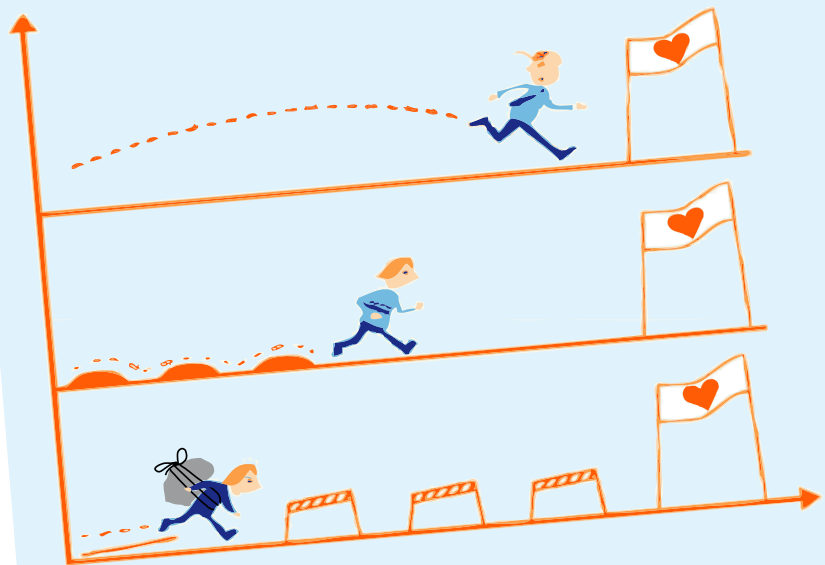


BARRIOS VULNERABLES



Plan de Trabajo Barrios Vulnerables

Construyendo salud
desde el barrio

PROTEGE



red de protección social
GOBIERNO DE CHILE



MINISTERIO DE SALUD

Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
Octubre 2009

Autores y Equipo de trabajo

Orielle Solar
Fanny Berlagoscky
Camilo Sembler
Anselmo Cancino
Bárbara Donoso
Soledad Olivos
Mario Bugueño
Miguel Pérez

PLAN DE TRABAJO BARRIOS VULNERABLES

Construyendo salud desde el barrio

I. Introducción

La Subsecretaría de Salud Pública ha impulsado una agenda de trabajo en determinantes sociales y equidad, con el propósito de "Mejorar el nivel y la distribución de la salud de la población que vive en Chile mediante la integración del enfoque de los determinantes sociales y de equidad en salud"¹. Este propósito se sustenta en el compromiso con la agenda de equidad y recoge las recomendaciones emitidas por la Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud durante el año 2008, que instala en el debate la posibilidad que tenemos a nivel mundial de subsanar las desigualdades sanitarias en una generación².

Una de las acciones concretas definidas por el Ministerio en estos ámbitos es el plan de trabajo "Determinantes Sociales de la Salud: 13 pasos hacia la equidad en salud en Chile", entre las cuales figura como una de sus líneas de trabajo los territorios vulnerables. Esto se enmarca dentro de los objetivos de:

- Reducir las inequidades sociales que obstaculizan y limitan el acceso a la salud y a los servicios de salud.
- Implementar acciones de "inclusión social" sobre grupos y territorios excluidos.

En el PLAN de 90 DIAS comprometido por el Ministerio de Salud incluye entre sus 9 líneas de acción el trabajo priorizado en 92 comunas y 65 barrios vulnerables del país, con el propósito de avanzar en el cierre de brechas de equidad.

El siguiente documento tiene por objetivo primordial presentar a los Servicios de Salud, SEREMI y FONASA los principales objetivos contemplados en el marco del plan de trabajo en los 65 barrios vulnerables, especificando sus elementos conceptuales orientadores y de apoyo técnico.

II. Conceptos generales

1) **Desigualdad en Áreas Metropolitanas**³

Tanto en Chile como en otras partes del mundo, la formación de grandes áreas metropolitanas está asociada con los acelerados procesos de urbanización de la sociedad la cual, actualmente, habita en su mayoría en ciudades.

¹Para la OMS y la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud las inequidades sanitarias se deben a contextos sociales que impiden una distribución igualitaria de la salud: "los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país". (Ver más en Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud", 2008).

²Ver en OMS, *Ibid.*

³En términos operativos, distintos programas públicos consideran que las áreas metropolitanas corresponden a "la extensión territorial formada por dos o más centros de población unidos entre sí por espacios construidos y que comparten la utilización de diversos elementos de infraestructura y servicios urbanos" (Artículo 109 de la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración).

En Chile, al igual que en otras urbes de América Latina, el crecimiento demográfico de las grandes ciudades (Gran Valparaíso, Gran Concepción y Gran Santiago) ha sido consecuencia histórica de procesos de migración del campo a la ciudad. Atraídos por la gama de posibilidades de desarrollo individual que la ciudad parecía ofrecer, en las primeras décadas del siglo XX grandes contingentes de familias rurales emprendieron rumbo hacia zonas urbanas.

