

# Sistematización de una experiencia en Salud Integral en establecimientos educativos rurales, en el marco de un Programa Universitario de Prácticas Interdisciplinarias en el sur de Chile

Marcelo Carrasco Henríquez\*

Carolina Ramírez Campos

Ingrid Magna Young

Andy Torres Hidalgo

Gonzalo Infante Grandón

Rebeca Correa Del Río

## Resumen

El presente capítulo expone una experiencia universitaria de salud y educación en el ámbito rural, desarrollada en el sur de Chile desde el año 1994, en el contexto de un Programa de Prácticas Profesionales Interdisciplinarias con perspectiva territorial e integral; que canalizan intervenciones en escuelas rurales, aplicando una estrategia de trabajo que contempla distintas dimensiones complementarias entre sí. El modelo de intervención incluye la dimensión Biomédica (evaluación de salud física integral), la sociocultural (percepción de complejidad de salud-enfermedad-atención desde los actores sociales) y la de educación en salud (para transformar situación de salud del individuo y el entorno). En el transcurso de los años de trabajo, se valora la permanencia de la propuesta formativa de estudiantes de ciencias de la salud, de manera cercana a la realidad social y sanitaria

---

\* Respectivamente:

Trabajador Social, Magíster en Investigación, Gestión y Desarrollo Local.

Matrona, Magíster en Salud Pública.

Kinesióloga, Magíster en Gerencia Pública.

Nutricionista, Licenciado en Nutrición y Dietética.

Matrón, Magíster en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local.

Psicóloga, Magíster en Salud Pública.

Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera.

del territorio. La presencia universitaria en la ruralidad ha permitido ampliar el acceso y la cobertura para atenciones de salud de la población escolar, así como acercar mundos que deben comunicarse, para contribuir a la disminución de las desigualdades presentes en contextos de educación infantil rural.

**Palabras clave:** Educación en salud – Prácticas Interdisciplinarias – Ruralidad

**Abstrac**

This chapter presents a university experience in health and education in rural areas, developed in southern Chile since 1994, in the context of an Interdisciplinary Professional Practices Program with a territorial and integral perspective; these interventions in rural schools, applying a work strategy that contemplates different complementary dimensions to each other. The intervention model includes the Biomedical dimension (evaluation of integral physical health), the sociocultural (perception of complexity of health-illness-care from social actors) and that of health education (to transform the health situation of the individual and the environment). In the course of the years of work, the permanence of the formative proposal of students of health sciences is valued, in a way close to the social and sanitary reality of the territory. The university presence in rural areas has allowed expanding the access and coverage for health care of the school population, as well as bringing worlds that must be communicated, to contribute to the reduction of the inequalities present in rural children's education contexts.

**Keywords:** HealthEducation - Interdisciplinary Placement - Rurality.

## Introducción

La presente sistematización se enmarca en el quehacer del Programa de Internado Rural Interdisciplinario (en adelante PIRI), impulsado desde el Departamento de Salud Pública de la Universidad de La Frontera (UFRO) en la región de la Araucanía y en parte de la macrozona sur de Chile<sup>2</sup>. Representa un modelo de aprendizaje-acción en salud pública comunitaria y desarrollo local, orientado al despliegue interdisciplinario e integral de la práctica profesional. Se basa en el desarrollo de pasantías de estudiantes universitarios, organizados en equipos de trabajo en los que confluyen diversas áreas del saber, en múltiples localidades del territorio sur de Chile y en colaboración con entidades municipales de salud y otros actores del desarrollo local. En este sentido, se trata de un ejercicio territorial desde la Universidad pública regional, en vinculación con comunidades en situación de vulnerabilidad de la macrozona sur.

El foco de la presente sistematización es la recuperación y valoración crítica de la experiencia de trabajo con escuelas rurales desarrollada en el marco del PIRI, programa que nace el año 1991 y que desde el año 1996 despliega la línea de trabajo denominada Salud Integral del Escolar (SIE). Esta área de acción forma parte del conjunto de labores que realizan los estudiantes en práctica o internos de diversas carreras de la UFRO para promover la salud y el desarrollo en comunidades educativas inmersas en la ruralidad.

La finalidad de esta sistematización es contribuir con el fortalecimiento y posicionamiento de una estrategia de vinculación universitaria en territorios rurales, específicamente en el ámbito educativo, desplegada en dos direcciones, ambas de sustantiva importancia. La primera se relaciona con la formación integral de profesionales de la salud y áreas afines, al dotarles de elementos cognitivos y actitudinales pertinentes para el trabajo en comunidades rurales, con perspectiva integral de salud y bienestar humano. La segunda está asociada con el mejoramiento de la atención de salud para escolares de la ruralidad de la región más empobrecida de Chile<sup>3</sup>, con el fin de afectar positivamente las historias de

---

2 En el caso del despliegue territorial PIRI, corresponde a las regiones de la Araucanía, Bío Bío y Aysén.

3 La región de la Araucanía es la más pobre del territorio chileno, de acuerdo con una serie de indicadores oficiales, que se explicarán en detalle en el desarrollo del documento.

escolarización de niños, niñas y adolescentes (NNA), a través del conocimiento de su estado de salud, desarrollo físico y cognitivo.

La sistematización es entendida como una forma de producción de conocimiento, en tanto interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo (Jara, 1998). En el presente documento la sistematización se estructura en tres campos descriptivos y analíticos, que parten del *contexto social y político institucional* de la ruralidad, la infancia rural y las políticas de salud y educación en la realidad chilena. A continuación, se desarrolla el *contexto programático* en el que se encuadra la intervención en escuelas rurales, en referencia al PIRI, la estrategia SIE y la metodología para definir y trabajar en la escuela. En tercer lugar, se expone el proceso de *aplicación de la estrategia* de trabajo, al mencionar los diferentes elementos que la describen en sus distintas dimensiones. Por último, se plantean las reflexiones y aprendizajes de la experiencia.

## **1. Contexto social y político institucional de la ruralidad**

### **Infancia y educación rural**

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2018), la población infantil en Chile se redujo en un 5,6% en el período 2002-2017, lo que constituye el 20,1% del total de la población. Esta tendencia demográfica da cuenta del progresivo envejecimiento de la población en Chile y, con ello, de la constante disminución –tanto en cantidad como en proporción– del grupo etario que se encuentra entre los 0 y los 14 años.

En contextos rurales estas cifras se acentúan. Según la proyección hecha por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), durante el período 2000-2020 se observa una disminución del 4% en la población infantil rural, lo que supone el 10,2% de la población infantil total del país para el año 2020 (CEPAL, 2013). Este fenómeno es condicionado por los flujos migratorios desde los territorios rurales hacia espacios urbanos del país, lo que genera un cambio en las formas de vida, en los intereses y en las rutinas cotidianas de los grupos

sociales que interactúan con niños. Al considerar lo anterior, toma especial relevancia el papel de las principales instituciones socializadoras de la infancia: la Familia y el Estado (Medina, 2011; Anguiano, 1997; Bisig, 2009). Es así como, por ejemplo, el Estado plasmaría su visión de la infancia a través del diseño de las políticas públicas focalizadas a esa población.

El 14 de agosto de 1990, Chile ratificó la Convención de los Derechos del Niño (UNICEF, 2014), al comprometerse a brindar la protección y el cuidado necesario para el bienestar de niños y niñas. Esta Convención garantiza una serie de principios irrenunciables, indivisibles y universales para todos los menores de 18 años, acordes con los principios fundamentales de la Declaración Universal de Derechos Humanos (Larraín, 2011). Este hito conlleva un cambio radical respecto al concepto de niñez al dejar de un lado la concepción de la infancia como objeto de protección, pues pasa a ser considerada como sujeto de derecho.

La nueva concepción de la infancia significó también la transformación del rol del Estado, “desde un Estado tutelar a un Estado garante de derechos” (Larraín, 2011, p. 93), lo que determinó la aparición progresiva de una serie de políticas públicas con ese enfoque. Dentro de estas políticas, en la etapa gestacional predomina la oferta de salud y protección social, especialmente la que brinda el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” (Larraín, 2011). Sus prestaciones están orientadas al ámbito de la salud, específicamente a la atención prenatal de las madres y labores de educación parental, realizando talleres de cuidado y crianza de los niños y niñas (Silva y Molina, 2010). Su foco es biopsicosocial, dado que “incluye simultáneamente aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño” (Pineda, 2014, p. 147). Para ello se asiste a la madre desde que ingresa al sistema de salud (período prenatal) hasta los cuidados posteriores al nacimiento, y se trabaja con ella hasta que el niño o la niña cumplan 4 o 5 años de edad. Entre los 5 y 13 años de edad predomina la oferta educativa, sanitaria y de protección contra malos tratos. Después de los 14 años y hasta los 18 la oferta se centra, casi exclusivamente, en educación escolar.

