

Agentes comunitarios de salud: ¿cómo articular esta estrategia en el contexto chileno?

Agentes comunitários de saúde: como articular essa estratégia no contexto chileno? (resumo: p. 14)

Community health agents: how to articulate this strategy in a Chilean setting? (abstract: p. 14)

Ricardo A. Ayala^(a)

<rayala@udla.cl> 

María Cecilia Toffoletto^(b)

<mtoffoletto@udla.cl> 

^(a) Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de las Américas. Avenida República, 71, Región Metropolitana. Santiago, Chile.

^(b) Escuela de Enfermería, Universidad de las Américas. Santiago, Chile.

Este artículo tuvo por objetivo situar la estrategia de Agentes Comunitarios de Salud adoptada recientemente en Chile como una intervención que podría contribuir a cerrar las brechas en salud. Para ello, empleamos como herramienta analítica la noción de participación de la sociedad civil, a menudo olvidada en los debates que contraponen los sistemas público y privado en el análisis de la salud. Al examinar esta iniciativa bajo el lente de la educación popular en Brasil, argüimos que esta forma de participación no puede plantearse como una intervención tecnocrática más, sino situarla en contexto, social e históricamente, donde la sensibilidad cultural es clave. En Chile, la participación ciudadana en salud tiene una larga tradición instalada y, en virtud de una reapropiación los discursos públicos en la última década, el aspecto agencial popular podría articularse e institucionalizarse.

Palabras clave: Participación social. Salud colectiva. Participación en salud. Agentes comunitarios de salud.

Introducción

En el contexto de las políticas de protección social, los sistemas de cuidado de la salud dependen de un modo u otro de los tres sectores principales de la sociedad: el Estado, el sector privado y la sociedad civil¹. A menudo enfocados en los sectores público y privado, los análisis tienden a omitir la participación del tercer sector; menos aún se enfocan en las intersecciones entre estos tres sectores, o el cómo se comunican entre sí, abordándoles como si fuesen unidades completamente independientes¹. Desde un punto de vista metodológico, en sociedades como la chilena es importante tener en mente esta conceptualización, ya que el sector privado allí tiene un lugar importante, uno que tiende a difuminar las fronteras entre los componentes del sistema de bienestar. En Chile, la participación de la sociedad civil ha sido una constante, tanto antes como después de la creación del Servicio Nacional de Salud, aunque su presencia ha tendido a ocultarse tras las narrativas dominantes que se concentran en los medios de financiamiento del sistema y el antagonismo funcional entre los mundos público y privado. Aquí, conceptualizaremos la participación civil como la expresión de opiniones sobre asuntos sociales y políticos, expresión que muchas veces lleva a movilizar recursos y a involucrarse personalmente en acciones colectivas para enfrentar problemas locales contemporáneos. Si bien esa participación puede adoptar distintas formas –algunas más fácilmente identificables que otras– es en ese ideario que situamos el trabajo del agente comunitario de salud como forma de involucramiento sociopolítico. Desde un punto de vista teórico (p.ej. *resource mobilization theory*)^{2,3}, se han planteado diversos móviles tras esa acción colectiva; fundamental entre ellos es el principio de solidaridad, el cual configura redes sociales densas e identidades colectivas fuertes.

Recientemente, ha reemergido en Chile la figura del agente comunitario de salud^{4,5}, cuyo foco es el de contribuir a cubrir las brechas de cobertura, en especial ante situaciones de vulnerabilidad social e inequidades en salud. Ésta no es una idea completamente nueva, ya que se trata de una política consolidada en otros países de la región, pero que en el contexto de los discursos económicos y societales de Chile podrían encontrar dificultades para concretar la interfaz entre comunidad y sistema de salud. Asimismo, la idea de contar con personal civil tampoco es totalmente desconocida en Chile. De inspiración socialista, las brigadas de salud conocieron un momento de auge (y caída) durante la década de 1970, sin llegar a sostenerse en el tiempo debido a razones ideológicas. Luego del giro neoliberal, el país no vería iniciativas similares sino hasta bien avanzado el siglo XXI.

En la literatura más reciente, los debates sobre los agentes comunitarios de salud han gravitado hacia dos aspectos fundamentales. Por un lado, se han centrado en los efectos de las racionalidades utilizadas en la gestión de los programas de intervención y, por otro lado, en la falta de articulación con la dimensión cultural y territorial de este trabajo, lo cual da cuenta de las lagunas, pasos en falso y contradicciones que esta iniciativa ha encontrado. Primeramente, la literatura ha hecho evidente la existencia de conflictos ante la profesionalización de los agentes comunitarios de salud cuando la orientación tiene una mirada más biomédica que social⁶. También se han investigado

las barreras institucionales que dificultan la efectividad de los agentes comunitarios; por ejemplo, en contexto de derechos humanos en salud de personas inmigrantes, especialmente indocumentadas, lo que enfatiza la necesidad de situar a los agentes en una política más completa y no como una intervención aislada, utilizando conceptos más amplios que los que se restringen a la medicina⁷.