Sin embargo, la expansión urbana que observamos en la actualidad se debe menos a la migración que al traslado de población que desde los centros urbanos llega a poblar –forzada o voluntariamente– parte de la periferia. Con esto lo que hasta hace algunas décadas atrás pertenecía a zonas agrícolas, progresivamente se están incorporando a la trama urbana congregando a un número considerable de personas lejos de los centros tradicionales.

El proceso de suburbanización anteriormente descrito se conjuga, a su vez, con el patrón de segregación socioespacial que –si bien ha mostrado indicios de cambio a pequeña escala– a gran escala mantiene sus altos niveles en las tres áreas metropolitanas de Chile. De modo que en contextos de alta concentración de familias pobres o vulnerables en zonas de la ciudad socialmente homogéneas, tanto en Santiago, Valparaíso como Concepción se estarían radicalizando los efectos nocivos de segregación y, con ello, acrecentando la persistencia de problemáticas sociales (inactividad juvenil, embarazo adolescente, carencia de oportunidades, entre otros) y de autopercepción de marginalidad (estigmatización territorial)⁴.

En el ámbito de la salud, hace ya más de una década la OMS (1991) afirmaba que “los habitantes urbanos pobres, que representan una apreciable proporción de la humanidad, constituyen el grupo vulnerable más grande desde el punto de vista de la salud. La pobreza intensifica los riesgos a los cuales se hallan expuestos los niños, ancianos y los incapacitados, así como los relacionados con uno u otro sexo o la ocupación”.

La pobreza urbana conjugada con altos niveles de segregación en barrios populares adquiere, por ende, otras complejidades asociadas no sólo al ámbito material, sino también a fenómenos de desintegración social y aumento de la desesperanza. Con ello se estarían reforzando procesos de marginalidad y desconianza con el sistema social al tiempo que disminuye el capital social individual y colectivo⁵.

En ese sentido, la Encuesta de Calidad de Vida 2006 aporta información relevante sobre algunos de estos problemas e ilustra algunas inequidades entre la población de acuerdo a criterios de estratificación socioeconómica en diferentes dimensiones tales como: la satisfacción vital; autopercepción sobre salud y estilos de vida; percepción de entorno y disponibilidad de redes de apoyo.

Todos estos problemas han generado resultados nocivos en la salud y calidad de vida de las personas, actuando como determinantes sociales de inequidades en salud. Así, se originan brechas sociales con resultados desiguales en función de determinados contextos residenciales, tales como la mayor mortalidad infantil en personas con menor

⁴Sabatini, F., Cáceres, G. y Cerda, J. (2001). “Segregación residencial en las principales ciudades chilenas: Tendencias de las tres últimas décadas y posibles cursos de acción”. EURE (Santiago), vol.27, n.82, pp. 21-42

⁵Katzman, R. (2001). “Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos.” Revista de la CEPAL, N° 75.

⁶Informe Final de Calidad de Vida y Salud 2006. Disponible en: <http://epi.minsal.cl>

nivel educacional⁷ que viven en zonas con menor acceso a servicios y redes de protección social.

Otro ejemplo es lo que ocurre en Chile con la tuberculosis ya que, tras alcanzar una tasa baja (14,2/100 000 habitantes), desde 2005 ésta cifra no ha variado. Una de las explicaciones para ello puede ser por los casos presentados en población inmigrante, principalmente proveniente de Perú, Ecuador y Bolivia, aportando el 1,5% de los casos. Es importante recalcar que hasta hace muy poco tiempo no era obligatorio informar el país de origen del paciente con tuberculosis. De hecho, aún no es requisito registrar la nacionalidad del paciente a su ingreso al hospital en la ficha de estadística⁸. Aunque la cifra de 1,5% es baja, se debe considerar el subregistro por omisión de datos pertinentes.

Habitualmente, es en el sector marginal de los pueblos donde las epidemias se ensañan debido al alto costo para su curación y es con frecuencia en este mismo sector que su acceso a los servicios es más difícil.

2) Barrio y vulnerabilidad social

La escala territorial de barrio resulta sumamente importante para contextualizar la conjugación de factores de carencia material con las limitaciones de acceso a servicios. Así también, permite indagar en la construcción de tejido social y capital social comunitario al ser el espacio de interacción cotidiana entre individuos que comparten un territorio.

En términos conceptuales, entendemos por **barrio** como una **porción de espacio materialmente construida parte de una totalidad urbana**, que se define por ciertas marcas o fronteras y que en una escala reducida promueve relaciones preponderantemente primarias. Como **mundo del peatón**, en él sería crucial la relación estrecha establecida entre **lo social y lo espacial** como constructor del espacio barrial, así como la esfera intersticial entre lo doméstico y lo público¹⁰.

