisa el acta, se comentan cosas, y ya cuando la reunión está en desarrollo y queda poco comienzan las ideas de actividades, de cosas que hacer, entonces uno queda corto, entonces queda siempre como la tarea, y tarea para la próxima reunión planificar o traer planificada una actividad, y no cumple un poco el objetivo la reunión, yo si tuviese la posibilidad de decidir mantendría las reuniones mensuales pero les entregaría un poquito más de horario.

E: [(5:24) Bueno, otro tema ahora que tiene que ver con lo que escribieron en la línea de tiempo como el CRES CIENTIFICO, y a todo este auge de investigaciones que han emergido en base al CRES, ¿ Cómo entiendes tu esta emergencia, por qué tanta investigación? Tú también trabajaste en una investigación del CRES.

A: Yo creo que nace de un bichito personal de cada uno, que alguno les toca, algunos les llama la atención la investigación, a otros más y a otros menos], yo creo que por ahí sale y dio la circunstancia de que, [(5:25) bueno el CRES CIENTIFICO nace el 2010 como nombre si no me equivoco, nace, o sea, tiene la relevancia un poco, se juntaron estos bichitos al mismo tiempo de varios colegas y empezaron a salir investigaciones de un área, el otro colega también tenía una investigación en otra área, el otro colega también, entonces se juntaron todas al mismo tiempo] y [(5:41) se sumó también de que además de los colegas, otras personas estaban haciendo investigación en relación al CRES y que habían post grados entre medio, lo que da, no sé si una mayor jerarquía el tema de la investigación, pero te da un plus, o sea ya dejaron de ser investigaciones pequeñas de renombre de CESFAM o de local sino que ya involucra universidades, involucra nuevas instituciones ,

involucra un grado académico y yo creo que en parte se ve potenciado por eso. El 2010 se juntaron muchas cosas y al mismo tiempo que se juntaron se pudieron presentar.]

E: ¿Presentar en qué sentido?

A: [(5:26) Si no me equivoco el año pasado Boris y Víctor, no sé si algunos otros colegas, fueron a la jornada de salud pública el año pasado, fueron a presentar investigaciones respecto del CRES, respecto del CESFAM eso les permitió también abrir las oportunidades de presentarlo en México, ese también fue un salto súper importante, de que deja de ser un tema ya local, quizás nacional y pasa a ser algo más internacional que genera estas redes], [(5:27) y ahora este año somos, hay tres trabajos que se van a presentar en la jornada de salud pública, dos a cargo de Boris, uno que tiene además mención respecto a la investigación que se está haciendo en APS. O sea, lo del 2010 también rebrota un poco con una presentación en el área de investigación, Boris presenta otro tema también que tiene que ver con algo más clínico, con el manejo de la diabetes. Está Paulina que es una becada de pediatría que presenta un poco el desarrollo del CRES en el jardín Blanca Nieves, y presento yo un poco lo que ha sido la transformación del eje de actividad física de una mano anterior a la mano siguiente con un enfoque ya más global en la comunidad, entonces el 2010 se establece esto del CRES CIENTIFICO y creo que se ha mantenido y es algo que ya está presente y se va a consolidar.]

E: ¿Esto ha tenido una implicancia, todas estas investigaciones que han emergido, tienen alguna implicancia asociada a la forma de proceder el CRES, es decir, el equipo del CRES toma estas investigaciones y las utiliza como un insumo para, no sé, analizar, corregir y reflexionar, o las reflexiones del CRES salen solo para afuera?, ¿Ha habido cambios con este tipo de investigación en el CRES?

A: [(5:28) Yo creo que el cambio fundamental es que se estableció el nombre de CRES CIENTIFICO, es que está dando paso a que el CRES no solo sea una instancia o un proyecto de promoción y prevención escolar o pre escolar, sino que también tiene una línea investigativa asociada], [(5:29) el 2010 esa, chuta, a alguien se le ocurre hacer una investigación, a que bueno, ya ahora tiene un segmento entre comillas que en cada reunión se toman los temas de investigación, hay tal jornada, presentan trabajos y al mismo tiempo

de que han sido de forma colaborativa las investigaciones en particular a mí, y sé que Boris también lo ha hecho, por ejemplo yo soy el autor de un trabajo, pero mis coautores, los que me respaldaron y apoyaron son Víctor y Alma, por ejemplo Boris también participa con Alma, se corrigen, se comentan las cosas, el que presenta al final es uno solo pero tiene un poco atrás el aporte y el trabajo del resto.]

E: Ya mencionaste anteriormente el tema del desarrollo internacional que ha tenido el CRES en base a las presentaciones que se han hecho en México, nosotros también tenemos entendido que el CRES trabaja o está inserto en este organismo, institución, el RIPSE. ¿Cuál ha sido, te parto preguntando como llega el RIPSE al CRES, como se hace esta unión y cuáles son las implicancias que ha tenido el RIPSE en el desarrollo del CRES?

A: [(5:30)El oficio formal por cómo llega el RIPSE no lo sé, probablemente llega porque el secretario educativo de la red, Rodrigo López, es el hijo de la doctora Vidales, Rodrigo es al mismo tiempo docente de la universidad Pablo de Olavide Sevilla y docente del magister de salud pública de la Universidad de Valparaíso, o sea, cumple un poco con, tiene el contacto directo, no se formalmente como habrá nacido, sé que él como secretario establece las reuniones un poco de consolidación de la red luego de tener el respaldo de estos organismo españoles, no recuerdo cual era el nombre, consolida un poco con los directores de algunas universidades desde el área de la salud Pública, dentro de los cuales está el Sr. El doctor Parada de la Universidad de Valparaíso, que es un poco ya el ente presente de la Universidad, Universidad Autónoma de Santo Domingo en España y no sé si existe otra más asociada.] [(5:31) El RIPSE llega un poco al CRES a hacer un espacio un poco de mostrar lo que se estaba haciendo, y del punto de vista del CRES para el RIPSE, para el CRES era una ventana, una oportunidad de mostrarle al resto de la red lo que se estaba haciendo en Olmué, como un proyecto que tenía años de funcionamiento, Y para el RIPSE era un poco una oportunidad de rescatar que es lo que estaba haciendo el CRES para presentárselo a los otros grupos participantes, no que sea un modelo a seguir, pero demostrar de que hace muchos años en una comuna pequeña de 16.000 habitantes se estaba haciendo algo potente respecto a la promoción de salud escolar, entonces fue una doble llegada, del CRES para el RIPSE, un poco de para mostrar lo que se estaba haciendo y del RIPSE para el CRES, de tomar lo que se estaba haciendo y poder ejemplificarlo en otras

instancias.] [(5:32) Personalmente para mí el RIPSE ha sido un aporte súper importante, en el sentido de que, bueno yo me entero del RIPSE personalmente porque, como se estaba haciendo esta instancia de posgrado, de tesis te posgrado, de pregrado de la red, para compartir estas experiencias, Alma le pide a Rodrigo que incorpore mi tesis del magister en la red, ella me dice que había quedado aceptado, me comentó, me parece novedoso, y también te entrega un respaldo, yo lo veo del punto de vista académico, no del punto de vista del CRES, académicamente una tesis que tu estés haciendo, de lo que sea, que tengas el respaldo mediante un documento que diga que tal red en representación de tal persona apoya la tesis de grado del señor tanto de la universidad tanto es súper bueno,] está acreditando de que, en parte, lo que tú estás haciendo lo estás haciendo bien, que tiene una importancia, y que de repente uno no se da cuenta, uno que va en el camino no se da cuenta de que lo que está haciendo tiene relevancia, entonces, para el CRES creo que es importante, porque es una plataforma de mostrar lo que se está haciendo y personalmente para mí, académicamente es súper importante.

E: Hay una pregunta aquí que se me fue a mí, te la debí haber realizado antes, pero volvamos un poquito atrás cuando tú te integras al CRES y tomas un poco el trabajo que venía haciendo Víctor, ¿Cómo tu percibes el cambio que tiene el actual director Víctor Burgos, de pasar a trabajar en el CRES como profesional y ser director además?, no sé si tu percibes que eso ha tenido alguna implicancia en el funcionamiento del equipo, no lo sé...

A: [(5:33)bueno, el cambio directo, yo percibí que a Víctor le costó, el dejó el eje de actividad física con una evaluación hecha, con una proyección del año 2010 que probablemente él quería hacer, entonces, ese 2010 fue mucho trabajo un poco compartido, él no se desligaba tanto quería saber que se estaba haciendo en el eje, trataba de incorporarse en alguna actividad, no logro deprender toda la responsabilidad de forma directa hacia él, ya el 2011 ya con un poco más empoderado del tema ya el eje queda administrado 100% por mi cuenta, y ahí Víctor empieza a participar ya netamente como director del centro de salud en el CRES, ya no como el ex coordinador del eje de actividad física, actualmente director], y eso ha influenciado en que en que, bueno, es alguien que trabajó directamente como coordinador de eje y ahora lo ve desde otra perspectiva, yo desconozco, creo que no fue así, que los anteriores directores del establecimiento no había

participado como coordinadores del eje, entonces Víctor puede verlo desde las dos perspectivas, él sabe, él estuvo en terreno en lo que se hace en cada actividad, y ahora actualmente tiene un rol un poco más de gestión en el sentido del CRES y lo que igualmente genera un respaldo, ahora cuando hay que justificar de repente actividades en terreno de promoción, están justificadas por alguien que participó, entonces se sabe que lo que se está haciendo tiene un peso, yo creo que esa es la mayor influencia en realidad, que el un poco puede justificar dentro de sus superiores, dentro de sus pares acá del centro de salud, que cuando se está haciendo una actividad del CRES, no es por ejemplo no saber lo que se está haciendo y ni por qué se está haciendo, sino como viene en la experiencia.

E: Puedes hablar con peso sobre lo que se hace.

A: Si, yo creo que es un poco eso.

E: Bueno y la última pregunta, tiene que ver con los miembros del CRES, por qué, cuando he ido a las reuniones noto que está Carolina y está Enzo, son dos psicólogos, también tengo entendido de que está Boris y va la nutricionista, no hay otro kinesiólogo que valla al CRES, ¿Por qué crees que se produce eso?

A: [(5:34) Yo te cuento que acá hay 5 kinesiólogos, en el CESFAM, está Víctor que es director y kinesiólogo, hay dos kinesiólogos del centro de rehabilitación, Sebastián y yo, está el kinesiólogo de la sala IRA, de infecciones respiratorias agudas, de los niñitos, que es Marcelo, y está la Ximena que es la kinesióloga de la sala ERA, de enfermedades respiratorias del adulto. Dentro de los lineamientos del CRES siempre se trabajó con un kinesiólogo y siempre ha sido el kinesiólogo del centro de rehabilitación porque el centro de rehabilitación es transversal, o sea, tiene clínicamente, o ve clínicamente pacientes de cualquier sector, del sector A y del sector B, y las actividades del CRES son así, transversales. Yo voy a una escuela acá en Granizo, en Narvaez, en Quebrada de Alvarado, en Las Palmas, independiente de si tengo algún otro tipo de rol en el sector.] [(5:35) Yo sé que actualmente está participando la otra nutricionista, porque además del CRES está el PROMOS, que son actividades de promoción de salud y muchas veces hay dualidad de funciones, entonces se incorporó a la Sheila, que anteriormente participaba más en las reuniones, se incorpora este año, para poder hacer un trabajo en conjunto y no pisarse la

cola entre cada uno, o sea repetir actividades, sobreintervenir.] [(5:36) El eje psicosocial trabaja con los dos psicólogos, desconozco él por qué los dos psicólogos trabajan en el CRES, me parece porque ellos tienen un vínculo mayor, no tanto en la actividad en terreno, sino que ellos hacen un poco de CRES y un poco de psicología dentro de la misma función, entonces para ellos era necesaria la sectorización, lo veo así. Odontología preventiva es transversal, da lo mismo si es sector A o es sector B, lo ideal sería que se pudiese trabajar por ejemplo a la par con el otro colega en las actividades en terreno, porque el también busca potenciar actividades en terreno, probablemente quizás para allá valla el enfoque, la idea es que gran parte del equipo se sectorice, ya, nosotros estamos sectorizados para algunas actividades pero no para la atención, entonces mientras no sea así no podemos trabajar de forma esquematizada.] [(5:37) En la suma y resta, yo sé que Sheila está metida ahora por el tema del PROMOS, para que no haya dualidad de función, desconozco específicamente por qué hay dos psicólogos, sé que el eje dental está a cargo de la doctora Rivera, no hay otra cirujano dentista metida como miembro del CRES y estoy yo como el único kinesiólogo, lo ideal sería no solo incorporar no solamente al colega kinesiólogo sino a todo el equipo del CESFAM a que conozcan un poco y trabajen a la par con uno con lo que es promoción y prevención.]

E: ¿al margen de que se integren como miembros del equipo?

A: [(5:38) Al margen que sean el encargado, que todos puedan participar un poco en estas actividades, y no solo los cuatro, si tú haces un poco el catastro y preguntaras puerta a puerta, somos tantos funcionarios, y preguntaras puerta a puerta: ¿usted ha escuchado del CRES? Partiendo por esa primera pregunta, muchos te van a decir sí, muchos te van a decir que no, que no tienen idea de lo que es. De los que te dicen que sí, tú les puedes preguntar: ¿y saben lo que es el CRES? Otra mitad te va a decir que no tiene idea y algunos pocos te van a decir, ah sí, hay unas reuniones en las escuelas, pero yo creo que solo los que están en la mesa te van a decir que el CRES es un proyecto tanto tanto tanto, que tiene como finalidad este abordaje y tiene tantos ejes, entonces parte un poco con eso, de que los mismos colegas del CESFAM conozcan lo que se hace así como yo sé lo que se hace en el Chile Crece.]

E: Que no es una labor en la cual tu participes directamente.

A: [(5:39) Yo no participo en el Chile Crece pero se lo que hace, se lo que se hace en la estimulación temprana, conozco en parte lo que es el programa de Salud Mental por ejemplo, se cómo trabaja un poco el servicio de urgencias, claro que yo no tengo nada que ver, pero conozco un poco que está este sistema y trabaja tal gente, si tu preguntas al revés...]

E: Y yo percibo un poco que una de las implicancias que tiene más menos el trabajo del CRES, que tiene que ver con el aprendizaje de las diferentes disciplinas con las cuales tú tienes las oportunidad de trabajar y como los demás tienen la oportunidad de aprender de tu disciplina.

A: [(5:40) Eso es bueno también, eso es un plus porque así como no se conoce lo que es el CRES, de repente pueden tener la idea de que, no sé, un psicólogo trata a los locos, un kinesiólogo trata los puros huesos por ejemplo, o que un nutricionista lo único que te va a decir “no coma esto” entonces, es importante que el resto de los colegas, sean profesionales, administrativos o de cualquier índole sepan un poco de que se trata todo porque al final en la promoción y prevención todo es aporte, no es exclusivo de lo que están en la mesa haciendo las actividades.]

**Ximena Rivera**

**Odontóloga Programa CRES UV Olmué**

**Eje Odontología**

**DR: Doctora Ximena Rivera**

**E: Entrevistador**

E: La primera pregunta tiene que ver más menos con el enfoque del CRES, ya, ¿cuál es el enfoque que usted cree predominantemente tiene, si es más por ejemplo, asistencial, promocional preventivo?

DR: [(2:1)No, es promocional y preventivo por lo menos desde el área odontología], [(2:2) nosotros teníamos antes actividades promocionales y preventivas pero eran muy acotadas, venían muy vertical desde el servicio], pero el CRES permitió abrir un abanico sobre todo en lo que es promoción, eso es súper importante, [(2:3)tu sabes que la medición, por lo menos en la parte odontológica es en base a rendimiento, y esto permitió, inclusive nosotros en Olmué específicamente el abordaje de odontología es como, podríamos decir multiinstitucional, entonces el CRES nos permitió, como ya habíamos partido antes, que estos impactos se dieran, que se respetaran, que se dieran en el tiempo.]

[(2:4) E: ¿A qué se refiere con lo multi institucional?

DR: Es de la Seremi, del Servicio de Salud, de JUNAEB, ¿ya?]

3) [(2:5) E: ¿El CRES, o sea, el eje odontológico siempre ha estado en el CRES o no?

DR: Si, lo que pasa es que, no, partió después, pero no partió efectivamente con nosotros, a ver cómo podríamos decir, con los de planta, ¿ya?, partió con internos, con un becado en odontopediatría y salud pública, que es el Seremi ahora.]

E: Más adelante viene una pregunta sobre el Seremi, ¿cómo se da este cambio entonces desde que participan estos internos hasta...

DR: [(2:6) No volvieron los internos, lo que pasa es que es muy lejos, a nosotros el internado nos ha costado por el tema de que los internos en odontología, como en odontología son pocos, bueno hasta hace unos años antes que se abrieran más matriculas eran 38, ese es el promedio de internos de odontología aquí en Valparaíso, es poco, entonces ellos eligen evidentemente el área más cercana a Valparaíso, acá era como venir a una excursión, entonces imagínate, además nosotros los ayudamos un poco con el tema que antes no se podía, porque tú sabes que los dineros hay que ajustarlos a algún programa y tampoco se les podía dar ningún aporte a los internos, entonces imagínate cuánto gastan, y tú sabes que el pasaje escolar hace poco que estuvo de vuelta porque antes el que no pagaba a matricula completa tenía que pagar el pasaje completo], [(2:7)entonces evidentemente que se logró un campo, y además la estructura, o sea ahora quizás acá digamos se pueden recibir internos, pero la estructura anterior en el otro CESFAM, que era consultorio, no daba abasto, no daba para recibir internos, solamente estábamos nosotros.]

4) [(2:8)E: Entonces lo que me interesaría saber es cuál es el primer sentido que tiene el CRES cuando se inicia, cual es como el primer abordaje, porque ahora se visualizan cuatro ejes más o menos marcados, pero en principio cual era el sentido que tenía.

DR: Como yo no estuve en principio, era el eje de actividad física y nutrición].

E: Pero nosotros cuando confeccionamos la línea de tiempo nos dimos cuenta que el eje de nutrición ahí estaba desde antes pero no había un nutricionista ahí en el eje en principio.

DR: [(2:9) Lo que pasa es que acuérdate que este era un abordaje para los alumnos de medicina, digamos ese era el eje central de del CRES, los alumnos de medicina, estaba todo lo que, digamos, incluso después cuando era el eje de odontología igual estaba dentro de las actividades del interno de medicina.]

E: ¿Eso ha cambiado?

DR: [(2:10) O sea sí, pero no tanto, te fijas, porque ahora nosotros estamos con este abordaje multi institucional y el interno de medicina es el que tiene que, y lo conversamos

con la doctora un tiempo, él es el que tiene que acoplarse a las actividades, ¿ya? Había que buscarlo.]

E: Los internos antes pasaron de estar cuatro semanas a estar ocho, ¿por qué se hizo este cambio de tiempo?

DR: [(2:11)Porque cuatro semanas, mira el interno, yo te voy a hacer una comparación con el interno de odontología, el interno de odontología viene preparado, listo, el interno de odontología tiene que demostrar aquí que él está capacitado para egresar, y lo que aquí viene a aprender es como funciona además la institución y si hay otras donde él participe, pero él viene ya listo, en cambio, por lo que yo veo, el interno de medicina todavía viene a aprender, y le cuesta mucho al interno de medicina porque el interno de medicina además debe interiorizarse de todo, porque además estos son cuatro ejes, por lo menos el de odontología, si viene un interno, aborda el de odontología y participa en los otros, pero no es su fuerte ¿te fijas? Pero el interno de medicina tiene que aprender y era muy poco tiempo, y no alcanzaba a evaluar, o evaluaba sobre lo que se hacía que era muy poco, un mes y además uno tenía que estar creando actividades para eso, entonces un mes, era muy poco tiempo, un mes era muy poco tiempo para cualquier interno, porque tiene que interiorizarse, el interno viene con otra mirada y además debe interiorizar de cómo funciona la institución, eso es lo primero, entonces eso le toma una semana.]

E: A qué se podrá deber esa diferencia que me comenta usted, quizás no sé, pienso yo, usted me podrá corregir si me equivoco, quizás los internos de odontología vienen acá en años superiores donde ya tienen como una mayor experticia.

DR. Lo que pasa es que los cierran antes, la malla curricular cierra para que el estudiante empiece a practicar lo que aprendió en todos los otros años, y además en corto tiempo, el interno de medicina es más aprendizaje todavía, es parte de su malla curricular.

E: Respecto al tema de los profesionales que pasan por el CRES, que han pasado y actualmente están, como ha sido un poco esa transformación del programa desde el punto de vista de la integración y despedida de los profesionales, porque evidentemente no todo, bueno, se han ido incorporando nuevos ejes y en tanto también se han ido incorporando

nuevos profesionales ¿Cómo se define un poco esta incorporación de nuevas personas, por qué?

DR: [(2:12) Bueno, la incorporación se dio de acuerdo a las evaluaciones y a las planificaciones, todos los profesionales que han ingresado es debido como a las necesidades que han surgido, como desde la planificación o desde la misma comunidad, ya, al realizar las actividades la misma comunidad lo a solicitado], [(2:13) como es el caso de odontología que la comunidad fue la que solicitó el ingreso del eje odontológico, pero ahí también hubo un revés porque ellos querían rehabilitación y no promoción, se generó un conflicto que ahí tuvimos que resolver, pero es de acuerdo a las necesidades], [(2:14) y además digamos, la incorporación de la Carolina es como, del psicólogo es pero innegable, le faltaba eso a todos los ejes. Y por eso que surgió la necesidad de psicólogo, porque en realidad todas las entidades además de todos los ejes dependen de, como podríamos decirlo, dependen de la crianza, de las conductas, entonces nosotros realmente no venimos capacitados con esa...]

E: Claro y me imagino yo más aun cuando venían trabajando con personas infantiles...

DR: [(2:15) No y con todas las personas, trabajas con los papás con las tías, entonces tienes que cambiar factores conductuales y nosotros no venimos con esa capacitación, ¿Cuánto tenemos de psicología los odontólogos? O sea, no puedes abordar... nosotros necesitábamos otro abordaje, otra persona, otra experticia que nosotros carecíamos de ella.]

E: También quedó registrado que, y es una duda que nos surge a nosotros como equipo de sistematización, Por qué también se agregó al otro psicólogo, a Enzo, hay dos psicólogos, y también pasa con el eje de nutrición, nosotros hemos escuchado que a veces va a ir o tiene actividades relacionadas al CRES la otra nutricionista, Sheila. ¿Por qué son dos, y no por ejemplo hay otro odontólogo?

DR: [(2:16) Eso se debe a la estructuración del CESFAM, que se sectorizó el centro de salud familiar en dos sectores por lo tanto cada sector tiene un profesional asignado para ese sector, esto es de acuerdo al modelo de salud familiar, pero también hay un tercer sector que es transversal, y odontología pertenece a ese sector transversal, en donde está el

centro de rehabilitación y odontología, pero a su vez esos dos sectores tienen su población separada, porque se manejan otros programas, muchos programas todavía.]

E: Entendiendo este trabajo bien completo que realizan desde el programa, ¿estaríamos en condiciones de afirmar que el CRES está realizando un abordaje Biopsicosocial?

DR: [(2:17) Si, pero como que nos falta, estamos como en el camino, nos falta un poco, pero sí de hecho tiene un abordaje Biopsicosocial.]

E: O quizás podríamos decir que esas son las intenciones y en parte las cumple, en parte la está cumpliendo pero hay mucho trabajo que realizar.

DR: Exacto.

E: Y la última pregunta que tiene más que ver con la estructura del programa, a no, me quedan dos, una tiene que ver con cómo o cuál es su percepción de acuerdo a la definición que puede tener el equipo del CRES, ¿el equipo es más interdisciplinario, multidisciplinario, transdisciplinario?

DR: [(2:18) Depende de cómo lo tomemos, haber, si hablamos como del abordaje para mí más que transdisciplinario es multidisciplinario porque uno igual, aunque la otra persona haga tu actividad, yo pienso por lo menos que cada uno, o sea la persona que está encargada de su programa es el que tiene que dar los lineamientos de lo que se va a hacer, porque aunque sea muy transdisciplinario la otra persona no puede dar lineamientos, entonces por lo tanto para mí desde ese punto es multidisciplinario. Pero en cuanto a las relaciones es absolutamente transdisciplinario.]

E: Nosotros igual no hemos dado cuenta de eso porque también entendemos que también hay mucho conocimiento de las otras disciplinas por parte de los profesionales, pero aun así se requiere de un especialista que como dice usted...

DR: [(2:19) De los lineamientos, y como te decía, por ejemplo se ve en el ingreso de la Carolina al CRES, entonces cambio absolutamente el, digamos, la visión.]

E. y lo último en esta primera parte de la entrevista tiene que ver con este cambio que hubo de la frecuencia de las reuniones, anteriormente nosotros registramos que se hacían reuniones semanales, y se pasaron a ser reuniones quincenales, a que se debe este cambio.

DR. Digamos, yo creo que por dos lados, primero por el ingreso del interno de medicina a estar en una frecuencia mayor de tiempo, dos meses, ya no necesitábamos [(2:20)hacer reuniones semanales, además de que las actividades de una semana a otra, era como que se tenía que estar evaluando y era demasiado estrés para el equipo, además nosotros no tenemos horas asignadas al CRES extra, el CRES está dentro de nuestra recarga horario, nosotros tenemos que hacer otras actividades y hacer otros cumplimientos], y eso fue lo que se planteó, que no era necesario, y además como el interno tenía más tiempo se podía evaluar mejor.

E: A veces si lo pensamos en términos de lo que se puede hacer de una semana a otra no es tanto.

[(2:21)DR: Y de hecho si tú no puedes hacer la actividad, por alguna u otra razón, te llaman a una reunión, puedes designar a otra persona pero tienes que capacitarla entonces es como demasiado estrés, por lo menos para nosotros era un estrés el CRES.

E: a veces podría tener más sentido si solo se dedicaban a eso, pero efectivamente tienen otras muchas actividades y no hay recursos también, de tiempo...

DR: Y las otras actividades se te vienen encima, la presión asistencial, la presión de evaluación de programas y de otras cosas que tú también quieres hacer y de otros cumplimientos que tienes que entregar.]

E: hay un traspaso posterior donde el público objetivo cambia, pasan de escolares a preescolares, ¿a qué se debe ese cambio?

DR: [(2:22) como te decía anteriormente, el CRES tiene evaluación, y al hacer nuestra evaluación, nos dimos cuenta que en todos los campos en el escolar ya estaba instalada la cuestión, en odontología, con un nivel de caries que en escolares era súper alto, entonces, ¿Qué teníamos que hacer? Tuvimos que bajar, porque vimos que en esta instancia la intervención ya era tardía, entonces decidimos bajar esta intervención al nivel preescolar]

E: cuando se partió este programa, ¿Cuáles fueron las escuelas piloto?

DR: donde se inicio fue en la escuela “Las Palmas”...hay, no me acuerdo si era en La loma, es que han ido variando, La loma, la Ramayana, y acá abajo, la escuela Granizo

E: pero lo que no me queda claro es si se han ido aumentando las escuelas o se han ido cambiando

DR: se han ido cambiando, con la escuela que partió, que fue la escuela las palmas, fue una población muy proactiva hasta que se dio el conflicto, sobretodo en odontología

E: hubo un conflicto con la comunidad de las palmas, ¿me podría explicar un poco?

DR: [(2:23) ya, lo que pasa es que la comunidad de las palmas solicitó el eje odontológico, pero lo que no entendió era que se trataba de una actividad promocional y que se esperaba además algo de ellos, pero ellos no querían actividades promocionales, querían horas odontológicas de rehabilitación, entonces, tuvimos que explicarle a la comunidad, tuvimos que intervenir el equipo de salud odontológica y explicarles que esto no era para pedir horas y se creó todo un conflicto y ellos en realidad comenzaron a echar pie atrás hacia otras actividades], como a frenarlas, entonces se decidió, ya que no se iban a obtener resultados, cambiar de escuela.

E: aquí también yo tenía...

DR: es comunidad fuerte la de las palmas

E: ¿por qué?

R: fuerte en el sentido de demandas...a ver, como decirlo, si tú vas a aplicar algo y ellos no quieren, te echan para atrás la actividad ¿te fijas? No responden.

E: son organizados...

DR: [(2:24)cohesionados, y así cosas buenas también, ellos plantearon, siempre plantean la necesidad, pero llegamos, por ejemplo el año pasado o antepasado hicimos una actividad en conjunto, buena, una especie de presupuesto participativo en que ellos crearon el cuento, nosotros pedimos la clínica móvil y ellos se pusieron con todo lo demás, consiguieron una

casa...todo lo que pudimos haber hecho nosotros, conversamos con la comunidad y les dijimos “nosotros vamos a traer, los vamos a cancelar pero ustedes se van a encarga de todo lo que es el desarrollo y la puesta en marcha del programa lo que implicaba lo de las horas, traer a la gente, trasladar a los odontólogos de la casa en la que estaban...se organizaron súper bien, la actividad en realidad funciono súper bien.] Pero así cuando no quieren, no quieren, no importa la actividad que tu hagas, ellos responden a sus necesidades.