En cuanto a las políticas dirigidas específicamente a la infancia en contextos rurales, nos encontramos fundamentalmente con políticas educativas. La escuela rural se expresa y constituye como institución del Estado en este lugar porque intenta atender las necesidades específicas y particulares de estos territorios (Leyton, 2013). En general, el Estado sitúa a la escuela como el lugar por exce-

lencia para “brindar a la infancia una socialización diferente, más uniformizante y disciplinada” (Bisig, 2009, p.2).

En el caso de la educación escolar básica existen diversos estudios que plantean que, si bien para las familias de comunidades rurales es de suma importancia que sus hijos asistan a la escuela para “ser alguien en la vida”, “ser mejores”, “tener un buen porvenir” (Villarroel, 2004; Villarroel y Sánchez, 2002), la tensión se produce cuando los centros escolares empiezan a exigir a las familias que se comporten de cierta manera respecto a los procesos de enseñanza de sus hijos (Pineda, 2014). Otra tensión entre la familia y el Estado tiene relación con la trayectoria escolar, ya que cuando terminan la educación básica se acaba la oferta educativa rural, por lo que las familias, para que sus hijos/as puedan seguir en la educación formal, se ven obligadas a decidir entre tres opciones: la niña o el niño se va solo a estudiar a la ciudad más cercana que cuente con educación secundaria; la familia completa debe cambiarse hacia el centro urbano más cercano; o nadie se va, lo que significa la deserción escolar del niño o la niña. Cualquiera de estas opciones tiene un impacto para el estudiante y su familia. Por ejemplo, si se va toda la familia a la ciudad más cercana se experimenta el desarraigo, además de profundizar el despoblamiento rural; pero si el niño o niña se va solo, aumenta su vulnerabilidad (Leyton, 2013). Como podemos observar, la tarea conjunta que hacen las familias y el Estado en los procesos de socialización de niños y niñas en contextos rurales está marcada por fuertes tensiones, en las que las expectativas de las familias se enfrentan con la trayectoria y la perspectiva que tiene el Estado respecto al rol de la infancia, al asociarse muchas veces a concepciones diversas.

### **Infancia rural en la Araucanía**

La región de la Araucanía se encuentra a 600 kilómetros al sur de Santiago, capital de Chile, y tiene aproximadamente un 35% de población indígena Mapuche que vive mayoritariamente en comunidades rurales. El territorio de la Araucanía constituye el espacio más identificado con la presencia ancestral del pueblo Mapuche, caracterizado, históricamente, por procesos de resistencia indígena frente a la colonización española y chilena.

Desde mediados de la década de 1990, la región de la Araucanía ha sido escenario de conflictos permanentes entre el Estado y el pueblo Mapuche, intentos fallidos de diálogos interétnicos e intersectoriales y de propuestas políticas sin

éxito para abordar un fenómeno que se arrastra por años (Marimán et al., 2006). Independiente de las complejas causas asociadas a estos problemas y las diversas aproximaciones teóricas que se han hecho al respecto, políticas o indigenistas, existen en la Araucanía comunidades rurales, en las que se ejerce violencia y vulneración de los derechos de la infancia indígena, situación que afectaría en el largo plazo su desarrollo pleno (Alarcón, 2018).

La etnicidad y la ruralidad representan aquellas variables estructurales más gravitantes en la región de la Araucanía para la expresión de inequidad social en la infancia Mapuche. Esto significa que un niño o niña Mapuche, que nace en una comunidad rural de la Araucanía, presenta una brecha mayor para lograr bienestar frente/con respecto a otro que nace en un lugar distinto; dado que esa sola diferencia es injusta y evitable, se genera una inequidad y vulneración del derecho fundamental de la infancia a la posibilidad de alcanzar su máximo potencial. En un ambiente de vulnerabilidad, como el que se describe en la Araucanía, velar por el bienestar de niños y niñas Mapuche es un imperativo ético-político. Esto además está contenido en la Convención de Derechos del Niño de las Naciones Unidas, que considera el desarrollo infantil como un derecho sustantivo y un estándar para la protección de los niños contra experiencias que atenten su curso normal (Woodhead, 2005).

No sólo el espacio escolar ha transitado por un proceso crítico en los contextos rurales que se vinculan con la infancia, estos lugares han vivido un curso intenso de transformaciones de índole territorial, productiva, económica, tecnológica y social (Fawaz, 2005), que ha sido denominado *nueva ruralidad* (Hernández, 2013). Entendemos la *nueva ruralidad*, más que como un evento nuevo o refundacional, como la posibilidad de descubrir elementos emergentes en territorios rurales y redescubrir fenómenos importantes que pudieron ser invisibilizados por la visión extremadamente agraria de las últimas décadas (Romero, 2012). Este cambio, al considerar que las concepciones de infancias son situadas, podría estar modulando la forma en que se percibe la relación de los adultos con los niños y niñas, además de influir en la relación que mantienen familia y Estado en el proceso de crianza y socialización de estos.

Según detalla el informe “Infancia Cuenta en Chile 2016” (Observatorio Niñez y Adolescencia, 2016), el 18,2% de los NNA vive bajo la línea de la pobreza. El mayor porcentaje de NNA en esta situación se concentra en la región de la Araucanía, con un 34,4%. El estudio señala que los niños y niñas de Chile se encontrarían

en este sentido en una situación de vulnerabilidad. Por otro lado, y de acuerdo con los datos del Observatorio de Niñez y Adolescencia (2016), las cifras de la situación de vulneración de NNA da cuenta de lo siguiente:

- 18,2% de los NNA chilenos viven bajo la línea de la pobreza.
- El segmento etario de NNA más pobre es entre los 0 y los 5 años.
- La región con más NNA viviendo en pobreza es la Región de la Araucanía.
- La población de NNA vulnerable rural es el doble que la urbana.
- 4 de cada 10 NNA migrantes en Chile experimentan pobreza multidimensional.

### **Educación Rural**

La población rural en Chile es de 2.149.469 personas. Los territorios con más población son las regiones del Ñuble (30,6%), la Araucanía (29,1%) y Los Ríos (28,3%). El 8,7% de la población menor de 18 años es indígena, y, de esta, el 85% es Mapuche, lo que equivale aproximadamente a 340.000 niños y niñas que se concentran en las regiones Metropolitana y de la Araucanía. Además, el 29,5% de los niños y niñas indígenas de Chile viven en situación de pobreza (INE, 2018) (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

En el panorama de América Latina, por el nivel de privaciones severas<sup>4</sup> que evidencian la vulneración extrema del derecho a la educación, las mayores proporciones de niños indígenas sin acceso a los sistemas formales de enseñanza se verifican en Venezuela (17,8%), en Colombia (17,1%), en Costa Rica (14,8%), en Guatemala (15,3%), en Honduras (14,3%) y en Panamá (14,1%). Las cifras más bajas de disparidad severa se registran no obstante en Brasil (0,3%), en Chile (0,7%), en Argentina, en Perú (1,4%) y en Bolivia (1,6%). Por otra parte, en una perspectiva de inequidad, en países como Argentina, Brasil y Chile la infancia indígena tiene mejores indicadores, pues, en comparación con otros países de la región, la proporción de niños y niñas indígenas que no han tenido acceso a educación formal duplica al resto (CEPAL, 2012).

---

4 Se definen de acuerdo con el enfoque de privaciones múltiples, conocido comúnmente como “método de Bristol”, a través del cual se identifican una serie de derechos fundamentales, que se deben garantizar en función del bienestar de la infancia.



Con respecto a la realidad local, al analizar el caso de mujeres Mapuche rurales se observa un notorio rezago educativo, ya que solo alcanzan un 72% de alfabetismo y 4,3 años de escolaridad promedio. Esto sugiere que ser habitante rural implica un menor Índice de Desarrollo Humano (IDH). Ello, sumado a ser indígena, expresa una situación peor, que se complejiza si además se es mujer, pues la situación se torna hacia la discriminación, la desigualdad y la injusticia social y educativa. Cualitativamente, no sólo se produce una discriminación estructural, determinada por la inequidad del sistema, sino también una pedagógica que se expresa en el currículo y en las prácticas docentes, así como en la organización escolar. La discriminación provoca en el estudiante rural-Mapuche una serie de dificultades como la baja autoestima y la pérdida de identidad, que se desencadenan y se manifiestan en la escuela misma, lo que genera un mayor porcentaje de deserción escolar y de reprobación en los estudiantes rurales-Mapuche. (Williamson, 2003).