En segundo lugar, los estudios muestran que, como los agentes son a la vez miembros de las comunidades donde trabajan, sus propias experiencias en tanto individuos tienden a enriquecer la mirada sanitaria. Feichas et al.⁸, por ejemplo, concluyen que los equipos de salud necesitan abrirse y tener más contacto con las prácticas y saberes de la comunidad, toda vez que la racionalidad médica tiende a invisibilizarles o desreivindicarles. Como muestra el trabajo etnográfico de Santos y Cecon⁹, los agentes comunitarios comprenden en profundidad tanto las características del territorio, como las biografías personales y el tejido social de la localidad, al punto de encarnar un repositorio vivo en que convergen las subjetividades, la técnica y la micropolítica. Otras observaciones de corte etnográfico apuntan también al impacto de esta dimensión cultural y territorial en los resultados que puedan tener el programa de agentes comunitarios¹⁰.

Al examinarlas en conjunto, estas dos líneas argumentativas nos alertan del riesgo de implementar una estrategia que, sin una raigambre cultural importante, podría convertirse en una intervención tecnocrática más, dentro de una constelación de intervenciones tecnocráticas. No obstante, llama la atención que un aspecto menos abordado en la literatura actual, pese a su importancia, es cómo la figura del agente comunitario en salud puede entenderse – y, de hecho, institucionalizarse – desde la perspectiva de la participación ciudadana.

Este artículo tiene entonces por objetivo discutir el ideario instalado en Chile respecto a estrategias que involucran a miembros de la sociedad civil en la promoción de la salud y la detección de enfermedades en tal contexto societal, discutiendo los aspectos que podrían conectarle con las dimensiones cultural y territorial de los programas comunitarios. Este objetivo será abordado posicionándonos en tanto investigadores en la convicción de la pertinencia y necesidad de tal estrategia. Así, en la primera parte presentaremos antecedentes históricos de participación de civiles en estrategias de salud comunitaria en Chile. Esto subraya que un programa nacional de agentes comunitarios de salud podría arraigarse en sus trazas históricas dentro de la institucionalidad sanitaria, empleando prácticas ya instaladas. En una segunda parte expondremos que un programa tal estaría justificado no sólo por una tradición preexistente, sino también por los indicadores de salud de la población chilena, en especial los relacionados a hábitos y estilos de vida que conducen a una morbilidad característica de una nación industrializada. Por último, argüiremos que, en vista a la situación coyuntural, política y económica, un programa de Agentes Comunitarios en Salud bien podría extenderse como una política más amplia usando como molde algunos proyectos piloto que se han desarrollado en áreas específicas, con la participación de instituciones educacionales.

Con todo, el artículo termina con una discusión sobre cómo la interfaz entre los sectores principales de la sociedad podría converger y alinearse intencionadamente para una iniciativa comunitaria que propenda no sólo a una mejor salud, sino también a una verdadera transformación social de sectores de mayor sensibilidad y vulneración.

Participación ciudadana en salud en Chile

Históricamente, la participación de la sociedad civil en Chile ha sido central en las políticas de salud. Tanto antes como después de la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), en 1952, organizaciones no gubernamentales y la ciudadanía en general se han involucrado de diferentes formas y movidos por distintas corrientes de pensamiento en diversas iniciativas, conformando así un recurso sanitario de facto. Bien sea de manera estructurada o espontánea, la participación ciudadana ha formado parte del sistema de cuidados del país.

Antes que las distintas oficinas y reparticiones dedicadas a servicios sociales y de salud se centralizaran en el SNS, la participación civil estaba típicamente representada por las obras de beneficencia y por asociaciones voluntarias alineadas con los valores de la elite social y económica chilena. Asimismo, muchas de esas instancias eran de inspiración religiosa, o bien estaban influidas por la iglesia, en que la caridad, la compasión y la ayuda al prójimo eran una condición para la salvación de las almas. Para su salud y subsistencia, los más desposeídos necesitaban las obras de caridad católicas. Pero, para la salvación de las almas, la élite necesitaba a los desposeídos. Esto configuraba una relación de mutua dependencia que legitimaba la participación del voluntariado civil, tanto dentro como fuera de la iglesia, al punto que llegó a configurar la “matriz caritativa tradicional” de atención al necesitado⁹. Este proceso tuvo un impacto tal, que daría lugar a las primeras profesiones sanitarias femeninas, que a medida que se institucionalizaban en la estructura estatal se unirían al gran movimiento asociacionista de mediados de siglo, influyendo en las políticas públicas y desplazando al voluntariado en salud, aunque lejos de sustituirlo¹¹.