E: a ver, eso es igual peligroso

DR: [(2:25) claro, funciona en las dos formas, si tú, si tú enfocas bien, mira, que piensas de estas comunidades, es como de negociación, si a ellos les interesa algo y no está dentro de tu disposición, o dentro de tu alcance, no se...¿qué dice? Pero si ellos quieren algo, que tú ves, al solicitarlo, o demandando alguna necesidad y está dentro también de tus proyectos o planificación lo tomas inmediatamente porque sabes que eso va a funcionar, porque está de acuerdo a sus intereses.]

E: tengo acá un conflicto, no sé si llamarlo conflicto, en realidad no es un conflicto, en el año 2007, que tiene que ver con el bajo impacto que se registró por parte del programa, no sé si usted recuerde esa situación, lo dejaron registrado ahí, en el año 2007

DR: el 2007... a ver...ah es que no se si estaba antes o estábamos nosotros, ¿bajo impacto en que sentido?

E: Debió haber sido en los pocos cambios en los índices, pero, que no hubo mayores cambios

DR: [(2:26) no, no me acuerdo del 2007, pero en todo caso los indicadores no suben mucho, de lo que te explicaba el otro día, el avance es como lento, de todas maneras, yo creo que a lo mejor fue un tema de que nosotros creíamos que íbamos a obtener mejores resultados, nuestras expectativas fueron súper altas y en realidad no se dieron, porque el tema de la odontología es multifactorial, depende de los determinantes sociales]

E: recuerdo que lo mencionaba en la reunión anterior

DR: [(2:27) depende...como tu planteas que ese niño tiene que lavarse los dientes 3 veces al día cuando no tiene baño, no tiene caso...

E: claro, también decía que tiene que cambiar el cepillo cada tanto tiempo si no tiene plata para hacer ese cambio

DR: ni pa' comer, si estamos aquí... cuanto, como el 14% está bajo la línea de la pobreza...entonces... ¿Cómo lo hacen?

E: si po, estamos hablando de un ideal, pero que en la realidad cuesta llegar a ese ideal

DR: de hecho estamos en inequidad en el tema del flúor, ya no tenemos flúor, ¿te fijai? O sea, una comuna pobre y además no tiene los beneficios de las otras comunidades]

E: cuando comenzó todo esto, esta institución era un consultorio, ahora es un CESFAM, usted ¿puede percibir un cambio en el programa a partir de esa transformación?

DR: [(2:28) por supuesto, el abordaje, te digo que va hacia un abordaje...familiar pero, como nos falta como institución, entonces también nos va a faltar en el tema del CRES]

E: y que paso con el tema del director, porque tengo entendido que el antes participaba en el eje de actividad física, porque Álvaro se incorporó ahora...hace pocos años, y antes estaba Víctor, ¿Cómo percibió el tener a una persona que era un miembro del equipo y que pasa a tener el rol de director?, ¿tuvo algún impacto?

DR: [(2:29) ¿dentro de su eje? No porque llego una persona que seguía los mismo lineamientos que tenía Víctor, pero ahora él ha planteado su propio lineamiento, lo que está muy bien, porque como te digo, yo creo que la importancia de CRES es la evaluación y plantear lineamientos nuevo, si no, no tiene sentido si no vas a aplicar todas las veces...es como el servicio de salud, que aplica todas las veces la misma pauta, la misma pauta, da lo mismo, lo mismo, no tiene sentido, ¿te fijai? Y la promoción yo creo que va en ese sentido, la evaluación y poner sobre la mesa cosas nuevas, de ver lo que uno ha ido observando durante el año].

E: no me queda tan claro esto... pongo una situación hipotética: si el director no hubiese estado en el programa, se le habrían quitado más horas, dado más horas.

DR: [(2:30)no creo, porque mira, yo también estuve en la dirección, por poquito tiempo, pero la María Teresa tenía como muy presente el CRES, para ella era importante, para Víctor también es importante, además que la doctora no va a dejar que no sea importante, porque ella es así po, positiva, proactiva, entonces está ahí, con la María Teresa se hicieron muchas cosas importantes, con la escuela que se trabajó arriba, Granizo, todavía sigue, y eso que nosotros la dejamos de lado, todavía sigue con las actividades]

E: de hecho, de eso se trata también tengo entendido...

DR: cambio el director también ahí, se jubiló, entonces eso es como importante

E: le decía que según entiendo de eso se trata

DR: de instaurar una actividad que perdure en el tiempo,

E: de que los profesionales que trabajan allá sean capaces de movilizar los recursos y dejarlos ahí

DR: claro, que es lo que no hemos logrado en otro lugar

E: es un súper gran avance

DR: [(2:31) quizá es eso, que se eligió el grupo justo, claro hay que buscar a lo mejor...no se po, que es lo que les interesa a las otras personas...es difícil el tema de la promoción, más cuando no estamos acostumbrados nosotros y no está acostumbrada la comunidad]

E: de acuerdo con las actividades, con la estrategia que utilizan en términos generales, y particularmente en cada eje, yo me imagino – y usted me podrá corregir – yo me imagino que las actividades de cada eje más menos están definidas por los encargados de cada eje

DR: si, se planifican

E: pero igual hay otro tipo de actividades – me puedo estar equivocando – que son más conjuntas, la metodología de los títeres, ¿Cómo surge?, ¿Cuál es el sentido que tiene esta actividad?

R: [(2:32)bueno, esto nació – mira, en realidad yo no sé, porque de repente no voy a todas las reuniones – nació en hacer algo más abocado, porque primero se abordaba a la escuela completa y después se empezó a abordar a los cursos más pequeños, y de ahí nació esta actividad para hacer algo más lúdico en promoción, y de ahí también se ha ido cambiando el sentido de no ser tan “usted” o “tío” si no de hacer las cosas de otra manera, más acorde a la edad de los pacientes, a sus gustos personales, ¿te fijas? Y les entra mucho mejor a los niños, pero más, o sea de hecho, en todas las... no solamente en... sino que yo he hablado con otros colegios que la han aplicado y es una actividad que les entra...por lo menos los niños ya pueden, si bien no te hacen caso en el tema del lavado, pero por lo menos ya cuentan con el concepto de caries, de obesidad, y hay que ir de a poco, yo creo que no podemos pensar que vamos a cambiar esto en 5 años, yo creo que 10 años es poco, hay que esperar a que cambie la generación, es como ascender en la escala social, en la escala social no vas a ascender de padres a hijos, si no que está comprobado que son como tres generaciones.]

E: [(2:33)claro, igual a mí me da la impresión de que si aquí se quiere producir un cambio, como usted decía, hay muchos factores que están influyendo y aquí como...se trata de influir desde un conjunto de factores, pero hay otros, que no están al alcance de esto, y que corresponden como a otras instancias de la sociedad

DR: a otros niveles

E: claro, a otros niveles

DR: chocas con la pared, hay que seguir insistiendo]

E: también está la estrategia de los Kioscos saludables que antes no estaba, ¿Cómo se produjo esta iniciativa y en qué consistió más o menos

DR: partió como una iniciativa de la SEREMI, que la abordó aquí Enzo, con el CRES y que hicieron un llamado, MINSAL, hicieron todas las pautas, además de lo que venía, porque las pautas de K.S. venían de otro nivel y aquí se le informó a los colegios y se licitaron los Kioscos, como una forma de cambiar el concepto porque ya existían los kioscos en los colegios, no era que en ese minuto se instalaran Kioscos en los colegios porque ya estaban,

era cambiar el sentido del Kiosco y se licitaron, y bueno, y ahí tampoco estuvo tan bien porque hasta el día de hoy, cada vez que tú vas a un kiosco en los colegios... que ellos no tuvieron ninguna intervención, y que los pasamos a llevar y bla bla bla... y yo creo que por eso tampoco tuvimos tanta operación porque se fiscalizaron los Kioscos, y en la fiscalización los resultados eran malos

E: malos en qué sentido

DR: [(2:34) que no eran saludables... ponían las cosas cuando sabían que íbamos a fiscalizar y después, volvía el quiosco. Y después se planteo esto debido a los resultados, se planteo en el concejo comunal, y se formo este concejo de salud, se tomo al acuerdo de cerrar los quioscos, y bueno esto genero gran controversia, pero llegamos a un buen tema, que en este minuto... recién este año se cerró el ultimo quiosco.]

E: Es un cambio ya mayor

DR: Si, mayor y costo por lo menos a los profes les entro que los niños no necesitan nada más, al igual que los jardines infantiles que les das del total de comida y no necesitan nada más

E: [(2:35) Mencionó al SEREMI recién ¿todavía trabajan con él?

R: Si.

E: ¿Cual es el aporte de SEREMI?

DR: Ya, el SEREMI nos aporta en recurso humano y en recurso material. El abordaje odontológico tiene un área promocional, que está dedicada a la educación, promoción igual educación, pero tiene una actividad que es preventiva y que es la aplicación de un material específico contra las caries, que es el barniz de flúor. Que como nosotros no tenemos flúor en el agua, tenemos que aplicarlo. Y eso es lo que nos aporta el SEREMI, yo les decía el otro día, una cajita cuanto nos dará por niño, así como haciendo la estirada, sale como 30 lucas, y nos envían el dinero para comprar el flúor. Y en recursos humanos, ellos los aplican, manda una persona que aplica un barniz de flúor, que es un paramédico, que este año además de ser paramédico hace una actividad lúdica, porque este año nosotros

evaluamos.... A ver tenemos que partir de antes, el año antepasado tuve una gran intervención en que participo: el servicio de salud, la escuela de odontología, la seremi y nosotros... y JUNAEB, y bueno de ahí salió lo que íbamos a hacer y con qué recurso, la escuela de odontología nos ayudo con capacitación, todo el personal que trabajaba con preescolares, las enfermeras, las matronas]. Porque este programa parte desde las embarazadas, se creó un taller que lo hicimos nosotros para las embarazadas, se capacitaron todas las personas y los paramédicos que tuvieran que ver en salud oral, con el grupo infantil. Para que tuvieran los conocimientos, les dieran las indicaciones..., se generara un cambio. Como te digo, esto se partió el año pasado, y este año... a fines del año pasado nosotros hicimos una evaluación, porque dentro de este programa iba un odontólogo al jardín. Bueno todo esto coincidió, ¿por qué participo la JUNAEB? Porque coincidió, porque como estos niños estaban de prekinder en el colegio, acá no tienen tanta estimulación, nos obligo a ingresar a los niños de prekinder, 4 años, y cuando los ingresamos fueron unos griteríos ese año, terrible, pero terrible, las mamás alegaban....nosotros veíamos que mandarlo al odontólogo, solamente lo envían pero si tuviera más tiempo, además de una actividad que se llama “restauraciones traumáticas” que consiste en eliminar la carie, pero la carie mas blanda, se le coloca un material que tiene de base flúor también, ya que además el flúor además hace que la carie se detenga, y nosotros empezamos a ver que al otro año, que fue el año pasado, los niños ya no... ya no tuvimos eso, [(2:36)ya tuvimos muy poco niño con caries, entonces evaluamos, y el odontólogo que iba que era el Dr. Uquillas que le dimos otras horas para que hiciera esta actividad, lo evaluamos con él, y él dijo a lo mejor sería bueno hacer otro tipo de actividad, como en el modulo, o sea una semana y además con otros profesionales que nos ayudaran, porque nosotros no tenemos esa habilidad, y tampoco tenemos la habilidad, nosotros podemos haber sido odonto un año pero, pero nosotros no tenemos las habilidades y el manejo del niño].

E: Para intervenir en ese grupo específico

DR: [(2:37) Exacto, entonces para este año se planifico una actividad de una semana con una intervención, además de una parvularia, además del equipo odontológico. Y la

SEREMI este año apporto con una actividad lúdica, que es este niño técnico paramédico, pero que hace magicoterapia.]

E: ¿En qué consiste más menos eso?

DR: [(2:38) Consiste en que él hace actividades odontológicas pero con magia, por ejemplo empieza a contarle a los niños sobre el lavado de los dientes y hace aparecer el cepillo...

E: A que entretenido...

DR: Que entretenido, cuando lo hagan este mes les vamos a avisar para que la vayan a ver. Y a mí me gustó mucho, además ellos también evalúan, la SEREMI con la escuela de odontología y hicieron... como que agregaron otra cosa ahora, este mes, justo este mes, que es que el mago presenta al odontólogo, como otro mago ya que él, es el que elimina las caries. Para los niños como que entra en el subconciente, entonces el odontólogo no es un enemigo. Que es lo que nosotros... y que lo vamos a hacer este otro año, es el separar a los padres de los niños en el tema de los mitos, del miedo, de las creencias, entonces nosotros estamos interviniendo en ese modelo, en esa actividad, o sea se hacen muchas más cosas, pero eso estamos interviniendo, como ya vimos resultados, entonces como que el odontólogo no es su enemigo, sino que al revés, es un beneficio para los niños]

E: [(2:39) La forma que tiene el niño de conceptualizar la imagen del odontólogo evidentemente va a cambiar...

DR: Cuando le pasó un sombrero, una vara, lo encontré increíble. Esto lo apporto la escuela de odontología, la parte de odonto-pediatría que está inserta en esto, entonces lo que encontré genial.]

E: Se hablo también de una mesa técnica, esta mesa técnica ¿por quienes está formada? Y más menos ¿Cuál es el vinculo que tienen con el CRES?

R: Se formó como te decía a partir de los quioscos saludables, y como una necesidad del CRES de... de una necesidad de crear políticas comunales, publicas comunales acá en Olmué, de abordaje promocional, y está conformada por los concejales de salud, por el director, Boris, y la Dra. Vidales, a y bueno va el interno de medicina también

E: Bueno ya estamos terminando.... Acaba de mencionar el tema del hijo de la Dra. Vidales, que él tuvo esta formación en el extranjero, también llevo... es parte del RIPSE ¿Cómo llega acá RIPSE al CRES y cuál es el aporte mutuo que se realizan? Del RIPSE al CRES, y del CRES al RIPSE

R: [(2:40)Mira RIPSE llevo por la Dra. Vidales, pero no lo se, porque yo no he ido a todas las reuniones, así que no lo sé en realidad. Pero el aporte más grande que tiene, yo creo es esta cosa de la conversación y ver otras experiencias y de ahí... porque que es lo que te permite mejorar a ti, porque no somos... a lo mejor podemos crear algunas cosas, que pueden nacer de las necesidades, podemos como inventar algo, pero en general casi todas las cosas se dan basados en la experiencia de otro lado, y como que adaptas esas experiencias o adaptas esas experiencias que te interesan a ti, antes de probarlas...y como te decía es el intercambio de ideas y de conocer otras realidades.]

E: Tengo aquí también el tema asociado al PROMOS, que era un programa...

R: Si, todavía hay

E: El PROMOS... ¿Cuál es el vínculo que tiene el PROMOS con el CRES?

R: [(2:41)Ya, el PROMOS es 1º que nada, un programa que baja de la SEREMI, por el hecho de bajar de forma vertical, así la SEREMI dicta un poco, más que un poco, la planificación del CRES, las intervenciones que se van a hacer y esas intervenciones se cruzan con el CRES, en realidad las intervenciones están más enfocadas a todo lo que es actividad física, también tuvimos, aprovechamos de tener, porque era un poco más libre la planificación, por lo tanto nosotros también tuvimos aportes del CRES, nosotros antes de la SEREMI, lo sacábamos del CRES.]

E: Pero en el PROMOS

R: Si, del CRES, a través del PROMOS. Como el PROMOS estaba entrelazado al CRES, y con el PROMOS vimos también la posibilidad de sacar de ahí...

E: Entonces estos programas no funcionan de manera aislada, genera este espacio de...

R: [(2:42)Si, y para no cruzar actividades, porque que paso un tiempo, el CRES decía “ya vamos nosotros vamos a la escuela Montevideo, vamos a hacer actividades del eje de actividad física” y PROMOS también, entonces estaba sobre-intervenido, sobre-intervención, entonces por eso se juntaron los 2 programas, a ver que iba a hacer cada uno, para no sobre-intervenir y además para aprovechar los recursos que teníamos, teníamos recursos de los 2 lados, para que los íbamos a desaprovechar... los 2 compraban manzanas y compraban miles de manzanas, y las manzanas se podrían, en cambio podríamos comprar diferentes cosas.]

E: La última pregunta tiene que ver con lo que se denomino en esa línea de tiempo, se denomino como CRES científico ¿de dónde surge este concepto, este CRES científico?

DR: [(2:43)Lo conversamos un tiempo, el año pasado parece, o hace 2 años, el hecho que hacíamos cosas y quedaban acá, y no se proyectaban y nadie las conocía, y también como un estímulo a las personas que estaban trabajando en el CRES, de hacer un poco de investigación y presentarla en algún lado.... Porque incluso de ellos, lo que están haciendo uds, en el PES lo hizo pero lo hizo un externo, al cual se le encargo recopilar los datos, para tener todo esto y no perderlo, porque en la línea del tiempo uno igual no se acuerda de muchas cosas, además de un tema, de lo que conversábamos con la Dra. Vidales, es también tener un registro y poder consultarlo, para ver cómo has avanzado en esa línea de tiempo, porque empiezas a buscar en el computador, que esto que lo otro... y ver el contexto general de todos los ejes.]

E: Y entendiéndolo también como un programa que ha progresado en base a las evaluaciones y esos como análisis de lo que se está haciendo, sobre lo que no está funcionando bien, entonces tiene que haber un registro mas menos de lo que...

DR: Claro, y además que el CRES tiene esa gracia, que a lo mejor otros no lo verán como gracia y yo lo veo como gracia, que es el hecho de que el CRES no tiene una verticalización, o sea no viene una pauta ya instaurada que te dice...”evaluación”

E: Claro, como un protocolo estricto...

DR: [(2:44) Como un protocolo estricto, si no que tu puedes crear, ir creando sobre la marcha sobre lo que tú ves, sobre lo que tu... las necesidades, sacas lo que no te sirve, e ir cambiando en el tiempo, porque además hay que ir cambiando con el tiempo, porque todo el contexto general va cambiando, lo que te explicaba yo el otro día, si un día dicen, “ya no voy a usar mas coca cola”, pero no se po, apareció la super nova que tiene más azúcar que la coca cola, tiene más acido que la coca cola, tienes que igual empezar a actuar de nuevo, a lo mejor ponen agua, pero sin flúor acá en la comuna, entonces como que tienes que irte contextualizando en la medida que va cambiando el medio ambiente]

**Dra. Alma Vidales**

**Coordinadora Programa CRES UV Olmué**

**A: Alma Vidales**

**E: Entrevistador**

**E:** cuéntenos a grandes rasgos en que consistía este proyecto piloto de promoción en salud escolar y como se vincula con el proyecto escuelas saludables

**A:** la verdad es que como tal lo dice el nombre piloto fue un experimento. Recién estaba empezando aquí en la universidad entonces [(3:1) la idea era hacer un proyecto con los internos que era básicamente docente, yo le puse la parte asistencial que venía de donde las papas queman, que hay que hacer cosas, de la cosa pública]. Entonces empezamos a trabajar en la escuela las palmas, que es una escuela, ustedes no la conocen, esta en el camino...no en la cuesta, hacia dentro de la cuesta la dormida, es decir, está cerca del niño dios de las palmas, era una escuela que tenía exactamente 100 alumnos y 10 funcionarios dentro de las que tenía 7 profes y 3 manipuladoras y [(3:2) la idea era trabajar con los internos fuera del establecimiento de salud, sacarlos a la comunidad y ver como podía ser nuestro aporte y es decir nuestro aporte docente y asistencial que como podíamos formar a los chiquillos en terreno] y nos íbamos en esa época con los internos...e... [(3:3) el internado que me tocaba en esa época era de 4 semanas porque después se fusionó], costó muchísimo, [(3:4) ustedes saben como es la burocracia dentro de estas universidades, nos costó 3 años, una cosa que era tan obvia, porque los dos eran departamento de salud pública y todos ganaban, no había por donde, nos demoramos 2 años], [(3:5) bueno por lo tanto eran 4 semanas y el tiempo que tenía con los chiquillos eran 4 días porque era 1 día para el proyecto] y bueno [(3:6) primero empezamos con la directora, que se llamaba Miss Paz, con la directora para ver que le interesaba, si podíamos trabajar juntos], y a ella la pareció súper, era la primera vez que llegaba la universidad a trabajar allí y empezamos a hacer cosas, muchas cosas, y a trabajar, [(3:7) trabajábamos porque esta escuela fue elegida por el

director de educación municipal, no fue elegida por mi ni al azar y fue elegida en conjunto con el director de educación municipal y la directora de salud], es decir, Germán contreras y la maría teresa Quiroz, [(3:8) la María teresa Quiroz eligió esa escuela porque junto a ella hay un posta rural que estaba a cargo de una paramédica que vive ahí, bueno los técnicos paramédicos rurales tienen que vivir en las postas]

**E:** ha si, yo conozco esa escuela entonces

**A:** claro, a mano derecha esta la posta y a mano izquierda esta la escuela, entonces [(3:9) era casi como una situación ideal y e hicimos cosas increíbles, hasta llegamos a hacer un mini gimnasio ahí], pero que después se desvaneció, pero [(3:10) la idea era que las funcionarias, todo el mundo, toda la comunidad escolar tuviera acceso a hacer ejercicio supervisado], porque [(3:11) había un medico que se dedicaba al deporte que era el doctor Rodrigo Venegas y él implementó con algunas maquinas hechizas digamos, hicimos unos step en unas escalinatas, es decir] era todo bastante artesanal, pero tenía actividad física de tal manera que la gente quedara totalmente aislada, porque ahí tenían dos microvaldías, no esta lejos de la civilización pero esta absolutamente alejada de [(3:12) ahí trabajamos 2 años, después agregamos una segunda escuela , la loma de la vega, y cuando llegamos a trabajar a la loma de la vega, porque ahí solo queríamos ver nutrición, ver cuanto teníamos obesos] [(3:13) trabajamos con las tías, de todas las tías o todas las funcionarias que eran 10] era tan aberrante el cuento que había una eutrófica, de las tías, incluyendo a las tías manipuladoras, de 10 mujeres que][(3:14) 1 era eutrófica, todas las demás eran sobrepeso y obesas, por eso que nos vimos obligados, sino fue tanta la creación, la obligación de que tenían que hacer algún tipo de actividad física, después nos fuimos a la loma de la vega] y mantuvimos las dos, las palmas y la loma de la vega, y en la loma de la vega yo les contaba la historia esa de que nos reunimos con los directores y [(3:15) yo seguía pensando que el problema básico de las escuelas era nutrición con la cantidad de obesos que había en los niños y en los adultos], estábamos en la reunión con los directores, y él dijo que no tenían problemas con la obesidad sino que con la dentadura, tenían cupos limitados por escuela o por semana, por el mes, y perdían los cupos y no tenían más horas, [(3:16) los niños tenían una dentadura espantosa, de ahí tuvimos que incorporar el eje de odontología]

**E:** pero primero fue el eje de actividad física

**A:** [(3:17.) primero fue el eje de nutrición, después fue la actividad física y después el de odontología]

**E:** en principio se partió con nutrición, pero nosotros tenemos entendido que no había un nutricionista, a que se debe esa...m....

**A:** ¿la incorporación del nutricionista? Ah!!!

**E:** o la ausencia del nutricionista en principio

**A:** en principio es muy simple, es por una cosa operativa, en principio era yo sola y tampoco había kinesiólogo es decir porque fue...

**E:** porque era usted con los internos

**A:** claro porque fue un experimento, [(3:18) me acuerdo que era una interna la primera, era la interna y yo, y después del primer año, es decir, la María teresa Quiroz, la directora, se dio cuenta que era de tal magnitud el problema que destino algunas horas al nutricionista en aquella época que era la Sheila pacheco que había una nutricionista en el consultorio, si estamos hablando no hace tanto tiempo pero la realidad era absolutamente diferente, cuando llegó el segundo nutricionista ahí tuvimos hora, que antes era en la medida que le quedaba tiempo, prestado mas encima]

**E:** con respecto a el tema de los internos que participaban, porque en principio usted menciono que estaban muy poco tiempo, que no alcanzaban...

**A:** 4 semanas

**E:** después se cambió a 8 semanas, por un tema de...

**A:** porque se fusionaron los internados

**E:** la APS y el rural

**A:** claro, a ver les explico, antes había un internado de la APS que se hacía aquí, en viña y Valparaíso y rural, que se hacia en Olmué, en Petorca, en Zapallar, y después nos dimos cuenta que....antes [(3:19) antes era muy diferente la realidad rural, hace 20 años, frente a

las grandes ciudades ahora ya no hay diferencias entonces ahí fusionamos, ya no hay, la APS general, ya sea rural o urbana.]

**E:** cuando se confeccionó la línea de tiempo nos dimos cuenta que ahí se menciona que el año 2004 había habido un problema con la comunidad las palmas, no se si usted recuerda, que tenía que ver...

**A:** no me acuerdo

**E:** que tenía que ver un poco con lo que nos contaron brevemente en esa sesión era por quizás la idea que tenía la comunidad del rol de ustedes como centro de salud, quizás como lo veían de una mirada muy asistencialista, así como nosotros tales problemas y necesitamos tales profesionales, no?

**A:** mira no me acuerdo

**E:** en el año 2004

**A:** no me acuerdo, mira en general...

**E:** quizás estaba más relacionado con el eje odontológico

**A:** ah!!! Ahí sí

**E:** que estaban esperando mas asistencialidad

**A:** sí, en eso hubo muchos problemas, pero no solamente en la comunidad las palmas sino que en todas las escuelas rurales, en las escuelas de las alturas, lo que pasa en las escuelas de las alturas, los niños de las alturas no toman agua potable, bueno los de Olmué tampoco, pero ellos con mayor razón, ellos no toman nunca agua potable, eso que es como una locura, que tu me miras así como diciendo que significa eso, resulta que el agua que nosotros tomamos, el agua de ESVAL, tiene flúor

**E:** claro, el agua de allá no

**A:** el agua de allá no tiene flúor. Ahora los niños que bajan a Olmué tienen mas cerca eso, pero los que no comen, toman, nada nada de flúor son los de las alturas, y eso significa,

porque el flúor de alguna manera ejerce una acción protectora, eso significa que los niños de las alturas tenían una dentadura, mira...cuando yo les hablaba del profesor gordito a mi me parecía una aberración, pero cuando empecé a abrirle la boca a los niños le encontré toda la razón, absolutamente, eran verdaderos cráteres, ahora me imagino a esos niños como lloraban de dolor, no solamente que tenían la dentadura, es decir, 4 dientes que van a ser en el futuro, pero además el dolor porque allá arriba, imagínense que la loma de la vega tenía una micro una vez al día, y si pierdes la micro, pa ir al dentista, no solamente tienes que tener dos horas, lo que tienes para ir al dentista tu, es el día entero, es decir uno no alcanza a imaginarse como los problemas cambian por la ruralidad extrema que no parecieran porque las distancias no son para ruralidad extrema lo que pasa es que la civilización no ha llegado todavía por allá, no tenían internet, no tenían, no se porque este ultimo año no he trabajado allí, pero no tenían internet cuando todo el mundo tenía internet, tenían...todos los niños tenían computadores pero no estaban conectados . Así, si, ese problema si hubo y de hecho, [(3:20) costó mucho integrar el eje de odontología preventiva porque lo integré yo y eso de alguna manera es...porque no me quedo mucha alternativa, porque no es lo que es...no es lo correcto, correcto hubiera sido haber invitado primero a un odontólogo, que el odontólogo se hubiera integrado pero no fue así],

fue un poco....