La población escolar rural representa un 14% del total de la enseñanza básica, cifra muy próxima a la proporción del país. La matrícula tiene tendencia al crecimiento hasta el 5° año básico y experimenta un descenso paulatino a partir del 6° año básico (Williamson, 2003).

En Chile, la educación para la población rural es impartida en escuelas, incompletas o completas, con o sin multigrado. Las incompletas o multigrado son aquellas que ofrecen un servicio educativo hasta el sexto año básico y las completas cuentan con el nivel básico de ocho años. Ambas pueden tener cursos para parvularios. Las incompletas, también conocidas como multigrado, cuentan con uno, dos o tres profesores, que enseñan a diversos cursos al mismo tiempo y en el mismo espacio, por lo que son llamadas “uni”, “bi” o “tri” docentes. Sin embargo, también hay completas o poli-docentes, es decir, con cuatro profesores o más, que pueden organizar sus cursos iniciales bajo la modalidad multigrado (Williamson, 2003).

Entendemos la educación rural como el proceso formativo y socializador de los sujetos de la ruralidad, que portan una historia y una identidad anclada a su condición de habitantes de este espacio, y que se expresa en la escuela rural como una institución que confronta y resiste la uniformidad impuesta por la preeminencia de la urbanidad. En Chile existen 3.524 escuelas rurales, eso es el 30% de las que hay en todo el país. En 2017 los colegios rurales de Chile correspondieron al

30% y educaron a 271.779 estudiantes. Según datos del Ministerio de Educación (MINEDUC), de los 3.524 establecimientos rurales, el 51,8% corresponde a las denominadas escuelas multigrado (entre 1 y 10 estudiantes con varios cursos en una sala), mientras que el 8,5% de ellas tiene más de 50 estudiantes. El 21,2% tiene entre 11 y 20 estudiantes y el 18,5% entre 21 y 50 alumnos (Agencia de Calidad de la Educación, 2018).

Los establecimientos rurales tienen diversas particularidades, que hacen el trabajo de profesores y directivos desafiante. Si una sala en un colegio urbano tiene que responder a diferentes realidades de niños de una misma edad y de contextos más o menos parecidos, esto se multiplica en un colegio rural, donde en una misma sala hay niños que cursan diferentes niveles y además provienen de las más diversas realidades (Grupo Educar, 2018). La escuela rural es, en muchos casos, la conexión que tienen los niños y sus familias con el mundo que les rodea, es la que facilita que NNA conozcan el mundo. Así, los más de 26 mil profesores que trabajan en este sector educacional se transforman en personas trascendentales en la vida de los niños y jóvenes.

Actualmente, son más de 270 mil los estudiantes de escuelas rurales; de ellos, el 71% asisten a establecimientos públicos y seis de cada diez son alumnos prioritarios, por lo que reciben la Subvención Escolar Preferente (SEP) (Grupo Educar, 2018). Esto habla de las significativas carencias que presentan las condiciones de la infancia rural en el contexto escolar chileno. De acuerdo con el MINEDUC (2015), de los alumnos que estudian en el campo el 75% lo hace en educación básica, pero solo el 12% lo hace en educación media. Este último indicador se presenta por dos razones: la tasa de deserción es alta y muchos de quienes quieren seguir estudiando migran a establecimientos urbanos.

### **Políticas Públicas en Salud Escolar**

La historia de la salud escolar en Chile se remonta al siglo XIX, cuando en el año 1872 el gobierno dictó un decreto que hizo obligatoria la enseñanza de *higiene* en los colegios fiscales. En 1887 se estableció la vacunación obligatoria y la ordenanza general de salubridad. Junto a esto, en el año 1889 se creó el Consejo Central de Higiene y se estableció la Comisión de Instrucción Primaria, que debía fiscalizar la higiene de alumnos y profesores a través de un inspector médico escolar en escuelas públicas de Santiago (Sochiese, 2017). Las funciones que abarcaba el Cuerpo

Médico escolar incluían la enseñanza de medidas higiénicas, el cuidado de la salud de profesores y alumnos y la supervisión de servicios de alimentación escolares.

En 1916 se fundó la Junta de Beneficencia Escolar para facilitar la asistencia de niños indigentes a las escuelas públicas. Las prestaciones médicas en las escuelas estuvieron a cargo del Instituto de Salud Escolar hasta el año 1928, institución que dependía del MINEDUC (Ministerio de Educación, 2018, p.16). A partir de la década de los años 50 del siglo XX, junto con la creación del Servicio Nacional de Salud y del Seguro Social (Ley 10.383), las atenciones se trasladan a los establecimientos de salud y se deja como responsables de la crianza y cuidado de los niños a sus padres (Ley 14.908) (Sochiese, 2017).

Posteriormente, en el año 1964 (decreto de ley 15.720) se crea la Junta de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), entidad dependiente del Ministerio de Educación (Inzunza, 2009, p. 58) que en esa época pesquisaba en los colegios a estudiantes con problemas visuales y posturales, además de realizar acciones de Salud Oral y Colonias escolares. En la actualidad, por la promulgación del código sanitario en el año 1968, se asegura la atención médico preventiva y dental para alumnos de establecimientos fiscales en la red del Servicio de Salud (Ministerio de Educación, 2018).

El año 1992 la JUNAEB retoma de manera integral su rol en salud desde el MINEDUC, al aprovechar las salas de clases como espacios para la prevención y el tratamiento de patologías que pueden afectar el desempeño de las y los estudiantes. Para ello, implementa el Programa de Salud Escolar bajo el alero del proyecto de Mejoramiento de la Equidad y Calidad de la Educación (MECE) del MINEDUC, con el objetivo de otorgar atención integral e inclusiva a través del Programa de Servicios Médicos, que prioriza a estudiantes con problemas visuales, auditivos y de columna, por medio de pesquisa diagnóstica, de exámenes, de tratamiento y de control médico, además del programa de salud oral (Ministerio de Educación, 2018, p. 17).

En el año 1995 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza la Iniciativa de Escuelas Promotoras de Salud, con una perspectiva articuladora de los programas escolares, de prevención, protección y de educación sanitaria. Su propósito consiste en articular el trabajo intersectorial (salud, educación y otros sectores) para potenciar procesos educativos y políticos en beneficio del bienestar de niños y jóvenes (OPS, 2003). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso fortalecer los programas de Promoción de Salud Escolar con base en tres compo-

nentes: educación sanitaria, servicios y atenciones médicas y ambientes saludables (OPS, 1997). Sobre la base de éstos lineamientos, JUNAEB incorporó otras áreas a su quehacer y conformó en el año 2002 el Departamento de Salud del Estudiante, que incluye, además de las *atenciones médicas*, el *programa de habilidades para la vida* y la *unidad psicosocial*, con programas de campamentos escolares, escuelas saludables para el aprendizaje y actividades recreativo culturales.

La cobertura alcanzada por el Programa de Salud Escolar pasó de 48.000 estudiantes atendidos en 1992 a 1'600.000 beneficiados en la actualidad. El éxito del programa radica en el trabajo en red de instituciones de salud públicas y privadas, organismos estatales, no gubernamentales, profesionales y universitarios, entre muchos otros (Ministerio de Educación, 2018).

## 2. Contexto programático

### El Programa Internado Rural Interdisciplinario PIRI

El Programa Internado Rural Interdisciplinario (PIRI) nace el año 1991, como una experiencia universitaria en el territorio que articula las funciones académicas con el interés social de las comunidades e instituciones del ámbito regional y local, por medio de un trabajo en salud y desarrollo local territorial y a partir de convenios de cooperación interinstitucionales. Pertenece a la Universidad de La Frontera y se desarrolla, desde su origen, a través de la coordinación de su Departamento de Salud Pública, que hace parte de la Facultad de Medicina. Esta iniciativa permite a los estudiantes, en su etapa final de formación, la posibilidad de realizar su práctica profesional en un contexto territorial/cultural representativo de la realidad que le corresponderá enfrentar en su ejercicio laboral inmediato.