Bien avanzada la segunda mitad de siglo, el gobierno de Frei Montalva se caracterizó por una serie de fuertes reformas sociales influidas por Irene Frei, asistente social y hermana del presidente, que, en 1967, condujo a la formación de consejos comunitarios de salud. Dependientes del SNS, estos consejos tenían por misión ayudar a traducir el espíritu reformista en soluciones adaptadas a las necesidades sectoriales. Con ello, se integraron las organizaciones territoriales y vecinales en instancias de asesoría o consulta¹² para, así, facilitar el trabajo de priorización de necesidades en salud (p.ej. agua potable, alcantarillado, etc.) y de sensibilización de la población ante problemas médico-sociales (p.ej. alcoholismo). Ello era posible a través de la capacitación de líderes comunitarios, los que permitían acercar a la población a los consultorios de atención primaria y acrecentar su interés por abrazar los programas de salud, promoviendo un sentido tanto de participación como de solidaridad. Es muy probable que esta idea haya sido influida, además, por Paulo Freire, quien vivió el exilio en Chile entre 1964 y 1969 tras su experiencia en el servicio social de la industria en Brasil, oficiando de consultor para el estado chileno¹³, en especial sobre democratización y educación popular^{(c)14}. Así, la idea de los consejos comunitarios reflejaría de algún modo una impronta de activismo sanitario.

^(c) De hecho, uno de los objetivos de la administración Frei Montalva fue la reducción del analfabetismo.

Posteriormente, como forma de dar continuidad a esta política, los consejos comunitarios de salud siguieron funcionando durante el gobierno socialista (1970-1973), e incluso el sector prosiguió con la creación de brigadas de salud^(d) dirigida al reclutamiento de voluntarios jóvenes y que pretendía cubrir las brechas de cobertura sanitaria¹⁵, ya que el trabajo profesional seguía siendo un recurso escaso. Las tareas de las brigadas de salud fueron descritas en el programa de la Unidad Popular (1970) de la siguiente forma:

Se encargarán de enseñar, atender y ayudar a los demás compañeros del sector en sus problemas sanitarios más urgentes. Las brigadas serán formadas por los médicos allendistas; recibirán en un curso rápido los conocimientos de primeros auxilios, nociones de higiene, partos de emergencia, puericultura, métodos anticoncepcionales, etc., y serán permanentemente asesoradas por dichos profesionales y sus colaboradores allendistas¹⁶. (p. 10)

^(d) Otras ramas de ese plan incluían las brigadas de construcción, brigadas de alfabetización, brigadas de trabajo doméstico, brigadas de abastecimiento, brigadas deportivas y brigadas recreativas.

Durante las huelgas de 1972, ésta y otras iniciativas encontraron una fuerte resistencia de parte de los colegios profesionales, quienes no veían con buenos ojos ni las ideas que tuvieran un sesgo ideológico socialista ni los programas que pretendieran cubrir la falta de profesionales, lo que acentuó la polarización existente en el sector y en la sociedad en su conjunto. En ese clima de polarización, y entre discursos cargados de términos como ‘revolución’, ‘lucha de clases’, ‘frente’ y ‘combate’¹⁵, las brigadas de salud fueron tan difíciles de implementar como de evaluar en cuanto a su efectividad. En una entrevista para una investigación reciente, Juan Carlos Concha, Ministro de Salud de Allende (1971–1972), se refirió al programa como “un éxito”¹⁵, aunque otras investigaciones han mostrado que alrededor de marzo de 1973 se habían conformado menos de la mitad de los consejos de salud planeados¹⁷. El propio Ministerio de Salud (1972) anunció en ese entonces que el programa encontró múltiples dificultades en la implantación de civiles para que trabajaran como voluntarios junto a los profesionales de salud. Asimismo, producto de su inspiración ideológica, toda traza del trabajo que pudieron haber realizado las brigadas desapareció de los registros durante el golpe de estado, en septiembre de 1973¹⁵.

No obstante, estas dos iniciativas reflejan una transformación social importante: el giro desde una visión asistencialista y paternalista hacia un enfoque que promovía la movilización agencial del individuo y la organización de los barrios para participar en la salud comunitaria.