**E:** y el odontólogo cuando se incorporó...

**A:** se incorporó después, exactamente el año...tendría que revisar...

**E:** pero ¿cuándo se incorporó el eje? En que año

**A:** el eje se incorporo el año 2004, es que no me quedó alternativa, porque si nos sentamos en una mesa

**E:** era una necesidad emergente

**A:** [(3.21.) exactamente, fue una necesidad, entonces después tuvimos que buscar a odontólogo] entonces en esa época también habían muy pocos odontólogos en el consultorio

**E:** pero ¿cuánto tiempo mas o menos después?

**A:** años

**E:** fue la Dra. Rivera

**A:** claro, años, no me acuerdo si fue el año 2006 el eje funciono sin odontólogo por los menos dos años sin odontólogo del CESFAM porque [(3:22) teníamos el apoyo del director del departamento de salud publica que es el doctor Jorge....él es odontólogo y tuvimos internos de odontología y tuvimos becados de odontología]

**E:** durante esos dos años...

**A:** claro, tuvimos profesional odontólogo

**E:** y la propuesta era desde la prevención

**A:** [(3:23.) desde la prevención, en un primer momento fuimos súper ambiciosos después nos dimos cuenta que no podíamos mas, quisimos dejar escuelas libres de caries, fue una locura] y teníamos una becada, la Dra. Brenda que trabajo un año entero con nosotros y trabajaba en la quebrada, en el puesto de la quebrada Alvarado, en la posta quebrada Alvarado que es un pequeño consultorio, digamos como una posta rural, porque no había odontólogos, y ella iba una vez...a...no me acuerdo si era una vez al mes, y bajaban los niños que los trasladaba el departamento de salud municipal, bajaban los niños desde la escuela la loma la vega para que la Dra. les hiciera el tratamiento completo y los niños los dejaba libres de caries, los tapaba todo. A veces no tenía vehículo el servicio de salud municipal y los bajaba carabineros porque tener hora odontólogo era muy difícil, bueno y después la cosa se puso mas...bueno trabajo allí el SEREMI también trabajó durante un año con nosotros Jaime....en su época de becado porque [(3:24) el encargado de la beca de odontología pediátrica había sido mi alumno en el magister de salud publica entonces por ahí conseguí hora con odontólogo, es decir fue una cosa absolutamente...no con parches]

**E:** trabajo en redes

**A:** pero claro, [(3:25) articulamos todo lo que pudimos, pero después llegaron mas horas odontólogo, la María teresa Queirolo destino mas horas a la Ximena para que siguiera a

cargo y ahí logramos separar la naturaleza preventiva de la curativa porque en primer momento momento estaban mezcladas, no podíamos enseñarle a los niños a lavarse los dientes solamente si veíamos que tenía un cráter, no, no era posible. Así que eso fue, ese fue el comienzo del eje de odontología que fue complejo porque habían muy pocas horas odontológicas, pero ahora cada eje tiene su responsable del CESFAM. ]

**E:** cómo se posicionaba la población, como recibía la gente las actividades de carácter preventivo en odontología y en las otras áreas

**A:** en odontología era muy difícil porque tenían necesidades urgentes no resueltas

**E:** y en el resto de los ejes

**A:** [(3:26) en el resto de los ejes es muy distinto, porque no hay... no hay conciencia de enfermedad, es decir, si hay un niño sobre peso, no tiene ningún síntoma]

**E:** y actualmente, ¿por qué estamos hablando de antes, o hasta la actualidad?

**A:** siempre, no tiene síntomas, no tiene conciencia de enfermedad, entonces no no no....claro, somos nosotros los que estamos creando la necesidad, es al revés...

**E:** me imagino que el niño que tiene problemas en los dientes, está con el dolor, está....

**A:** pero claaaaro

**E:** entonces la cosa es urgente

**A:** claro, la cosa es urgente, pero el otro no, [(3:27) le tenemos que crear la conciencia que el sobre peso, que la gordura no es parte de la hermosura]

**E:** jjajaj

**E:** bien, en un principio usted nos contaba que el programa tenía un carácter docente, luego asistencial

**A:** siempre ha sido asistencial

**E:** cómo se ha movido eso, como se integran lo preventivo y lo promocional, como predomina hoy en día

**A:** [(3:28) hoy día en el proyecto predomina la promoción]

**E:** m m....

**A:** ese es el acento definido, es decir, como esto fue una creación al principio no estaba tan claro digamos, y de hecho nosotros tratábamos a los niños obsesos, a las mamás, ahora no, [(3:29) el acento, el proyecto, es de promoción, lo que a nosotros nos interesa es trabajar con los niños sanos, con la comunidad sana para que se siga manteniendo sana, y los que están con algún tipo de problema son derivados al CESFAM porque además ya tienen el espacio del CESFAM, ]

, no es lo mismo que el 2003, digamos, que no habían suficientes nutricionistas, odontólogos, no habían....ahora está el equipo completo

**E:** o sea, hay una variable de corte estructural que tiene que ver con los recursos que explica alguna parte de este cambio

**A:** claro

**E:** ¿qué otro movimiento explica este movimiento de lo más asistencial hacia lo promocional?

**A:** [(3:30) también fue una decisión del departamento de salud pública, si nosotros tenemos claro, hemos vivido periodos de cambio, del 2003 hasta ahora, de hecho el 2003, he....el 2002, en el congreso de promoción, el que abrió, el que inauguró, fue el presidente de la república, acabo de ver su discurso la semana pasada y él dijo Chile iba a apostar por, su apuesta iba a estar, iba a estar centrada en la promoción, Chile país saludable, eso el discurso, lo que él inauguró en este diplomado y en esta jornada, hasta hubo un premio en promoción de la salud, y el primer premio se lo ganó la ex ministra de salud, porque en ese momento era la ministra de defensa, es decir, había un movimiento pro promoción de la salud importante, pero....el transcurso de la historia ha dicho que eso fue la cúspide, y después eso [(3:31) comenzó a decaer la voluntad de los políticos en promoción en salud

en vez de que fuera el inicio y fuera aumentado, entonces nosotros como departamento estamos siendo, o sea, algunas de las pocas alternativas que sigue dándole énfasis a las iniciativas en promoción de la salud, es decir, la reforma se centró en las patologías AUGE y GES, ] es decir, si ustedes le preguntan a cualquier persona qué es la reforma les dirán que las patologías GES, y [(3:32) el interés está puesto en cuales van a ser las 11 nuevas patologías que va a decir el ministro, y la promoción en estos últimos años pasó cercano a cero, así que nuestra misión que tenemos como departamento, como universidad, es rescatar el papel de la promoción que está siendo absolutamente aislado]

**E:** está habiendo un retroceso hacia el asistencialismo

**A:** totalmente

**E:** como, pasando a otro tema, mas mas mas dentro del propio equipo, a nivel de organización, ¿cómo llega el equipo a definir la necesidad de tener reuniones semanales, que metodologías de trabajo utilizaban, quienes participaban?

**A:** m...es bien divertido eso porque Rodrigo estaba de secretario de RIPSE estaba haciendo las entrevistas, vi la tuya (a Ricardo), las tuyas, ya están en YouTube....e....falta de comunicación interna, el asunto es que me preguntaba, es decir, antes de la entrevista me dijo que le interesaba saber que le quedara claro como era eso de la organización, y la verdad es que el proyecto tiene dos acentos, y yo soy la responsable culpable, si quieren decirlo, tiene dos acentos muy marcados, tiene un acento que podríamos haber trabajado con adultos, podría haber sido, pero como yo no tenía experticia del tema trabajamos con niños, mi pasado de pediatra me traiciona, acento pediátrico, es decir, pero evidentemente que [(3:33) el acento está en la cosa de salud pública, y evidentemente que tiene un marcado ejercicio de gestión, por mi pasado de gestora, es decir, yo estaba formando a los chiquillos en salud pública y en gestión también]

[(3:34) entonces ellos tenían que tener claro, ellos en el primer internado tuvieron que hacer informes, están los informes, desde el 2003, todos todos todos, y ellos tenían que entregar un informe, ] porque además fue una de las quejas de los directores que no les quedaba nada escrito, entonces ahora [(3:35) se hacía una reunión final en que el interno, la interna, le entregaban a la directora y a la profesora en cuestión, porque hubo épocas en

que trabajábamos con cursos, un informe detallado, personalizado, donde el niño Juan Pérez, la niña América no se cuanto, todo, es eutrófico, tiene tantas caries, la mamá no sé que, todo. ]

[(3:36) Y cuando se empezaron a integrar más personas al equipo, nos vimos en la necesidad de compartir esta información, las dificultades en ponernos de acuerdo] y [(3:37) empezamos a tener las reuniones semanales, con la directora de la época que era la María Teresa Queirolo]

**E:** m. m. ¿Qué ocurre en 2010 que se redefine esto y se opta mejor por tener reuniones bisemanales?

**A:** porque [(3:38) destinábamos mucho tiempo, tienes presiones asistencialistas, metas que deben cumplir, entonces podíamos optimizar las horas en reuniones...]

**E:** ¿Y cómo resultó eso?

**A:** mira yo, pa mi está bien, no significó un deterioro, de ninguna manera porque además como somos muchos, e....dificulta, ahora el ideal, sería que fuera semana por medio, e...estaba bien raro porque era segundo y tercer martes, pero eso tenía que ver conmigo porque yo las primeras semanas estaba en Paraguay, pero después se suspendieron mis consultorías en Paraguay pero ya estaba fijada, pero fue la razón, porque tendría que haber sido la primera y la tercera, o la segunda y la cuarta, pero era por problemas míos, yo no podía estar.

**E:** hubo algo que yo tenía aquí y se me olvidó preguntarle y es sobre la incorporación de nuevos profesionales, y de recursos en general al CRES, tiene alguna....me imagino que si y usted me podrá corregir si pienso de manera incorrecta, hay un cambio más evidente en cuando al funcionamiento del CRES desde el traspaso de ser un consultorio a ser un CESFAM y que también un integrante del equipo pasa a ser director,

**A:** puras ganancias

**E:** pero más menos, como se refleja

Alma: uf...muchas muchas, e....a ver...para que el consultorio pasara a ser CESFAM, porque ahora por ley todos son CESFAM, pero antes no, había que cumplir varias etapas, hasta el 2009 había que acreditarse, bueno...e....necesitaba un curso el consultorio, y bueno como yo estaba todas las semanas allí les conseguí el curso que lo hacía la Carolina Reyes, la jefa de cátedra de medicina familiar, entonces todo el consultorio fue capacitado en medicina familiar, por lo tanto acreditaron sin ningún problema, es decir, no es que las acreditadoras fueran de la universidad pero todos quedaron capacitados, y [(3:39) el enfoque que tiene el CRES es de medicina familiar, es de salud familiar, nosotros tomamos al niño y su familia, con su entorno]

que es lo mismo que.... [(3:40) entonces el hecho es que con el hecho de ser CESFAM llegaron a ver más recursos, que se sectorizara, que hubiera profesionales a cargo de familias, ] [(3:41) fue una ganancia para el CRES y que alguien del equipo, o sea, fue una pena que se muriera la María Teresa, sin lugar a dudas, independiente de que el Víctor es excelente, que se yo, primero asumió la Ximena como subrogante y luego Víctor nombrado por el alcalde, y en los dos casos ganamos, porque en los dos casos eran del CRES]

**E:** respecto a la integración del eje psicosocial que fue el último en integrarse, nos gustaría saber ¿cómo fue este proceso de definir la necesidad de integrar un eje y cómo ha sido la trayectoria hasta llegar acá, cómo ha participado en base a los objetivos, cómo ha sido la participación de trabajar acá, dentro del programa?

**A:** la verdad es que [(3:42) en estas reuniones de evaluación, y antes también, nos dábamos cuenta que a pesar de las intervenciones, del trabajo permanente, los resultados eran bastante pobres, ]ahora evidentemente que los resultados son a largo plazo, pero ya llevábamos tres cuatro años trabajando y veíamos que la cantidad de niños con sobre peso y obesidad no disminuía significativamente, [(3:43) entonces pensábamos que no lo estábamos haciendo bien, no desde el punto de vista de los contenidos técnicos de nutrición, no contenidos técnicos de kinesioterapia y de la actividad física, lo que nos....y...también los resultados de la salud oral, los resultados eran pobres, entonces pensamos en que la forma en que estábamos entregando, estábamos haciendo la intervenciones, tenía algo que mejorar, y para eso necesitábamos, habían patologías asociadas a la era afectiva y social y por eso necesitábamos un profesional de esa área que

nos iluminara, que nos orientara, es decir, no era un eje que iba a tener una vida propia sino que nos apoyara en cómo hacer mejor las intervenciones, un eje transversal]

**E:** y eso se ha mantenido así, una evolución...

**A:** e....nos falta, es decir, podría tener vida propia, algunos temas como es el de la violencia intrafamiliar, y que lo vemos, lo vemos con los niños obesos, [(3:44) y con el tema del Chile Crece Contigo, yo creo que es uno de los desafíos, no que tenga vida propia sino que incorporemos de una forma mas, que nos articulemos de una forma mas efectiva con el Chile Crece Contigo, y de hecho la Carolina ya lo mencionó en la jornada de evaluación, de que ella quería hacer más cosas en el Chile Crece Contigo, sobre todo en las escuelas de las alturas no hay jardines infantiles, que los niñitos prescolares van a las escuelas digamos, ]

**E:** m...m....desde esto último, y en referente a este eje y la reflexión que lo acompaña y a lo que dijo antes de que este programa CRES está basado en la salud familiar, podemos afirmar y sostener que el programa y el equipo es y trabaja de una lógica biopsicosocial?

**A:** si claro

**E:** y en ese mismo sentido ¿cómo se podrían definir, como interdisciplinario, transdisciplinarios, multidisciplinarios?

**A:** todas las anteriores

**E:** ¡todas las anteriores!

**A:** porque e....e.... [(3:45) la palabra que más me gusta es transdisciplinario, a, porque permite de alguna manera que el kinesiólogo se empape de los conceptos de nutrición y el nutricionista de los conceptos del kinesiólogo, es decir, no solamente que nos sentemos juntos sino que además nos imbriquemos, ]

**E:** ¿y eso resulta?

**A:** si, si, es decir, yo no te diría que está logrado totalmente, pero si...e...de hecho el año pasado el nutricionista, [(3:46) el Boris con la Ximena presentaron un trabajo a las

jornadas de nutrición del trabajo multi y transdisciplinario de la odontóloga y la nutricionista]debe estar por ahí, si lo buscan en la jornada de salud pública debe de estar. Porque en el caso de la alimentación y de la comida chatarra hay alimentos que son francamente careogénicos, y eso lo maneja muy bien el nutricionista, y [(3:47) es importante que, es decir, la odontóloga, se comuniquen y puedan trabajar en esa área que es absolutamente común, ]

**E:** pero ese sería un trabajo más inter, o sea, entre los...

**A:** no, no, no porque pudieron, fue inter y trans porque el nutricionista aprendió conceptos de odontología y la odontóloga aprendió cosas de nutrición,

**E:** una vez nos dijo Boris que a veces él también se sentía, quizás no lo suficiente capacitado, pero sabía mucho del eje psicosocial y a veces si la Carolina no estaba él igual podía hablar, o a veces si el Boris no estaba igual la Carolina podía hablar.

**A:** hay áreas en que se ha logrado, otras que todavía estamos....

**E:** de trabajo,

**A:** claro, claro

**E:** m. .m hablemos un poquito del CRES científico, ¿cómo se llega, por qué se llega a definir un año del CRES científico, y qué efectos tuvo eso en los objetivos del programa?

**A:** bueno...e... [(3:48) se supone que este año, el que pasó, fue el año del CRES científico, es decir, se supone que no iban a crecer solos los niños sino que crecer nosotros como equipo, que íbamos a estudiar, que íbamos a publicar]

**E:** ¿este año 2011?

**A:** el 2011. Y de hecho si hubo cuatro trabajos, eso es mucho, pero evidentemente es que hubo ejes en que se concentró más la actividad científica, es decir, el eje de nutrición y el eje de actividad física donde más se concentra la actividad científica, [(3:49), este año el eje psicosocial, a pesar de que yo traté de estimular a la Carolina ella estaba demasiado sobrecargada, no pudo, no fue posible, pero claro, el interés está]. Es probable que el otro

año si pueda e...ser...e...sería deseable. Y odontología también, capaz que este año con la incorporación, [(3:50) vamos a ver si en las jornadas de planificación logramos articularnos de una mejor manera con las comunas vulnerables y con el trabajo que está haciendo el doctor Uquillas capaz que ahí haya algo más de investigación en el eje de odontología]

**E:** las investigaciones que se realizan en torno al programa, así como las tesis que se pueden haber hecho antes, como los trabajos de seminarios, ¿ha tenido algún impacto en las prácticas del programa? A ver lo planteo, de estas investigaciones probablemente emerge información que retroalimenta al equipo, ¿esta retroalimentación ha tenido un efecto concreto en algunas prácticas u objetivos?.. Que se yo... ¿ Ha cambiado algo? ¿Ha permitido visibilizar más cosas?

**A:** fijate que no lo se...es que es difícil poder decir cual es causa y efecto, yo diría que en general es como...como... [(3:51) es difícil separar cual es el trabajo individual de cada uno porque como pasa a ser colectivo] e...no me queda tan claro, ahora yo creo que hay cosas que no son como efecto de tesis digamos, pero e...[(3:52) la necesidad de evaluar y de tener indicadores ya todo el mundo lo tiene claro] , no es una cosa nueva, nadie se sorprende, a , de tener registro, de tener evidencia, a, eso ya está absolutamente incorporado, pero eso no me atrevería...nosotros tenemos solamente una tesis defendida hasta el momento que es la tesis de la Paulina, solamente esa, no no...y la tesis de la Paulina lo que más hizo fue llevar el diagnóstico todos los años esa serie de cosas digamos

**E:** y de las otras investigaciones que han realizado los otros miembros. Usted mencionaba actividad física, nutrición.... ¿ha significado retroalimentación?

**A:** ha permitido el hecho de que....[(3:53) todos los trabajos de investigación, siempre, es una premisa digamos, una verdad científica, permite mejorar el eje en si, yo creo que ha sido bastante entrópico el hecho de que el Álvaro esté haciendo un magister en actividad física, no es casual podría estar haciendo en deporte por ejemplo]

**E:** bien, al menos desde donde yo lo veo, me queda a mi al menos una pregunta importante y es cual, ¿cuál es el aporte para, para el programa y para el equipo e...del RIPSE? ¿Cómo, como, como a aportado digamos al CRES el estar asociado a RIPSE?

**A:** bueno yo creo que...mira en la línea del tiempo e...nosotros teníamos que esto partió con un proyecto piloto, en la escuela de las alturas, después pasó a ser un PES y utilizamos las estrategias de la OMS y los internos iban y acreditaban con una funcionaria de la SEREMI, lo hacíamos en conjunto, [(3:54) había una funcionaria de SEREMI destinada al proyecto y se iba con todos los internos a acreditar el proyecto de Olmué]para saber en qué punto estaban, pero no funcionaba mucho porque los directores decían, a, tenemos un kiosco...y nada mas, tenían el diagnóstico pero no hacían nada mas. Bueno, por eso abandonamos las estrategias de escuela saludables. E...después [(3:55) de PES pasó CRES, de CRES pasó a CRES UV, eso es un hito súper importante, es decir, ya no está el proyecto solo en Olmué sino que también en Zapallar, Petorca, Valparaíso, en todos los campus clínicos.] [(3:56) Y de CRES UV pasó a RIPSE, es decir, desde una escuela a una comuna, a la región, pasó a tener presencia diría yo internacional eso para el equipo fue muy muy gratificante, evidentemente, ] es decir yo creo que el proyecto de repente sino tenemos resultados muy halagadores, en marzo tuvimos resultados terriblemente halagadores si no encontramos ningún obeso, ni uno, Ni uno, si los empezamos a buscar porque hay que buscarlos

**E:** jajaja

**A:** pero si claro, donde están los obesos más o menos. Es en serio, los pesamos a todos los niños de nuevo. Y tuvimos tres mediciones donde no teníamos obesos, sobre peso aparecieron dos, no se si llegaron niños nuevos...o eso no lo alcanzamos a investigar pero tuvimos desde enero hasta fines de marzo niños sin sobre peso y obesidad, inédito. Bueno, el hecho, es decir, el programa se le cae, cuando aparece tanta cantidad de niños como que hubiéramos trabajado en vano, y [(3:57) el hecho de que apareciera RIPSE de que haya un reconocimiento internacional significa evidentemente que haya una gratificación y una motivación importante para el equipo], es decir, yo creo que eso sería lo más importante. Lo segundo porque aquí...la gente que trabaja en el CRES tiene su remuneración habitual, podía, que se yo, el Boris por ejemplo podría dedicarse a atender a más hipertensos, mas a

su programa cardiovascular, a revisar sus datos, es decir podría....no le va ni le viene tiene su contrato igual

**E:** le van a pagar lo mismo igual

**A:** exactamente, no hay una remuneración especial. Yo seguiría igual, podría dedicarme más a los internos, que haya mas o menos obesos....podría no ser importante, por lo [(3:58) tanto esta gratificación, esta motivación a mi me parece como coordinadora del proyecto súper importante porque de repente se nos bajan los ánimos] Además yo diría que el segundo efecto importante es que ha permitido compartir algunas experiencias, el hecho de que hayamos....el hecho de que....me parece que ustedes no estuvieron en la bioconferencia con Costa Rica

**E:** estuvimos en la reunión después de eso

**A:** claro, [(3:59) el hecho de haber estado conversando y ver cómo han enfrentado en Costa Rica el problema de la actividad física es súper importante porque ellos lo enfrentaron de una manera totalmente diferente. Capaz, capaz que tengamos que modificar pero significa que tenemos otro, significa que tenemos conocimientos nuevos, tenemos acceso a otras cosas. ] [(3:60) Y evidentemente que es importante para el Álvaro estar conversando con el asesor del ministro de educación que es un profesor de educación física]

. E.....y yo diría que la tercera cosa importante tiene que ver con la proyección a futuro, es decir, [(3:61) RISPE está levantando la necesidad y el tipo de malla que podría tener un diplomado o un magister en promoción de salud escolar y evidentemente que eso es importante para los profesionales más jóvenes]

para hacer la formación para los que tienen más experiencia para ser mejores docentes para entregar, es decir, tiene muchas muchas proyecciones. Y evidentemente el hecho de viajar, existe la posibilidad de viajar, sobre todo a República Dominicana, es decir, ya tuvimos una visita de República Dominicana es probable que tengamos que nosotros viajar a República Dominicana. De hecho el Mario, fue de su encargado del magister, fue a España para empezar a armar este magister en promoción en salud escolar. Así que motivación,

conocimiento, intercambio de conocimientos y experiencias, futuro por el hecho del magister y creo que he dicho una cuarta por ahí que se me olvida. Tamo?

**E:** hay una pregunta que está por ahí, que yo creo que ya todos sabemos la respuesta, y tiene que ver con el traspaso de las escuelas a los jardines infantiles. ¿Lo hablamos eso?

**E:** el por qué se generó ese cambio.

**A:** aaaaaa. Costo beneficio

**E:** a ver ¿cómo es eso?

**A:** claaaaaro, es que [(3:62) nosotros estábamos trabajando, trabajamos mucho, y la verdad que veíamos que los resultados eran muy pocos, estábamos llegando tarde, entonces capaz que con la premisa que estábamos pensando, capaz que con los esfuerzos podíamos llegar antes y salvar a algunos obesos. ]

. Ahora yo te diría que hemos encontrado muchos obesos igual...así que esa premisa, nosotros pensamos que íbamos a tener menos, menos obesos en los jardines infantiles, pero evidentemente que fue una decisión aceptada, [(3:63) tenemos que empezar a trabajar desde...deberíamos empezar a trabajar con las embarazadas, con embarazadas, recién nacidos, lactantes]

**E:** unirlo al Chile Crece quizás

**A:** por eso, eso es lo que les estoy diciendo, con las embarazadas. [(3:64) Tenemos que unirnos con el Chile Crece]

**E:** antes de que queden embarazadas...

**A:** claro, por eso que tenía sentido que trabajáramos con el liceo, nada más...porque los que están obesos, bajitos, chiquititos esos ya no tienen remedio. En el liceo los diagnósticos nutricionales son espantosos. Nuestra actividad va a servir para que estén informados, pero no vamos a poder lograr muchos cambios, salvo en las mamás y los papás, que son los futuros mamás y papás, de hecho....

**E:** y eso se piensa implantar....

**A:** es que trabajamos...por problemas que tuvieron....a ver, cuando el consejo municipal e...legisló que en ninguna escuela municipal iba a haber kiosco hubo una revolución, absoluta, y no es chiste, no estoy hablando...porque todas las escuelas tenían kioscos, y las escuelas, esto es análisis político, esto no salió en la tele, y los kioscos le pagan a los directores a la escuela una concesión mínima, treinta mil, y era la caja chica de los directores, y habitualmente era alguien conocido y entonces con el que más tuvimos problemas que se negó y armó un escandalo fue el liceo que como iba a sacar el kiosco si tenia desnutridos, y el kiosco los alimentaba

**A:** entonces el director hizo una evaluación, hizo un diagnóstico nutricional, esto fue en todo el consejo, debe estar en las actas del consejo municipal, llevó sus diagnósticos nutricionales de todo el liceo, y al Boris casi le dio un infarto

**E:** eran todos sobre peso

Alma: no, es como iba a ser él el que hiciera el diagnóstico nutricional. Nunca había estado formado

**E:** a él hizo el diagnóstico

**E:** el equipo de profes en el fondo

**A:** él hizo el diagnóstico. Entonces llevó sus tablas que se yo. El consejo municipal dijo esto no puede ser hay algo muy raro, entonces le pidió al CRES como equipo de la universidad que haga el diagnostico nutricional del liceo, y el año ante pasado hicimos y examinamos a todos los niñitos del liceo hicimos el diagnostico.

**E:** seguramente los resultados diagnósticos habrán cambiado, jajajaj

**E – A:** jajaja

**A:** absolutamente fue muy complejo porque además obviamente si el liceo tiene primero medio estaban en desarrollo puberal los niños y para poder hacer el diagnostico nutricional adecuado hay que medir el desarrollo puberal y esto significa en los niñitos medir el tamaño de los testículos con eso se puede saber, bueno ustedes deben saberlo, la etapa del desarrollo puberal en que van, y en el caso de las niñitas el tamaño de las mamas. Entonces

obviamente que a los niños, nosotros no trabajamos en el liceo permanentemente, no hay un lazo con los niños entonces no podíamos decir “ a ver Juanito Pérez, bájate los pantalones que quiero medir el tamaño de tus testículos”

**E:** jajaja

**A:** no, si estoy hablando absolutamente en serio entonces. Preguntábamos. Para hacer un diagnóstico nutricional tenemos que hacer un examen completo. E...ya, las mamás, las mamás estaban de acuerdo y los niños no estaban de acuerdo. Entonces llegamos al diagnóstico nutricional de los que ya eran adultos, que no necesitan examinarlos, es decir, llegamos al diagnósticos de tercero y cuarto medio. Y no había ningún desnutrido, entonces bueno no hubo kiosco, pero hubo...

**E:** la revolución

**A:** claaaaro, pero hubo ahí una cosa bastante exótica porque en el liceo se forman los técnicos en alimentación, los técnicos culinarios, es decir, los chef, los cocineros, y resulta que el profesor de culinaria no tenía conceptos de nutrición, son cosas distintas las manufacturas de lo que...y [(3:65) empezaron a hacer cosas ya más saludables, sacaron la grasa, hacían cosas con manteca, incorporaron el aceite de oliva, hicimos cosas muy interesantes. Empezamos a hacer, en todos los eventos que hacía la municipalidad, los alumnos del liceo hacían los breks, en vez de que se vendieran completos en el patahual vendían que se yo....cocadas saludables e.....sándwich en pan integral, en vez de bebidas jugos de no sé que y le entregaban un volante con el contenido nutricional de lo que estaban vendiendo, pero fue mucho mucho trabajo porque se necesitaba un apoyo y un financiamiento porque salía más caro vender los juguitos que vender la coca cola o lo que sea. ]

**E:** yo tengo una última pregunta, y quizás... y es que me parece igual bien importante y no está dentro de la pauta pero...en relación al equipo, al equipo CRES donde usted parecer ser una líder, una líder en relación a la experiencia y las competencias profesionales pero también una líder más natural. E.... ¿cómo ve la cuestión del compromiso personal, cómo ve el compromiso personal en relación al resto del equipo en el trabajo que ha realizado el CRES a lo largo de todos estos años?

**A:** [(3:66) bueno, el compromiso es variable, es variable de los distintos miembros y eso es absolutamente natural. Ahora, no hemos tenido, hasta el momento, detractores, es decir gente que esté en contra,] gente que diga “como se destinan tantas horas a esto y no tantas a otra cosa. E...hasta el momento hemos logrado, y eso seguramente ha sido, fue, obra de la María Teresa y del Víctor, ha sido más bien inclusivo. [(3:67)La gente se siente incluía y aporta, participa, no a potrilla. Hay gente que hace más cosas, el Boris hace más cosas, se estimula, se puso a investigar de la tuna], no se...

**E:** el viernes lo presentó en el CESFAM, esa investigación, del nopal

**A:** claaaaaaaro. Y es toda una cosa así como en cadena porque él descubrió estas cosas de las tunas en México, cuando fue a presentar uno de los trabajos, y lo apoyó, era un trabajo CRES y que el alcalde apoyó que fueran porque fue uno de mis primeros trabajos que yo presenté en mi época de pediatra donde yo me pagaba los pasajes, yo me pagaba la inscripción, aquí ellos no pagaron nada, lo pagó la municipalidad, les pagó los pasajes, la estadía y la inscripción.

**E:** eso hablábamos en una de las reuniones, o sea, lo hablaban ustedes

**A:** claro apoyo. Mas?

## ANEXO N° 6

### ANALISIS DE CONTENIDO

#### Categorías

1. **Dimensión docente:** Refiere a los procesos de transferencia de conocimiento y formación de los internos que participan de las actividades del equipo, se encuentra asociada a los objetivos fundamentales del programa CRES que surge como instancia de formación profesionalizante para los estudiantes de medicina. Se incluyen en esta categoría elementos relativos al propio equipo y su función docente manifiesta como también al rol que ocupan los internos dentro de la organización dinámica del equipo.

**1.1. Objetivo de formación:** Corresponde al propósito inicial que tiene el plan docente respecto a la formación de los internos

{(1:45) esos chicos van a ser futuros médicos, y que es importante que no salgan con la visión biomédica si o que con la visión biopsicosocial y depende, yo me siento responsable}.