Tras veintiocho años de historia, el PIRI encarna un modelo de Universidad comprometida con la sociedad, que incluye una visión territorial interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial de participación comunitaria y de redes descentralizadas de actores sociales. El propósito del PIRI es poner en práctica un modelo integral de aprendizaje-acción interdisciplinario en el territorio, que toma como eje articulador, al aportar desde el ámbito académico, la salud pública comunitaria y la generación de bienestar. De ese modo, busca potenciar la conciencia social de sus estudiantes y el compromiso en localidades distantes y apartadas geográfica y socialmente, por medio de la conformación de un equipo interdisciplinario que realice

un trabajo con un enfoque global e integral. En este caso, hay un distanciamiento con la especialización, que extrae un objeto de su contexto y de su conjunto, que rechaza los lazos e intercomunicaciones con su medio, al insertarlo en un campo conceptual abstracto de la disciplina, y que quiebra la relación de una parte con el todo, es decir, con la multi-dimensionalidad de los fenómenos (Morin, 2001).

En la actualidad, el programa se estructura a partir de la articulación entre las asignaturas de práctica profesional de Salud Pública y otras afines, con las diferentes carreras de las Facultades de Medicina, Odontología, Educación y de Humanidades, así como con la Facultad de Ciencias Agropecuarias y Forestales. Las disciplinas y/o carreras que participan de manera permanente hacen parte del campo de la salud: Medicina, Odontología, Nutrición y Dietética, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Tecnología Médica, Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Trabajo Social, a las que se suman, de acuerdo con la disponibilidad de estudiantes en práctica, carreras como Psicología, Sociología, Ingeniería Ambiental, Ingeniería Civil, Pedagogía en Educación Física, entre otras. Constantemente, incorpora también a estudiantes de otros países de América Latina y de Europa, que llegan por su interés de tener una experiencia de trabajo interdisciplinario en Chile.

El PIRI se despliega en sectores de alta ruralidad, en diferentes escenarios territoriales de la macro zona sur de Chile, en lugares que representan distintos contextos sociales, étnicos, culturales, ambientales y económicos. Cada lugar de funcionamiento cuenta con hogares habilitados para la residencia de las y los practicantes, quienes disponen de equipos y materiales para el desarrollo de sus labores académicas y profesionales. Además, son lugares de encuentro en los que se comparte cotidianamente, se despliega la creatividad, se desarrollan reflexiones, se generan confianzas y compromisos y se construye la base para la interdisciplinariedad. Esto último con el fin de que los practicantes trabajen en realidades geográficas y culturales diferentes, al comprender que los problemas de salud van más allá del trabajo en un hospital, pues involucra diferentes ámbitos como la educación, la economía local o las relaciones sociales.

En su mayoría, la labor del PIRI se desarrolla en comunas de la región de la Araucanía. La ruralidad en la región presenta una de las tasas más altas del país, con un 31,9% de población mapuche (INE, 2017). Análogamente, tiene los índices regionales y locales más bajos de desarrollo, los índices más altos de pobreza y se ve fuertemente determinada por los cambios políticos, económicos y sociales que se desarrollan en

el país, que a su vez se encuentran influenciados por procesos globales de carácter político multilateral, económico, financiero y comercial (Serra y Carrasco 2009).

En la casa del internado viven un promedio de diez a doce personas, desde donde se desplazan a los lugares de cada comuna, lo que representa entre doscientos cincuenta a trescientos internos/as durante el año. En el transcurso de la vida del PIRI se ha tenido presencia en veinticinco comunas, con un desplégue actual en ocho localidades de la región de la Araucanía: Angol, Collipulli, Los Sauces, Lumaco, Lautaro, Vilcún, Carahue, territorio de Boroa. También se trabaja en dos comunas de otras regiones del sur del país: la comuna de Puerto Cisnes, en la región de Aysén, y Cañete, en la región del Bío Bío.

Las acciones del PIRI se materializan con base en un plan de trabajo construido en cada territorio, por el equipo de profesionales y técnicos, el equipo docente central de la Universidad, los internos, los representantes de instituciones y la comunidad local, lo que da origen a las Líneas Articuladoras Interdisciplinarias (LAI), que, como fue explicado, conforman áreas de trabajo que movilizan una sinergia entre las competencias representadas en el saber formal del mundo académico, el saber vivencial y/o tradicional de actores del territorio y la infraestructura programática y técnica de las políticas públicas de salud, educación, desarrollo económico, entre otras. Históricamente, las LAI han sido han logrado una Promoción y Educación en Salud y una Atención Clínica Descentralizada, además de un avance en la Salud Integral del Preescolar y del Escolar, la Salud de la Mujer, la Salud del Adulto Mayor, la Salud Mental, la Salud Ocupacional, la Salud y el Medio Ambiente, la atención a Desastres y Emergencias, la Salud Intercultural y la Salud-Cultura-Deportes y Recreación, entre otras. Estas áreas de trabajo permiten una visión longitudinal de la vida humana (desde el nacimiento hasta la muerte) y una relación del ser humano con el medio ambiente, al incorporar variables culturales y sociales (Serra y Carrasco, 2009).

Con el propósito de privilegiar y fortalecer el trabajo y el aprendizaje en la realidad social prioritaria, donde se encuentra el objeto del quehacer de los futuros profesionales, los escenarios del mundo rural, y, en particular, de la escuela, ofrecen posibilidades de aprendizaje, contribución y compromiso, por medio de una síntesis de formación aplicada. La relación Salud-Educación permite un contacto con la realidad social y epidemiológica de manera directa e inmediata y una coordinación con las políticas públicas.

## Salud Integral del Escolar: la estrategia de la Escuela Apadrinada

En el marco de los aportes realizados en el “Primer Seminario Desarrollo Rural en la Araucanía” en octubre del año 1992, el Dr. Jaime Serra Canales planteó diferentes Estrategias del Proyecto (Serra, 1992), desarrolladas y por desarrollar en el PIRI. Entre otras se señalan las siguientes:

- Promoción de una amplia participación comunitaria.
- Integración de monitores (escolares y otros) en las Juntas de Vecinos.
- Unidad básica de trabajo: la Familia.
- Activar comisión salud-educación.
- Recuperar el “saber popular”.
- Recuperar lo “cotidiano”.

Las estrategias mencionadas incorporan aprendizajes y se adaptan a nuevos contextos. En este escenario, cada una de las LAI se vincula al quehacer de los diferentes departamentos y programas de los municipios comunales y se relaciona con colectivos sociales y grupos de población presentes en cada territorio:

Entendemos el territorio como un conjunto de representaciones, concepciones y prácticas sociales, desde la lógica de la cultura, respecto de los usos de los espacios, recursos y tecnologías; la producción, reproducción y transmisión cultural; las organizaciones sociales y políticas; y del ejercicio del poder por parte de un cierto colectivo social. Es decir, como un universo de relaciones complejas, históricas y contradictorias, entre los seres humanos, la naturaleza y la trascendencia, en devenir constante, donde se construye y se recrea la cultura y donde la educación encuentra significado. Constituye una particular dinámica de aprendizaje social, de socialización inicial y secundaria, de educación natural y formal (Williamson, 2017, p. 22).

Para el presente análisis, entre las diferentes LAI es de especial interés la de Salud Integral del Escolar (SIE). Sobre el trabajo en SIE se definió la estrategia de “Escuela Apadrinada” como una forma de actuación permanente de los equipos interdisciplinarios de estudiantes, desplegados en los diferentes territorios y espacios de trabajo, particularmente, en la escuela municipal. Esta estrategia sindicaba a la escuela como el *motor comunitario* que permitía una confluencia de dispositivos en espacios periurbanos y rurales, tales como la posta de salud rural y la sede social.

Espacios que, en íntima articulación, proveen oportunidades de crecimiento y de aprendizaje en tantas direcciones como actores y dispositivos estén involucrados.

Sindicar a la escuela como *motor comunitario* no es propio de una retórica ajena a lo cotidiano, como tampoco es una utilización conveniente de su ubicación geográfico-estratégica que facilita el acceso a una *población cautiva*: es, por el contrario, la expresión de una reflexión que entiende que los procesos de determinación social tienen en ella su manifestación más contundente y sustentable en el tiempo, lo que interpela y requiere de una *praxis* comunitaria coherente con lo expresado en el escenario territorial.