Al ser parte de una totalidad urbana las dinámicas de cada barrio dependen no sólo de sus lógicas internas sino también de su relación social y espacial con el resto de la ciudad. En ese aspecto, la consolidación de ciertos barrios como reductos que concentran problemáticas sociales tiene sus orígenes en el aislamiento socioespacial en el que se encuentran y que merman la posibilidad de romper la situación de carencia. Por tanto, más que la pobreza o la vulnerabilidad en sí mismas, el reconocimiento de su relación con variables urbanas -como la segregación- agrega elementos para la comprensión integral de contextos que inciden en el bienestar general del barrio.

En este marco, la noción de vulnerabilidad social se corresponde con la de una situación (más o menos latente) en que grupos sociales, hogares e individuos que disponen un menor número de oportunidades quedan expuestos a sufrir alteraciones bruscas y significativas en sus niveles de vida. Por ejemplo, tal situación ocurre ante cambios en la situación laboral de uno de los miembros de un grupo familiar. Por su parte, a nivel de

⁷ Espejo, F. Capítulo Educación. "Determinantes Sociales de la Salud en Chile en la perspectiva de la equidad", Chile, 2005. www.equidadchile.cl

⁸ Consultar en: Montoya-Aguilar, Carlos. "Medición y Monitoreo de las Desigualdades Intercomunales en Salud", Ministerio de Salud- Gobierno de Chile, Santiago, Chile 2005.

⁹ Vasquez-de Kartzow, Rodrigo (2009). "Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados?". Revista chilena de pediatría. Santiago, v. 80, n. 2, abril.

¹⁰ Para profundizar más se recomienda revisar el trabajo del antropólogo urbano argentino Ariel Gravano (2005). El barrio en la teoría social. Buenos Aires: Editorial Espacio.

barrio señala una condición que limita las posibilidades de una calidad de vida deseable, asociada con la carencia de equipamiento comunitario, dificultad de acceder a servicios públicos de calidad o la presencia de inseguridad ciudadana en el entorno barrial.

Por lo tanto, situar una estrategia de intervención de salud en barrios vulnerables nos invita a optar por una visión más territorial y de la acción dirigida desde una mirada multisectorial. Igualmente se orienta en definir los aportes más significativos en salud para la población que vive en un barrio determinado, al introducir la categoría conceptual "condiciones de vida" vinculada a la necesidad de abarcar los diversos planos y dimensiones tanto de la vida privada como comunitaria.

Considerando este diagnóstico, actuar desde el marco de los determinantes sociales de la salud puede contribuir a la formulación de políticas, planes y programas integrales que tengan el foco en la calidad de vida como resultado final del trabajo conjunto y coordinado de actores sociales e institucionales, públicos y privados asentados en los territorios. Para llevar a cabo este tipo de intervenciones, el sector salud requiere establecer alianzas con otros sectores y la sociedad civil.

Bajo estas premisas, hacia el año 2009 distintos programas del Estado, han iniciado procesos de identificación e intervención en barrios vulnerable, tales como:

- MIDEPLAN (Mapas territoriales de vulnerabilidad)
- MINVU (Programa Quiero mi Barrio)
- SUBDERE (Programa Áreas Metropolitanas Vulnerables)
- Consejo Nacional de la Cultura y las Artes (Creando Chile en mi Barrio)

En todos estos territorios y programas, de forma explícita e implícita, está presente la problemática de salud que será nuestro foco.

Principios generales del programa

1) Perspectiva territorial /Intersectorialidad

En esta perspectiva, las acciones trascienden significativamente al "sector salud", por lo que ***se requiere de una respuesta social organizada***, sin la cual el enfoque no sería sistémico y, por tanto, el nivel de sinergia que requieren estas acciones sería muy bajo.

Para ello, es importante fortalecer acciones para tales problemas, donde las actividades de otros sectores puedan ser decisivas revisando los determinantes sociales y su interrelación con los problemas de salud de grupos y sectores específicos. Con esto se buscará desarrollar planes de trabajo que considere el diseño intersectorial y coordinado de dichas acciones.

La perspectiva territorial de las acciones de salud en los barrios vulnerables nos permitirá considerar de una manera más efectiva las necesidades de la población y también de los recursos disponibles. Organizándolo y planificándolo con visión epidemiológica y de salud pública, **se debe establecer las brechas entre lo existente y lo deseado con énfasis en la equidad.**

Ello se expresará principalmente en que la definición de prioridades de intervención considerando los criterios (indicadores) de vulnerabilidad y exclusión social en que viven grupos específicos de la población (adultos mayores, jóvenes, adolescentes, cesantes, etc), respecto a sus necesidades de salud y de garantías sociales que es posible movilizar en el contexto de acciones sectoriales e intersectoriales con foco territorial. Lo anterior es compatible con el marco ético y conceptual del Modelo de Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria¹¹.