[(3:2) la idea era trabajar con los internos fuera del establecimiento de salud, sacarlos a la comunidad y ver como podía ser nuestro aporte y es decir nuestro aporte docente y asistencial que como podíamos formar a los chiquillos en terreno]

**1.2. Rol del interno:** Son las funciones y el espacio que ocupa el interno en relación con el equipo de trabajo.

[(4:73) En la ejecución de los ejes, yo siento que es una ayuda principalmente para las pocas horas que tenemos nosotros. Muchas veces, por ejemplo los internos de kine ayudan mucho a Alvaro en el tema de la actividad física, que eso requiere más... manos por decirlo así... o sea yo puedo hacer las educaciones junto a Alvaro, junto a Boris sin ningún problema, pero por ejemplo Alvaro necesita, con 20 - 50 niños, a lo mejor en el blanco nieve necesita más manos,]

**1.3. Rol docente del equipo:** El equipo asume la responsabilidad de guiar, acompañar y formar a los internos que realicen su práctica en el programa.

{(1:44)Pero yo sentía y siento que como es un programa docente asistencial, el equipo innatamente estamos predispuestos a tratar de colaborar y de que el alumno vea que esto es un equipo de trabajo, que ella es la especialista en salud oral, él es el especialista en la parte nutricional, él es especialista en la parte psicosocial y él es especialista en la actividad física, y tu eres especialista en lo tuyo, entonces, de alguna manera colaborar con este enfoque integral que este médico va a tener el día de mañana, como que nos creemos mucho el cuento de ser formadores y a mí es un tema que me toca mucho, me toca, como que me traspasa mucho, porque yo me siento con la labor de hacerlo, cuando voy a la radio, el tema de la horizontalidad, el tema de la discusión, es un tema que me interesa que los alumnos lo entiendan}

**2. Modelo de trabajo:** Desde esta categoría es posible extraer las directrices que definen al programa CRES. La forma en como el equipo se caracteriza a si mismo va a determinar el cómo estos se organizan y trabajan en terreno.

**2.1. Trabajo en red:** refiere a la instancia de vinculación y coordinación entre el equipo de trabajo tanto a nivel interno como a través de la intersectorialidad.

[(5:26) Si no me equivoco el año pasado Boris y Víctor, no sé si algunos otros colegas, fueron a la jornada de salud pública el año pasado, fueron a presentar investigaciones respecto del CRES, respecto del CESFAM eso les permitió también abrir las oportunidades de presentarlo en México, ese también fue un salto súper importante, de que deja de ser un tema ya local, quizás nacional y pasa a ser algo más internacional que genera estas redes]

**2.2. Prácticas y conocimiento que emerge de las mismas:** La podemos definir como la acción situada que ocurre por parte de un grupo de personas con objetivos comunes. Por otro lado entenderemos por conocimiento que emerge de las prácticas la información que surge desde el ejercicio a partir de la evaluación y la reflexión cotidiana del mismo equipo.

{(1:67) Yo explico estos resultados a través de nuestra labor ardua, de los 6 años y el continuo análisis, las continuas comparaciones y las continuas programaciones, el análisis que tenemos como equipo, la capacidad de discutir, nos ha llevado a darnos cuenta de lo que hemos hecho mal y de lo que hemos hecho no tan bien y lo que definitivamente hemos hecho bien, así lo explico}

[(2:22) como te decía anteriormente, el CRES tiene evaluación, y al hacer nuestra evaluación, nos dimos cuenta que en todos los campos en el escolar ya estaba instalada la cuestión, en odontología, con un nivel de caries que en escolares era súper alto, entonces, ¿Qué teníamos que hacer? Tuvimos que bajar, porque vimos que en esta instancia la intervención ya era tardía, entonces decidimos bajar esta intervención al nivel preescolar]

**2.3. Procedimiento:** secuencia de pasos construidos en base a una planificación los cuales se orientan a ciertos objetivos planteados por el equipo.

{(1:40) Nos dedicamos a trabajar, a ir pa allá, a aplicar EMPA, pesar, exámenes, el dedo, que se yo, peso, talla, circunferencia de cintura, una cuestión súper completa, la cosa es que termino el tema y el estudio arrojó que los niños estaban gordos, sobrepeso y obesos como nosotros decíamos}

**3. Percepción de eficacia:** Es la creencia de un equipo de trabajo sobre su desempeño en ciertas situaciones, sobre su propia competencia y eficiencia para enfrentar las demandas y necesidades.

**3.1. Éxitos:** aquellas situaciones que den cuenta de un cumplimiento cabal de los objetivos.

[(3:65) empezaron a hacer cosas ya más saludables, sacaron la grasa, hacían cosas con manteca, incorporaron el aceite de oliva, hicimos cosas muy interesantes. Empezamos a hacer, en todos los eventos que hacía la municipalidad, los alumnos del liceo hacían los breks, en vez de que se vendieran completos en el patahual vendían que se yo....cocadas saludables e....sándwich en pan integral, en vez de bebidas jugos de no sé que y le entregaban un volante con el contenido nutricional de lo que estaban vendiendo, pero fue

mucho mucho trabajo porque se necesitaba un apoyo y un financiamiento porque salía más caro vender los juguitos que vender la coca cola o lo que sea.]

**3.2. Fracazos:** aquellas situaciones den cuenta de un no cumplimiento cabal de los objetivos

[(4:83) Si, de hecho yo misma acompañe un par de veces al Boris y efectivamente estaba la alimentación atrás, estaba una señora acá, otra señora vendiendo pan con mantequilla acá. Y no, no funcionaba...]

**4. Organización interna del equipo:** Las distintas modalidades en que se articula el funcionamiento interno del equipo de trabajo desde una perspectiva estructural y funcional

**4.1. Estructura orgánica:** Es el cómo se ordena y estructura el equipo, ya sea de manera implícita como explícita, son las reglas que definen el cómo los miembros se organizan. Donde se asignan ciertas funciones, atribuciones y jerarquías a los miembros.

[(2:16) Eso se debe a la estructuración del CESFAM, que se sectorizó el centro de salud familiar en dos sectores por lo tanto cada sector tiene un profesional asignado para ese sector, esto es de acuerdo al modelo de salud familiar, pero también hay un tercer sector que es transversal, y odontología pertenece a ese sector transversal, en donde está el centro de rehabilitación y odontología, pero a su vez esos dos sectores tienen su población separada, porque se manejan otros programas, muchos programas todavía.]

**4.2. Coordinación interna:** relaciones funcionales entre los miembros del equipo de trabajo.

[(5:9) por ejemplo, del 2010 al 2011, el 2010 eran actividades muy focalizadas en lo que era actividad física como uniprofesional, ya, la actividad del Kinesiólogo en tal centro educacional, como más aislado, ya para este año se han realizado actividades con nutrición, con lo psicosocial, porque el abordaje es más global]

[(3:50) vamos a ver si en las jornadas de planificación logramos articularnos de una mejor manera con las comunas vulnerables y con el trabajo que está haciendo el doctor Uquillas capaz que ahí haya algo más de investigación en el eje de odontología]

**5. CRES científico:** La importancia del conocimiento científico puesto al servicio de la práctica socio-sanitaria, tiene al menos dos aspectos relevantes.

El primero refiere al enriquecimiento de las propias prácticas en base a la continua revisión de material científico por parte de los miembros del equipo, considerando en la ecuación que determina su actuar la evidencia reunida en torno a determinados procedimientos y estrategias.

El segundo refiere a la producción de material científico en el equipo, es decir, la elaboración de estudios rigurosos en diferentes áreas que permiten exponer y divulgar el trabajo que realiza el equipo, atendiendo a la necesidad de compartir y poner en común los aprendizajes de esta comunidad de práctica en la perspectiva de generar cambios no solo en los niveles más concretos sino que, generar impactos en las políticas de Salud Pública.

En este nivel de análisis, cobra sentido y relevancia la conexión con organismos internacionales de difusión científica y cooperación en promoción de la salud.

**5.1. Producción científica:** refiere a la elaboración y divulgación de material científico dentro del equipo de trabajo tanto para la perfección de las propias prácticas como para el fortalecimiento del desarrollo profesional de los mismos miembros del equipo.

[(4:95) A mi me encanta el área de investigación, no a todos les pasa, pero aquí coincidimos bastante en que nos gusta el área de investigación, desgraciadamente el hacer

cualquier investigación, requiere mucho tiempo, yo hice investigación el 2008 y lo hice en la casa, hice una investigación comunal de consumo de alcohol y drogas...]

[(5:28) Yo creo que el cambio fundamental es que se estableció el nombre de CRES CIENTIFICO, es que está dando paso a que el CRES no solo sea una instancia o un proyecto de promoción y prevención escolar o pre escolar, sino que también tiene una línea investigativa asociada]

**6. Enfoque y orientación del trabajo:** El trabajo de la comunidad de práctica del programa CRES UV en Olmué, se fundamenta en una serie de elementos y adscripciones que en último nivel de análisis se relacionan con una visión ideológica que cruza todas las definiciones con las que este equipo identifica sus modalidades de trabajo, sus enfoques y orientaciones teóricas. De esta manera, partiendo por una orientación radical hacia la Salud Publica, pasando por la opción por la promoción de la salud, articulada en un modelo familiar, que descansa en la Transdisciplinariedad como forma de relación funcional entre los miembros del equipo, se relaciona con una ruptura en términos de los modos tradicionales en que se han planteado las formas de hacer en salud, orientándose incluso políticamente hacia opciones más cercanas a la medicina social.

**6.1. Promoción y prevención:** Estrategias que orientan el hacer del equipo de trabajo en torno a un programa.

{(1:2) Es promocional, porque trabajamos con población sana, con niños sanos, es preventivo porque trabajamos con población con factores de riesgo, previniendo daño secundario y es científico porque ya está a la vista todo el trabajo científico, todo el desarrollo científico que hemos tenido y que tiene que seguir creciendo}

**6.2. “Lo público”:** Adscripción política posicionada a favor de la pertenencia pública de los bienes y servicios comunes a los cuales la sociedad puede acceder de manera libre e irrestricta.

{(1:81) estoy enamorado de la Salud Pública de alguna manera, y me declaro, con la doctora lo conversábamos la otra vez...un nutricionista salubrista}

[(3:33) el acento está en la cosa de salud pública, y evidentemente que tiene un marcado ejercicio de gestión, por mi pasado de gestora, es decir, yo estaba formando a los chiquillos en salud pública y en gestión también]

**6.3. Relación de trabajo:** Modalidad de relación profesional que determina el como los diferentes miembros de un equipo se relacionan entre si en la articulación de alguna determinada actividad.

[(2:18)Depende de cómo lo tomemos, haber, si hablamos como del abordaje para mis más que transdisciplinario es multidisciplinario porque uno igual, aunque la otra persona haga tu actividad, yo pienso por lo menos que cada uno, o sea la persona que está encargada de su programa es el que tiene que dar los lineamientos de lo que se va a hacer, porque aunque sea muy transdisciplinario la otra persona no puede dar lineamientos, entonces por lo tanto para mi desde ese punto es multidisciplinario. Pero en cuanto a las relaciones es absolutamente transdisciplinario.]

**6.4. Enfoque familiar:** Corresponde a la perspectiva desde la cual un centro de salud se vincula con su objeto de intervención, en este sentido el enfoque enfatiza al individuo desde una relación inseparable con su familia y contexto social.

[(4:4) se aborda de una manera distinta, integral, voy yo con el nutricionista, o tiene hora para los 2 y se conversa el caso desde el modelo familiar,]

**6.5. Mirada biopsicosocial:** Referida a la concepción amplia y multifactorial del individuo como una totalidad, que se manifiesta en las distintas actividades que el equipo

[(4:55) ¿Dónde está la actividad física?, puede ser lo social, ¿donde esta lo nutricional?, ¿es clínico? Pero también es emocional, o sea el Boris trabaja conmigo mano a mano en el tema de los mitos y las creencias. Entonces acá yo diría que es bio-psico-social, digamos que todos intervenimos en lo bio-psico-social, yo lo separaría que lo medico vea lo bio, que la Dra. Vidales con el interno ven lo bio, que yo veo lo psicológico, y que alguien ve lo social]

**7. Dificultades:** Corresponde a las limitaciones, escollos, inconvenientes y problemas que emergen tanto a nivel interno, desde un equipo de trabajo, como a nivel externo, a partir del modelo estructural. Ambas dificultades condicionan el desarrollo de actividades.

**7.1 Limitaciones estructurales:** Elementos, situaciones y procesos que constituyen restricciones y bloqueos en la implementación programática y que se derivan de la relación con las distintas estructuras estatales.

[(3:4) ustedes saben como es la burocracia dentro de estas universidades, nos costó 3 años, una cosa que era tan obvia, porque los dos eran departamento de salud pública y todos ganaban, no había por donde, nos demoramos 2 años]

**7.2 Limitaciones circunstanciales:** Corresponde a las situaciones o procesos que surgen de manera imprevista en el ejercicio cotidiano de las actividades y que se manifiestan como una limitante para la consecución de los objetivos

[(2:31) Quizás es eso, que se eligió el grupo justo, claro hay que buscar a lo mejor...no se po, que es lo que les interesa a las otras personas...es difícil el tema de la promoción, más cuando no estamos acostumbrados nosotros y no está acostumbrada la comunidad]

**8. Identidad de equipo:** Se refiere a la identificación que tiene un determinado grupo de trabajo en cuanto a la participación en el mismo. La identidad se construye de manera implícita y se genera a partir de los compromisos personales de cada uno de los miembros del equipo, sus motivaciones hacia el trabajo y el grupo de personas que conforma al equipo. Además se genera una cohesión grupal que los coloca en íntima relación y moviliza la identidad grupal.

**8.1. Compromisos personales:** Aspectos internos que refieren a la experiencia de los sujetos en el equipo, contiene valoraciones personales y compromisos individuales en relación al equipo, el programa y/o el enfoque de trabajo.

{(1:76)pa mí el CRES, emotivamente, ha sido y es...le he agarrado harto cariño}

**8.2. Cohesión de grupo:** Es el vínculo que se genera entre los miembros de un equipo de trabajo, el cual se genera como resultado de intereses, tareas y propósitos comunes, generando la percepción de pertenencia a un proyecto.

[(3:51) es difícil separar cual es el trabajo individual de cada uno porque como pasa a ser colectivo

**8.3. Motivaciones:** Se refiere a los procesos que impulsan a cada individuo a satisfacer ciertas necesidades particulares en un contexto compartido, siendo este contexto además un facilitador para la consecución de tales necesidades.

{(1:79)yo creo que eso es lo que más me motiva, saber que estoy trabajando con gente muy potente, con muchas buenas ideas, eso es lo que ,más me emociona}

[(4:25) las ganas están, lo demás se puede arreglar.]

## UNIDADES DE ANÁLISIS

<p><b>1. Dimensión docente</b></p> <p><b>1.1. Objetivo de formación</b></p>	<p>{(1:45) esos chicos van a ser futuros médicos, y que es importante que no salgan con la visión biomédica si o que con la visión biopsicosocial y depende, yo me siento responsable}.</p> <p>[(2:5) E: ¿El CRES, o sea, el eje odontológico siempre ha estado en el CRES o no?</p> <p>DRA: Si, lo que pasa es que, no, partió después, pero no partió efectivamente con nosotros, a ver cómo podríamos decir, con los de planta, ¿ya?, partió con internos, con un becado en odontopediatría y salud pública, que es el Seremi ahora.]</p> <p>[(2:9) Lo que pasa es que acuérdate que este era un abordaje para los alumnos de medicina, digamos ese era el eje central de del CRES, los alumnos de medicina, estaba todo lo que, digamos, incluso después cuando era el eje de odontología igual estaba dentro de las actividades del interno de medicina.]</p> <p>[(5:1) Bueno, por definición es un proyecto DOCENTE/ASISTENCIAL, ya, que lo que busca un poco es establecer los lineamientos de promoción y prevención, eso como definición.]</p> <p>[(3:1) la idea era hacer un proyecto con los internos que era básicamente docente, yo le puse la parte asistencial que venía de donde las papas queman, que hay que hacer cosas, de la cosa pública]</p> <p>[(3:2) la idea era trabajar con los internos fuera del establecimiento de salud, sacarlos a la comunidad y ver como podía ser nuestro aporte y es decir nuestro aporte docente y asistencial que como podíamos formar a los chiquillos en terreno]</p> <p>[(4:14) OBJETIVO DE FORMACION El CRES y el PES, todo, la Dra. Vidales sino no hubiera llegado acá, parte por los internos de medicina, y por los internos de medicina con la intención de abordar el tema de la obesidad</p>
---	---

infantil.]

[(4:78) además como interno es una muy buena experiencia, porque te permite ver de entrada, algo que no es común al ejercicio profesional o sea tu ves a tu tutor atendiendo, atendiendo y acá tu ves a tu tutor trabajando con el kine, nos conocen y actuamos y vamos a la radio con los internos, así que yo creo que también, siendo humilde, es un aprendizaje extra que se están llevando, del como trabajamos nosotros, y de ese extra también que tenemos nosotros que trabajamos súper a la par con las otras profesiones y con los internos]

[(4:79) Un gran plus en la formación, y que la universidad tampoco lo considera por supuesto]

**1.2. Rol del interno**

{(1:46) los internos aportan, en la parte operacional, en la parte en la parte laboral, mano de obra como decimos nosotros, bien puntualista aportan con pesar, medir, nos descolapsan de trabajo, nos ayudan}

[(2:10) O sea sí, pero no tanto, te fijas, porque ahora nosotros estamos con este abordaje multi institucional y el interno de medicina es el que tiene que, y lo conversamos con la doctora un tiempo, él es el que tiene que acoplarse a las actividades, ¿ya? Había que buscarlo.]

[(3:34) entonces ellos tenían que tener claro, ellos en el primer internado tuvieron que hacer informes, están los informes, desde el 2003, todos todos todos, y ellos tenían que entregar un informe]

[(4:73) En la ejecución de los ejes, yo siento que es una ayuda principalmente para las pocas horas que tenemos nosotros. Muchas veces, por ejemplo los internos de kine ayudan hartito a Alvaro en el tema de la actividad física, que eso requiere más... manos por decirlo así... o sea yo puedo hacer las educaciones junto a Alvaro, junto a Boris sin ningún problema, pero por

	<p>ejemplo Alvaro necesita, con 20 - 50 niños, a lo mejor en el blanca nieves necesita más manos,]</p> <p>[(4:76) El interno de medicina es de la Valpo, y siempre nos acompaña a todas las intervenciones, porque ese es su internado, es parte crucial.]</p>
<p><b>1.1. Rol docente del equipo</b></p>	<p>{(1:44)Pero yo sentía y siento que como es un programa docente asistencial, el equipo innatamente estamos predispuestos a tratar de colaborar y de que el alumno vea que esto es un equipo de trabajo, que ella es la especialista en salud oral, él es el especialista en la parte nutricional, él es especialista en la parte psicosocial y él es especialista en la actividad física, y tu eres especialista en lo tuyo, entonces, de alguna manera colaborar con este enfoque integral que este médico va a tener el día de mañana, como que nos creemos mucho el cuento de ser formadores y a mí es un tema que me toca mucho, me toca, como que me traspasa mucho, porque yo me siento con la labor de hacerlo, cuando voy a la radio, el tema de la horizontalidad, el tema de la discusión, es un tema que me interesa que los alumnos lo entiendan}</p> <p>{(1:69)como te digo, yo veo al equipo de internos, el equipo que es transitorio, como un desafío para nosotros mismos, para poder colaborar con ellos, es lo que veo yo, es un desafío para colaborar con su formación, ese es mi desafío permanente y esa es mi tarea permanente con ellos, de demostrarles que existen otras áreas, validas, y que todas son disciplinas distintas y complementarias}</p> <p>[(5:19) Yo evito, el año pasado trabajé con internos, este año evito trabajar con los internos porque yo no tengo a cargo internos directos, hay cuatro internos de kinesiología, están dos a cargo de mi colega Sebastián y dos a cargo de Víctor, entonces yo como no soy el supervisor, evito por cualquier índole porque de repente por hacer algunas actividades con ellos los saco un poco de las funciones que pueden tener con el otro docente, entonces yo, si</p>

	<p>pueden cooperar, han ido conmigo a hacer estas actividades, me han acompañado a los jardines, pero evito entregarles un rol preponderante dentro de las actividades como puede que ocurra con el interno de medicina, que es parte de su formación, yo no, si me pueden cooperar alguna vez, bien venido sean, pero no lo estoy solicitando yo a ellos para que me acompañen.]</p> <p>[(4:77) los involucra más, porque tener internos significa, muchas veces tiempo extra, desmedro de tu atención clínica, cuando uno de verdad quiere que se involucre y que se empape de lo que es el trabajo, tu requieres estar ahí, y estar encima y trabajar par a par con el interno. No es ese internado en tu que lo dejo que me traiga el café, que me suba las fichas, nopo, sobretodo el internado de nosotros es un internado en paralelo al mío,]</p>
<p><b>2. Modelo de trabajo</b></p> <p><b>2.1. Trabajo en red</b></p>	<p>{(1:12) Este año, 2011, a través de un par de acuerdos que hubo en la reunión, se acordó que Sheila, la nutricionista del otro sector se incorporara nuevamente, entre comillas, al CRES, que participara de un par de reuniones, para darle el enfoque de sector, de salud familiar, en el fondo que en el CRES no solo haya componentes de un sector sino que esto pueda ser replicado en ambos sectores de manera más equilibrada}</p> <p>{(1:24) los títeres - que es financiado por PROMOS - ahí hay una alianza, estratégica. Títeres es de PROMOS, no de CRES, pero trabajamos juntos, es la misma gente, somos el mismo equipo, y antes existía mucho eso de CRES y PROMOS, CRES y PROMOS, como dos polaridades aparte, pero ahora se empezó a ver que era una alianza, que los títeres podían participar dentro del equipo, e incluso, parte del equipo de ese momento, eran los actores de los títeres}</p> <p>{(1:39) Dentro de ello apareció el tema del kiosco, y empezamos a luchar por esta política de salud que era, si nosotros lográbamos demostrarle al consejo municipal que los datos que presentaba el liceo no estaban correctos y que sus</p>

alumnos no estaban flacos ni bajo peso, estaban obesos y sobrepeso, en gran manera, eso era trascendental para que el consejo municipal aboliera los kioscos dentro de las escuelas, por eso tiene que ver con lo que te estoy contando}

{(1:43)totalmente, de aquí nació esto, CRES cobijó los Kioscos saludables, en cada reunión la doctora Vidales nos preguntaba ¿Cómo van los kioscos saludables?, no tenía nada que ver con CRES aparentemente, no tenía nada que ver, porque era un programa aparte, que venía aparte, ni siquiera venía con platas, era totalmente aparte, pero empezó a hacerse un tema común porque los mismos integrantes de CRES eran los profesionales de Kioscos saludables y de PROMOS, y por eso empezó este nexo, y lo miras fríamente, los mismos niños que se estaban interviniendo, ahí mismo estaban los kioscos, entonces, no tenía sentido que trabajáramos aparte y además está bien hablar de todos los tema pertinentes dentro del CRES, así que CRES el nicho, con la doctora Vidales estuvimos sentados en el consejo municipal viendo el tema incluso, fue testigo}

{(1:63)bueno, RIPSE es un bebe que apareció hace poquito, empezó a sonar en 2011 y también si te das cuenta con partes del equipo CRES, la doctora Vidales trajo ese nuevo termino, RIPSE, ¿Qué será eso? Un tremendo aporte, lo tomamos como parte, como hijo de CRES, de una u otra manera, porque es la doctora Vidales parte del CRES, una gran parte de CRES, la Doctora Vidales era parte del RIPSE, por lo tanto, todos tomamos a RIPSE como parte de CRES, como pertenencia, por lo menos ese fue el fenómeno que me pasó a mí. Y de hecho, bueno, valorar la importancia de esta red que ahora en este momento está como oculta, falta difusión, falta difundir al resto de la comunidad científica, las universidades, pero yo tengo fe que una vez que se difunda esta cuestión va a ser re importante, mega importante para la parte iberoamericana, y yo sé que cuando pase el tiempo, cuando miremos para atrás con orgullo que nosotros fuimos parte del origen de esta red}.

[(2:3) Tu sabes que la medición, por lo menos en la parte odontológica es en base a rendimiento, y esto permitió, inclusive nosotros en Olmué específicamente el abordaje de odontología es como, podríamos decir multiinstitucional, entonces el CRES nos permitió, como ya habíamos partido antes, que estos impactos se dieran, que se respetaran, que se dieran en el tiempo.]

[(2:4) E: ¿A qué se refiere con lo multi institucional?

DR: Es de la Seremi, del Servicio de Salud, de JUNAEB, ¿ya?]

[(2:35) Mencionó al SEREMI recién ¿todavía trabajan con él?

DRA: Si.

E: ¿Cuál es el aporte de SEREMI?

DRA: Ya, el SEREMI nos aporta en recurso humano y en recurso material. El abordaje odontológico tiene un área promocional, que está dedicada a la educación, promoción igual educación, pero tiene una actividad que es preventiva y que es la aplicación de un material específico contra las caries, que es el barniz de flúor. Que como nosotros no tenemos flúor en el agua, tenemos que aplicarlo. Y eso es lo que nos aporta el SEREMI, yo les decía el otro día, una cajita cuanto nos dará por niño, así como haciendo la estirada, sale como 30 lucas, y nos envían el dinero para comprar el flúor. Y en recursos humanos, ellos los aplican, manda una persona que aplica un barniz de flúor, que es un paramédico, que este año además de ser paramédico hace una actividad lúdica, porque este año nosotros evaluamos.... A ver tenemos que partir de antes, el año antepasado tuve una gran intervención en que participo: el servicio de salud, la escuela de odontología, la seremi y nosotros... y JUNAEB, y bueno de ahí salió lo que íbamos a hacer y con qué recurso, la escuela de odontología nos ayudó con capacitación, todo el personal que trabajaba con preescolares, las enfermeras, las matronas.]

[(2:39) La forma que tiene el niño de conceptualizar la imagen del odontólogo evidentemente va a cambiar...

DRA: Cuando le pasó un sombrero, una vara, lo encontré increíble. Esto lo aportó la escuela de odontología, la parte de odonto-pediatría que está inserta en esto, entonces lo que encontré genial.]

[(2:40) Mira RIPSE llego por la Dra. Vidales, pero no lo se, porque yo no he ido a todas las reuniones, así que no lo sé en realidad. Pero el aporte más grande que tiene, yo creo es esta cosa de la conversación y ver otras experiencias y de ahí... porque que es lo que te permite mejorar a ti, porque no somos... a lo mejor podemos crear algunas cosas, que pueden nacer de las necesidades, podemos como inventar algo, pero en general casi todas las cosas se dan basado en la experiencia de otro lado, y como que adaptas esas experiencia o adapta esas experiencias que te interesan a ti, antes de probarlas...y como te decía es el intercambio de ideas y de conocer otras realidades.]

[(5:17) ¿Qué es lo que hice? Fue postular a fondos de PROMOS, hice el proyecto lo postulé y me gané tantas lucas para hacer el proyecto, entonces ese proyecto que está realizándose está en ejecución, estoy haciendo lo que estaba planificado para el CRES en el año, hacer el tema de la actividad física en los cuatro jardines pero fuera del horario del CRES, cosa de que en el horario establecido del CRES poder potenciar otras actividades y complementarlo con lo que es actividad física en los jardines infantiles]

[(5:26) Si no me equivoco el año pasado Boris y Víctor, no sé si algunos otros colegas, fueron a la jornada de salud pública el año pasado, fueron a presentar investigaciones respecto del CRES, respecto del CESFAM eso les permitió también abrir las oportunidades de presentarlo en México, ese también fue un salto súper importante, de que deja de ser un tema ya local, quizás nacional y pasa a ser algo más internacional que genera estas redes]

[(5:30)El oficio formal por cómo llega el RIPSE no lo sé, probablemente llega porque el secretario educativo de la red, Rodrigo López, es el hijo de la doctora Vidales, Rodrigo es al mismo tiempo docente de la universidad Pablo de Olavide Sevilla y docente del magister de salud pública de la Universidad de Valparaíso, o sea, cumple un poco con, tiene el contacto directo, no se formalmente como habrá nacido, sé que él como secretario establece las reuniones un poco de consolidación de la red luego de tener el respaldo de estos organismo españoles, no recuerdo cual era el nombre, consolida un poco con los directores de algunas universidades desde el área de la salud Pública, dentro de los cuales está el Sr. El doctor Parada de la Universidad de Valparaíso, que es un poco ya el ente presente de la Universidad, Universidad Autónoma de Santo Domingo en España y no sé si existe otra más asociada.]