### **Metodología para definir y trabajar con la Escuela Apadrinada**

Por historia y trayectoria, la escuela que será apadrinada o acompañada es definida de manera colectiva. Se trata de un acuerdo con base en la cercanía física y de actuación entre decisores/as, profesores/as, equipo de salud y equipo PIRI, desplegados de modo permanente en los espacios locales. En este contexto surgen elementos fundamentales para definir con cual escuela trabajar, a saber:

- Los indicadores sociales, económicos, educativos y de salud presentes en los planes de: desarrollo comunal (PLADECO), salud municipal (PLASAM) y educación municipal (PADEM).
- Los análisis periódicos de situación integral de salud realizados por los estudiantes.
- La visión del alcalde o alcaldesa como primera autoridad comunal, vinculada íntimamente con el territorio, junto al Concejo Municipal.
- La valoración de desafíos por abordar desde la mirada de departamentos municipales, en particular: educación, salud y desarrollo comunitario.

Además, el trabajo previo realizado en los establecimientos educacionales opera como variable independiente, porque no concentra su quehacer en una sola escuela y porque desarrolla una labor semestral o anual en nuevas comunidades educativas, de manera que las oportunidades de aprendizaje se distribuyan equitativamente en el territorio comunal. De forma complementaria, opera una lógica socio-sanitaria que orienta la elección de la escuela, en virtud de consideraciones epidemiológicas que requieren complementar y fortalecer el accionar de los equipos locales, tales como:



- Incremento en las tasas de embarazo adolescente.
- Aumento de la incidencia de enfermedades infectocontagiosas.
- Brotes epidémicos locales.
- Malnutrición por exceso, entre otras.

En comunidades educativas que requieren colaboración para afianzar la buena convivencia escolar, el equipo PIRI constituye un colectivo de cercanía etaria y relacional con las y los escolares, para trabajar tópicos relacionados con “bullying”, “ciberbullying”, educación sexual, afectividad, autoestima y orientación vocacional, entre otras temáticas relevantes.

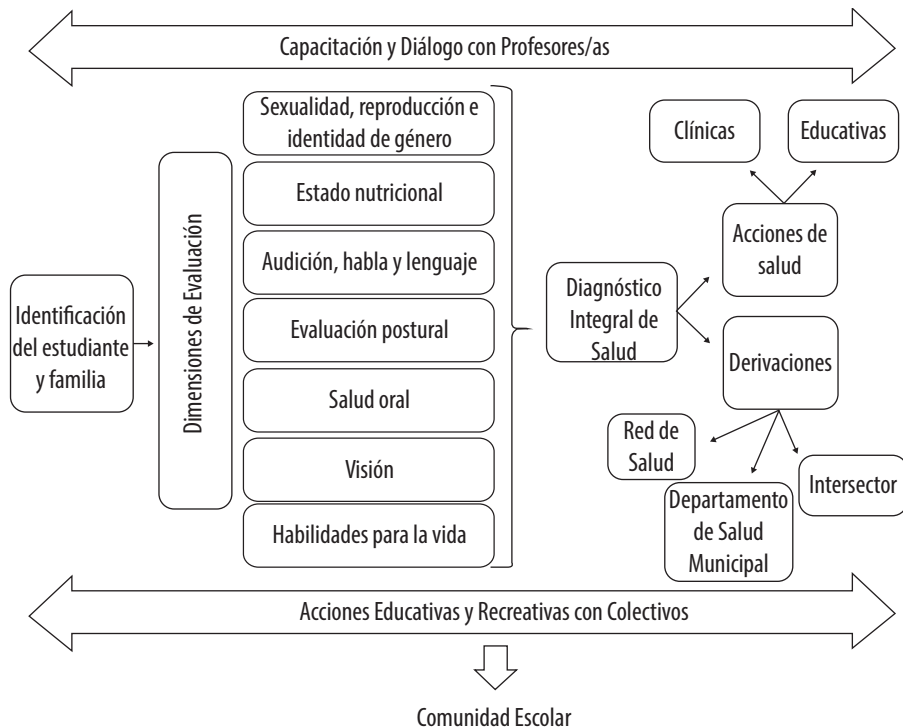
Posterior a la definición de la escuela, el equipo PIRI se reúne con el Director/a del establecimiento para generar un espacio de trabajo en el que se define colectivamente el o los cursos a intervenir. Luego, en conjunto con el/la Profesor/a Jefe de curso y el/la Encargado/a de Salud del establecimiento, se diagrama la hoja de ruta y las acciones que se desarrollarán con el colectivo de estudiantes. De manera previa y fundamental se cuenta con un consentimiento informado para padres/madres/apoderados –documento en donde se explica el procedimiento de las evaluaciones de salud que se realizarán, al solicitar su autorización– y un asentimiento informado para las y los estudiantes, con base en un principio de autonomía que les permita definir su participación. En términos operativos, las acciones son las siguientes:

- i) Envío de consentimiento informado para apoderados/as, a través de la agenda de las y los estudiantes.
- ii) Una vez devueltos los consentimientos informados con las respectivas firmas que autorizan las evaluaciones de salud, se procede a programar las sesiones de evaluación con el profesor jefe o responsable del curso (horarios, lugar, entre otros).
- iii) Se realizan evaluaciones de salud por disciplina de estudiantes PIRI: salud oral, fonoaudiológica, postural, entre otras.
- iv) Análisis de los resultados y sistematización de las evaluaciones por parte del equipo PIRI.
- v) Entrega de los resultados a las y los apoderados, a la Dirección de la escuela y al equipo de salud local. Se realiza una reunión de apoderados en la que los estudiantes entregan un informe escrito, en lenguaje sencillo y con las principales conclusiones diagnósticas de cada uno/una de los estudiantes.

vi) Derivaciones al sistema de salud local de los/as niña/as que lo requieran.

Este proceso de evaluación de la salud de niños y niñas busca la creación de un vínculo con sistema de salud local para el tratamiento de situaciones que lo requieran, lo que constituye una vía de acceso a la atención sanitaria para incidir positivamente en la historia educativa de NNA. Sumado a esto, la intervención incorpora una mirada integral a través del diálogo reflexivo con actores de la comunidad escolar (docentes, padres, madres), lo que favorece la identificación de aspectos significativos para el fortalecimiento del proyecto educativo, como el técnico pedagógico, el curricular, el de convivencia o el de medio ambiente, entre otros. Por último, y en consecuencia con el sentido de integralidad, el componente educativo en salud se aplica en función de la realidad del contexto y por su pertinencia con el entorno sociocultural particular de trabajo.

Gráfico N°1: Metodología de trabajo en la Escuela Apadrinada.



Elaboración propia.

### **3. Proceso de aplicación de la estrategia: de la evaluación de la salud física al conocimiento para el autocuidado individual y colectivo**

La estrategia de trabajo SIE con escuelas rurales comenzó a desarrollarse a partir del año 1996. Durante ese período, la estrategia, según antecedentes estimados por la coordinación del Programa, se ha desplegado en un total de 25 comunas de la macro zona sur de Chile, que para el año 2019 tiene presencia activa en 10 comunas. En el desarrollo de la estrategia SIE, el equipo de internos del PIRI se vincula en cada comuna con un grupo/cursos de estudiantes de una escuela rural municipal, durante un semestre académico. Por lo anterior, en estos 25 años se ha trabajado aproximadamente en 390 intervenciones en establecimientos educativos, lo que equivale a un número aproximado de 7.800 niños y niñas.

La materialización del trabajo en la escuela rural se sustenta en tres dimensiones sinérgicas y complementarias: a) Dimensión Biomédica, b) Dimensión Sociocultural y c) Dimensión de Educación en Salud.

#### **a) Dimensión Biomédica del Diagnóstico de Salud Escolar**

El exámen de salud a escolares rurales es una actividad que forma parte de un trabajo sistemático semestral de acompañamiento a un establecimiento educacional priorizado, definido en conjunto con los actores locales. Todas las acciones son realizadas por el conjunto de internos e internas que se encuentran en la comuna o territorio respectivo. El equipo se traslada un día de cada semana, durante el tiempo que dura su rotación, para realizar todo el proceso.

El primer paso de este trabajo sistemático es la realización del Examen de Salud Integral para cada niño o niña, por medio de un consentimiento informado que es firmado por los padres y/o cuidadores. Para esto, se requiere la coordinación con encargados de salud o directivos de los establecimientos, para disponer de un espacio físico adecuado –en el mismo establecimiento educacional– con las condiciones, el equipamiento necesario y la privacidad para la realización del examen físico.