En el desarrollo de políticas públicas y programas destinados al mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos, que tengan una mirada territorial y operen descentralizadamente, surge la necesidad de abordar un fenómeno complejo que tiene presencia fundamentalmente en las áreas metropolitanas: la desintegración y/o fractura del tejido social.

Generalmente, en las grandes ciudades o metrópolis con severos índices de segregación, aparecen con mayor intensidad fenómenos como el desempleo juvenil; la deserción escolar; inseguridad ciudadana; el consumo de drogas. Barrios en los que estos fenómenos se conjugan, pueden derivar en conluctividad y mala convivencia social, a la vez que en desintegración, desconanza y pérdida de lazos comunitarios, se consolida así un círculo que tiende a reproducir de generación en generación las condiciones de vida desmenuzadas. Esta conjunción de factores se yergue también como un obstáculo para las políticas sociales que procuran atenuar la pobreza y reducir las desigualdades.

La posibilidad de acceder al conjunto de garantías sociales y de salud no se da en un espacio abstracto, sino que en territorios donde se plasman aspectos geográficos y físicos, relaciones sociales, políticas, económicas, valores culturales y, en general, formas específicas de vida. Incluyendo una multiplicidad de desigualdades en distintos sectores (salud, educación, etc.), que afectan un territorio y a las comunidades que las habitan, el enfoque de nuestro trabajo en este Plan de Barrios Vulnerables toma en cuenta como unidad de intervención el barrio, **entendido como un espacio específico desde el punto de vista de la identidad, la densidad, y los actores que intervienen.**

En Chile existen múltiples experiencias y programas territoriales de diversas instituciones (públicas, privadas, ONG's). Por lo tanto hay varias evaluaciones que, a pesar de la falta de sistematizaciones, permiten un aprendizaje consistente en los cuales funcionamiento coordinado permite cumplir con los compromisos hacia los ciudadanos.

Por lo tanto para llevar a cabo las políticas y los programas sociales, **se requieren esfuerzos por coordinar la oferta pública del sistema de protección social;** y con ello,

¹¹ Manual de apoyo a la implementación del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario en Establecimientos de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, Departamento de Diseño y Gestión de A.P.S, Primera Edición, Enero de 2008.

que se instale atención dirigida a los grupos vulnerables (identificando especificidades y respetándolas) con énfasis en programas y experiencias con perspectiva territorial y presencia en los barrios con los cuales establecer sinergias relevantes. Consecuentemente, se podrá fortalecer las capacidades instaladas, enfrentar problemas reales y demandas identificadas para responder coordinando servicios y prestaciones consensuadas con la población.

Teniendo en cuenta lo expuesto, entendemos que el territorio representa la conjunción de múltiples componentes, demográficos, culturales, político administrativos, históricos, identitarios, geográficos, etc. Para el caso de Barrios Vulnerables, la medida acota la dimensión territorial a un barrio en donde los componentes estructurales y de identidad -junto a los indicadores de vulnerabilidad- permitieron seleccionar el barrio específico.

Respecto de la intersectorialidad, esta se requiere desde una dinámica en la que la comunidad es el eje articulador de la acción sectorial, pero donde la comunidad no es un mero receptor de la oferta pública. Aquí la propuesta consiste en que la ciudadanía organizada se coordine con la propuesta de salud y con otros sectores en la idea de construir juntos las vías de solución para los problemas sobre la base de una priorización que considera la pertinencia y la viabilidad de los requerimientos, pero al mismo tiempo el compromiso sectorial como el de la comunidad. **Así, trasciende un objetivo último de dejar capacidades instaladas para futuras acciones llevadas adelante por los mismos actores comunitarios y barriales.**

2) Participación Ciudadana

En la actualidad, Chile está avanzando hacia la construcción de un Sistema de Protección Social con enfoque de derechos durante el ciclo de vida que se sustenta en un nuevo concepto de políticas sociales y de responsabilidad del Estado. El objetivo central es de inversión social -al apoyar el desarrollo de capacidades a través de la educación, la salud, protección ante riesgos sociales, relaciones sociales y programas que abordan otras dimensiones de la vida consideradas esenciales- constituyéndose la construcción de un Sistema de Protección Social en el principal desafío social del Gobierno.

En este marco, el análisis de las distintas expresiones de la ciudadanía en su relación con el sector salud permite reconocer que ésta se moviliza en dos grandes dimensiones fundamentales: una relacionada con el acceso a la oferta de servicios para la satisfacción de necesidades y expectativas de la población; y la otra referida a la incidencia en la toma de decisiones en salud¹².

