|  |  |
| --- | --- |
| **Titulo:**  | ASESOR-EDUCADOR COMUNITARIO |
| **Función Genérica:**  |  |
| **Código:** | MT04000 |
| **Nivel:** | 4 | **(S)** |

|  |
| --- |
| **Posición en la Organización** |
|  |  |
| **Responsabilidad Jerárquica:** | Gestor de Actividades de Apoyo al Paciente / de Salud Mental |
| **Responsabilidad Funciónal:** | Supervisor de Salud Mental / Supervisor de Promotores de la Salud |
| **Área Profesional:** | Médica |
| **Supervisa (Función):** |  |

|  |
| --- |
| **Objetivo Principal** |
|  |
| Llevar a cabo el
asesoramiento básico y / o actividades educativas para los pacientes, familias
y comunidades, siguiendo los protocolos y procedimientos de MSF al fin de
mejorar el estado de salud del paciente. |

|  |
| --- |
| **Responsabilidades** |
|  |
| * Promover activamente la disponibilidad de los servicios de MSF
* Realizar, individualmente o en grupo, sesiones de asesoría básica y / o educativas para los pacientes, sus familias, el personal del hospital y / o la comunidad
* En caso necesario, derivar los pacientes a otros especialistas o actores externos a fin de brindarles el mejor apoyo disponible
* Recopilar y reportar información específica relacionada con el grupo objetivo
* Mantener actualizados los archivos y estadísticas sobre asesoramiento y / o actividades educativas
§ Dar testimonios a los pacientes y a la comunidad sobre sus propias experiencias como paciente (*)
(*) Solo válido para asesores / educadores de pares
 |

|  |
| --- |
| **Responsabilidades específicas en la Sección MSF / Contexto** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Requisitos** |
|  |  |
| **Formación** | Deseable, título formal
en asistencia social |
| **Experiencia** | * Experiencia en puestos de trabajo relacionados deseable
* Se integra al grupo objetivo de pacientes y está dispuesto a compartir sus propias experiencias como paciente (*)
(*) Solo válido para asesores / educadores de pares
 |
|   |  |
|  |  |
|  |  |

Esta descripción de trabajo puede ser modificado en consonancia con las actividades o la evolución de la Misión.

Al firmar, el empleado reconoce que él / ella ha leído, entendido y aceptado este documento.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre / Apellido del Empleado** |  |
| **Lugar y fecha:** |  |

Firma del empleado:

*(Para firmar en dos copias, una para el empleado y uno para el empleador)*

**MSF is a civil society initiative that brings together individuals committed to the assistance of other human beings in crisis. As such MSF is by choice an association.
 Each individual working with MSF does it out of conviction and is ready to uphold the values and principles of MSF.**