La evaluación de la situación de salud de niños y niñas se realiza mediante la Aplicación de la Ficha de Salud del Escolar Rural, que incorpora la realización

de anamnesis (entrevista para la identificación de datos personales, familiares y sociales), control de signos vitales básicos, examen físico general y examen físico segmentario (por segmentos u órganos), en un sistema de estaciones por las que cada niño o niña debe pasar. Las dimensiones que incorpora la ficha de salud son:

- Identificación del establecimiento educacional.
- Datos generales del estudiante.
- Situación sociofamiliar y de vivienda.
- Factores de riesgo sicosociales.
- Antecedentes mórbidos familiares y personales.
- Examen físico general.
- Antecedentes antropométricos y evaluación nutricional.
- Examen físico segmentario (cabeza-cuello, pulmonar, cardíaco, abdomen, lumbar, extremidades, dermatológico y neurológico).
- Evaluación visual.
- Evaluación auditiva.
- Evaluación del habla y del lenguaje.
- Evaluación postural (pie, columna, rodilla).
- Desarrollo sexual e identidad de género.

La consideración estos aspectos tiene que ver con una mirada integral de la situación de salud individual, con un enfoque biosicosocial que, a la vez, permite un acercamiento situacional al perfil epidemiológico de la salud del colectivo de niños y niñas en el contexto rural. A partir de los datos obtenidos en las evaluaciones de salud, se pueden mencionar hallazgos generales de carácter recurrente (contenidos en los registros del programa):

- En el ámbito de la salud oral/bucal: caries, gingivitis y enfermedad periodontal.
- En el área antropométrica: malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad).
- En la evaluación postural: pie plano, anteproyección de cabeza, escápulas aladas y escoliosis.
- Evaluación visual: miopía y astigmatismo.
- En el ámbito del habla y lenguaje: rezago o retraso del lenguaje expresivo y comprensivo.
- En el área de la salud sexual y salud reproductiva: casos aislados de pubertad precoz y sospechas de abuso sexual.

- En el examen dermatológico: prevalecen los problemas de higiene, pediculosis y escabiosis.
- En el examen parasitológico: presencia de parásitos intestinales asociados a higiene ambiental, higiene personal e higiene de los alimentos.

## **b) Dimensión Sociocultural del Diagnóstico de Salud Escolar**

En esta dimensión se asume lo sociocultural como la incorporación de variables, dimensiones o procesos culturales e ideológicos que permiten buscar perfiles epidemiológicos, junto a los actores con los que trabajamos (Menéndez, 2017).

La institución-escuela se manifiesta como una entidad social y reflexiva que hace un acercamiento situacional y relacional al comprender los fenómenos que la subyacen. En este caso, lo relacional tiene que ver con la comprensión de que los padecimientos o el rendimiento escolar deben ser pensados como procesos no definidos solo a partir de profesiones e instituciones específicas y especializadas, sino como hechos sociales en donde los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las que se organizan profesionalmente (Menéndez, 1994). De esta manera, la comunidad educativa (directivos, profesores, estudiantes y apoderados) comprende los fenómenos políticos, económicos, sociales y culturales que determinan las trayectorias cotidianas en las que se desenvuelven.

Esta aproximación dialógica da como resultado un perfil de problemas/potencialidades por desarrollar, lo que fortalece el proyecto educativo por el mejoramiento de su realidad educacional-territorial. En los resultados del diagnóstico sociocultural se expresan los principales ejes de desarrollo para que la escuela fortalezca el logro de sus objetivos, con base en los siguientes ámbitos:

Ámbito técnico pedagógico: fortalecimiento de competencias técnico-educativas de profesores, en tópicos relacionados con evaluación educativa, actualización en abordajes de vida saludable y salud, educación/reeducación y cuidado de la voz.

Ámbito de convivencia escolar: educación en valores, abordaje de temas problemáticos como el “bullying” y las relaciones interpersonales, orientación vocacional y perspectivas futuras.

Otros ámbitos vinculados con la escuela y su entorno: temas medioambientales y sanitarios; agua, reciclaje, manejo de residuos y basura, biodiversidad; cuidado, recuperación y preservación del medio ambiente, etc.

Para concretar un acompañamiento efectivo en estos ámbitos, se llevan a cabo acciones como capacitación a docentes, gestión de proyectos, acciones comunitarias integrales en salud (atención clínica, educación y recreación, de manera simultánea en un mismo día), intercambios de experiencias, diálogos intergeneracionales, rescate de la historia local, eventos culturales tradicionales, uso del arte como forma de transformación social, orientación vocacional, visitas a lugares de valor histórico o cultural, entre otros.

### **c) Dimensión de Educación en Salud**

El diagnóstico y la intervención educativa en salud integra los aspectos epidemiológicos y socioculturales en una planificación educativa. Permite también el conocimiento de aspectos determinantes sobre la desigualdad social en salud, en torno a aquellas diferencias, injustas y evitables, entre grupos poblacionales definidos por sus aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos (O. Solar, A. Irwin, 2010). Por tanto, sitúa la planificación en el abordaje de las condiciones integrales que procuran una mejor situación de salud.

En el transcurso de los años, sobre la educación en salud se han abordado diversos tópicos para promover la salud en personas y colectivos. Se trata de materias orientadas desde la integralidad de los ámbitos en que se desenvuelven las personas y las escuelas (comunidad escolar). En el siguiente cuadro se desglosan las principales temáticas trabajadas y se mencionan algunas de las acciones y contenidos más específicos:

Tabla N°1: Temáticas frecuentes de educación de salud abordadas en escuelas rurales.

Temáticas	Actividades y temas específicos desarrollados
Alimentación saludable	Talleres sobre sellos nutricionales. <sup>1</sup> Talleres de cocina saludable. Talleres sobre guías alimentarias para la población chilena. Concurso de "master chef" saludable. Ferias saludables. Consumo en exceso de azúcar, sal, grasas, y patologías asociadas. Formación de monitores de vida saludable. Soberanía alimentaria y huertos agroecológicos.
Actividad Física	Corridas familiares. Pausas activas. Rescate de juegos tradicionales. Circuitos de psicomotricidad. Actividades recreativas. Competencias deportivas internas. Danza.
Higiene	Lavado de manos. Lavado e higiene de alimentos. Pediculosis. Cuidado del cuerpo. Prevención de Parasitosis.
Salud Oral	Conociendo la cavidad bucal. Dieta cariogénica. La Caries dental. Técnica de cepillado de dientes. Instalación de cepilleros. Traumatismos dentales.
Sexualidad y afectividad	Embarazo adolescente. Uso del preservativo. Infecciones de transmisión sexual y VIH. Educación sexual.

Medio ambiente	Talleres de reciclaje y manejo de la basura. Talleres de compostaje. Educación ambiental. Construcción de invernaderos y habilitación de huertos. Cuidado del agua. Tenencia responsable y censo de mascotas.
Identidad cultural	Rescate de juegos tradicionales. Participación en Wexipantu (Año nuevo Mapuche). Realización de Trafkintu (intercambio de semillas y saberes tradicionales). Diálogos con Kimche (Sabios Mapuche).
Convivencia Escolar	Talleres de trabajo en equipo. Prevención del Bullying. Igualdad de género. Prevención del abuso sexual infantil con niños y con apoderados. Nociones de defensa personal. Uso y abuso de las redes sociales. Prevención y detección temprana de violencia intrafamiliar (acciones con niños, familia y docentes).
Desarrollo personal y autocuidado	Autoestima. Manejo y expresión de emociones. Estimulación temprana. Estimulación de procesos cognitivos básicos. Autocuidado. Elección vocacional y proyecto de vida..
Desastres y Emergencias	Primeros auxilios y deporte Traumatismo dentoalveolar. Prevención de incendios. Planeamiento institucional para desastres y emergencias.

Es menester detenerse en la experiencia que ha implicado para los internos/as y para las escuelas el desarrollo de estas acciones educativas en salud, al dar cuenta de la variedad de dimensiones en el trabajo realizado, que se ha ido ampliando y diversificando a lo largo de los años. Por ejemplo, temáticas sobre soberanía alimentaria, huertos orgánicos, alimentación saludable y actividad física son transversales y relevantes por los cambios en los estilos de vida de la población. Otras materias son más recurrentes en algunos territorios, como el hecho de que



el trabajo en revaloración e identidad cultural se ha desarrollado más fuertemente en comunas con mayor porcentaje de población Mapuche. En otros lugares, el abordaje ha sido en temáticas medioambientales, que dan cuenta de problemáticas locales relevantes como la existencia de vertederos, el manejo de las basuras o la falta de agua en algunos territorios, producto de la actividad forestal intensiva, lo que conlleva a una educación que tiene en cuenta la importancia de cuidar el elemento vital.