Esto no quiere decir que posterior al gobierno socialista la participación de civiles en servicios sociales se haya detenido. Al contrario, varios de ellos tuvieron un rol central en la política cultural, notoriamente en la diseminación de ideales tradicionales, como la familia nuclear –por ejemplo, los centros de madres, controlados directamente por la junta militar desde la Secretaría de la Mujer, o los centros abiertos para preescolares–. En el ala de la iglesia que ejercía resistencia al régimen, diversas otras iniciativas continuaron funcionando, o bien, se fortalecieron, incluyendo cuidados de salud y una serie de otros servicios dirigidos a sectores populares, a cargo de la Vicaría de la Solidaridad.



Junto al giro desde el asistencialismo, aunque aún con un mosaico de diferentes enfoques que coexistieron, es evidente que las fronteras entre dos sectores de la sociedad se hicieron más difusas. De hecho, el gobierno y el tercer sector comenzaron a tener un acoplamiento cada vez más estrecho, en particular cuando en los colectivos subyacían razones políticamente motivadas. No obstante, esto refleja una continuidad de distintos agentes civiles, generalmente no remunerados, cubriendo una gran parte de las necesidades de la sociedad civil. El último cuarto de siglo vería, de hecho, altas cifras de desempleo, hambre e inflación, lo que incluso llegó a retrasar las reformas estructurales en salud ideadas por el régimen militar.

Las décadas que siguieron a la liberalización de la economía, desde 1980, se caracterizaron por una transición hacia un estado mínimo, con un creciente espacio a la industria de la salud junto a la idea de paciente-pagador¹⁵. No obstante, esto no significó la desaparición de la participación civil en cuestiones de salud. Al contrario, algunas iniciativas continuaron, como las patrocinadas por la iglesia y los voluntariados independientes (p.ej. la Cruz Roja o la Defensa Civil), mientras que acciones barriales se reproducían para la formación de líderes de salud. Paradójicamente, las reformas neoliberales se acoplaron muy bien con la idea de participación en salud, la cual ayudó a propagar la noción de “autocuidado” y, con ello, un individualismo metodológico¹⁸.

Agentes Comunitarios de la Salud: experiencias documentadas en Chile y Brasil

Son diversas las experiencias a nivel mundial con agentes comunitarios de salud. En esas experiencias, han desarrollado una amplia variedad de funciones, las que incluyen roles asistenciales, curativos y promocionales, incluso intervenciones específicas y focalizadas, con iniciativas que van desde programas nacionales a gran escala, hasta iniciativas comunitarias de alcance local¹⁹.

Para poder trazar esas experiencias, es necesario hacer antes una precisión conceptual. En la literatura se encuentra una diversidad de términos relacionados a los agentes comunitarios de la salud; entre ellos, trabajador comunitario, promotor de salud, monitor de salud, voluntario, trabajador rural de salud, trabajadores de salud comunitaria, entre otros. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define al agente como:

[...] una persona voluntaria elegida o reconocida por su comunidad que promueve las prácticas saludables en las familias y el desarrollo de su comunidad, trabajando en coordinación con el personal de salud y con otros actores sociales. En las comunidades dispersas brinda atención básica de salud y ayuda a vincular la comunidad con los servicios de salud²⁰. (OPS)



En la actualidad, los agentes comunitarios tienen un rol de educación sanitaria y de detección de las necesidades de salud de la comunidad. A partir de esta conceptualización, entonces, es posible diferenciar una figura de mediación entre la comunidad y los profesionales de la salud de la atención primaria²⁰.

En ese ideario, se enmarcan los agentes como un elemento clave en el proceso de empoderamiento local, tanto como una estrategia para promocionar la salud, como un medio de fortalecimiento de la comunidad en este ejercicio de control de su destino. Más allá de los argumentos políticamente motivados, al agente comunitario de salud se lo considera técnicamente como un educador progresista, el cual ayuda a que las personas se reconozcan a sí mismas como capaces de aprender y tomar conciencia del potencial transformador que tienen respecto a su mundo. En tanto se crea y mantiene un contacto permanente con las familias, se establece una relación de respeto y un vínculo que posibilita un entorno más proclive a la promoción de la salud. Allí, capacitan a la comunidad para que encuentre respuestas a sus propias preguntas, creando y recreando su mundo dentro de su contexto sociocultural^{21,22}, distinto a las relaciones asimétricas que se forman en la intervención profesional.

En otras palabras, los agentes comunitarios actúan en aspectos cruciales de las problemáticas contemporáneas de salud colectiva. Por una parte, se aborda de manera culturalmente pertinente la planificación y ejecución de una educación promotora de la salud fundamentada en las necesidades de conocimientos de la comunidad; y por otra, se identifican de mejor forma los factores determinantes de la salud. Todo esto, recurriendo a la participación social, lo que redundará en acciones colaborativas, empoderamiento de los involucrados y, en definitiva, propiciando cambios conductuales de las personas en referencia a su salud, ya que, en esencia, es un trabajo que necesita una sensibilidad cultural única⁸.