[(5:31) El RIPSE llega un poco al CRES a hacer un espacio un poco de mostrar lo que se estaba haciendo, y del punto de vista del CRES para el RIPSE, para el CRES era una ventana, una oportunidad de mostrarle al resto de la red lo que se estaba haciendo en Olmué, como un proyecto que tenía años de funcionamiento, Y para el RIPSE era un poco una oportunidad de rescatar que es lo que estaba haciendo el CRES para presentárselo a los otros grupos participantes, no que sea un modelo a seguir, pero demostrar de que hace muchos años en una comuna pequeña de 16.000 habitantes se estaba haciendo algo potente respecto a la promoción de salud escolar, entonces fue una doble llegada, del CRES para el RIPSE, un poco de para mostrar lo que se estaba haciendo y del RIPSE para el CRES, de tomar lo que se estaba haciendo y poder ejemplificarlo en otras instancias.]

[(5:35) Yo sé que actualmente está participando la otra nutricionista, porque además del CRES está el PROMOS, que son actividades de promoción de salud y muchas veces hay dualidad de funciones, entonces se incorporó a la Sheila, que anteriormente participaba más en las reuniones, se incorpora este año, para poder hacer un trabajo en conjunto y no pisarse la cola entre cada

uno, o sea repetir actividades, sobreintervenir.]

[(5:39) Yo no participo en el Chile Crece pero se lo que hace, se lo que se hace en la estimulación temprana, conozco en parte lo que es el programa de Salud Mental por ejemplo, se cómo trabaja un poco el servicio de urgencias, claro que yo no tengo nada que ver, pero conozco un poco que está este sistema y trabaja tal gente, si tu preguntas al revés...]

[(5:41) se sumó también de que además de los colegas, otras personas estaban haciendo investigación en relación al CRES y que habían post grados entre medio, lo que da, no sé si una mayor jerarquía el tema de la investigación, pero te da un plus, o sea ya dejaron de ser investigaciones pequeñas de renombre de CESFAM o de local sino que ya involucra universidades, involucra nuevas instituciones , involucra un grado académico y yo creo que en parte se ve potenciado por eso. El 2010 se juntaron muchas cosas y al mismo tiempo que se juntaron se pudieron presentar.]

[(3:24) el encargado de la beca de odontología pediátrica había sido mi alumno en el magister de salud publica entonces por ahí conseguí hora con odontólogo, es decir fue una cosa absolutamente...no con parches

[(3:25) articulamos todo lo que pudimos, pero después llegaron mas horas odontólogo, la María teresa Queirolo destino mas horas a la Ximena para que siguiera a cargo y ahí logramos separar la naturaleza preventiva de la curativa porque en primer momento momento estaban mezcladas, no podíamos enseñarle a los niños a lavarse los dientes solamente si veíamos que tenía un cráter, no, no era posible. Así que eso fue, ese fue el comienzo del eje de odontología que fue complejo porque habían muy pocas horas odontológicas, pero ahora cada eje tiene su responsable del CESFAM

[(3:7) trabajábamos porque esta escuela fue elegida por el director de educación municipal, no fue elegida por mi ni al azar y fue elegida en conjunto con el director de educación municipal y la directora de salud]

**[(3:30)** también fue una decisión del departamento de salud pública, si nosotros tenemos claro, hemos vivido periodos de cambio, del 2003 hasta ahora, de hecho el 2003, he...el 2002, en el congreso de promoción, el que abrió, el que inauguró, fue el presidente de la republica, acabo de ver su discurso la semana pasada y él dijo Chile iba a apostar por, su apuesta iba a estar, iba a estar centrada en la promoción, Chile país saludable, eso el discurso, lo que él inauguró en este diplomado y en esta jornada, hasta hubo un premio en promoción de la salud, y el primer premio se lo ganó la ex ministra de salud, porque en ese momento era la ministra de defensa, es decir, había un movimiento pro promoción de la salud importante, pero...el transcurso de la historia ha dicho que eso fue la cúspide, y después

**[(3:64)** Tenemos que unirnos con el Chile Crece]

**[(4:16)** Si, y ni siquiera, a ver no sé si la palabra es integrar sino que es coordinarnos, es decir que nosotros logremos como CESFAM tener un plan el próximo año, en donde yo sepa en marzo por ejemplo... hay cosas que se hacen en todo el año, por ejemplo la educadora de párvulos va a estar todo el año interviniendo a los niños de los jardines, pero ella no tiene idea de lo que nosotros hacemos en el CRES, no tiene idea.]

**[(4:18)** Entonces si nosotros lográramos integrar, que es lo que yo sueño, el próximo año, o el subsiguiente a la matrona por ejemplo que también desde la gestación, que ella ya desde la gestación en el ultimo taller de embarazo, nosotros les presentamos los talleres que van a venir después, decirle cuando su hijo entre al jardín, que lo hacemos ahora todavía, va a tener estas oportunidades, ojo con el tema de la lactancia, se le va a reforzar, va a seguir viendo a los mismos profesionales, odontólogo igual, nutricionista igual y no somos tantos, yo creo que eso es factible de hacer, pero no estamos coordinados, y yo llevo 2 años diciendo lo mismo, si ya parezco disco rayado, pero ahora lo he demostrado empíricamente.]

**[(4:20)** Entonces integrarlo a mí me parece una súper buena alternativa,

integrarnos bajo el alero de CRES puede ser, o coordinarnos bajo el alero de CRES.]

[(4:22) Entonces nos dimos cuenta, hace 2 o 3 años atrás, que el PROMOS y el CRES iban así, entonces se trato y esa reflexión si se hizo, pero sólo en torno a esos 2 programas, y se coordinó un poco más, porque el Alvaro por ejemplo, Sheila, y se empezó a coordinar un poco más las actividades de promoción con el CRES. Ahora, el PROMOS murió, el PROMOS tenía mucha, no mucha pero harta plata]

[(4:23) Entonces el CRES vino a ser el único pilar de promoción que hay en el consultorio. Por eso es que yo sugiero que se integren también las actividades de promoción de los otros programas]

[(4:47) Entonces mi eje se instalo en un momento en donde era lo único que había en infanto, yo era lo único que había en infanto, no había OPD Vivianne, no había nada en la comuna, yo caso de maltrato que tenía detectado iba directo a fiscalía, no había nada, de atención, no había psicólogo, solamente había una psicóloga en educación que era Skarlet, estábamos las 2 solas, no había nada de red. Entonces ahora el escenario es otro, ahora el jardín detecta, trabaja con la OPD...]

[(4:48) Por gestiones municipales, nosotros hicimos un diagnóstico de muchos casos que teníamos acá en la comuna y que tenemos todavía, lo mandamos al DIDECO, trabajamos. Hubo elecciones, entonces un diputado se interesó en esto, fue a Santiago y gracias a eso tenemos OPD. Después el previene de CONACE que también trabaja en edades tempranas, el encargado también gestiona, también trabaja con educadoras, también trabaja en las escuelas, se instaló en la oficina de seguridad pública, se creó una red de infancia, también estamos ahí, entonces...]

[(4:49) Nosotros estábamos botadísimos, yo reunión que iba, iba a presentar lo lejano y el poco acceso que teníamos a todo, a bueno todavía, pero

atenciones, atenciones en los niveles secundarios y terciarios, poquísimos.]

[(4:50) ahora por lo menos cuento con mas red acá, es decir a espera de algunos cupos, por ejemplo de reparación en caso de abuso, esta mi colega de la OPD, esta mi colega de la seguridad pública, por lo menos compartimos un poco, como lo acabo de hacer con ella, con la psicóloga de educación, uno atiende mientras llega este otro nivel de atención, que muchas veces no llega, lo abordamos nosotros, porque no vamos a dejar el caso así, no vamos a dejar el caso botado.]

[(4:51) pero por lo menos hay más orientación, hay abogado en la OPD, cosa que antes no había para las medidas de protección, no ahora es mucho mejor. Y los jardines saben eso, y los jardines trabajan también, entonces se manejan mucho mejor en el lenguaje, no solo de los derechos, que es la promoción de la OPD, sino también en el cambiar, en el mejorar sus estilos parentales de crianza. Si te fijai todo es coherente, por eso digo, si ojala hubiera una visión macro, que pudiera ver y que pudiera articular esto de una manera más coherente, porque todos hacemos cosas en esta área.]

[(4:52) tenemos que unirnos nosotros como CESFAM y estar más en sincronía para poder trabajar más con la red del sector, con el intersector, si uno no trabaja solo. Entonces a veces nos ha pasado que uno llega al jardín y esta la OPD y te topai con las intervenciones de la red, entonces no es sólo una coordinación interna, tiene que ser con el intersector, a través de que... de la red de infancia por ejemplo.]

[(4:53) Nosotros participamos, participa Enzo o participo yo en representación de los sectores en la red con estas otras entidades. Entonces cuando hay, por ejemplo ferias de la salud participa parte del equipo de nosotros, nosotros informamos, difundimos, en la radio, en el programa que se yo.]

[(4:56) Es que por eso te digo, está el que si nosotros logramos coordinarnos y

que nuestros compañeros de trabajo sepan lo que hacemos, va a ser mucho más fácil. Porque nosotros lo que hacemos ahora Vivianne es trabajar bajo el modelo, es decir, si cualquiera del equipo detecta un caso, por ejemplo social, otro ejemplo un caso de una chiquitita de un jardín que la tía nos cuenta, cuando fuimos con el Boris, y la vimos físicamente, con ciertas erosiones vaginales y que se yo, y nos dice que sospechan negligencia de la mamá, que no ejerce los cuidados, que llega siempre sucia, que esta con pediculosis. ¿Que hicimos? la conectamos con la enfermera, presentamos el caso en el sector, sale la educadora de párvulo y lo comenta... entonces ahí está el abordaje integral con los otros profesionales, la única diferencia es que, si bien nosotros somos el elenco estable, nuestros compañeros no saben bien y no entienden que hacemos en el CRES...]

[(4:57) Si, distinto es si la enfermera, por ejemplo va a saber que nosotros intervenimos en ese jardín, en el nido de cóndores, ella le va a decir a esa mamá, porque ya sabemos quién es, porque es adolescente, “oye Juanita, se que la psicóloga va a ir al jardín, aprovecha si te invitan a la charla de ir” cachai que es distinto, si yo recibo la misma información de la enfermera, del médico,]

[(4:81) El servicio sabe del CRES por..., formalmente yo te puedo decir que sabría, a lo mejor Boris te lo va confirmar. El servicio conoce nuestro CESFAM por algunas actividades y por algunos profesionales que se destacan, por ejemplo el Boris que es jefe del programa Cardiovascular. Dentro de la atención en salud, el programa cardiovascular es súper potente, dentro de las problemáticas más atendidas en salud, esta todo tipo de enfermedades crónicas no transmisibles, diabetes, hipertensión, dislipidemia, obesidad entre ellos... entonces te puedo decir que el servicio sabe del CRES un poquito a lo mejor por el Boris, por las enfermeras, porque yo he comentado en algunas reuniones de salud mental, y porque yo he comentado. Pero formalmente el CRES no es una iniciativa que esté presente en el servicio, es una iniciativa de la escuela de medicina y que la Dra. ha replicado en otros campus clínicos de medicina,

pero en el servicio nosotros no mantenemos un vínculos para hablar de CRES, no existe una mesa..., existen desde el servicio el programa de PROMOS y a esas reuniones va la asistente social, Olga Mena y va Enzo a veces y existe una encargada de promoción del servicio pero que ve sólo eso, en las temáticas que yo te comentaba: actividad física, tabaco y obesidad y en ciertos ejes, me refiero a áreas, es decir actividad física pa adulto mayor, tabaco en tal lado, y tal cosa en tal cosa. Pero no existe, si es que lo que uds. piensan que el CRES en algún momento va al servicio y nos reunimos, eso no. No hay espacio para eso, porque no existe. Obesidad infantil se aborda a través de las metas de programa cardiovascular, del programa de promoción en lo que tiene que abordarse y seria]

[(4:86) El periodista rescato esto, “gran discusión en concejo municipal se quieren eliminar los quioscos”, se enojaron los directores, “que como iban a sustentar el financiamiento, que iban a dejar gente sin trabajo”, se averiguo todo esto, al final nos enteramos de que muchos de ellos era profes, otros eran apoderados que la ganancia era mínima, 40 – 50 lucas, y se llegó a esa decisión de eliminar los quioscos. A raíz de eso Vivianne se decidió formar la mesa de promoción, porque porque esa fue la 1ª instancia de política comunal en salud, en promoción de la salud,]

[(4:87) Entonces la idea es tener más políticas de promoción de la salud. Esa es la mesa técnica, no tiene nada que ver con el servicio, tiene que ver solamente con el CESFAM, y la idea es que este también educación metida...]

[(4:91) Colapsan. Entonces te fijai que hay que ser muy estratégico, muy asertivo en el momento de intervenir. Hay directores que tienen voluntades para estas actividades, el director de la quebrada por ejemplo es pro intervención, nos va a dejar un espacio en la reunión por 1ª vez, nunca lo hemos hecho, no tengo idea como va a resultar. Vamos a ir a una reunión de apoderados y las hacen de 1º a 4º, todos los cursos juntos, no tengo idea como va a funcionar...]

	<p>[(4:92) Pero ahí también está la pregunta, que ojala uds lo aborden en el marco teórico o en la reflexión, el tema de educación. O sea si tu vas al frente, al departamento y hablas con el director del departamento, le preguntas que es el CRES, que hacemos nosotros...]</p>
<p><b>2.2. Prácticas y conocimiento que emerge de las mismas</b></p>	<p>{(1:4)se estaban abordando los escolares del 1° ciclo básico y viví todo el proceso en el que nos empozamos a dar cuenta como equipo, yo me sume a este grupo, en donde nos empezamos a dar cuentas de que era mejor prevenir y anticiparse al daño, y nos dimos cuenta de que los grupos preescolares era lo más temprano, y apoyándonos incluso en la evidencia científica internacional, con papers que llegaban a las mismas conclusiones que nosotros, que la población preescolar era lo preventivo}</p> <p>{(1:6)básicamente lo que yo decía antes, la población objetivo, de escolares a preescolares}</p> <p>{(1:7)observamos un desprendimiento de los papás, como que los papás en la parte del jardín estaban mucho más endientes de los niños y quizá se hacían mucho más responsables de los niños. En primero básico, como que los niños crecían, pasaban a otra etapa, con mayor independencia y los papás se desprendían de ellos, de esa responsabilidad del cuidado del niño, entonces por eso se hacía tardío intervenir en esa etapa y eso era lo que observábamos y discutíamos en las reuniones que era uno de los fundamentos para volver atrás, a la etapa preescolar}</p> <p>{(1:19)en ese momento llegue yo, cuando se daban las discusiones sobre el poco impacto y ahí fue donde empezamos a analizar las causas del problema ¿serán ellos que están mal? ¿O nosotros como equipo estaremos interviniendo mal}</p> <p>{(1:20)ahí apareció el eje psicosocial, que la doctora Vidales, como líder del equipo dijo “probablemente aquí falta...como estamos entregando el</p>

mensaje”, el mensaje no está siendo bien entendido, por lo tanto, falta un profesional del área psicosocial y la Caro aparece como protagonista aconsejando, sugiriendo, viendo la visión de su especialidad fue un gran aporte para el equipo y en conjunto con todos los análisis, del resto de los profesionales}

{(1:21)exacto, creyendo que en una etapa anterior...mientras más temprano se intervenga, más probabilidades de éxito}

{(1:29)De hecho, en ese programa, se revisó mucha evidencia científica que demostraba la eficacia del aprendizaje horizontal, el aprendizaje entre pares, las formas de enseñar más participativas que, obviamente, tenía mejores resultados en adherencia terapéutica y el paciente, el usuario como se lo llama en este modelo, aprende mejor, y ese aprendizaje, más significativo sea, logra pasar de la parte cognitiva, a la parte psicomotora, a la parte práctica que lo que uno busca y eso, como yo ya lo había visto, la efectividad de esto en seres humanos, yo también aposte en CRES que esto debía ser así, porque había visto que así funciona bien. Ese fue el origen de mi apoyo a esta práctica}

{(1:30)eso igual suena teórico y uno lo puede ver en los libros, pero pucha que es cierto, y realmente es muy cierto, como nosotros nos empezamos a nutrir de cosas y empezamos a aprender del paciente, quizá no de conocimientos técnicos, pero si otras cosas que son intangibles y que nos sirven para entender mejor el comportamiento de las personas}

{(1:42)como es este tema, como es el tema político y como es necesario que personal de salud se involucre en temas políticos para poder decidir temas competentes a nosotros, de ninguna manera, ninguna decisión de salud va a estar bien fundamentada en solo personas políticas}

{(1:67)Yo explico estos resultados a través de nuestra labor ardua, de los 6 años y el continuo análisis, las continuas comparaciones y las continuas programaciones, el análisis que tenemos como equipo, la capacidad de

discutir, nos ha llevado a darnos cuenta de lo que hemos hecho mal y de lo que hemos hecho no tan bien y lo que definitivamente hemos hecho bien, así lo explico}

{(1:68)de todas maneras, y es como un refuerzo positivo, podemos descansar un poco en que vale la pena los años y se empieza a valorar la experiencia, y empiezas a entender que no es lo mismo un profesional que viene recién saliendo a cuando uno lleva años de circo, y eso yo no lo entendía cuando recién salí. Vengo a entender ahora que la experiencia es un aporte a la vida profesional de las personas y que marca la diferencia con otros}

{(1:85) yo venía recién llegando, observando, analizando, aprendiendo mucho de este trabajo en equipo, se empezó a dar cuenta, y yo me empecé a convencer de que lo que necesitábamos era un cambio en la población objetivo, y después lo fuimos comprobando en el tiempo}

[(2:11)Porque cuatro semanas, mira el interno, yo te voy a hacer una comparación con el interno de odontología, el interno de odontología viene preparado, listo, el interno de odontología tiene que demostrar aquí que él está capacitado para egresar, y lo que aquí viene a aprender es como funciona además la institución y si hay otras donde él participe, pero él viene ya listo, en cambio, por lo que yo veo, el interno de medicina todavía viene a aprender, y le cuesta mucho al interno de medicina porque el interno de medicina además debe interiorizarse de todo, porque además estos son cuatro ejes, por lo menos el de odontología, si viene un interno, aborda el de odontología y participa en los otros, pero no es su fuerte ¿te fijas? Pero el interno de medicina tiene que aprender y era muy poco tiempo, y no alcanzaba a evaluar, o evaluaba sobre lo que se hacía que era muy poco, un mes y además uno tenía que estar creando actividades para eso, entonces un mes, era muy poco tiempo, un mes era muy poco tiempo para cualquier interno, porque tiene que interiorizarse, el interno viene con otra mirada y además debe interiorizar de cómo funciona la institución, eso es lo primero, entonces eso le toma una

semana.]

[(2:12) Bueno, la incorporación se dio de acuerdo a las evaluaciones y a las planificaciones, todos los profesionales que han ingresado es debido como a las necesidades que han surgido, como desde la planificación o desde la misma comunidad, ya, al realizar las actividades la misma comunidad lo ha solicitado]

[(2:22) como te decía anteriormente, el CRES tiene evaluación, y al hacer nuestra evaluación, nos dimos cuenta que en todos los campos en el escolar ya estaba instalada la cuestión, en odontología, con un nivel de caries que en escolares era súper alto, entonces, ¿Qué teníamos que hacer? Tuvimos que bajar, porque vimos que en esta instancia la intervención ya era tardía, entonces decidimos bajar esta intervención al nivel preescolar]

[(2:32) bueno, esto nació – mira, en realidad yo no sé, porque de repente no voy a todas las reuniones – nació en hacer algo más abocado, porque primero se abordaba a la escuela completa y después se empezó a abordar a los cursos más pequeños, y de ahí nació esta actividad para hacer algo más lúdico en promoción, y de ahí también se ha ido cambiando el sentido de no ser tan “usted” o “tío” si no de hacer las cosas de otra manera, más acorde a la edad de los pacientes, a sus gustos personales, ¿te fijas? Y les entra mucho mejor a los niños, pero más, o sea de hecho, en todas las... no solamente en... sino que yo he hablado con otros colegios que la han aplicado y es una actividad que les entra...por lo menos los niños ya pueden, si bien no te hacen caso en el tema del lavado, pero por lo menos ya cuentan con el concepto de caries, de obesidad, y hay que ir de a poco, yo creo que no podemos pensar que vamos a cambiar esto en 5 años, yo creo que 10 años es poco, hay que esperar a que cambie la generación, es como ascender en la escala social, en la escala social

no vas a ascender de padres a hijos, si no que está comprobado que son como tres generaciones.]

[(2:38) Consiste en que él hace actividades odontológicas pero con magia, por ejemplo empieza a contarle a los niños sobre el lavado de los dientes y hace aparecer el cepillo...

E: A que entretenido...

DRA: Que entretenido, cuando lo hagan este mes les vamos a avisar para que la vayan a ver. Y a mí me gustó mucho, además ellos también evalúan, la SEREMI con la escuela de odontología y hicieron... como que agregaron otra cosa ahora, este mes, justo este mes, que es que el mago presenta al odontólogo, como otro mago ya que él, es el que elimina las caries. Para los niños como que entra en el subconciente, entonces el odontólogo no es un enemigo. Que es lo que nosotros... y que lo vamos a hacer este otro año, es el separar a los padres de los niños en el tema de los mitos, del miedo, de las creencias, entonces nosotros estamos interviniendo en ese modelo, en esa actividad, o sea se hacen muchas más cosas, pero eso estamos interviniendo, como ya vimos resultados, entonces como que el odontólogo no es su enemigo, sino que al revés, es un beneficio para los niños]

[(2:44) Como un protocolo estricto, si no que tu puedes crear, ir creando sobre la marcha sobre lo que tú ves, sobre lo que tu... las necesidades, sacas lo que no te sirve, e ir cambiando en el tiempo, porque además hay que ir cambiando con el tiempo, porque todo el contexto general va cambiando, lo que te explicaba yo el otro día, si un día dicen, “ya no voy a usar mas coca cola”, pero no se po, apareció la super nova que tiene más azúcar que la coca cola, tiene más acido que la coca cola, tienes que igual empezar a actuar de nuevo, a lo mejor ponen agua, pero sin flúor acá en la comuna, entonces como que tienes que irte contextualizando en la medida que va cambiando el medio ambiente]

[(5:4) entonces, a pesar de que ya estaba incorporado el Jardín Blanca nieves desde el 2007-2008, que era como una estrategia anexa porque se trabajaba con el liceo, con las escuelas y además con el jardín, para el 2010 la idea era ya establecerlo no solo para escolar pero con más enfoque preescolar e incorporar al jardín Las Acacias, que era Las Acacias y el Blanca Nieves como principales ejes, teniendo algunas actividades en otras escuelas o liceos, pero era por eso, entre comillas, porque se habían dado cuenta que estaban llegando tarde.]

[(3:43) entonces pensábamos que no lo estábamos haciendo bien, no desde el punto de vista de los contenidos técnicos de nutrición, no contenidos técnicos de kinesioterapia y de la actividad física, lo que nos....y...también los resultados de la salud oral, los resultados eran pobres, entonces pensamos en que la forma en que estábamos entregando, estábamos haciendo la intervenciones, tenía algo que mejorar, y para eso necesitábamos, habían patologías asociadas a la era afectiva y social y por eso necesitábamos un profesional de esa área que nos iluminara, que nos orientara, es decir, no era un eje que iba a tener una vida propia sino que nos apoyara en cómo hacer mejor las intervenciones, un eje transversal la necesidad de evaluar y de tener indicadores ya todo el mundo lo tiene claro

[(3:59) el hecho de haber estado conversando y ver cómo han enfrentado en Costa Rica el problema de la actividad física es súper importante porque ellos lo enfrentaron de una manera totalmente diferente. Capaz, capaz que tengamos que modificar pero significa que tenemos otro, significa que tenemos conocimientos nuevos, tenemos acceso a otras cosas. ] [(3:60) Y evidentemente que es importante para el Álvaro estar conversando con el asesor del ministro de educación que es un profesor de educación física

[(3:63) tenemos que empezar a trabajar desde...deberíamos empezar a trabajar con las embarazadas, con embarazadas, recién nacidos, lactantes]

[(3:16) los niños tenían una dentadura espantosa, de ahí tuvimos que incorporar el eje de odontología]

[(3:42) en estas reuniones de evaluación, y antes también, nos dábamos cuenta que a pesar de las intervenciones, del trabajo permanente, los resultados eran bastante pobres,

[(4:5) Entonces claro, al pasar a CRES, nos dábamos cuenta que al estar en las escuelas ya era tarde porque habían muchos niños con obesidad y con sobre peso, y los hábitos a nivel de desarrollo es más fácil instalar hábitos más a temprana edad. Entonces claro, teóricamente hacia sentido irse al CRES,]

[(4:6) para mí todavía esta cojo el tema de los colegios, o sea nosotros estamos interviniendo en los jardines pero después llegan a los colegios y hay una asincronía en como es el abordaje si las mismas profes comen todo el día con los chiquillos, están los quioscos dentro de las escuelas. Entonces si tú me preguntas a mí, yo creo que debería ser algo...]

[(4:7) Pero ahora uno picotea entre hacer un par de intervenciones en uno o dos jardines. Ahora nosotros nos metimos a la escuela igual, porque los indicadores no están buenos. Los indicadores no están buenos de la escuela la quebrada por ejemplo, pero eso es reactivo, te fijas, no es algo que salga estable, permanente y que parta desde una..., como un barrido por el ciclo educacional, preescolar y escolar, por ultimo hasta 4° lo haría yo, quizás los más grandes ya no, a lo mejor priorizar los más chicos, hasta 4° básico, hasta 2° básico incluso. Pero yo siento que el CRES si avanza y es más coherente desde lo teórico, mucho más que el PES, pero yo siento que todavía falta.]

[(4:41) las intervenciones, por decirlo de una manera concreta se quedaban cortas. Las educaciones al igual que dijo el odontólogo, en todas las educaciones que uno hace acá en la comuna, te sale en la interacción con las mamás, en las interacción con las profes, mucha problemática de índole psicosocial, muchas pregunta que, por supuesto yo no tengo todas las respuestas, pero por lo menos uno tiene el manejo de la dinámica y de la psicoeducación para que de eso salga algo positivo y no queden todos llorando y no queden todos colapsados y no queden todos angustiados. Me explico, abusos, generalmente todas las presentaciones que nosotros tenemos, generalmente por lo menos 1, 2, 3, 4 mamás me llevan a un lado, o 2 ó 3 tías con casos nuevos, o durante la intervención del tema de sobre-lactancia, de alimentación, las explicaciones que las mamás nos dan, los testimonios que dan, apuntan, por supuesto porque está a la base de este tipo de hábitos, problemáticas de otro índole, problemáticas de la índole de nosotros, del área psicosocial, de dinámica, de interacción familiar. Entonces ahí es donde la doctora pensaba que hacía falta tener...]

[(4:42) Claro, tener a un psicólogo que pueda integrar al lado del nutricionista, al lado del kine, al lado del interno de medicina, esta explicación o integrar pa que le haga sentido y que además tenga un impacto o una instalación mayor en el que le haga sentido a esa mamá en lo que se está educando, esa era la idea.]

[(4:45) Pero ahí ya la reflexión me llevo para otro lado, que saco yo con ir a hacer educaciones, cual es el impacto, todo lo que te decía recién y cuál es la idea de trabajar solo en esa área, cuando a lo mejor, lo que nosotros necesitamos trabajar son las creencias de los... eso eso creo yo, en las creencias de los apoderados y de las educadoras, sobre lo que es el desarrollo, sobre lo que son la instalación de hábitos y modificación de hábitos en los niños,]

[(4:62) acá hay un terapeuta ocupacional que trabaja en rehabilitación, con la nutricionista ellos se les ocurrió, desde el PES, desde el trabajo en las escuelas

	<p>se les ocurrió esta idea, de a raíz de un trabajo de las internas de nutrición, que Sheila quería abordar de una manera distinta, hacer algo innovador y quería darle un proyecto a las internas se le ocurre hacer el tema del trabajo de títeres y por supuesto con el sustento que tiene el trabajar con títeres...]</p> <p>[(4:82) Salió del CRES, porque como política del CRES el 2009, nos empezamos a dar cuenta, después que pasamos del PES al CRES el 2008 y todo ese tema, que en las escuelas estaban los quioscos y los quioscos, se intentó a través del PROMOS, bajo desde el nivel central la idea de que tenía que haber quiscos saludables, entonces se opto por la implementación de los quiscos saludables]</p> <p>[(4:85) A raíz de eso se empezó a discutir esto, cuando empezaron a fracasar, con el concejo municipal, fue Enzo, Boris y quedo la escoba fueron con los concejales, presentaron esto. Algunos concejales estuvieron de acuerdo en que había que eliminar los quioscos, y ahí se planteo la discusión.]</p>
<p><b>2.3. Procedimiento</b></p>	<p>{(1:40)Nos dedicamos a trabajar, a ir pa allá, a aplicar EMPA, pesar, exámenes, el dedo, que se yo, peso, talla, circunferencia de cintura, una cuestión súper completa, la cosa es que termino el tema y el estudio arrojó que los niños estaban gordos, sobrepeso y obesos como nosotros decíamos}</p> <p>[(2:29) ¿dentro de su eje? No porque llego una persona que seguía los mismo lineamientos que tenía Víctor, pero ahora él ha planteado su propio lineamiento, lo que está muy bien, porque como te digo, yo creo que la importancia de CRES es la evaluación y plantear lineamientos nuevo, si no, no tiene sentido si no vas a aplicar todas las veces...es como el servicio de salud, que aplica todas las veces la misma pauta, la misma pauta, da lo mismo, lo mismo, no tiene sentido, ¿te fijas? Y la promoción yo creo que va en ese sentido, la evaluación y poner sobre la mesa cosas nuevas, de ver lo que uno ha ido observando durante el año].</p>

[(5:21) Bueno, los principales como, estas necesidades innovadoras de colaboración nacen de las reuniones, lo principal nace de las reuniones, y tiende a nacer o de los colegas del equipo que solicitan colaboración en actividades que ya están diseñadas por ellos, o suelen nacer a veces de la doctora Vidales, cuando dentro de sus voladores de luces de ideas, piensa que se puede hacer una actividad nueva e incorporar varios ejes juntos. Ya, esas son las principales dos etapas en que se generan actividades].