En esta perspectiva, la participación ciudadana asociada al ejercicio de derechos, implica concebir a los ciudadanos como interlocutores de las políticas públicas que tengan capacidad de proponer, controlar y decidir respecto de asuntos de interés público. Participación ciudadana en salud es la vez un derecho humano¹³ y un determinante social de salud. En tanto determinante social, la no participación de la ciudadanía incide en instalar inequidades entre quienes acceden y quienes no acceden al ejercicio de tal derecho de salud. Las estrategias de participación ciudadana en salud se deben diseñar para ejercer ciudadanía, incrementar la cohesión social¹⁴ y contribuir a eliminar inequidades en el acceso a la salud¹⁵.

¹² Minsal, Documento de "Política de Participación Social en Salud", Año 2008. En reunión de la Organización de Estados Americanos (OEA) del 10 de diciembre de 2007, la Presidenta de la República, Dra. Michelle Bachelet, expuso lo siguiente: "impulsar políticas públicas capaces de garantizar, y no sólo proclamar, el acceso universal a los servicios sociales, sobre un enfoque de derechos sociales de las personas, garantizados jurídica y financieramente por el Estado". En esta misma línea, aludió a la construcción de sistemas de protección social, "los que de manera progresiva vayan asegurando estas prestaciones e integrándolas bajo un mismo enfoque de derechos ciudadanos".

¹³ Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 21.

¹⁴ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. En www.who.int/social_determinants/QandAs/es/print.html

¹⁵ La participación ciudadana en salud debe reflejar una nueva forma de relación entre Estado y Ciudadanía, basada en el reconocimiento del valor del otro y de su legitimidad para decidir sobre su salud, así como de su conocimiento para superar la mirada asistencialista, clientelar e instrumental que durante años ha caracterizado la forma de relación entre técnicos de salud y ciudadanos.

De modo que la participación se entiende como un derecho capaz de influir la orientación de las políticas públicas de manera de poder intervenir efectivamente en la causalidad de los problemas que llevan a una determinada situación de salud (asociada a derechos vulnerados de distinta índole: trabajo, ambiente, educación, seguridad social, vivienda, información, etc.)

La profundización de la participación ciudadana -en tanto constituye un refuerzo de los vínculos sociales, de la confianza y la disposición a la cooperación y la reciprocidad- posibilita el avance hacia mayores niveles de fortalecimiento del tejido social. Por lo tanto, la constitución de actores sociales con posibilidades de autodeterminación, habilitados para representar intereses y demandas requiere de espacios institucionales de participación, así también: la formalización de derechos y el resguardo de su conocimiento y respeto; el fomento de organizaciones que permitan extender y ampliar la red social de las personas que las integran y así poder participar e influir; la transmisión de capacidades para el ejercicio de la soberanía y la producción de estrategias que posibiliten la apropiación por parte de los grupos sociales vulnerables. En el caso de estos grupos, dichas condiciones requieren el acceso a redes que trasciendan su círculo cerrado y la promoción del capital social comunitario.

En el marco de la implementación del Programa Barrios Vulnerables, la participación comunitaria será un constitutivo fundamental, el que deberá arrojar resultados concretos tales como el fortalecimiento o creación de una instancia de coordinación de líderes y organizaciones del barrio; elaboración conjunta de mecanismos de conversación, encuentro y diálogo entre la instancia barrial y el centro de atención de salud más cercano; coordinación del proceso de ejecución del proyecto a ejecutarse en el barrio; y generación de una propuesta de priorización en el tema de salud que ponga el acento en la participación de la comunidad organizada en las iniciativas de solución de los problemas de salud.

3) Responsabilidades del Sector Salud

En el marco del Programa de Barrio Vulnerable es necesario distinguir al menos tres ámbitos en los cuales se debe desarrollar la intervención de manera de poder orientar la metodología.

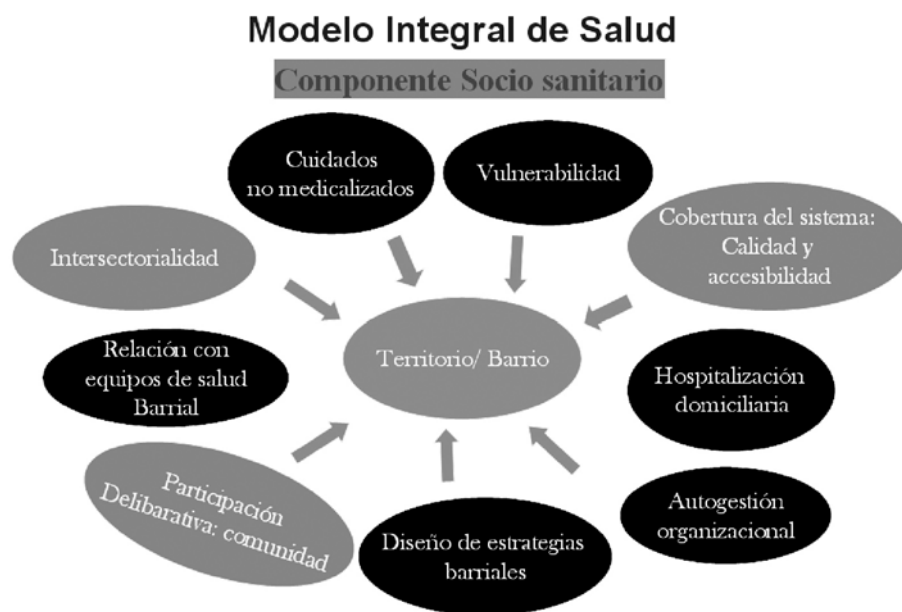
En primer lugar está la **cobertura del sistema** desde el punto de vista del tipo de patologías que se está en condiciones de atender en el espacio barrial. Aquí es necesario evaluar el diagnóstico de salud que existe en el territorio, distinguiendo aquellos problemas de salud que pueden ser resueltos con los mecanismos propios de la relación asistencial y aquellos que requieren de un tipo de solución en la que la propuesta asistencial es insuficiente, y en torno a los cuales la oferta del sector salud es parcial como son los problemas psicosociales, de convivencia o de prevención.