No obstante, el perfil y el área de competencia de los agentes comunitarios aún es tema de discusión. El proceso de transformación y empoderamiento de la salud de una comunidad involucra diversos actores y no depende sólo de los agentes comunitarios, muchas veces vulnerados por su mínima formación técnico-asistencial, lo cual genera una paradoja entre los discursos institucionales y la realidad de su trabajo en la comunidad. Por ejemplo, los agentes comunitarios se dedican a realizar actividades de promoción de la salud, en tanto que tales actividades exigen un conocimiento acabado de los cambios conductuales de las personas, familias y comunidades, además de educación para la salud, participación comunitaria, trabajo intersectorial y su articulación con los equipos de salud²³.

En el contexto de los países latinoamericanos, el conocido Programa de Agentes de Salud Comunitaria (PACS) del Ministerio de Salud de Brasil fue implementado en 1991, luego de una experiencia positiva con estos agentes en la mejoría de los indicadores de salud de una de las regiones más vulnerables de ese país. Si bien las primeras referencias a la educación sanitaria se remontan a fines de la década de 1930, no es sino hasta los años 1960 cuando comienza a forjarse con fuerza la figura del 'agente', la cual adoptó distintas formas, variando en énfasis y alcance; hasta que en la década de 1970 el agente comunitario empieza a emplearse de manera más permanente. A partir de su implementación, en los años 1990, el programa se ha



ampliado a escala nacional, donde, los agentes se han transformado en actores clave en la filosofía de la salud colectiva y se han asociado de manera más permanente con un discurso de justicia social –o de ‘liberación’, para emplear la terminología freiriana²⁴–. Así, la educación popular constituyó una estrategia específica para el desarrollo del trabajo de los agentes comunitarios, facilitando el objetivo de garantizar el diálogo con la comunidad²⁵.

Desde la implementación del programa de agentes en las comunidades, los indicadores de salud han mejorado. Si bien no se puede establecer una relación de causalidad directa, hay una co-ocurrencia entre el despliegue de los agentes comunitarios de salud y los indicadores de entrega de cuidados comunitarios. Entre ellos contamos, por ejemplo, el seguimiento del desarrollo de niños, controles de embarazadas, de personas mayores, hipertensos y diabéticos, promoción en salud bucal²⁶, además del uso de los servicios de salud, consultas y exámenes²⁷, inmunización infantil y la eficacia de las consultas ambulatorias para problemas clínicos²⁸. Así, las experiencias documentadas muestran el rol decisivo de los agentes comunitarios en la articulación entre la comunidad y los equipos de salud, cuyo énfasis es la canalización de las condiciones de salud, necesidades y demandas de quienes necesitan cuidados.

Salud en Chile y experiencias puntuales con agentes comunitarios

En Chile, la propuesta de inclusión de agentes comunitarios en los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) nació en el año 2016, idea técnicamente apoyada a nivel ministerial con un manual ad-hoc (Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF), texto que fue considerado uno de los primeros reportes formales sobre la presencia de estos agentes en la comunidad²⁹.

Desde ese momento, Chile ha demostrado experiencias aisladas y tímidas en la formación e incorporación de agentes comunitarios; tales como la Escuela Formadora de Agentes Comunitarios en Salud Mental, organizada por la Universidad de Chile, y la incorporación de agentes comunitarios en los CECOSF en ciertas regiones del país. Cabe destacar que, como una continuidad desde las eras anteriores, estas experiencias se han basado primariamente en el trabajo no remunerado. Y si bien las cifras sobre su impacto en la salud aún son desconocidas, es evidente que las necesidades no cubiertas justifican la estrategia. El proyecto de formación de agentes comunitarios en salud mental se justificó por la brecha de cuidados, que oscila entre 75 y 85%, tanto en adultos como en adolescentes y niños, cifras que aún reflejan insuficiente dotación de profesionales para propiciar los cuidados y tratamiento en salud mental³⁰.

Otras experiencias sobre la actuación de los agentes comunitarios en Chile, además de aisladas, muestran la diversidad de roles que se les atribuye. En la sexta región se incorporaron agentes comunitarios en los Centros Comunitarios de Salud Familiar, enfocados en un rol de interlocutores de las necesidades de salud de la comunidad, fortaleciendo además el diagnóstico participativo³¹. Así también, el Servicio Nacional del

Adulto Mayor de la sexta región creó un modelo de cuidado comunitario para que las personas mayores se integren al entorno y tengan un acceso facilitado a los servicios sanitarios; ese modelo se vale de agentes comunitarios que les entregan apoyo, asistencia y cuidados en su barrio o domicilio³².