[(5:29) el 2010 esa, chuta, a alguien se le ocurre hacer una investigación, a que bueno, ya ahora tiene un segmento entre comillas que en cada reunión se toman los temas de investigación, hay tal jornada, presentan trabajos y al mismo tiempo de que han sido de forma colaborativa las investigaciones en particular a mí, y sé que Boris también lo ha hecho, por ejemplo yo soy el autor de un trabajo, pero mis coautores, los que me respaldaron y apoyaron son Víctor y Alma, por ejemplo Boris también participa con Alma, se corrigen, se comentan las cosas, el que presenta al final es uno solo pero tiene un poco atrás el aporte y el trabajo del resto.]

[(3:6) primero empezamos con la directora, que se llamaba Miss Paz, con la directora para ver que le interesaba, si podíamos trabajar juntos

[(3:26) en el resto de los ejes es muy distinto, porque no hay.... no hay conciencia de enfermedad, es decir, si hay un niño sobre peso, no tiene ningún síntoma]

[(3:20) costó mucho integrar el eje de odontología preventiva porque lo integré yo y eso de alguna manera es...porque no me quedo mucha alternativa, porque no es lo que es...no es lo correcto, correcto hubiera sido haber invitado primero a un odontólogo, que el odontólogo se hubiera integrado pero no fue así

[(4:43) Cuando partí yo hacia psicoeducaciones y psicoeducaciones completamente distintas al como las hago ahora. Las psicoeducaciones que

	<p>hacíamos en ese entonces, claro, eran con power y eran con power pero con temas, por ejemplo yo trabaje, porque además en el jardín me manifestaron, en el Blanca Nieves, ciertas necesidades...]</p> <p>[(4:44) lo integramos con el nutricionista y con el kinesiólogo, por ejemplo en promoción del buen trato. Ahí la pregunta era ¿Qué tiene que ver el buen trato con la alimentación y con la actividad física? Si tiene que ver... como... y pum pum pom lo integrábamos.]</p>
<p><b>3. Percepción de eficacia</b></p> <p><b>3.1. Éxitos</b></p>	<p>{(1:25)por lo menos, tardíamente, yo diría, años después, nosotros pudimos observar las mejoras antropométricas}</p> <p>{(1:26)indicadores de bienestar y satisfacción usuaria, o sea, los cabros chicos lo pasaban bien y se lograban otros objetivos internos que no estaban considerados, que eran por ejemplo, la alianza con el equipo, la cercanía que se lograba entre los mismos niños y parte del equipo de salud}</p> <p>{(1:27)ahora tendrán 6 o 7 años, el día de mañana van a tener 20 años, se van a tratar con nosotros, si seguimos aquí, entonces, es una cuestión que va a quedar en su memoria, que les va a servir para más adelante, para mejorar la adherencia terapéutica en algún tratamiento que se tengan que hacer}</p> <p>{(1:41)empezó la lucha, interna, fueron como 2 o 3 reuniones del consejo municipal para poder enfrentarnos a los concejales que no son entes capacitados para tomar decisiones en salud y teníamos que tranzar con ellos, fundamentarles a ellos que era necesario, desde el punto de vista de la salud, tratar de eliminar los kioscos y fue una lucha, fue una pelea super grande y fue uno de mis primeros acercamientos al ámbito político, y me di cuenta, y tengo mi opinión respecto a eso, y fue un esfuerzo y la primera política comunal de salud, chiquitita, pero no es una lesera, cuando tu lo piensas, es una medida</p>

comunal que pasamos, una barrera enorme}

{(1:66) bueno, todas las evaluaciones nutricionales que se hacen son una foto, si tu miras para atrás, a los 6 años, todas las fotos que se han tomado, entonces evidentemente que vas a ver que hubo mejoras, notables, muy notables, y que son parte de nuestros indicadores para poder comparar nuestra gestión y labor}

[(2:34) que no eran saludables... ponían las cosas cuando sabían que íbamos a fiscalizar y después, volvía el quiosco. Y después se planteó esto debido a los resultados, se planteó en el concejo comunal, y se formó este concejo de salud, se tomó al acuerdo de cerrar los quioscos, y bueno esto genero gran controversia, pero llegamos a un buen tema, que en este minuto... recién este año se cerró el ultimo quiosco.]

[(5:7) y se incorpora también lo que es el trabajo psicosocial, que por lo que comentan los colegas, era muy importante, muy necesario, porque era la forma de trabajar con la comunidad que está asociada a los niños, que son las funcionarias docentes o la familia, y que gracias a la participación de ese eje, que fue solicitado, si no me equivoco, para trabajar en principio en el CRES, no para trabajar quizás en el CESFAM, no lo recuerdo bien, pero que fue un agente súper importante para poder redondear un poco las actividades]

[(3:65) empezaron a hacer cosas ya más saludables, sacaron la grasa, hacían cosas con manteca, incorporaron el aceite de oliva, hicimos cosas muy interesantes. Empezamos a hacer, en todos los eventos que hacía la municipalidad, los alumnos del liceo hacían los breks, en vez de que se vendieran completos en el patahual vendían que se yo...cocadas saludables e....sándwich en pan integral, en vez de bebidas jugos de no sé que y le entregaban un volante con el contenido nutricional de lo que estaban vendiendo, pero fue mucho mucho trabajo porque se necesitaba un apoyo y un financiamiento porque salía más caro vender los juguitos que vender la coca cola o lo que sea.]

**[(4:11)]** Lo que pasa es que el impacto que tiene que nosotros hagamos una intervención, y el impacto no es inmediato, la hipótesis no es que voy a mejorar la salud mental infantil, no... el impacto en una familia de que nosotros, los acompañemos en el embarazo, estemos en el jardín, más encima vamos a hacer charlas de hábitos, los mismos profesionales que las vemos. Yo supongo que eso en el impacto familiar, se ve reflejado en el hábito, y en los hábitos en general, ya sea de crianza o en general, de alimenticio, de actividad física, ]

**[(4:12)]** Veo los resultados desde lo cualitativo y desde lo subjetivo, y de ciertas familias, uno las ve que se meten a las clases de actividad física. Ves que tengo ahí colgados los avisos, de que los ves en un funcionamiento mejor, te lo reflejan. Pero es difícil que yo pueda medirlo, es más fácil a lo mejor pal nutri verlo en lo cuantitativo.]

**[(4:13)]** Pero yo creo en ese modelo, sino no lo haría, yo creo que si el impacto..., por ejemplo lo que hace el odontólogo, el impacto de que ese niño haya aprendido a lavarse los dientes, acompañado de sus compañeritos, y acompañado de su educador y del dentista, es mucho más potente, de que venga un día acá, solo, porque lo hace en el juego, se instala de otra forma en la memoria...]

**[(4:63)]** la evaluación de nosotros es positiva por el acceso, si tú lo piensas es el acceso que tienen los niños de zona rural a tener ese tipo de educación. Si piensa que lo que se está cuestionando con el proyecto de comunas vulnerables, que fue hace 2 años atrás, era que las familias de acá tenían poco acceso a salud en general, aun cuando teníamos postas, se quería acercar un poco más a salud, piensa en lo que es tener acceso a salud y mejorarlo, puedas tener acceso a ese tipo de intervenciones. ]

**[(4:71)]** volviendo a lo de los títeres, si fue una actividad súper innovadora, nunca antes vista acá. De hecho el reflejo de las profesoras, de las tías, quería de nuevo, nos llamaban de cuando íbamos a poder ir, o algunos jardines,

porque hay 2 o 3 obras hechas, que se acuerdan de los personajes, hay una continuidad en el guion. Esta súper bien hecha, súper súper bien hecha, nos permitió a nosotros... yo actuaba, hacía de locución...]

**3.2. Fracasos**

{(1:35)supervisar en terreno los kioscos de los establecimientos educacionales, me tocó ver el desastre, el no cumplimiento, me tocó ver que no funcione este programa, y me toco ser uno de los primeros en convencerme de que los kioscos no deberían estar en los colegios}

{(1:36)los establecimientos educacionales debían tener dominio sobre el expendio de alimentos dentro del colegio. Se afirmó que el 70% de los alimentos que se venden debían haber sido saludables y el 30% solamente no saludables, cosa que en la práctica fue difícil, porque, como catalogas tú que alimentos son saludables y que es lo no saludable teniendo en consideración, técnicamente, la parte nutricional, que el etiquetado nutricional de las empresas es mentira, es falso o no es tan cierto, y eso después salió en un reportaje en la televisión hace algunos años atrás en canal 13 hubo un reportaje donde aparecían todas las falsedades en este tema, bueno, y hoy se discute justamente el tema del etiquetado nutricional, y tiene sentido el tema. Y en el fondo, esa era la idea principal, nos vimos en problemas, porque los mismos kiosqueros tenían que tranzar con las grandes empresas, cocal cola, que era dueño del Kiosco, que les exigía vender sus productos, les trataban de meter por entre medio sus productos sanos, que para nosotros eran insanos, entonces se convirtió en un problema para el kiosquero tratar de vender, porque ellos buscaban solo el objetivo económico, no el objetivo de salud, que era incompatible}.

[(2:26) no, no me acuerdo del 2007, pero en todo caso los indicadores no suben mucho, de lo que te explicaba el otro día, el avance es como lento, de todas maneras, yo creo que a lo mejor fue un tema de que nosotros creíamos que íbamos a obtener mejores resultados, nuestras expectativas fueron súper

	<p>altas y en realidad no se dieron, porque el tema de la odontología es multifactorial, depende de los determinantes sociales]</p> <p>[(4:26) no sé si es bajo impacto o que los objetivos, porque claro se intervenía a población escolar, pero con los objetivos muy pretenciosos de mejorar la calidad oral, de mejorar..., donde ya al intervenir a esa edad era tardío. Entonces yo creo que taba mal enfocado nomas, pero no... claro pudo haber tenido un bajo impacto por eso porque la intervención ya era en un grupo que estaba más dañado por decirlo de alguna forma, pero yo creo que era eso, que no estaba focalizado en una edad más temprana,]</p> <p>[(4:83) Si, de hecho yo misma acompañe un par de veces al Boris y efectivamente estaba la alimentación atrás, estaba una señora acá, otra señora vendiendo pan con mantequilla acá. Y no, no funcionaba...]</p> <p>[(4:84) Porque no era rentable, era más trabajo, por ejemplo la escuela Atenas hacia brochetas de frutas, pero sabi lo que es la lata de hacer brochetas de frutas y vendérselas a los niños, y vendérsela en el sentido completo de venderla, de marquetearla, “chiquillos vengán a comprar”]</p>
<p><b>4. organización interna del equipo</b></p> <p><b>4.1. Estructura orgánica</b></p>	<p>{(1:3)el 2007 llegue al consultorio, ingrese altiro al programa, no paso ni un mes yo creo}..</p> <p>{(1:10)venia de antes, antes estaba mi colega Sheila, y de alguna manera yo la sustituyo a ella, hubo un cambio de quien lideraba el eje nutricional, yo aborde la parte nutricional y Sheila se quedó a cargo de la parte promocional del programa PROMOS, yo me quede dentro del CRES que también trabaja en actividades de promoción}</p> <p>{(1:78)la doctora Vidales, como líder, yo la veo como uno de los líderes que instauo esto y como líder, tiene mucho que entregar tremendamente }</p> <p>[(2:8)E: Entonces lo que me interesaría saber es cuál es el primer sentido que</p>

tiene el CRES cuando se inicia, cual es como el primer abordaje, porque ahora se visualizan cuatro ejes más o menos marcados, pero en principio cual era el sentido que tenía.

DRA: Como yo no estuve en principio, era el eje de actividad física y nutrición.]

[(2:14) y además digamos, la incorporación de la Carolina es como, del psicólogo es pero innegable, le faltaba eso a todos los ejes. Y por eso que surgió la necesidad de psicólogo, porque en realidad todas las entidades además de todos los ejes dependen de, como podríamos decirlo, dependen de la crianza, de las conductas, entonces nosotros realmente no venimos capacitados con esa...]

[(2:16) Eso se debe a la estructuración del CESFAM, que se sectorizó el centro de salud familiar en dos sectores por lo tanto cada sector tiene un profesional asignado para ese sector, esto es de acuerdo al modelo de salud familiar, pero también hay un tercer sector que es transversal, y odontología pertenece a ese sector transversal, en donde está el centro de rehabilitación y odontología, pero a su vez esos dos sectores tienen su población separada, porque se manejan otros programas, muchos programas todavía.]

[(2:19) De los lineamientos, y como te decía, por ejemplo se ve en el ingreso de la Carolina al CRES, entonces cambio absolutamente el, digamos, la visión.]

[(5:5) por lo que he leído de las bases desde que se inicia el CRES, por lo que han comentado los otros colegas, el principal enfoque siempre fue odontología preventiva y nutrición, lo principal, se incorporó casi al mismo tiempo, un poquito más cercano lo que era actividad física y posteriormente lo que era el eje psicosocial]

[(5:12) Yo te voy a hacer una corrección, el 2007 se incorpora el eje psicosocial, se incorpora el psicólogo al CRES. El CRES nace, si no me

equivoco, el 2001, 2002 o 2003 como piloto con el abordaje nutricional principalmente y el de odontología, al año siguiente, el 2004/2005 se incorpora el eje de actividad física y el 2007, por necesidades, se solicita la intervención del psicólogo.]

[(5:14) Yo llegué con 22 horas a trabajar acá, dentro de esas 22 horas, lo que te comentaba un poco antes, por agenda solamente tenía destinado dos mañanas mensuales para realizar actividades CRES, entonces no había mucho que se pudiese innovar de actividad en ese ese año, entonces cumplí un poco yo con el seguimiento]

[(5:23) Yo lo encuentro súper necesario, en qué sentido, primero, puede que se escuche como dos reuniones, pero si tú lo tomas con minuterero, estamos hablando de 45 minutos a una hora, una hora dos veces al mes, son dos horas mensuales, no tienes como poder profundizar en ciertos temas , yo creo que es necesario, que sería lo ideal por ejemplo, quizás no aumentar la frecuencia de las reuniones , yo las mantendría como dos pero si le entregaría un poco más de horario a las reuniones]

[(5:36) El eje psicosocial trabaja con los dos psicólogos, desconozco él por qué los dos psicólogos trabajan en el CRES, me parece porque ellos tienen un vínculo mayor, no tanto en la actividad en terreno, sino que ellos hacen un poco de CRES y un poco de psicología dentro de la misma función, entonces para ellos era necesaria la sectorización, lo veo así. Odontología preventiva es transversal, da lo mismo si es sector A o es sector B, lo ideal sería que se pudiese trabajar por ejemplo a la par con el otro colega en las actividades en terreno, porque el también busca potenciar actividades en terreno, probablemente quizás para allá valla el enfoque, la idea es que gran parte del equipo se sectorice, ya, nosotros estamos sectorizados para algunas actividades pero no para la atención, entonces mientras no sea así no podemos trabajar de forma esquematizada.]

[(3:20) costó mucho integrar el eje de odontología preventiva porque lo

integré yo y eso de alguna manera es... porque no me quedo mucha alternativa, porque no es lo que es... no es lo correcto, correcto hubiera sido haber invitado primero a un odontólogo, que el odontólogo se hubiera integrado pero no fue así el comienzo del eje de odontología que fue complejo porque habían muy pocas horas odontológicas, pero ahora cada eje tiene su responsable del CESFAM.

[(3:40) entonces el hecho es que con el hecho de ser CESFAM llegaron a ver más recursos, que se sectorizara, que hubiera profesionales a cargo de familias y yo seguía pensando que el problema básico de las escuelas era nutrición con la cantidad de obesos que había en los niños y en los adultos

[(4:15) Entonces yo siento que el CRES, la ventaja que tiene es que está instalado ya, yo siento que debería integrar a todos los profesionales que trabajamos haciendo alguna intervención con ese grupo etario, que es hasta la primera infancia]

[(4:31) el equipo también se modifico, y se aumento, se institucionalizo, se regularizo el tema de las reuniones el 2007, antes se reunían igual pero no como ahora.]

[(4:32) Antes se reunían más, pero con menos... se reunían todas las semanas pero con menos coordinación]

[(4:33) yo fui una de las que pedí eso, porque era mucho Vivianne, o sea era todos los martes en la mañana reunirse, muchas veces en torno al acta del interno de medicina, de las actividades del interno de medicina, y de la enseñanza del interno de medicina, porque claro ese era uno de los focos. Al final la gracia, nosotros lo propusimos con el Enzo y con el Boris, de reunirnos 2 veces a la semana, al mes perdón, porque los otros 2 martes puede trabajar el interno con la Doctora igual, pero nosotros destinar toda esa cantidad de horas para reuniones solamente...]

[(4:34) de 8:30 a 10 todos los martes. Entonces era mucho, entonces ahí tú te

	<p>fijas, que claro hay tiempo que a veces se pierde.]</p> <p>[(4:35) Porque yo creo que todavía no hemos llegado a un... que es un nivel avanzado de intervención, pero yo siento que no hemos llegado a un nivel en donde podamos tener... porque por A B o C siempre fallan las planificaciones, siempre, entonces el tanto juntarse acá, tampoco nos permite hacer mas intervenciones en terreno...]</p> <p>[(4:36) porque si ocupamos ese tiempo en una reunión, y el acta anterior, y después el congreso y que no se qué y que la cuestión... yo sé que es necesario, pero yo siento que a veces se nos va un poco el foco.]</p> <p>[(4:46) el 2008 estábamos en el consultorio antiguo, nos vinimos para acá el 2008, se produjo la separación de los sectores...]</p> <p>[(4:47) Es un año clave. Un año de sismo acá, falleció nuestra directora el 2009, hubo todo un cambio de dirección...]</p> <p>[(4:80) Porque seremi y servicio no son lo mismo, nosotros dependemos administrativamente, de la muni y del servicio de salud, la seremi es a nivel central, de hecho la seremi es de Valparaíso, nosotros no tenemos vinculo directo con la seremi...]</p>
<p><b>4.2. Coordinación interna</b></p>	<p>{(1:61)si, porque muchas de las decisiones, aunque siempre los directores fueron parte del CRES, hay decisiones que pasan por el director y el director está ahí mismo, era muy resolutivo, no había que pedir audiencia ni gestionar mediante algún miembro de CRES se le preguntaba directamente al director quien decía si o no y porque, y quedaba en acta, entonces, quedaba inmediatamente resuelto. Entonces, yo encuentro que el mayor aporte es la resolutividad}</p> <p>{(1:62)si y también mejora los aportes, los recursos del equipo, aunque no</p>

necesariamente materiales, recurso humano, recursos de transporte}

[(2:15) No y con todas las personas, trabajas con los papás con las tías, entonces tienes que cambiar factores conductuales y nosotros no venimos con esa capacitación, ¿Cuánto tenemos de psicología los odontólogos? O sea, no puedes abordar... nosotros necesitábamos otro abordaje, otra persona, otra experticia que nosotros carecíamos de ella.]

[(2:30)no creo, porque mira, yo también estuve en la dirección, por poquito tiempo, pero la María Teresa tenía como muy presente el CRES, para ella era importante, para Víctor también es importante, además que la doctora no va a dejar que no sea importante, porque ella es así po, positiva, proactiva, entonces está ahí, con la María Teresa se hicieron muchas cosas importantes, con la escuela que se trabajó arriba, Granizo, todavía sigue, y eso que nosotros la dejamos de lado, todavía sigue con las actividades]

[(2:36)ya tuvimos muy poco niño con caries, entonces evaluamos, y el odontólogo que iba que era el Dr. Uquillas que le dimos otras horas para que hiciera esta actividad, lo evaluamos con él, y él dijo a lo mejor sería bueno hacer otro tipo de actividad, como en el módulo, o sea una semana y además con otros profesionales que nos ayudaran, porque nosotros no tenemos esa habilidad, y tampoco tenemos la habilidad, nosotros podemos haber sido odonto un año pero, pero nosotros no tenemos las habilidades y el manejo del niño.]

[(2:37) Exacto, entonces para este año se planifico una actividad de una semana con una intervención, además de una parvularia, además del equipo odontológico. Y la SEREMI este año apporto con una actividad lúdica, que es este niño técnico paramédico, pero que hace magicoterapia.]

[(2:41)Ya, el PROMOS es 1° que nada, un programa que baja de la SEREMI, por el hecho de bajar de forma vertical, así la SEREMI dicta un poco, más que un poco, la planificación del CRES, las intervenciones que se van a hacer y

esas intervenciones se cruzan con el CRES, en realidad las intervenciones están más enfocadas a todo lo que es actividad física, también tuvimos, aprovechamos de tener, porque era un poco más libre la planificación, por lo tanto nosotros también tuvimos aportes del CRES, nosotros antes de la SEREMI, lo sacábamos del CRES.]

[(2:42)Si, y para no cruzar actividades, porque que paso un tiempo, el CRES decía “ya vamos nosotros vamos a la escuela Montevideo, vamos a hacer actividades del eje de actividad física” y PROMOS también, entonces estaba sobre-intervenido, sobre-intervención, entonces por eso se juntaron los 2 programas, a ver que iba a hacer cada uno, para no sobre-intervenir y además para aprovechar los recursos que teníamos, teníamos recursos de los 2 lados, para que los íbamos a desaprovechar... los 2 compraban manzanas y compraban miles de manzanas, y las manzanas se podrían, en cambio podríamos comprar diferentes cosas.]

[(5:8)a mi como actividad física me pasa un poco lo mismo, el 2010 como me subí al buque de lo que ya tenía establecido Víctor, tuve que un poco seguir los lineamientos que él había realizado a principio de año, ya el 2011, ya con un poco más de empoderamiento del eje, establecer distintos tipos de actividades y también un poco me he ayudado de los otros ejes de nutrición y de psicología para hacer este trabajo en conjunto que nos dimos cuenta que...]

[(5:9) por ejemplo, del 2010 al 2011, el 2010 eran actividades muy focalizadas en lo que era actividad física como uniprofesional, ya, la actividad del Kinesiólogo en tal centro educacional, como más aislado, ya para este año se han realizado actividades con nutrición, con lo psicosocial, porque el abordaje es más global]

[(5:10)se pueden abarcar distintas modalidades de intervención, por ejemplo, la actividad física no por hacer actividad física solamente, sino por disminuir los niveles de obesidad en los niños, o sea, no solamente el tema del sedentarismo que podía ser la intervención aislada que se hacía el 2010, sino

que el 2011 es incorporar a otra gente, y como llego yo a tratar de establecer este vínculo con los funcionarios y apoderados, no siendo yo el profesional competente, me ayudo entonces de la psicóloga en este caso para hacer las actividades, entonces dejó de ser actividades aisladas, en el sentido de ir solo una vez en un momento determinado, a ser actividades compartidas que tienen ya más seguimiento, de ir una, dos y tres veces programados a un lugar establecido acompañado de otros profesionales, permiten también que el eje se desarrolle de otra forma.]

[(5:20) Yo creo que ha comenzado a tener un poco de peso el apoyo, yo siento que ahora se está haciendo unas actividades más en complemento, un poco porque me tocó entrar en un barco que ya estaba con gran parte del camino avanzado, pero como te decía, el año pasado estaba en un trabajo más específico unipersonal, este año es un trabajo más en complemento. Con quien no he trabajado nunca es con el eje dental. Nunca, por lo menos yo desconozco si puedo generar alguna actividad respecto de actividad física en el eje dental, si podría hacerlo desde un punto de vista kinésico por el área respiratoria. El tema de consumo de tabaco, con el eje dental, pero como actividad física no hemos hecho nada. Quizás una forma de innovar de repente, para más adelante es establecer por lo menos algún tipo de actividad con el eje (dental).]

[(5:29) el 2010 esa, chuta, a alguien se le ocurre hacer una investigación, a que bueno, ya ahora tiene un segmento entre comillas que en cada reunión se toman los temas de investigación, hay tal jornada, presentan trabajos y al mismo tiempo de que han sido de forma colaborativa las investigaciones en particular a mí, y sé que Boris también lo ha hecho, por ejemplo yo soy el autor de un trabajo, pero mis coautores, los que me respaldaron y apoyaron son Víctor y Alma, por ejemplo Boris también participa con Alma, se corrigen, se comentan las cosas, el que presenta al final es uno solo pero tiene un poco atrás el aporte y el trabajo del resto.]

[(5:33) bueno, el cambio directo, yo percibí que a Víctor le costó, el dejó el eje de actividad física con una evaluación hecha, con una proyección del año 2010 que probablemente él quería hacer, entonces, ese 2010 fue mucho trabajo un poco compartido, él no se desligaba tanto quería saber que se estaba haciendo en el eje, trataba de incorporarse en alguna actividad, no logro deprender toda la responsabilidad de forma directa hacia él, ya el 2011 ya con un poco más empoderado del tema ya el eje queda administrado 100% por mi cuenta, y ahí Víctor empieza a participar ya netamente como director del centro de salud en el CRES, ya no como el ex coordinador del eje de actividad física, actualmente director]

[(5:38) Al margen que sean el encargado, que todos puedan participar un poco en estas actividades, y no solo los cuatro, si tú haces un poco el catastro y preguntarás puerta a puerta, somos tantos funcionarios, y preguntarás puerta a puerta: ¿usted ha escuchado del CRES? Partiendo por esa primera pregunta, muchos te van a decir sí, muchos te van a decir que no, que no tienen idea de lo que es. De los que te dicen que sí, tú les puedes preguntar: ¿y saben lo que es el CRES? Otra mitad te va a decir que no tiene idea y algunos pocos te van a decir, ah sí, hay unas reuniones en las escuelas, pero yo creo que solo los que están en la mesa te van a decir que el CRES es un proyecto tanto tanto tanto, que tiene como finalidad este abordaje y tiene tantos ejes, entonces parte un poco con eso, de que los mismos colegas del CESFAM conozcan lo que se hace así como yo sé lo que se hace en el Chile Crece.]

[(3:50) vamos a ver si en las jornadas de planificación logramos articularnos de una mejor manera con las comunas vulnerables y con el trabajo que está haciendo el doctor Uquillas capaz que ahí haya algo más de investigación en el eje de odontología

[(4:74) mis 2 actividades centrales el primer semestre fueron hacer la evaluación antropométrica con el Boris, porque no tuvo internos, entonces tuve que postergar mi intervención psicosocial porque no teníamos la

	<p>evaluación de los niños, ahora si la vamos a poder hacer, pero decidimos hacer eso en conjunto porque si no no íbamos a tener la evaluación y esa es una meta. Te fijai, tuve yo que trabajar con el Boris...]</p>
<p><b>5. CRES científico:</b></p> <p><b>5.1. Producción científica</b></p>	<p>{(1:47)el 2010 lo denominamos el año científico del CRES, en la programación del 2009 para el 2010, tras diversas discusiones se decide denominar al 2010 el año del CRES científico}</p> <p>{(1:52)en el área nutricional, que haya tenido repercusión hasta el momento, así como en cambiar nuestras prácticas, hasta el momento no, al contrario, hemos querido mostrar lo que hemos aprendido al resto, es como que hemos querido ser unilaterales todavía eee...la caro, creo que la caro al principio, 2007-2008 hizo un estudio en alcohol y drogas, hizo un estudio en torno a la percepción materna del estado nutricional de los niños, que eso sirvió como sustento para nosotros utilizarlo en nuestras decisiones, pero también y fuertemente nos ha servido para replicar}</p> <p>{(1:53)nosotros hemos querido replicar y gritar a voces lo lindo que tenemos}</p> <p>{(1:54)a mí me tocó este viaje con Víctor, el director, fue una instancia para acercarme más humanamente a Víctor que bueno, nos llevamos bien entre todos, pero siempre existen grupos humanos donde te acercas más a unos que a otros, pero eso no quiere decir nada, que no te acerques entonces fue la instancia, para en primer lugar, acercarme más a él, y para conocerlo más, mirar su parte humana más que la de compañero de trabajo, de director, y es una de las cosas que yo más rescaté}</p> <p>{(1:58)yo hace un año atrás tenía una idea en la mente, de hacer un estudio científico para evaluar el impacto que podría tener el consumo de cierto tipo de cactus en la diabetes, y resulta que esto se me alimentó más cuando viajó a</p>

Méjico y allá es único país del mundo donde se come cactus y dentro de ellos, el cactus que yo quería estudiar, entonces, me contacte con investigadores de Méjico que investigaban esta área y eso fue también uno de los motores más importantes porque me traspasaron conocimiento como para poder comprender algunos principios activos que tiene esta planta y como era el mecanismo de acción, de hecho me aportó a eso y lo que ves ahora, hoy día estaba terminando ese estudio después de 3 meses, las pruebas de seguimiento, que ahora en noviembre lo presento aquí en Chile en el congreso de salud pública, o sea, como te puedo decir que no me aportó}

{(1:65) parte de mis tesis de pregrado ya son tesis RIPSE, de hecho, para mí es un beneficio, un prestigio como co-director tesis, y para las mismas alumnas es algo que yo les puedo ofrecer como plus, respecto de otros tutores de tesis, que yo las puedo integrar a esta red que no es menor}

[(2:43) Lo conversamos un tiempo, el año pasado parece, o hace 2 años, el hecho que hacíamos cosas y quedaban acá, y no se proyectaban y nadie las conocía, y también como un estímulo a las personas que estaban trabajando en el CRES, de hacer un poco de investigación y presentarla en algún lado.... Porque incluso de ellos, lo que están haciendo uds, en el PES lo hizo pero lo hizo un externo, al cual se le encargó recopilar los datos, para tener todo esto y no perderlo, porque en la línea del tiempo uno igual no se acuerda de muchas cosas, además de un tema, de lo que conversábamos con la Dra. Vidales, es también tener un registro y poder consultarlo, para ver cómo has avanzado en esa línea de tiempo, porque empiezas a buscar en el computador, que esto que lo otro... y ver el contexto general de todos los ejes.]