El segundo ámbito de acción es el que vincula a la **comunidad** con la idea de mejorar el acceso a la salud, para lo cual es necesario generar vínculos que garanticen el compromiso del sector con la población. Para esto se requiere promover fórmulas de participación que integren al funcionario de salud con la comunidad mediante una permanente dinámica de conversación e intercambio de información entre ambos. Más que instalar instancias, se trataría de fortalecer aquellas que puedan existir en donde sea factible establecer acuerdos de acción entre la comunidad y el sector.

En tercer lugar está la tarea de **promover acciones intersectoriales**, teniendo como eje de articulación el barrio, haciendo concurrir la oferta pública de acuerdo a los requerimientos que la comunidad plantee. En este ejercicio, el sector salud puede desempeñar un rol de facilitador en la instalación de redes, formular iniciativas en coordinación con otros sectores, colaborar con iniciativas de otros sectores y apoyar la tarea de construcción de redes en el territorio.

Teniendo en cuenta estos tres ámbitos, la función del sistema de salud se convierte especialmente relevante a través del tema del acceso, que incorpora las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad de la población. El sistema de salud puede abordar directamente las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad no sólo mejorando el acceso equitativo a la atención, sino también en la promoción de la acción intersectorial para mejorar el estado de salud. Como ejemplos, se incluyen la administración de suplementos alimentarios a través del sistema de salud o las políticas vinculadas a la instalación de equipamiento urbano como forma de mejorar la calidad de vida de las comunidades.

Las respuestas de salud deben ser construidas con un acuerdo con la comunidad para contemplar respeto de ambos actores sociales, y así construir un escenario de trabajo conjunto que avance a la resolución adecuada de las necesidades planteadas en los barrios.



III. Orientaciones metodológicas principales para la acción

Desarrollo de iniciativas que aborden integralmente la "Calidad de vida" de la población desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la promoción de equidad.

La "calidad de vida" puede ser entendida como un concepto multidimensional que permite ampliar la mirada más tradicional (clínica y asistencial) de la salud. Esta multidimensionalidad incluye tanto bienestar material y físico como bienestar social (soporte social, participación e inclusión) asociado al desarrollo de actividades comunitarias. La aproximación multidimensional no solo implica la consideración de diferentes ámbitos sociales, sino que además se enfatiza la relación e influencia posible entre ellos, lo que en su conjunto contribuye a la calidad de vida de los individuos y las comunidades. En suma, las percepciones de inclusión y pertenencia comunitaria tienen una vinculación estrecha con las condiciones objetivas (disponibilidad de infraestructura, espacios públicos, etc.) que hacen posible la integración social de los territorios.

De esta manera, para avanzar en promoción de calidad y equidad en salud en perspectiva territorial-urbana es esencial que las comunidades y barrios cuenten con acceso a servicios básicos y posean condiciones de integración social que promuevan el bienestar de sus habitantes¹⁶.

Con estas iniciativas, entonces, se busca generar medidas que enfrenten los efectos en salud condicionados tanto por aquellos contextos de vida carenciados (por ejemplo, carencias en infraestructura comunitaria, precariedad laboral y/o cesantía, etc.), al tiempo que se elevan variables territoriales asociadas a las condiciones de habitabilidad y pertenencia de los barrios.

Metodológicamente se proponen cinco elementos principales:

1. Coordinación de la oferta pública de los diversos sectores del sistema de protección social. La importancia de coordinar la oferta pública se basa en la sostenibilidad necesaria que deben tener las prestaciones y acciones realizadas por el sistema de salud, lo cual implica que para mejorar la calidad de vida de la población se debe actuar de forma coordinada sobre sus determinantes estructurales, esto es, en los ámbitos del empleo, educación, vivienda, las inequidades de género, etnia, etc. Por ello, el fortalecimiento de la coordinación intersectorial se plantea como una orientación desde el inicio del plan de trabajo en barrios, y como una vinculación temporal para dar respuesta a ciertas necesidades o demandas de la ciudadanía.