En segundo término, es relevante destacar la forma en que se trabajan las distintas temáticas, al privilegiar metodologías activo-participativas en las que los propios internos/as son facilitadores en el proceso de aprendizaje con niños y niñas. De esta manera, se incorporan diversos recursos metodológicos, tales como: aprender haciendo, actividades lúdicas, talleres, actividades de aprendizaje en terreno fuera del aula o experiencias de intercambio entre escuelas. Esto ha implicado que niños y niñas se vean estimulados a compartir e intercambiar sus propias experiencias, al integrarse como interlocutores activos y válidos en el proceso de educación en salud.

Finalmente, es fundamental resaltar el proceso creativo del equipo de internos/as, que está en la base del desarrollo de las diversas acciones que son abordadas con el grupo de niños y niñas. Se destaca la disposición a aprender una diversidad de temáticas que no necesariamente fueron contempladas en el marco de la formación universitaria, y se considera, además, que la formación carece de un abordaje de aspectos pedagógicos y metodológicos de enseñanza-aprendizaje para la educación en salud.

#### **4. Reflexiones finales: algunos aprendizajes**

La experiencia de trabajo en *salud integral en establecimientos educativos rurales* ha originado una serie de aprendizajes sustantivos en el transcurso de los últimos 25 años, que pueden ser interrogados en diferentes perspectivas analíticas, tales como: programáticas, de formación de profesionales de la salud, de desarrollo local y territorial y, también, desde una óptica de salud colectiva, continuadora de la medicina social, entendida como el conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer su salud y transformarla, y que no se reduce por tanto a sus expresiones institucionales o a los servicios asistenciales de la administración pública (Breilh, 1994).

Cabe resaltar la permanencia y sostenibilidad del programa, particularmente de esta estrategia de trabajo con las escuelas rurales, que valora la experiencia como una instancia de formación profesional de pregrado y de integración e intercambio de saberes entre el ámbito académico/universitario y el ámbito local/rural. Esto señala una validación de la estrategia y un núcleo sinérgico de retroalimentación, conocimiento y aprendizaje por parte de los equipos locales, tanto del sector educativo como de salud.

Sobre el proceso de formación de profesionales del ámbito de la salud, esta experiencia ha sido relevante porque ofrece una instancia formativa que prioriza la inserción “en terreno” para conocer la realidad de la población, en localidades apartadas de los centros urbanos y con dificultades de acceso a diferentes servicios básicos. Esto es muy relevante si se tiene en cuenta que la mayor parte de la formación teórica y práctica de los futuros profesionales se realiza en centros urbanos y en espacios de alta complejidad tecnológica. Esta estrategia, se constituye en una experiencia formativa de trabajo comunitario, en la que se crea un espacio para la formación integral de profesionales en contextos rurales.

Los estudiantes internos participantes de esta experiencia responden a distintas y variadas disciplinas, y conforman un equipo local orientado a formar alternativas de trabajo en las comunidades educativas rurales (Obando, Chavarría, Rivas, Cadena & Narváez, 2016). En ese sentido, la oportunidad de esta experiencia interdisciplinaria de trabajo es valorada profundamente por los internos y por la comunidad local, lo que genera instancias de aprendizaje que enriquecen la formación profesional y personal, que amplían perspectivas de análisis y alternativas de acción y que generan redes de articulación futura. En esta misma línea, la experiencia ha permitido pasar de una intervención biomédica hasta la integración de un proceso de análisis y de elaboración de propuestas de trabajo con la comunidad educativa: una mirada integral en salud que no solo considere aspectos biológicos, sino que se incorpore en el contexto social, cultural, ambiental e institucional en donde los escolares están inmersos. Por otro lado, constituye una instancia de formación y consolidación de aprendizajes de los internos/as, además de una oportunidad de enfrentarse a problemáticas de salud en una realidad específica.

Además, los estudiantes no solo han tenido la oportunidad de reforzar sus conocimientos y destrezas, sino que han podido reforzar y desarrollar sus habilidades personales, como el hecho de trabajar con otros, de enfrentarse a problemas reales

y distintos, de fortalecer la confianza en sí mismos (Rios, Gasca, Urbina, Flores & Lloret, 2005) y de construir un aprendizaje realista e integral que considera aspectos sociales, con base en un trabajo comunitario que vela por el bienestar de la comunidad y del territorio. Análogamente, esta es una experiencia que ha permitido la presencia y vinculación entre una Universidad pública y las escuelas rurales de la región, que ha permitido que los escolares tengan la oportunidad de conocer/visitar la Universidad y que ha promovido que distintas instancias universitarias (grupos de coro, teatro, agrupaciones estudiantiles entre otras) se movilicen a las escuelas para realizar talleres o hacer presentaciones artísticas/culturales.

La presencia de los estudiantes en el territorio ha permitido ampliar la cobertura en salud en los escolares, aspecto relevante si se tiene en cuenta que la población rural infantil es uno de los grupos con más dificultades en este ámbito. Esto se materializa a través del diagnóstico integral en salud y de otras acciones, como son la atención en clínicas inmediatas y las derivaciones a la red de salud, lo que consolida los vínculos y la articulación entre las redes intersectoriales, especialmente entre educación y salud. En la medida en que este vínculo se fortalece, posiciona temas relevantes para el desarrollo de los niños y niñas, y potencia la coordinación de las acciones necesarias en las distintas instancias de programas y políticas públicas locales.

La convivencia de los estudiantes con los niños y las niñas ha permitido que se compartan historias de vida, al identificar orígenes similares y oportunidades diversas. La cercanía generacional entre internos y la población escolar, donde los jóvenes representan figuras de identificación más próximas y modelos que despiertan mayor interés y disposición para el diálogo y el aprendizaje, ha facilitado el proceso a distintos niveles: en lo comunicacional, en lo pedagógico y en lo vocacional. Esto se evidencia en que los niños y las niñas van de una mirada pasiva y se integran luego como interlocutores participantes de las experiencias de educación en salud. Por otro lado, esta interacción ha aumentado las expectativas de los niños y las niñas porque estimula una continuidad académica en estudios superiores. En un contexto social de vulnerabilidad, marcado por la pobreza, la falta de acceso y la discriminación se tiende a reproducir el círculo de la marginalidad, y es ahí en donde una experiencia de este tipo permite abrir horizontes y subsanar inequidades.

Desde el campo de la salud colectiva y la medicina social, distintos autores/as han manifestado la importancia de considerar, entender y comprender los procesos de

salud/enfermedad/atención-cuidado, desde un enfoque relacional, tanto a nivel estructural como proximal. Por lo tanto, es fundamental considerar que las expresiones biológicas de la desigualdad social hacen referencia a cómo la población, literalmente, incorpora en su cuerpo y expresa biológicamente experiencias de desigualdad, desde el útero hasta la muerte, lo que produce a su vez desigualdades sociales en la salud en una amplia variedad de indicadores (Krieger, 2001). Por lo tanto, la escuela se constituye en un espacio sensible y esencial de acción, en el que todas las personas, independiente de su condición social y económica, pueden desarrollar y alcanzar su máximo potencial, en tanto sujetos de derecho. Así, se pavimenta una trayectoria de vida marcada por la justicia social y la distribución equitativa de posibilidades.

En este sentido, experiencias como la de SIE permiten demostrar que más allá de la retórica académica y de los organismos internacionales competentes, los enfoques de promoción en la salud, entendidos como los procesos que permiten a las comunidades incrementar el control sobre su salud, pueden ser efectivamente abordados desde el espacio local, con participación activa de los sujetos e instituciones presentes en el territorio.

Finalmente, como interpelación al mundo académico universitario y a sus prácticas, es probablemente en el desarrollo de esta y otras experiencias en donde ubicamos los mayores desafíos de sistematización que permitan generar nuevo conocimiento, a partir de la riqueza de la experiencia de estos 28 años: uno que permee el espacio de formación universitaria y que permita un avance hacia una formación con más visibilización y mayor pertinencia social.