[(5:13) Yo el 2010 llegué en mayo, la planificación probablemente la hicieron en diciembre, en enero, para el año 2010, en diciembre del 2009, a fin de año, y dentro de esa planificación, que la hizo Víctor, tenía una línea investigativa que era revisar el estudio de la variabilidad del ritmo cardiaco en los preescolares cuando estaban durmiendo, algo que se supone que se iba a hacer

pero que no se hizo, y era un poco el fortalecer lo trabajado en años anteriores según algunos indicadores, por ejemplo, que a tal edad, entre 4 y 6 años el niño “x” evaluado sea capaz de realizar un lanzamiento de balón con las dos manos, con una mano, equilibrio unipodal o bipodal, o sea indicadores, solamente como seguimiento.]

[(5:16)yo hasta el 2010 terminaba mi primer año de clases de magister, magister en actividad física y deportes, entonces yo tenía también que ver cómo iba a hacer mi tesis de grado, mi tesis de grado era que yo quería hacer actividad física comunitaria en los jardines infantiles, pero en todos, entonces ideé una propuesta de investigación, la presenté en la universidad, me la aprobaron, hago todo el alcance para mostrarte para donde quiero ir, me la aprobaron y cuando me la aprobaron yo quería hacerla mediante el CRES, o sea un poco, ese horario protegido pudiera hacerlo para actividades comunitarias y al mismo tiempo sirviera como un insumo para una investigación de la tesis de grado]

[(5:25) Bueno el CRES CIENTIFICO nace el 2010 como nombre si no me equivoco, nace, o sea, tiene la relevancia un poco, se juntaron estos bichitos al mismo tiempo de varios colegas y empezaron a salir investigaciones de un área, el otro colega también tenía una investigación en otra área, el otro colega también, entonces se juntaron todas al mismo tiempo]

[(5:27) Y ahora este año somos, hay tres trabajos que se van a presentar en la jornada de salud pública, dos a cargo de Boris, uno que tiene además mención respecto a la investigación que se está haciendo en APS. O sea, lo del 2010 también rebrota un poco con una presentación en el área de investigación, Boris presenta otro tema también que tiene que ver con algo más clínico, con el manejo de la diabetes. Está Paulina que es una becada de pediatría que presenta un poco el desarrollo del CRES en el jardín Blanca Nieves, y presento yo un poco lo que ha sido la transformación del eje de actividad física de una mano anterior a la mano siguiente con un enfoque ya más global en la

comunidad, entonces el 2010 se establece esto del CRES CIENTIFICO y creo que se ha mantenido y es algo que ya está presente y se va a consolidar.]

[(5:28) Yo creo que el cambio fundamental es que se estableció el nombre de CRES CIENTIFICO, es que está dando paso a que el CRES no solo sea una instancia o un proyecto de promoción y prevención escolar o pre escolar, sino que también tiene una línea investigativa asociada]

[(3:48) se supone que este año, el que pasó, fue el año del CRES científico, es decir, se supone que no iban a crecer solos los niños sino que crecer nosotros como equipo, que íbamos a estudiar, que íbamos a publicar]

[(3:59) el hecho de haber estado conversando y ver cómo han enfrentado en Costa Rica el problema de la actividad física es súper importante porque ellos lo enfrentaron de una manera totalmente diferente. Capaz, capaz que tengamos que modificar pero significa que tenemos otro, significa que tenemos conocimientos nuevos, tenemos acceso a otras cosas. todos los trabajos de investigación, siempre, es una premisa digamos, una verdad científica, permite mejorar el eje en si]

[(3:49), este año el eje psicosocial, a pesar de que yo traté de estimular a la Carolina ella estaba demasiado sobrecargada, no pudo, no fue posible, pero claro, el interés está]

[(4:95) A mi me encanta el área de investigación, no a todos les pasa, pero aquí coincidimos bastante en que nos gusta el área de investigación, desgraciadamente el hacer cualquier investigación, requiere mucho tiempo, yo hice investigación el 2008 y lo hice en la casa, hice una investigación comunal de consumo de alcohol y drogas...]

[(4:96) entonces el hacer investigación, el usar tiempo en hacer investigación tiene para mi mi, desgraciadamente tiene ese correlato, que es en desmedro de las agendas. Que pienso yo de las investigaciones, a mi me habría encantado participar de mas investigaciones y hacerlas, los chiquillos que lo han podido

hacer han aprovechado de muy buena forma, sus estudios por ejemplo Álvaro y el Víctor con sus tesis de magister, están aprovechando el espacio CRES, lo cual es super bueno]

[(4:97) Están uds con su tesis de pregrado, que es una investigación también. Esta Boris, Boris es el que más ha hecho investigación, es el que más ha participado de estas instancia como los nopales, innovadoras, y le gusta, le encanta. Entonces también ha participado como tutor de tesis, en la tesis de la Pia, en la que ha participado como tutor en terreno de las tesis, tiene un rol mucho más activo, el te va a poder responder mejor eso.... Yo creo que si es apropiado hacer las investigaciones y las presentaciones que se han hecho generalmente tiene que ver con el CRES mismo. Por ejemplo todos los años, ahora va a salud publica Víctor, y se presenta el proyecto CRES. La idea de las investigaciones, a mi me gustaría que fueran mas desde lo clínico, o sea lo que hice yo esa vez con la paulina tenia que ver con dinámicas, a mi me encantaría volver a hacerlo, y ojala pudiera contar por ejemplo con interno que me ayudara para poder hacerlo, sola se hace muy pesado Vivianne, yo sufrí, o sea ahí mismo yo me retaba a mi misma, me retaba a mi misma, y lo presentamos en el congreso con los internos de medicina, con ellos hicimos el tema de percepción materna, que era que se observaba por supuesto, alteración en la percepción materna de lo que era obesidad y con el típico mito: gordito sanito. De hecho hicimos un folleto en base a eso. Niños obesos, y con índices de masa muscular alejados del normal, ni siquiera un rango más del normal...]

[(4:98) Lo que nosotros hicimos, fue evaluar la percepción de esa mama, le preguntamos “¿Cómo cree usted que esta su hijo normal, con sobrepeso, u obeso?” Las respuestas de los niños obesos, iban en normal. “le gustaría que estuviera mas delgado o que subiera mas de peso” era otra pregunta, la respuesta era si.]

[(4:99) Y eso no hay, y muchos de los modelos que se aplican, el modelo motivacional del cambio, el modelo de modificación comportamental son de

psicología, ¿y donde estamos nosotros?, no estamos po, no hay tesis de eso, trastorno alimenticio hay miles, vif miles, maltrato infantil miles, agresores miles, pero de esto no hay.]

[(4:104) validaba en el quehacer que nosotros llevamos en el CRES. Yo lo se, se que es una buena oportunidad, yo soy mas critica a lo mejor que el resto, a mi me gustaría que fuera distinto, que estuviera todo el consultorio, pero me sentí... fue gratificante tener el feedback de estos 2 profesionales, de un medico y de Rodrigo que es sociólogo creo, no me acuerdo que es... ver como ellos nos plasmaban la realidad de salud y la realidad de promoción de un país como republica dominicana y de que quisieran replicarlo y que se interesaran y se motivaran con lo que nosotros hacemos, fue super grato. Desde lo técnico, no te puedo decir más porque desconozco que hacen realmente, yo se que trabajan a nivel de investigación con todos estos países de la red, que se mantienen en contacto, y que intercambian experiencias...]

[(4:106) Yo le veo positivo, en que como te digo, vamos a poder sacar en limpio nuestros procesos, y vamos a poder también conocer como se están dando procesos parecidos, ya sea en un nivel avanzado o menos avanzado que el nuestro y vamos a poder cooperar po. Si las realidades de salud con algunos países de la red son bien similiares, o sea no nos vamos a comparar como dice la Dra. con Finlandia po, ahí discrepo hartoo, si aquí mismo en argentina tenemos una realidad similar, republica dominicana al parecer también, cuba esta a otro nivel po, esta a otro nivel en salud familiar,]

[(4:107) si, y si vas a tener el acceso a países tan desarrollados como los nórdicos, que la llevan con el tema de la promoción, super bien, pero que sea algo aterrizado, o sea yo no quiero reflexionar desde lo teórico, a mi me interesaría ver.... El tema de la video conferencia, por eso la destaco, el tema de la video conferencia, por lo visto, la gracia fue, en que tu puedes preguntar, tienes feedback directo, mas allá de leer un paper]

6. Enfoque y {(1:1)yo creo que netamente promocional preventivo, hoy con una fuerte ala

<b>orientación del trabajo</b>	científica}
<b>6.1. Promoción y prevención</b>	<p>{(1:2)Es promocional, porque trabajamos con población sana, con niños sanos, es preventivo porque trabajamos con población con factores de riesgo, previniendo daño secundario y es científico porque ya está a la vista todo el trabajo científico, todo el desarrollo científico que hemos tenido y que tiene que seguir creciendo}</p>
	<p>{(1:23)que no fuera una educación vertical, “yo soy el profesional, lo sé todo y los vengo a educar a ustedes” si no que entregar el mensaje más lúdico, más horizontal, en una forma que ellos lo entendieran}</p>
	<p>[(2:1) No, es promocional y preventivo por lo menos desde el área odontología]</p>
	<p>[(5:2) Para mí el CRES es principalmente un área de promoción y prevención, más tirado para la promoción por el enfoque que se está dando actualmente que es, ya ni siquiera tan a nivel escolar, sino más que nada preescolar, puede que tenga un enfoque asociado a la familia ya, a algo que puede ser más preventivo, pero para mí el enfoque principal que tiene el CRES es de promoción, promoción de salud.]</p>
	<p>[(3:29) el acento, el proyecto, es de promoción, lo que a nosotros nos interesa es trabajar con los niños sanos, con la comunidad sana para que se siga manteniendo sana, y los que están con algún tipo de problema son derivados al CESFAM porque además ya tienen el espacio del CESFAM logramos separar la naturaleza preventiva de la curativa porque en primer momento estaban mezcladas, no podíamos enseñarle a los niños a lavarse los dientes solamente si veíamos que tenía un cráter, no, no era posible]</p>
	<p>[(3.23.) desde la prevención, en un primer momento fuimos súper ambiciosos después nos dimos cuenta que no podíamos mas, quisimos dejar escuelas libres de caries, fue una locura en odontología era muy difícil porque tenían</p>

necesidades urgentes no resueltas]

[(3:27) le tenemos que crear la conciencia que el sobre peso, que la gordura no es parte de la hermosura hoy día en el proyecto predomina la promoción]

[(3:31) comenzó a decaer la voluntad de los políticos en promoción en salud en vez de que fuera el inicio y fuera aumentado, entonces nosotros como departamento estamos siendo, o sea, algunas de las pocas alternativas que sigue dándole énfasis a las iniciativas en promoción de la salud, es decir, la reforma se centró en las patologías AUGE y GES el interés está puesto en cuales van a ser las 11 nuevas patologías que va a decir el ministro, y la promoción en estos últimos años pasó cercano a cero, así que nuestra misión que tenemos como departamento, como universidad, es rescatar el papel de la promoción que está siendo absolutamente aislado]

[(4:1) El CRES, yo siento que en el trabajo que estamos haciendo, desde que estamos instalados en los jardines, es mucho más preventivo. Antes cuando trabajaba..., cuando yo entre al consultorio y podía observar al CRES desde afuera, me da la sensación, que era menos promocional y menos preventivo, o sea seguía siendo preventivo...]

[(4:2) Cuando era PES. Porque ya había daño en los niños, entonces cuando tu trabajas en los distintos niveles de promoción, cuando tu trabajas en una población donde hay daño, ya sea en salud oral o ya son obesos. Acá lo que estamos haciendo es llegar un poquitito antes, aunque igual vas a tener diagnósticos de distróficos, de obesos o con sobrepeso, pero abordando la estrategia de intervención, no focalizada en el niño obeso o sobrepeso, sino que en el macro de todos los niños. Entonces ahí yo creo que está la clave de que sea preventivo y promocional.]

[(4:3) Preventivo - asistencial, se atendía, por ejemplo el niño obeso era derivado a nutricionista, el niño con caries tenía dentista.]

## 6.2. “Lo público”

{(1:81)estoy enamorado de la Salud Pública de alguna manera, y me declaro, con la doctora lo conversábamos la otra vez...un nutricionista salubrista}

[(2:24)cohesionados, y así cosas buenas también, ellos plantearon, siempre plantean la necesidad, pero llegamos, por ejemplo el año pasado o antepasado hicimos una actividad en conjunto, buena, una especie de presupuesto participativo en que ellos crearon el cuento, nosotros pedimos la clínica móvil y ellos se pusieron con todo lo demás, consiguieron una casa...todo lo que pudimos haber hecho nosotros, conversamos con la comunidad y les dijimos “nosotros vamos a traer, los vamos a cancelar pero ustedes se van a encarga de todo lo que es el desarrollo y la puesta en marcha del programa lo que implicaba lo de las horas, traer a la gente, trasladar a los odontólogos de la casa en la que estaban...se organizaron súper bien, la actividad en realidad funciono súper bien.]

[(2:25) claro, funciona en las dos formas, si tú, si tú enfocas bien, mira, que piensas de estas comunidades, es como de negociación, si a ellos les interesa algo y no está dentro de tu disposición, o dentro de tu alcance, no se...¿qué dice? Pero si ellos quieren algo, que tú ves, al solicitarlo, o demandando alguna necesidad y está dentro también de tus proyectos o planificación lo tomas inmediatamente porque sabes que eso va a funcionar, porque está de acuerdo a sus intereses.]

[(3:33) el acento está en la cosa de salud pública, y evidentemente que tiene un marcado ejercicio de gestión, por mi pasado de gestora, es decir, yo estaba formando a los chiquillos en salud pública y en gestión también]

[(4:60) yo creo que es trans porque..., si yo creo que sí, entendiendo como el ejercicio, o sea nos pasa a tal nivel que por ejemplo el Boris no ha podido ir alguna vez, yo hago la presentación del Boris, o sea a ese nivel, sabiendo que yo no soy nutricionista, pero a ese nivel del trabajo mancomunado y anclado en donde él puede cubrir por ejemplo y va a saber a ese nivel lo que yo

	<p>hago...]</p> <p>[(4:61) El año pasado, pero he estado trabajando con el mucho mas, por ejemplo ahora como les decía vamos a hacer un trabajo de los 3, el tema del flúor, yo no sabía lo que hacía un odontólogo con los niños pequeños, yo no tenía idea, ahí la Dra. nos dejaba hacerlo, integrarnos. Entonces el mensaje que yo le doy a mi paciente cuando me dice “tengo hora al dentista y no quiero ir”, le digo” sabes lo que te van a hacer, te van a poner una pintura morada, que es el flúor que es súper rico, que es entretenido, que no sé qué”. Entonces eso ayuda al ejercicio profesional del otro y lo complementa...]</p>
<p><b>6.3. Relación de trabajo</b></p>	<p>{(1:60)Yo todos mis sueños, entre ellos, la veta científica, Víctor, nos ha alimentado eso, nos ha dejado ser en toda nuestra potencia, y eso es lo que yo destaco, habiendo vivido otras direcciones, es lo que se valora tremendamente y se destaca}</p> <p>{(1:70)transdisciplinario, porque considero que es más... una, que es un término menos trillado que multidisciplinario y siento que es un concepto más integral, que englobas más lo que estamos haciendo, siento que nos define mejor, y porque representa lo que somos, esencialmente eso}</p> <p>{(1:71)yo creo que por la interacción que tienen las distintas disciplinas, esa interacción...multidisciplinario es para mí como distintas disciplinas pero no necesariamente tan coordinadas, tan conectadas, para mí lo transdisciplinario es la conexión de lo multidisciplinario, la conexión, el análisis conjunto, el trabajo conjunto, la mezcla como amalgama de todas las áreas y eso es para mí donde tu vez la opinión horizontal entre todos los componentes, en donde cada decisión se toma y se le pide la opinión a cada área especialista en cierto tema y cada cual...tú te das cuenta, sea el tema que sea, todos tenemos algo que decir, para mí ahí esta la transdisciplinariedad}</p> <p>[(2:18)Depende de cómo lo tomemos, haber, si hablamos como del abordaje</p>

para mis más que transdisciplinario es multidisciplinario porque uno igual, aunque la otra persona haga tu actividad, yo pienso por lo menos que cada uno, o sea la persona que está encargada de su programa es el que tiene que dar los lineamientos de lo que se va a hacer, porque aunque sea muy transdisciplinario la otra persona no puede dar lineamientos, entonces por lo tanto para mi desde ese punto es multidisciplinario. Pero en cuanto a las relaciones es absolutamente transdisciplinario.]

[(5:37)En la suma y resta, yo sé que Sheila está metida ahora por el tema del PROMOS, para que no haya dualidad de función, desconozco específicamente por qué hay dos psicólogos, sé que el eje dental está a cargo de la doctora Rivera, no hay otra cirujano dentista metida como miembro del CRES y estoy yo como el único kinesiólogo, lo ideal sería no solo incorporar no solamente al colega kinesiólogo sino a todo el equipo del CESFAM a que conozcan un poco y trabajen a la par con uno con lo que es promoción y prevención.]

[(5:40) Eso es bueno también, eso es un plus porque así como no se conoce lo que es el CRES, de repente pueden tener la idea de que, no sé, un psicólogo trata a los locos, un kinesiólogo trata los puros huesos por ejemplo, o que un nutricionista lo único que te va a decir “no coma esto” entonces, es importante que el resto de los colegas, sean profesionales, administrativos o de cualquier índole sepan un poco de que se trata todo porque al final en la promoción y prevención todo es aporte, no es exclusivo de lo que están en la mesa haciendo las actividades.]

[(3:45) la palabra que más me gusta es transdisciplinario, a, porque permite de alguna manera que el kinesiólogo se empape de los conceptos de nutrición y el nutricionista de los conceptos del kinesiólogo, es decir, no solamente que nos sentemos juntos sino que además nos imbriquemos]

[(3:46) el Boris con la Ximena presentaron un trabajo a las jornadas de nutrición del trabajo multi y transdisciplinario de la odontóloga y la nutricionista Porque en el caso de la alimentación y de la comida chatarra hay

	<p>alimentos que son francamente careogénicos, y eso lo maneja muy bien el nutricionista, y es importante que, es decir, la odontóloga, se comuniquen y puedan trabajar en esa área que es absolutamente común]</p> <p>[(4:60) yo creo que es trans porque..., si yo creo que sí, entendiendo como el ejercicio, o sea nos pasa a tal nivel que por ejemplo el Boris no ha podido ir alguna vez, yo hago la presentación del Boris, o sea a ese nivel, sabiendo que yo no soy nutricionista, pero a ese nivel del trabajo mancomunado y anclado en donde él puede cubrir por ejemplo y va a saber a ese nivel lo que yo hago...]</p> <p>[(4:61) El año pasado, pero he estado trabajando con el mucho mas, por ejemplo ahora como les decía vamos a hacer un trabajo de los 3, el tema del flúor, yo no sabía lo que hacía un odontólogo con los niños pequeños, yo no tenía idea, ahí la Dra. nos dejaba hacerlo, integrarnos. Entonces el mensaje que yo le doy a mi paciente cuando me dice “tengo hora al dentista y no quiero ir”, le digo”sabes lo que te van a hacer, te van a poner una pintura morada, que es el flúor que es súper rico, que es entretenido, que no sé qué”. Entonces eso ayuda al ejercicio profesional del otro y lo complementa...]</p>
<p><b>6.4. Enfoque familiar</b></p>	<p>{(1:5)cuál es el origen, la conclusión que yo tome personalmente, la moraleja, que el abordaje con familias es importante, porque pillas a todos los grupos etarios ahí por eso esta cuestión no puede ser individual, por eso esta cuestión tiene que ser la comunidad escolar, tiene que ser la familia}</p> <p>{(1:8)el trabajo con familias es súper importante y es ad hoc al modelo que estamos viviendo, el modelo de salud familiar, de partida hay que creer en el para poder trabajar con él, y de hecho, el programa CRES tiene mucho del modelo de salud familiar: la transversalidad, el trabajo en equipo, tiene mucho, mucho de eso. Nosotros en el cres estamos trabajando con salud familiar desde antes que apareciera como nombre, como logo en el centro el modelo de salud</p>

familiar, así que yo creo que es importante no olvidar, quiero que quede claro, no solo la parte preescolar, sino que el trabajo con familias, el preescolar inserto en la familia}

{(1:9)de todas maneras, yo creo que tiene que seguir evolucionando en mayor medida, con mayor enfoque familiar y para allá vamos probablemente el próximo año, o en dos años más, nos demos cuenta más todavía y quizá lleguemos a un acierto en cómo hacerlo, yo creo que la respuesta de eso lo tiene en gran parte la salud familiar, pero no solo yo tengo que convencerme, el equipo completo tiene que convencerse}

[(2:28) por supuesto, el abordaje, te digo que va hacia un abordaje...familiar pero, como nos falta como institución, entonces también nos va a faltar en el tema del CRES]

[(5:3) La estrategia desde el punto de vista de abordaje de nivel escolar eran distintas porque el acompañamiento de los papás era menor que a nivel preescolar, se desligaban un poco los papás, a la responsabilidad de las escuelas, entonces costaba mucho más llegar a ese estudiante, a ese niño, que a lo que se podía hacer en el preescolar, donde era una etapa más temprana, todavía se podían controlar algunos factores y se podía tener un abordaje mucho mejor de la familia]

[(3:39) el enfoque que tiene el CRES es de medicina familiar, es de salud familiar, nosotros tomamos al niño y su familia, con su entorno]

[(4:4) se aborda de una manera distinta, integral, voy yo con el nutricionista, o tiene hora para los 2 y se conversa el caso desde el modelo familiar,]

[(4:40) Acá en la práctica lo que más se necesita es atención de adultos y atención familiar. O sea yo tenía copada la agenda de infanto, pero las metas de salud mental van orientadas pa otra cosa,]

<p><b>6.5. Mirada biopsicosocial</b></p>	<p>{(1:31) todos los profesionales que están en los box, que estamos en contacto con la gente, tenemos que tener un mínimo de noción, de habilidades sociales y comunicacionales que nos permitan entregar el mensaje de manera efectiva y lograr una cercanía, empatía con el paciente, ninguna indicación médica, nutricional, de enfermería van a cumplirla}</p> <p>[(5:11) E: ¿podemos decir o concluir quizás que el CRES efectivamente está teniendo un abordaje BIOPSIKOSOKIAL?]</p> <p>A: Absolutamente.]</p> <p>[(2:17) Si, pero como que nos falta, estamos como en el camino, nos falta un poco, pero sí de hecho tiene un abordaje Biopsicosocial.]</p> <p>[(4:55) ¿Dónde está la actividad física?, puede ser lo social, ¿donde esta lo nutricional?, ¿es clínico? Pero también es emocional, o sea el Boris trabaja conmigo mano a mano en el tema de los mitos y las creencias. Entonces acá yo diría que es bio-psico-social, digamos que todos intervenimos en lo bio-psico-social, yo lo separaría que lo medico vea lo bio, que la Dra. Vidales con el interno ven lo bio, que yo veo lo psicológico, y que alguien ve lo social]</p> <p>[(4:58) Entonces el enfoque biopsicosocial, si está presente en el CRES, si está presente en el CESFAM, porque lo abordamos por sector, pero la integración de los distintos programas y de más que los programas de que manejemos el mismo lenguaje,]</p> <p>[(4:59) Te fijai, eso no se ha dado nunca, nunca hemos estado con las matronas y con las enfermeras, nunca. Pero si el abordaje es biopsicosocial, por supuesto que sí, de hecho es más psicosocial que bio, porque lo bio está en la evaluación antropométrica que hacen, lo bio desde lo oral está en la evaluación de los indicadores y la obturización, y todo ese tema, pero es más psico-social, el nutricionista es más psico que médico acá, que en la parte biomédica. Porque al Boris tú lo ves haciendo intervenciones lúdicas, trabajando con papelógrafos, trabajando con creencias, con videos es otro tipo</p>
--	---

	<p>de abordaje, mucho más que del daño, de que él se ponga a hablar de las consecuencias de la obesidad, que lo hacemos igual.]</p>
<p><b>7. Dificultades</b></p> <p><b>7.1 Limitaciones estructurales</b></p>	<p>{(1:11) CRES que también trabaja en actividades de promoción} y que en ese tiempo con el PROMOS hacían dualidad de servicio, entonces la comunidad el PROMOS intervenía, el CRE intervenía en las mismas cosas, y no se coordinaban entre sí. Eso también fue evolucionando a través del tiempo, donde hubo coordinación con otros programas}.</p> <p>{(1:17)de repente llegaba PROMOS a pesar, después llegaba CRES a pesar, ¿Por qué no se coordinaban estos dos programas y pesábamos una sola vez? Quizá los usuarios se sentían como objeto de deseo, se sentían utilizados “oye, tú, si ya vinieron a pesarme la semana pasada”, pero ¿Quiénes son ellos? No había una clara comunicación, esto es CRES, esto es PROMOS, pa’ ellos es el CESFAM no más, es uno solo}</p> <p>[(2:13)como es el caso de odontología que la comunidad fue la que solicitó el ingreso del eje odontológico, pero ahí también hubo un revés porque ellos querían rehabilitación y no promoción, se generó un conflicto que ahí tuvimos que resolver, pero es de acuerdo a las necesidades]</p> <p>[(2:20)hacer reuniones semanales, además de que las actividades de una semana a otra, era como que se tenía que estar evaluando y era demasiado estrés para el equipo, además nosotros no tenemos horas asignadas al CRES extra, el CRES está dentro de nuestra recarga horario, nosotros tenemos que hacer otras actividades y hacer otros cumplimientos]</p> <p>[(2:21)DR: Y de hecho si tú no puedes hacer la actividad, por alguna u otra razón, te llaman a una reunión, puedes designar a otra persona pero tienes que capacitarla entonces es como demasiado estrés, por lo menos para nosotros era un estrés el CRES.</p>

E: a veces podría tener más sentido si solo se dedicaban a eso, pero efectivamente tienen otras muchas actividades y no hay recursos también, de tiempo...

DRA: Y las otras actividades se te vienen encima, la presión asistencial, la presión de evaluación de programas y de otras cosas que tú también quieres hacer y de otros cumplimientos que tienes que entregar.]

[(2:33)claro, igual a mí me da la impresión de que si aquí se quiere producir un cambio, como usted decía, hay muchos factores que están influyendo y aquí como...se trata de influir desde un conjunto de factores, pero hay otros, que no están al alcance de esto, y que corresponden como a otras instancias de la sociedad

DRA: a otros niveles

E: claro, a otros niveles

DRA: chocas con la pared, hay que seguir insistiendo]

[(5:6) Distinto es por ejemplo el eje de actividad física que es como el pariente pobre de todas las actividades, porque no tenemos como medir cosas de forma tan transversales, a pesar de que se pueden hacer, pero que quizás no tienen un impacto tan importante desde el punto de vista sanitario, como es si el controlar la obesidad, disminuir el sobrepeso, o la mal nutrición por déficit, o como es controlar una carie o una placa bacteriana]

[(5:18) Me doy cuenta de que ahora, yo pensaba que el único que trabajaba en los cuatro jardines infantiles en un proyecto propiamente tal, así, esquematizado, me doy cuenta después de la presentación del doctor Uquillas que él también está haciendo, yo y que él tiene un poco las mismas dificultades que yo, súper poco horario para hacer las actividades, tratar de condensarlo todo de la mejor forma posible, y eso]

[(5:22)Bueno, a mí me tocó incorporarme ya con las dos reuniones, si no me

equivoco, yo creo que se debe haber hecho el cambio un poco por lo que se comenta siempre, el horario destinado para la atención clínica curativa y tratamiento prima un poco por sobre el resto de las actividades. De repente tener 4 reuniones mensuales quizás complica a algunos colegas que tienen que mantener una agenda constante, que no tienen como suplir, yo creo que ese fue el principal motivo, desconozco si es otro, si quizás las reuniones no tenían el peso que ellos buscaban, o que gastaban tiempo repitiendo lo mismo, ya, yo creo que lo principal era reducir las reuniones por la carga horaria que podía generar.]