2. Participación deliberativa y empoderamiento de la comunidad. Enfrentar los problemas de acceso a la oferta pública fortaleciendo herramientas de participación y competencias de gestión comunitaria. El estímulo a la participación debe suponer el ejercicio de control social en las acciones a realizar, donde la ciudadanía adquiera un rol preponderante e influyente en la toma de decisiones sobre iniciativas de salud y garantías sociales. Con una ciudadanía empoderada y conciente de sus derechos, será más factible la identificación de problemas y posibles soluciones o cursos de acción.

¹⁶ Ver Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Informe Final, "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud".

3. Perspectiva territorial: en función de generar programas focalizados a nivel barrial, asumir una comprensión de la particularidad de cada barrio respecto a su entorno urbano mayor sirve para dar cuenta de una serie de factores distintivos, como por ejemplo: la existencia de organizaciones formales o funcionales; la cobertura de servicios presente en el territorio; el tipo de carencias y problemáticas del sector; la composición sociodemográfica e identitaria del barrio; etc.

4. Acceso a los Servicios de Salud: la equidad en el acceso a salud, así como a otros programas públicos, no está garantizada únicamente por la oferta, siendo determinante el nivel de información y capacidades de personas, grupos y comunidades para ejercer y demandar derechos. Esto implica que las intervenciones a desarrollar pongan en el centro a las personas, considerando las características particulares de cada grupo, así como en estrategias intersectoriales y de participación como ejes centrales del trabajo en áreas y grupos vulnerables. De modo tal que se busca cautelar la integralidad y la sostenibilidad de las intervenciones a implementar.

Por ejemplo, en este sentido es importante incorporar una mirada "más comunitaria" a los problemas como alcoholismo y drogadicción que afectan a los barrios, integrando a la comunidad u organizaciones a los procesos de rehabilitación que se están desarrollando desde el sistema de salud. El aprendizaje en experiencias realizadas o en curso corresponde al intercambio necesario entre las experiencias que se realizan para retroalimentar y guiar en los éxitos posibles, a modo de ejemplo se sugiere conocer casos en nuestro país como en otras regiones, complementando las Intervenciones. Una experiencia en Australia para reducir la inhalación de solventes en comunidades remotas de Australia Central "A raíz de una amplia difusión en los medios de comunicación y vigoroso llamado de la opinión pública local a intervenir en el caso de los jóvenes que inhalan solventes. ... La comunidad indígena aportó un sólido liderazgo y se puso énfasis en las capacidades comunitarias".

En la India el tema VIH asociado al comercio del sexo, las primeras intervenciones fueron prevenir la salud de los niños, vacunación, alimentación educación y luego clases de alfabetización para las mujeres activismo político y defensa de causas, mecanismos de microcrédito y programas culturales¹⁷. En nuestro país experiencias que han sido destacadas en el concurso de las buenas prácticas para el desarrollo de los territorios, existen textos de experiencias destacadas, iniciativa del Ministerio del Interior Subdere e Innovación y ciudadanía¹⁸.

5. Incorporar y apoyar el conocimiento, la experiencia de vida y las respuestas de la comunidad, de tal modo fortalecer e implementar programas y **respuestas "no medicalizadas"** validadas por los habitantes de los barrios.

En este ámbito, a modo de ejemplo, existen experiencias de organizaciones comunitarias de adulto mayor que asumen la responsabilidad de chequear los indicadores de salud básicos de la población de tercera edad que, en términos específicos, asumen la responsabilidad de traslado de los pacientes a los consultorios cuando sea necesario. También están, entre otras, las experiencias de atención a postrados por parte de organizaciones barriales especialmente de mujeres. Así, tanto en el primero como en el segundo caso se desarrollan capacidades organizativas del barrio, se fortalece el capital social y redes de confianza, al tiempo que se disminuyen brechas o carencias en términos sanitarios.

¹⁷ *Equidad a Salud a través de la acción intersectorial: Un análisis de estudios de casos en 18 países. Presentado a la Agencia de Salud Pública de Canadá. OMS.*
[Http://www.who.int/social-determinants/country-action/en/index.html](http://www.who.int/social-determinants/country-action/en/index.html) locales de la Salud, Informe Final, "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud".