Por otro lado, en Chile las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) relacionadas con los estilos de vida siguen constituyendo el principal problema de salud pública. Según el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), el 26,4% de defunciones en el año 2018 fue por enfermedades del sistema circulatorio³³. Además, la hipertensión y la dislipidemia son los problemas que presentan mayores cifras, seguidos de la obesidad y la diabetes³⁴.

Asimismo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, un 33,3% de los chilenos indica ser fumadores, aunque con una menor prevalencia en las mujeres. En cuanto al consumo riesgoso de alcohol, la cifra se eleva a 11,7%. Como elemento añadido, el rango etario más prevalente de estas dos conductas está entre los 20 y los 29 años. Además, el sedentarismo registra cifras preocupantes, de un 86,7%; seguido por el sobrepeso y la obesidad, con un 74,2%. Además de ello, el patrón general de alimentación es inapropiado, en que sólo el 15% de los chilenos consumen al menos cinco porciones de frutas y verduras al día³⁵. La baja adherencia a los estilos de vida saludables en Chile es evidente. Durante su empeoramiento, en los años 1990, se comentó con cierta complacencia que esto era un ‘buen’ signo, el signo de un país ‘desarrollado’, comparable con el perfil epidemiológico de los países tomados como referencia. De ahí que la epidemia de las ECNT, “el precio del desarrollo”, fuese tomada con cierta liviandad en los discursos economicistas; algo que podía ocasionar preocupación en la población, pero también satisfacción. Sumado a ello, los mismos discursos tendían a enfatizar la idea de “autocuidado”, que engranaba muy bien con una creciente industria sanitaria (p.ej. seguros privados de salud y clínicas particulares), abierta a absorber las masas crónicamente carentes de prevención primaria.

Hoy, a la luz de los datos, la importancia de planificar y ejecutar educación promotora de la salud desde la participación social resulta absolutamente relevante. Esta estrategia tiene el potencial de desarrollar acciones de manera colaborativa y más efectiva respecto a los cambios conductuales de las personas, más aún cuando la estrategia es ejecutada por la propia comunidad.

Un aspecto cultural difícil de franquear en Chile desde el giro de la política de salud hacia un enfoque neoliberal, es que la solución de los problemas tiene un fuerte énfasis en lo individual. Si bien los análisis apuntan consistentemente hacia los factores estructurales de la sociedad chilena como causantes de inequidad en salud, la noción de colectivismo pareciera no encontrar el eco que alguna vez tuvo. Los desafíos en este sentido, de cara al trabajo comunitario, requieren ir más allá de la atención de salud individual enfocada en el modelo deficitario, y caminar hacia la promoción de la participación y empoderamiento de la comunidad y el compromiso de la sociedad civil, considerando los determinantes sociales de la salud y el trabajo intersectorial. Pero eso requiere tener en cuenta el diálogo entre gobierno local, profesionales de salud y otros actores locales, como los representantes de las comunidades.



Traer de vuelta a esta nueva figura de los agentes comunitarios de la salud implica, por lo demás, generar varias tensiones. Una de ellas sería la tensión al concepto de salud/enfermedad, en tanto las acciones de los agentes podrían facilitar la participación de las personas, familias y comunidades en el cuidado de su propia salud, e ir a contracorriente con un modelo deficitario que propicia el consumismo, la medicalización y la dependencia del sistema sanitario, demostradamente insuficiente para modificar conductas. Así también, desde su posición como miembro de la comunidad, la interacción del agente con su entorno se convierte en un proceso que es sanitario, pero a la vez también político y social. No se restringe a ejecutar acciones dirigidas a fortalecer habilidades y capacidades individuales. Al contrario, en un nivel más fundamental, propende a transformar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud, la calidad de vida y el bienestar de los grupos sociales³⁶.

Conclusiones

En este artículo hemos planteado que al conceptualizar la figura del(a) Agente Comunitario de Salud en el marco de las políticas de protección social y de la movilización de recursos de la sociedad civil es posible visualizar la interdependencia de los tres sectores principales de la sociedad. Si bien los análisis tienden a situar los sectores público y privado en una relación de completo antagonismo, omiten además la participación del tercer sector. Las narrativas dominantes sitúan a la sociedad civil como una figura más bien pasiva, con una actuación limitada, a lo sumo, a prácticas individualistas de “autocuidado”, noción tan afín con las políticas neoliberales implementadas desde los años 1990 en gran parte del mundo occidental.