[(3:4) ustedes saben como es la burocracia dentro de estas universidades, nos costó 3 años, una cosa que era tan obvia, porque los dos eran departamento de salud pública y todos ganaban, no había por donde, nos demoramos 2 años]

[(4:8) Si, o sea es una dificultad constante poder salir a terreno, hacer este tipo de actividades, coordinarnos, reunirnos.]

[(4:17) pero Alvaro, Boris, probablemente no tienen idea. Los talleres que hace la educadora que son los mismos Vivianne, o sea la educadora hace dentro de sus talleres de crianza, incorpora alimentación, incorpora lactancia materna, incorpora vínculo...]

[(4:21) tu tenías que hacer ciertas actividades de promoción obligados, lo cual era bueno y era malo a la vez, porque te limitaba en ciertas temáticas: tabaco principalmente, alimentación, actividad física,]

[(4:28) Pero en las escuelas también el tema de los profesores, el acceso era difícil, yo creo que también pasa por eso, en el jardín las tías tienen otra disposición y su forma de enseñanza y de dinámica es más parecida y es más fácil, creo yo que es más fácil incorporar estrategias de promoción en un jardín, que en un colegio.]

[(4:29) a nosotros nos pasa con el tema de sexualidad, para poder entrar a un colegio tú tienes que, de verdad, casi que modificar el proyecto educativo,

porque tienen cada minuto contado para tal o cual cosa, entonces era difícil.]

[(4:30) Sheila por ejemplo le era difícil. Yo me acuerdo que ella se metía a los cursos, 1º, 2º 15 minutos con un par de papelógrafos, pero te dan poco espacio. En el jardín es distinto, son más flexibles, porque disponen también de más espacio y más tiempo para poder realizar más actividades de promoción.]

[(4:37) Es que complica porque, por ejemplo yo ahora la única posibilidad de intervenir en la escuela, es en la tarde, entonces yo voy a tener que enrocar, entonces para poder faltar en la tarde e ir a la reunión de apoderados, tengo que enrocarme porque si no me quedo sin atenciones todo el martes. Enrocar con las horas de las reuniones y ya ahora tengo que estar en las reuniones del martes entonces son horas que yo pierdo, entrecomillas]

[(4:38) No, si no me lo exigen, no me lo exigen, yo podría faltar igual, pero al final me colapso yo misma, o sea yo perfectamente podría cerrar agenda e irme si nadie me va a decir nada, pero me colapso yo misma, y tengo citados...]

[(4:39) yo misma me lo exijo, porque para poder tener procesos de atención individual en todas las otras áreas]

[(4:65) Empezó a guatear por el tema del financiamiento de PROMOS, que es lo que te decía yo... estos títeres que fue caro hacerlo, fue muy caro hacerlo, fue hacer infraestructura, el escenario, los títeres, se hicieron los monos grandes]

[(4:66) este año cuando se hizo el PROMOS, desde el servicio se nos señalo que era una intervención de poco impacto]

[(4:67) no te dicen porque, te mandan “sácala del programa”, entonces prefieren las educaciones en los colegios, prefieren las educaciones grupales. Pero nos sacaron 2 proyectos, el tema de las olimpiadas, que fue otro proyecto que hizo Sheila con las internas, hicieron olimpiadas saludables, donde

hicieron en la villa olímpica, hicieron 2 años, el 2009 y 2010, olimpiadas un día sábado en la mañana donde tu tenias competencias de todo tipo de actividad física, pa los enanos desde pre kínder, kínder, 1º y 2º]

[(4:68) fue maravilloso, con premios, con apoderados, con alianzas, con colores. Entonces los hicieron competir, con diplomas, fue maravilloso y eso el servicio dijo que era de poco impacto. Tener un sábado en una comuna como nosotros a 200 apoderados, con niños participando en actividades, me deci tu que es de bajo impacto, no tienen idea...]

[(4:69) en realidad creo que tiene que ver por lo que vimos con las orientaciones de lo que ellos creen que hay que hacer en promoción, o sea es súper dirigido, hay que intervenir: ambiente humo libre de tabaco, hay que hacer tal concurso de dibujo de lo que es el daño del tabaco, hay que hacer tal cosa en actividad física y hay que hacer tal cosa en alimentación. Todas esas estrategias no fueron consideradas, no fueron consideradas porque no venían desde ellos, y a lo mejor desde el temor de que se malgastaran los dineros. Nosotros incluso queríamos anexarles fotos, videos para que vieran, porque claro, es justificar... costaba para que te hagai una idea, por ejemplo 600 lucas, entre los premios, organizar, arrendar equipos pa ciertas cosas, 500, 600 lucas, es nada, el programa PROMOS es un programa que tenía como 6 millones de pesos. Entonces gastar 500 lucas en eso, es nada. Pero esa visión es de nosotros, el servicio no piensa así...]

[(4:70) pero se bajo. Y si soy testigo porque se cortaron un montón de actividades más incluso, de sexualidad chao, me lo sacaron. Y era cero peso, no tenía ningún gasto, porque íbamos con la matrona, en la municipalidad le pedimos al sonidista que ponía reggaetón, que ponía música, juntamos a los chiquillos de 7º y 8º, hicimos dinámicas, con videos, con todo, trabajamos con el SERNAM, una tarde. Lo que si gastamos, un par de paquetes de galletas, jugo, té, café, eso. Nos bajaron esa actividad del PROMOS. Te fijai que era un tarde de sexualidad-efectividad, como vamos a tener que hacerlo, ir curso por

curso, 15 minutos, a educar de una manera flash sobre sexualidad-efectividad, no se. Pero es para que tengai mas o menos la idea del como nos bajaron muchas actividades.]

[(4:88) pero educación participa poco de todo]

[(4:89) Participa poco de todo, porque tienen a diferencia de aca, el director del departamento, explicándolo desde el gran, bueno ahora con los paros mas todavía, desde el gran trabajo que para ellos les implica, asistir a reuniones, coordinar las horas, no van a nada, y a mi me pasa en el chile crece, me pasa en todas las cosas, pocazo participa, entonces si tu te preguntas, si yo te digo que tenemos que coordinarnos mejor aca adentro y con el intersector, educación debería estar sentado, instalado en la 1ª mesa, pero no les hace sentido a lo mejor, te fijai, no es una necesidad sentida de ellos trabajar en la promoción, cuando tienen hasta el cuello con el simce, están hasta el cuello con la CEP, y están hasta el cuello...]

[(4:90) Están muy colapsados, creo yo, esa es mi hipótesis]

[(4:105) Hace 2 años atrás vinieron de la seremi con un pendón gigante. Yo decía no puedo creer que... porque es una brutalidad de plata, entonces ahí tu te das cuenta como a veces se destinan ciertas platas para materiales tangibles o materiales de ese tipo, versus tener a lo mejor un espacio de autocuidado, o de tener un espacio con otros consultorios, yo jamás lo he visto. En donde tu te sientes y “oye uds como están trabajando sexualidad, como estoy trabajando...” nopo uno se reúne a reuniones técnicas, reuniones administrativas, pero de intercambiar experiencias, no. Esos son los congresos, en los congresos uno va a sentarse a escuchar experiencias de los otros, y uno llega aca y dice “shuta esto puede servir”, o en las pasantías. En salud familiar hay pero son poquitas, son poquitos cupos, o sea...]

[(4:75) Exacto, por ejemplo con las pocas horas que tienen Uds., yo a la Karla no la pude incorporar en el CRES, sino no hubiera podido atender los 8

	<p>pacientes que tiene que atender, entonces psicología nunca ha estado de interno en el CRES...]</p>
<p><b>7.2 Limitaciones circunstanciales</b></p>	<p>{(1:38)dejan entrever lo de los kioscos, como que nosotros, el ente salud estaba metiéndose en el área educacional, sentían invadido su territorio}</p> <p>[(2:2) Nosotros teníamos antes actividades promocionales y preventivas pero eran muy acotadas, venían muy vertical desde el servicio]</p> <p>[(2:6) No volvieron los internos, lo que pasa es que es muy lejos, a nosotros el internado nos ha costado por el tema de que los internos en odontología, como en odontología son pocos, bueno hasta hace unos años antes que se abrieran más matriculas eran 38, ese es el promedio de internos de odontología aquí en Valparaíso, es poco, entonces ellos eligen evidentemente el área más cercana a Valparaíso, acá era como venir a una excursión, entonces imagínate, además nosotros los ayudamos un poco con el tema que antes no se podía, porque tú sabes que los dineros hay que ajustarlos a algún programa y tampoco se les podía dar ningún aporte a los internos, entonces imagínate cuánto gastan, y tú sabes que el pasaje escolar hace poco que estuvo de vuelta porque antes el que no pagaba a matricula completa tenía que pagar el pasaje completo]</p> <p>[(2:7) entonces evidentemente que se logró un campo, y además la estructura, o sea ahora quizás acá digamos se pueden recibir internos, pero la estructura anterior en el otro CESFAM, que era consultorio, no daba abasto, no daba para recibir internos, solamente estábamos nosotros.]</p> <p>[(2:23) ya, lo que pasa es que la comunidad de las palmas solicitó el eje odontológico, pero lo que no entendió era que se trataba de una actividad promocional y que se esperaba además algo de ellos, pero ellos no querían actividades promocionales, querían horas odontológicas de rehabilitación, entonces, tuvimos que explicarle a la comunidad, tuvimos que intervenir el equipo de salud odontológica y explicarles que esto no era para pedir horas y</p>

se creó todo un conflicto y ellos en realidad comenzaron a echar pie atrás hacia otras actividades]

[(2:27) depende...como tu planteas que ese niño tiene que lavarse los dientes 3 veces al día cuando no tiene baño, no tiene caso...]

E: claro, también decía que tiene que cambiar el cepillo cada tanto tiempo si no tiene plata para hacer ese cambio

DR: ni pa' comer, si estamos aquí... cuanto, como el 14% está bajo la línea de la pobreza...entonces... ¿Cómo lo hacen?

E: si po, estamos hablando de un ideal, pero que en la realidad cuesta llegar a ese ideal

DR: de hecho estamos en inequidad en el tema del flúor, ya no tenemos flúor, ¿te fijai? O sea, una comuna pobre y además no tiene los beneficios de las otras comunidades]

[(2:31) Quizás es eso, que se eligió el grupo justo, claro hay que buscar a lo mejor...no se po, que es lo que les interesa a las otras personas...es difícil el tema de la promoción, más cuando no estamos acostumbrados nosotros y no está acostumbrada la comunidad]

[(5:15) Yo mantuve las actividades con Blanca Nieves, fue un poquito difícil el ingreso a Blanca Nieves porque ya tenían la experiencia en ese jardín de haber trabajado con Víctor 3 o 4 años, entonces es una mano distinta, ya, son abordajes distintos, yo quise continuar un poco con lo que estaban haciendo]

[(4:19) Se sobre-interviene, entonces en el jardín los apoderados ya no van, que es lo que te decía yo, cuando llego yo a citarla a una charla, cuando ha venido la semana pasada el odontólogo, cuando ha venido la semana antepasada la educadora, la higienista dental...]

[(4:64) en la mente de las familias, lo que decía el odontólogo, existe todavía el modelo biomédico, muchas personas todavía no entienden todavía nuestro

	<p>modelo de salud familiar Vivianne, llegan acá y se pierden, o no les gusta quieren que las vea sólo el doctor, que me vea de urgencia...]</p> <p>[(4:93) Aunque como los jardines son de la JUNJI, menos va a tener que ver ahora. Pero si tu le preguntas, “Don German que actividades de promoción en conjunto con salud están trabajando uds” no va a tener idea, no va a tener idea... o va a saber algunas, pero no hay bandos medios, no hay representantes de promoción.]</p> <p>[(4:94) en el chile crece pasa lo mismo. Y en el chile crece mas todavía lo tratamos de mantener en las reuniones por el tema de las adolescentes embarazadas, de las madres adolescentes...]</p>
<p><b>8. identidad de equipo</b></p> <p><b>8.1. Compromisos personales</b></p>	<p>{(1:50) Gente que ha tenido una larga trayectoria, incluyendo a la doctora Vidales}</p> <p>{(1:51)ver un comentario de la doctora Vidales, es importante ver su punto de vista y uno lo valora}</p> <p>{(1:75)en política me declaro ignorante, solamente he logrado conocer el ámbito político y llevarme una opinión general: para mí los políticos son uno solo}</p> <p>{(1:76)pa mí el CRES, emotivamente, ha sido y es...le he agarrado harto cariño}</p> <p>{(1:80)mira, yo cuando recién salí de la universidad, me veía como nutricionista clínico, y la verdad es que cuando llegue al centro de salud, a trabajar, en mi primer trabajo, y no valoraba tanto la promoción y la prevención, como hoy en día}.</p> <p>{(1:82)“oye, anda a... yo sé que los consultorios, la APS es así, pero, por favor, anda para allá y que te atienda un médico, que et atienda un compañero</p>

mío, anda a ver la infraestructura, anda a ver la calidad, es como una garra, como cuando uno ve un partido y es capaz de...de celebrar...así}

**[(5:24)** Bueno, otro tema ahora que tiene que ver con lo que escribieron en la línea de tiempo como el CRES CIENTIFICO, y a todo este auge de investigaciones que han emergido en base al CRES, ¿ Cómo entiendes tu esta emergencia, por qué tanta investigación? Tú también trabajaste en una investigación del CRES.]

A: Yo creo que nace de un bichito personal de cada uno, que alguno les toca, algunos les llama la atención la investigación, a otros más y a otros menos]

**[(3:66)** bueno, el compromiso es variable, es variable de los distintos miembros y eso es absolutamente natural. Ahora, no hemos tenido, hasta el momento, detractores, es decir gente que esté en contra,]

**[(3:67)**La gente se siente incluía y aporta, participa, no a potrilla. Hay gente que hace más cosas, el Boris hace más cosas, se estimula, se puso a investigar de la tuna]

**[(4:10)** Si. Y qué dirección te apoye también, que dirección te apoye en las..., después nos arreglamos con las metas, en el sentido que las cumplimos igual, tenemos menos atención, si al final en eso perdemos]

**[(4:100)** Víctor apoya la mayoría de las iniciativas muchas veces locas que se nos ocurren, como ir a la plaza a hacer intervenciones y cosas que se nos ocurren...]

**[(4:101)** Se motiva, se motiva. O sea yo le digo al Víctor “Víctor voy a cerrar para hacer un taller de TDA” que estamos haciendo con la Karla ahora, “ni un problema”, te fijai, le gusta, le gusta participar, va a las premiaciones, le encanta ir a las ceremonias con los papás, con los niños. La gracia de que el Víctor haya pasado a dirección yo creo que es esa, de que el Víctor nos valida y más aun nos promueve hacer estas actividades, si el problema no pasa por

	<p>eso, pasa por el servicio y por las metas, te fijai. Ahora a diferencia de otros centros de salud, donde el director es otro tipo de persona, ejerce otro tipo de liderazgo, probablemente nosotros no podríamos hacer esto...]</p> <p>[(4:103] saben que nosotros vamos a llegar a hacer el power a la casa, me entendí, porque me gusta y me motiva y todo, siendo que ellos nos dejan hacer, entre comillas nos dejan, están actividades,]</p>
<p><b>8.2. Cohesión de grupo</b></p>	<p>{(1:13)nosotros estamos, los que tú has visto en las reuniones, como los profesionales más estables, más equipo de cabecera}</p> <p>{(1:14)Los otros profesionales quizá se sienten como un equipo transitorio, un equipo - quizá - menos importante, porque llevan menos tiempo, y quizá eso les haga como el fenómeno de que “no importa si no voy”, entonces ha costado un poquito que esta cuestión se instaure, que se sientan como parte de esto, que se empoderen}</p> <p>{(1:15) yo creo que el CRES funciona bien didácticamente, y como que tu sientes - como me pasó a mí - que tu llegas al CRES y es un carro que está funcionando, entonces tú tienes que sumarte, y yo siento que el CRES tiene la particularidad - como carro que está funcionando - tú tienes que tener una actitud proactiva para poder alcanzar el ritmo de ese carro, entonces, probablemente el CRES funciona bien para cierto tipo de perfiles de personalidad - me da la impresión - ciertos perfiles funcionan mejor, profesionales, y eso es así y es lo que veo yo}, es mi opinión}</p> <p>{(1:32)nosotros estábamos en el consultorio viejo, en el sucucho viejo, al lado de la caca de los caballos, literalmente, nos juntábamos en un box que si abrían las ventanas se llenaban de moscas porque había caca al lado, y llegamos aquí, a una casa nueva, preciosa, linda donde cada uno tenía su box, allá estábamos hacinados y nos juntábamos en la cocina a hacer las reuniones, en cambio acá teníamos un ambiente agradable que nos acompañaba a lograr</p>

lo que queríamos, el ambiente era consecuente para lograr los objetivos del programa CRES, y de hecho, influyó positivamente al equipo porque ya estábamos mas cómodos, cada cual tenía su box, cada uno tenía sus cosas y de hecho, eso causaba un bienestar de base, como premisa, y eso de hecho, no ayudo no tan solo a CRES sino que a todos los programas}

{(1:33)teníamos donde juntarnos y era un lugar agradable para efectuar las reuniones de CRES y generamos un sentido de pertenencia, en el fondo teníamos un signo de pertenencia, este es el lugar donde se reúne el equipo CRES, una construcción de identidad de equipo}

{(1:64)la doctora Vidales parte del CRES, una gran parte de CRES, la Doctora Vidales era parte del RIPSE, por lo tanto, todos tomamos a RIPSE como parte de CRES}

{(1:72)definitivamente, de hecho, cada vez que, yo, en un par de diplomados de cuestiones na que ver, aparentemente na que ver, diabetes por ejemplo, nombro a CRES en los foros, porque me doy cuenta, que a nivel regional por lo menos, no hay otra instancia que se le iguale}

{(1:73)características de las personas la garra que nos caracteriza, la potencia, yo veo a mis compañeros como gallos secos, miro a la Caro, ponte tú, seca en lo que hace, miro a la doctora seca, ehh... fue parte del ministerio de salud, asesora de la OPS, la llevaban a Panamá una semana para que asesorara al gobierno de panamá, entonces, ¿Quién puede tener profesionales de esa calaña, de esa estirpe, con ese aprendizaje en su equipo? ¿Quién puede decir eso?}

{(1:74)somos pioneros, probablemente en otro centro de salud tienen a otro tipo de equipo, pero probablemente no con las mismas características}

{(1:83)Una garra, yo creo que esa garra es importante y yo la veo en un par de compañeros}

	<p>[(3:51) es difícil separar cual es el trabajo individual de cada uno porque como pasa a ser colectivo</p> <p>[(3:41) fue una ganancia para el CRES y que alguien del equipo, o sea, fue una pena que se muriera la María Teresa, sin lugar a dudas, independiente de que el Víctor es excelente, que se yo, primero asumió la Ximena como subrogante y luego Víctor nombrado por el alcalde, y en los dos casos ganamos, porque en los dos casos eran del CRES]</p> <p>[(4:27) yo siento igual que el equipo que estamos ahora somos un equipo más afiatado que el que estaba en esa época.]</p>
<p><b>8.3. Motivaciones</b></p>	<p>{(1:79)yo creo que eso es lo que más me motiva, saber que estoy trabajando con gente muy potente, con muchas buenas ideas, eso es lo que ,más me emociona}</p> <p>[(5:32) Personalmente para mí el RIPSE ha sido un aporte súper importante, en el sentido de que, bueno yo me entero del RIPSE personalmente porque, como se estaba haciendo esta instancia de posgrado, de tesis te posgrado, de pregrado de la red, para compartir estas experiencias, Alma le pide a Rodrigo que incorpore mi tesis del magister en la red, ella me dice que había quedado aceptado, me comentó, me parece novedoso, y también te entrega un respaldo, yo lo veo del punto de vista académico, no del punto de vista del CRES, académicamente una tesis que tu estés haciendo, de lo que sea, que tengas el respaldo mediante un documento que diga que tal red en representación de tal persona apoya la tesis de grado del señor tanto de la universidad tanto es súper bueno,]</p> <p>[(3:56) Y de CRES UV pasó a RIPSE, es decir, desde una escuela a una comuna, a la región, pasó a tener presencia diría yo internacional eso para el equipo fue muy muy gratificante, evidentemente el hecho de que apareciera RIPSE de que haya un reconocimiento internacional significa evidentemente</p>

que haya una gratificación y una motivación importante para el equipo]

[(3:58) tanto esta gratificación, esta motivación a mi me parece como coordinadora del proyecto súper importante porque de repente se nos bajan los ánimos]

[(3:60) Y evidentemente que es importante para el Álvaro estar conversando con el asesor del ministro de educación que es un profesor de educación física]

[(4:9) Pero ahora yo siento que hay como más ganas, y hay más personas interesadas, y acá uno se mueve con intereses.]

[(4:24) Entonces al mostrarlas tú dices guau estamos trabajando desde la desesperanza aprendida de que no tengo tiempo, que me las arreglo, pero se hacen y se hacen buenas cosas, entonces si más aún puedes coordinarte y pedir ayuda como dijo el ahora, uno se arranca po, no hacen el arreglo, yo creo que sí.]

[(4:25) las ganas están, lo demás se puede arreglar.]

[(4:72) Y tú ves después ahí mismo en el jardín, para hacer continuidad, en uno de los talleres que fui a hacer al blanca nieves, imprimimos, y de hecho tengo todavía acá, imprimimos los mismos personajes, que son el procool, el chatarrin, la Dra. muelitas, los imprimi para pintar, como dibujo para pintar, entonces cuando yo iba a hacer las intervenciones, se acuerdan de quien es este, “el malo, el chatarrin...”]

[(4:102) Si. Ahora no fue tanto el cambio, porque la Dra. Rivera, que es la odontóloga, ella estuvo subrogando bastante tiempo cuando estuvo enferma nuestra jefa, antes de que falleciera, y la dra rivera es del mismo espíritu. A la dra rivera le encanta, es movida, le gusta, te agancha, se mueve, te consigue vehículos, te gestiona. Entonces de la Dra. al Víctor no hubo gran cambio. La señora María teresa, que era la directora anterior, también le motivaba el CRES, también le gustaba, pero se apegaba un poco mas al tema de carga

<p>asistencial, o sea la Sra. Teresa por decirlo de alguna forma titubeaba un poco mas, o se quedaba media dubitativa cuando tu le decías por ejemplo “voy a estar toda la mañana en el jardín” “pucha pero es que...” te dejaba pero... te cuestionaba un poco más, le dolía, se preocupaba, se angustiaba. La Dra. y el Víctor saben que nosotros lo vamos a hacer igual y por el contrario saben, porque ellos mismos lo hacen, que va a ser una carga para nosotros y esa es la gracia...]</p>
--

## ANEXO N° 7

### **Pauta Educadora Jardín Infantil Blanca Nieves**

I.- A continuación se presenta una serie de preguntas orientadas a conocer su experiencia en el programa CRES.

- 1.- ¿podría señalarnos cómo fue su incorporación al CRES?
- 2.- ¿cuál es su apreciación respecto de las intervenciones realizadas por el CESFAM?
- 3.- ¿Cuál es el rol que usted cumple, como educadora, en la implementación del programa CRES?
- 4.- ¿ha incorporado elementos trabajados en el contexto del programa CRES a su ejercicio docente cotidiano?
- 5.- ¿en qué consiste su participación en las reuniones de planificación del equipo CRES?, ¿Cómo la calificaría?
- 6.- ¿Cuáles son las principales dificultades que usted ha vivenciado en la implementación del programa CRES en el Jardín Infantil Blanca Nieves?

II.- Esta actividad consiste en la realización de un análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas), para el cual le solicitamos completar el siguiente cuadro:

<p><b>Fortalezas</b> (Capacidades distintas, Ventajas naturales, Recursos superiores)</p>	<p><b>Oportunidades</b> (Factores positivos, que se generan en el entorno y que, una vez identificados, pueden ser aprovechados)</p>
<p><b>Debilidades</b> (Dificultades internas, ausencia de recursos, problemas de adaptación al programa, etc)</p>	<p><b>Amenazas</b> (Situaciones o dificultades negativas externas, que dificulten el buen funcionamiento del programa, etc.)</p>

## ANEXO N°8

### Entrevista Internos programa CRES UV CESFAM Olmué

A continuación te presentamos una serie de preguntas, esto no es una prueba ni cosa por el estilo, la idea es que respondas concienzudamente, permitiéndonos conocer al máximo cuál fue tu experiencia en el programa CRES. Recuerda que esta entrevista es parte de un proceso de sistematización del programa CRES UV Olmué, en el cual la información que tú nos puedas entregar es de suma importancia

- 1.- ¿Cuál fue tu vía de ingreso al programa CRES?
- 2.- ¿Cuál fue tu rol en el programa CRES? Refiérete a las funciones que realizaste en el equipo.
- 3.- Como interno, ¿tuviste la posibilidad de realizar investigación en relación al programa?
- 4.- En base a tu experiencia, ¿el CRES es un programa asistencial o preventivo-promocional?
- 5.- En base a tu experiencia, ¿la forma de trabajo del equipo CRES sería multidisciplinaria, interdisciplinaria o transdisciplinaria?
- 6.- ¿Considera que el equipo CRES opera desde una lógica bio-psico-social?
- 7.- ¿Cómo fue tu experiencia, desde una mirada personal, con el equipo CRES?
- 8.- ¿Cuál fue tu aporte al equipo y/o al programa CRES?
- 9.- ¿Podrías referirte a los aprendizajes que el paso por el CRES te dejó?

## ANEXO N°9

### Documento que acredita la participación del equipo de sistematización a la Red Iberoamericana de Promoción en Salud Escolar – RIPSE



UNIVERSIDAD ALFONSO  
DE SOTOMAYOR



Universidad  
de Valparaíso

PCI C/033524/10  
SEGUNDA REUNIÓN  
PLAN PREPARATORIO DEL  
ESPACIO IBEROAMERICANO DE  
POSTGRADOS EN PROMOCIÓN DE SALUD ESCOLAR.  
VALPARAISO 22, 23, 24, 25 Y 26 DE AGOSTO DE 2011.

#### DECISIÓN PCI C/033524/10/11-07

Constancia de apoyo a Grupo de Sistematización Psicología UV

LOS PARTICIPANTES EN EL PLAN PREPARATORIO DEL ESPACIO IBEROAMERICANO DE POSTGRADOS EN PROMOCIÓN DE SALUD ESCOLAR, ENMARCADO EN EL PROGRAMA DE COOPERACIÓN INTERUNIVERSITARIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO, REUNIDOS EN VALPARAÍSO LOS DÍAS 22, 23, 24, 25 Y 26 DE AGOSTO DE 2011,

#### HACEN CONSTAR:

Que el grupo conformado por doña AMÉRICA NOGUÉ DURÁN, Dña. VIVIANNE SEPÚLVEDA ESPONDA, D. HUMBERTO FUENTES NÚÑEZ y D. RICARDO HERNÁNDEZ CASTILLO cuenta con el respaldo de los participantes en este proyecto para el desarrollo de su tesis de fin de carrera de Psicología cuyo título es "Promoción y prevención en Salud Pública: sistematización programa CRES UV en la comuna de Olmué", desarrollada en el Programa de Psicología de la Universidad de Valparaíso, Chile y cuya tutora es la Profesora Liliana Contreras de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE SANTO DOMINGO



UNIVERSIDAD  
PABLO  
OLAVIDE  
SEVILLA



Universidad  
de Valparaíso

Y así lo firmamos, para que surta los efectos oportunos, en la ciudad de Valparaíso,  
Chile, a los veintitrés días del mes de agosto del año dos mil once.

**Dr. José Antonio Sánchez Medina**  
Coordinador General  
Proyecto PCI C/033524/10  
Director Postgrado Oficial Europeo en  
Ciencias Sociales e Intervención Social  
Universidad Pablo de Olavide, Sevilla.

**Dr. Rafael de Jesús Montero del Oleo**  
Coordinador Iberoamericano  
Proyecto PCI C/033524/10  
Director Maestría en Salud Pública  
Universidad Autónoma de Santo Domingo,  
República Dominicana.

**Dr. Mario Parada Lezcano**  
Participante  
Proyecto PCI C/033524/10  
Director Magister en Salud Pública  
Universidad de Valparaíso, Chile.

**MSc. Rodrigo A. López Vidales**  
Secretario ejecutivo  
Proyecto PCI C/033524/10