## Referencias bibliográficas

- Agencia de la Calidad de la Educación. (2018). “Los desafíos para la nueva educación rural”. Santiago, Chile.
- Alarcón, A. (2018). La paradoja entre cultura y realidad: el esfuerzo de criar niños y niñas mapuche en comunidades indígenas de Chile. *Chungará Revista de Antropología Chilena*. Arica, Chile.
- Anguiano, S. (1997). La familia desde la perspectiva de Pierre Bourdieu. *Kairos* 1(1), San Luis, Argentina.
- Bisig, N. (2009). La relación Estado, Familia e Infancia en la Argentina. El Proceso de Construcción de la Infancia. Grupo de Trabajo Familia e Infancia. 6ª Reunión: “Familias latinoamericanas, pasado y presente: Continuidades, transiciones y rupturas”. Buenos Aires, Argentina.
- Breilh, J. (1994). Las Ciencias de la Salud Pública en la construcción de una prevención profunda: determinantes y proyecciones. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington, D.C.: OPS, 1994. 161 p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos; no. 101). Washington, Estados Unidos.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, (2012). *Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina*; Santiago, Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, (2013). *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950- 2100*. Celade División de Población CEPAL; Santiago, Chile.
- Dussaillant F., (2017). *Deserción escolar en Chile. Propuestas para la investigación y la política pública*. Centro de Políticas Públicas, Universidad del desarrollo. Documento 18. Santiago, Chile.
- Fawaz, M. (2005). Características de la nueva ruralidad en Chile. Reflexiones a partir de la realidad de la provincia de Ñuble, Región del Bío-Bío, Chile. *Desarrollo sostenible y turismo rural*; Zaragoza, España.
- Hernández, J. (2013). ¿Nueva ruralidad o nuevas identidades rurales? El papel de la agricultura en la región conurbada de Puebla. pp. 63-98. *Conocimientos y organización en la gestión de recursos: experiencias en regiones rurales de México*. Universidad Autónoma, México.
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2018), *Síntesis de resultados Censo 2017*, Santiago, Chile.

- Inzunza, Jorge. (2009) “La construcción del derecho a la educación y la Institucionalidad Educativa en Chile” Pág. 58. Santiago, Chile.
- Jara, O. (1998). “El aporte de la sistematización a la renovación teórico-práctica de los movimientos sociales”, ponencia presentada en el Seminario Latinoamericano: “Sistematización de prácticas de animación sociocultural y participación ciudadana”, Medellín, Fundación Universitaria Luis Amigó/CEAAL, 12-14 de agosto de 1998, en: <http://centroderecursos.alboan.org/sistematizacion/es/registros/5774elaportedela> (consulta: 31 de julio de 2019). Medellín, Colombia.
- Krieger N. (2001) A glossary for social epidemiology; J. Epidemiology Community Health; vol. 55; 693-700, London, United Kingdom.
- Larraín, S. (2011) De objeto de protección a sujeto de derecho. Políticas Públicas para la Infancia. Comisión Nacional Chilena de Cooperación con UNESCO. Santiago, Chile.
- Leyton, T. (2013). Las Políticas de Educación Rural en Chile: Cambio y Continuidad. Congreso de la Asociación Latinoamérica de Sociología 2013. Santiago, Chile.
- Marimán, P., S. Caniuqueo, J. Millalen y R. Levil 2006. ¡Escucha, Winka! LOM Ediciones. Santiago, Chile.
- Medina, H. (2011). Habitus y socialización, una tentativa para leer la condición de la infancia desde la sociología. El Observador, 7, 48-60, Santiago, Chile.
- Mejía, M. (2010). “Sistematización. Una forma de investigar las prácticas”. Fondo Editorial del Pedagógico San Marcos. Lima, Perú.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional? Alteridades, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa México, v. 4, n. 7, p. 71-83, 1994. Distrito Federal, México.
- Menéndez, E. (2017). “Epidemiología Sociocultural. Características fundamentales” [Video]. Herkovits, D. y Sy, A. Entrevistadores. Buenos Aires: CeDoPS; 2017. Video 39.20 min, Sonido, Color. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Desarrollo Social (2015) Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN, Santiago, Chile.
- Ministerio de Educación de Chile, MINEDUC (2017) Estadísticas de la Educación 2016, Centro de Estudios División de Planificación y Presupuesto, Santiago, Chile.
- Ministerio de Educación (2018). Salud en la escuela, Guía para la comunidad educativa. Santiago, Chile.
- Morín, E. (2001). Los siete saberes para la educación del futuro. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Núñez, G., Peña, M., Cubillos, F., Solorza, H. (2016) Estamos todos juntos: el cierre de la Escuela Rural desde la perspectiva de los niños. *Educação e Pesquisa*. Vol.42, Nº4, pp 953-967. Sao Paulo, Brasil.

- Obando, L., Chavarría, A., Rivas, H., Cadena, A., & Narváez, Y. (2016). La experiencia P.I.R.I. en el relacionamiento academia-comunidad como aporte al desarrollo rural, subcuenca río Pasto, Nariño, Colombia. *Revista Agroforestería Neotropical*, Universidad de Nariño, San Juan de Pasto, Colombia.
- Observatorio Niñez y Adolescencia (2016) *Infancia cuenta en Chile 2016* Cuarto Informe Observatorio Niñez y Adolescencia, Santiago, Chile.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS (1997) Componentes educativos de los programas para la promoción de la salud escolar. *RevPanam Salud Pública* 1997;3: 209-214. Washington, EEUU.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS (2003) Escuelas Promotoras de la Salud, Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. Serie Promoción de la Salud N° 4. Washington, EEUU.
- Pineda, J. (2014). Barreras para la construcción de la educación inicial como un espacio educativo en comunas rurales. *Polis*, 13(37), 145-165. Santiago, Chile.
- Rios, V., Gasca, A., Urbina, R., Flores, R., & Lloret, A. (2005). Nuevos modelos educativos en el internado médico de pregrado. La participación de la Universidad. Reencuentro, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Romero, J. (2012). Lo rural y la ruralidad en América Latina: Categorías conceptuales en debate. *Psicoperspectivas*, 11(1), 8-31, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Serra, J. (1993) Proyecto de Internado Rural interdisciplinario, comunas de Cunco y Nueva Imperial (Centros Interdisciplinarios para el Desarrollo Local). Desarrollo Rural en La Araucanía. Estrategias y Propuestas de acción, Ediciones Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Serra, J. y Carrasco, M. (2009) Reflexiones sobre la Interdisciplinariedad y la Participación Social a partir de una experiencia universitaria sobre Salud Comunitaria y Desarrollo Local en La región de La Araucanía. El desafío de la Formación de profesionales de la Salud, desde el territorio, comprometidos con la realidad social y cultura local, regional y nacional. Participación Social en Salud: reflexiones para la acción desde Chile, Ministerio de Salud de Chile y Universidad Complutense de Madrid. Santiago, Chile.
- Silva, V. y Molina, H. (2010). Cuatro años creciendo juntos: Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010. Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza. Santiago, Gobierno de Chile.
- Sociedad Chilena de Enfermería en Salud Escolar-Sochiese (2017). Historia de la Salud Escolar en Chile. Santiago, Chile.

- Solar O, Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Ginebra, Suiza.
- UNICEF (2014). Convención sobre los derechos del niño, en <https://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/> (consulta 15 de mayo de 2019). Santiago, Chile.
- Villarroel, G. & Sánchez, X. (2002). Relación familia y escuela: un estudio comparativo en la ruralidad. *Estudios Pedagógicos*, 28, 123-144. Valdivia, Chile.
- Villarroel, G. (2004). Participación de los hombres rurales en la educación de sus hijos. *Revista Digital eRural, Educación, cultura y desarrollo rural*, 1(2). Manizales, Colombia.
- Williamson, G. (2003). Proyecto FAO\_UNESCO-DGSC/Italia-CIDE-REDUC: Estado del arte de la educación de la población Rural en siete países de América Latina. Estudio de Caso – Chile. Santiago, Chile.
- Williamson, G. (2004). Estudio sobre la educación para la población rural en Chile. En FAO/Unesco/CIDE/REDUC/CooperazioneItaliana 2004. *Educación para la población rural en Brasil, Chile, Colombia, Honduras, México, Paraguay y Perú* (pp. 97-170). Proyecto FAO-Unesco-DGCS/Italia-CIDE-REDUC. Roma-Santiago.
- Williamson, G. (2017). Territorios de aprendizajes interculturales. Territorio, educación, aprendizaje y desarrollo. Pág. 22. Ediciones Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.
- Woodhead, M. (2005). Early childhood development: A question of rights? *International Journal of Early Childhood* 37:79-98. Open University, United Kingdom.