La figura del Agente Comunitario de Salud en Chile, aunque podría parecer incipiente y completamente revolucionaria, tiene sus raíces en procesos de larga data, que incluso abarcan el periodo previo al Servicio Nacional de Salud. Esto es importante de tener en cuenta, pues, como se alerta en la literatura especializada, sin una raigambre cultural importante, esta figura podría convertirse en una intervención tecnocrática más, dentro de una constelación de intervenciones tecnocráticas. Si embargo, dado el requisito importantísimo de la sensibilidad cultural en su desarrollo, es necesario que la figura se institucionalice no desde la tecnocracia, sino desde la perspectiva de la participación ciudadana.

Contribución de los autores

Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de la preparación del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Editora

Denise Martin Coviello

Editor asociado

Willian Fernandes Luna

Presentado el

29/08/23

Aprobado el

23/02/24

Referencias

1. Bakko M. Protecting and expanding control: a philanthropy's negotiation of welfare system change during the war on poverty. *Soc Serv Rev.* 2019; 93(4):764-803. doi: 10.1086/706209.
2. Tilly C. *From mobilization to revolution.* Boston: Addison-Wesley Publishing; 1978.
3. McAdam D, Tarrow S. Strands of classical theory in the study of social movements. In: Abrutyn S, Lizardo O, editors. *Handbook of classical sociological theory.* Cham: Springer; 2021. p. 467-85.
4. Beamin Santander N. *El rol del agente comunitario de salud [tesis].* Santiago: Universidad de Chile; 2017.
5. Molina Carrasco PA, Cerda Rioseco RJ, Egana Rojas DA, Iglesias Vejar LA, Gálvez Espinoza YP. 'Un nexo, un poco de todo': perspectivas sobre la práctica del promotor comunitario de salud en Chile. *Glob Health Promot.* 2022; 29(4):150-60. doi: 10.1177/17579759221076583.



6. Mélló LMBD, Albuquerque PC, Santos RC, Felipe DA, Queirós AAL. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25 Supl 1:e210306. doi: 10.1590/interface.210306.
7. Losco LN, Gemma SFB. Atenção Primária em Saúde para imigrantes bolivianos no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200477. doi: 10.1590/interface.200477.
8. Feichas NML-C, Schweickardt JC, Ferla AA. Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre redes vivas em um território de Manaus, AM, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24 Supl 1:e190629. doi: 10.1590/Interface.190629.
9. Santos ES, Ceccon RF. O olhar do Flâneur: uma cartografia da Atenção Básica à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200026. doi: 10.1590/interface.200026.
10. Faria CC, Paiva CH. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. *Trab Educ Saude*. 2020; 18 Supl 1:e0025183. doi: 10.1590/1981-7746-sol00251.
11. Illanes MA. *Cuerpo y sangre de la política: la construcción histórica de las visitadoras sociales, Chile, 1887-1940*. Santiago: LOM Ediciones; 2007.
12. Castañeda Meneses P, Salamé AM. Trabajo social chileno y dictadura militar. Memoria profesional predictatorial. Participación social en salud, período 1960-1973. *Perspect Rev Trabajo Soc*. 2016; (27):29-57.
13. Gajardo Jiménez M. Paulo Freire. Los años del exilio en Chile. *Pedagog Saberes*. 2021; (55):11-23.
14. Vivero Arriagada LA. La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar. *Cienc Enferm*. 2013; 19(3):111-6. doi: 10.4067/S0717-95532013000300012.
15. Thulin M, Ayala RA. *Nursing, policy and politics in twentieth-century Chile: reforming health, 1920s-1990s*. Cham: Springer Nature; 2023.
16. *Unidad Popular. Los comités allendistas*. Santiago: Impresora Horizonte; 1969.
17. Müller-Plantenberg C. *Frauen und Familie im gesellschaftlichen Befreiungsprozeß: drei analysen zur chilenischen situation Zwischen 1964 und 1982*. Frankfurt: Verlag K.D. Vervuert; 1983.
18. Garcés M, Valdés A. *Estado del arte de la participación ciudadana en Chile*. Oxford: Oxafam-GB; 1999.
19. Organización Panamericana de la Salud. *Manual del agente comunitario de salud: manual del facilitador* [Internet]. Washington: OPAS; 2010 [citado 10 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Agente-Comun-Salud-Guia-Facilitador-LR.pdf>
20. Lehmann U, Sanders D. *Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers* [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [citado 10 Ago 2023]. Disponible en: https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf
21. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. The identity of the community healthcare agent: a phenomenological approach. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(1):51-60. doi: 10.1590/S1413-81232008000100010.
22. Muller B, Barradas D, Costa MAR, Cambiriba MDS. A profissionalização do agente comunitário na perspectiva da promoção da saúde. *Cogitare Enferm*. 2012; 17(1):171-4.
23. Cisne-Tomaz JB. The community healthcare agent should not be a “super-hero”. *Interface (Botucatu)*. 2002; 6(10):75-94. doi: 10.1590/S1414-32832002000100008.



24. Samudio JLP, Brant LC, Martins ACFDC, Vieira MA, Sampaio CA. Community health agents in primary attention in Brazil: multiplicity of activities and fragilization of training. *Trab Educ Saude*. 2017; 15(3):745-70. doi: 10.1590/1981-7746-sol00075.
25. Queiroz DM, Silva MRF, Oliveira LC. Continuing education for community health agents: potentialities of an education guided by the framework of health and popular education. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Suppl 2:1199-210. doi: 10.1590/1807-57622013.0441.
26. Rodrigues AAAO, Santos AM, Assis MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(3):907-15. doi: 10.1590/S1413-81232010000300034.
27. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(7):2147-56. doi: 10.1590/S1413-81232013000700030.
28. Nascimento EPL, Silveira Correa CR. Community health agents: training, involvement, and practices. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(6):1304-13. doi: 10.1590/S0102-311X2008000600011.
29. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF [Internet]. Santiago: Fundación EPES, División de Atención Primaria; 2016 [citado 15 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/01/Manual-Apoyo-incorporaci%C3%B3n-ACS-en-Cecosf.pdf>
30. Zuñiga VM. U. de Chile impulsa escuela formadora de agentes comunitarios/as en salud mental [Internet]. Santiago: Universidad de Chile; 2022 [citado 15 Ago 2023]. Disponible en: <https://portaluchile.uchile.cl/noticias/188099/u-de-chile-impulsa-escuela-de-agentes-comunitarios-as-en-salud-mental>
31. Servicio de Salud O'Higgins. La relevancia del rol de los agentes comunitarios en los CECOSF [Internet]. Rancagua: Saludo Higgins; 2022 [citado 17 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.saludohiggins.cl/la-relevancia-del-rol-de-los-agentes-comunitarios-en-los-cecosf/>
32. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Personas mayores de San Fabián de Alico, en la Región de Ñuble, acceden a pionero plan de apoyo [Internet]. Santiago: Senama; 2023 [citado 17 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.senama.gob.cl/noticias/personas-mayores-de-san-fabian-de-alico-en-la-region-de-nuble-acceden-a-pionero-plan-de-apoyo>
33. Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Estadística e Información de Salud. Indicadores Básicos de Salud, IBS [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2018 [citado 16 Ago 2023]. Disponible en: <https://repositoriodeis.minsal.cl/Deis/indicadores/IBS%202018.pdf>
34. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud - Para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2020 [citado 16 Ago 2023]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
35. Chile. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2017 [citado 16 Ago 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
36. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007; Suppl 2:17-22. doi: 10.1177/10253823070140020701x.



O objetivo deste artigo foi situar a estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde recentemente adotada no Chile como uma intervenção que poderia contribuir para fechar as lacunas na saúde. Para tanto, empregamos como ferramenta analítica a noção de participação da sociedade civil, frequentemente negligenciada nos debates que opõem os sistemas público e privado na análise da saúde. Ao examinar essa iniciativa por meio das lentes da educação popular no Brasil, argumentamos que essa forma de participação não pode ser vista como apenas mais uma intervenção tecnocrática, mas deve ser colocada em um contexto cultural e histórico, no qual a sensibilidade cultural é fundamental. No Chile, a participação cidadã na saúde tem uma longa tradição e, em virtude de uma reapropriação dos discursos públicos na última década, a agência popular pôde ser articulada e institucionalizada.

Palavras-chave: Participação social. Saúde coletiva. Participação em saúde.
Agentes comunitários de saúde.

The purpose of this article is to situate the Community Health Agents strategy as a social intervention that may contribute to bridging the gap in health coverage. In doing this, we used the participation of nonprofit civil society as an analytical tool. Civil society is often neglected in debates about health, which tend to focus the analysis solely on the antagonism between public and private services. By examining this strategy through the lens of popular education in Brazil, we argue that this form of participation cannot be viewed as merely another technocratic solution, but should instead be understood within its cultural and historical context, emphasizing the importance of cultural sensitivity. Civil society's participation in health matters has a longstanding history in Chile. Considering the reappropriation of public debates over the past decade, the agential aspect of this intervention could be articulated and potentially institutionalized.

Keywords: Social participation. Public health. Health participation. Community health agents.