¹⁸ www.subdere.gov.cl www.territoriochile.gov.cl

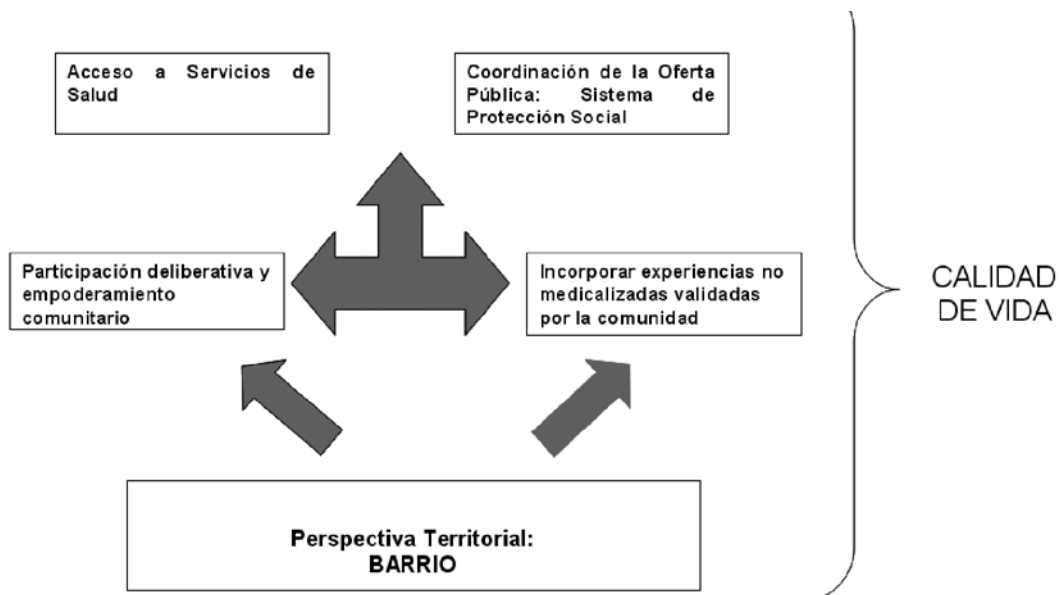
Los cinco puntos anteriores requieren desplegar acciones en dos grandes ámbitos:

- 1) Trabajo articulado y coordinado de la red de salud en los territorios, que aseguren una atención oportuna y de calidad por parte de la red asistencial
- 2) Desarrollar un plan de intervención participativo e intersectorial sobre las barreras de acceso a las prestaciones de salud y al conjunto de derechos sociales establecidos en el sistema de protección social, que son del ámbito del sector o donde salud puede jugar un importante rol para facilitar el acceso a ellos.

Los principios éticos de la intervención apuntan al respeto hacia la comunidad, el equipo de salud que se encuentra en el territorio que corresponden a los barrios y la certera solución de los problemas planteados por la comunidad.

En esta perspectiva, tanto los Ces, Cesfam, Cecosf y Cosam –en tanto instituciones territoriales de salud- son las que deben tener un funcionamiento coordinado para asegurar el acceso a la red sanitaria y de protección social de aquellos grupos más vulnerables y excluidos socialmente. Del mismo modo, de acuerdo a su trabajo territorial, el monitor barrial juega un rol fundamental en labores de gestión e implementación del programa así como en la vinculación que establezca entre instituciones (intra e intersector) y comunidad.

La responsabilidad del proceso de trabajo en los barrios vulnerables es de todos los actores involucrados. Y la sustentabilidad estará basada fundamentalmente en el fortalecimiento de las organizaciones locales, pues se considera que trasladar la facultad de la toma de decisiones de los involucrados es uno de los derechos de la ciudadanía para presentar sus legítimas demandas a las políticas públicas.



ANEXOS

I. Plan de trabajo en Barrios Vulnerables

La aplicación del modelo de cobertura efectiva¹⁹ en un territorio acotado como los barrios puede facilitar la identificación de las personas que no contactan el sistema, promoviendo la creación de acuerdos de trabajo que den sustentabilidad a este impulso. La estrategia debe ir acompañada de un proceso educativo y de una apertura de los actores a conocer al otro y vincularse en un trabajo de colaboración y corresponsabilidad.

Desde esta perspectiva se ha visto necesario priorizar la evaluación de barreras de salud y en ciertas dimensiones de las garantías sociales y/o realizar intervenciones de coordinación y de facilitador para la superación de las barreras identificadas, así como, el de lograr una cobertura efectiva. Se ve como áreas a priorizar las dimensiones de Salud, Educación, Habitabilidad, dinámica familiar, identificación, entre otras.

Específicamente, el plan de trabajo comprenderá las siguientes actividades:

- *Sensibilización a autoridades comunales, equipos y comunidades locales*

El programa en una primera etapa deber ser presentado ante las autoridades locales y los organismos o reparticiones que se relacionan con el barrio, especial atención se tendrá con las autoridades municipales y los programas que pueden existir en los barrios.

El proceso de sensibilización tendrá como principal objetivo establecer contacto con el espacio local, tanto la comunidad organizada como los dirigentes y líderes el barrio. Estos deberán conocer el programa, sus alcances y su forma de funcionamiento. Para su proceso de instalación (en donde se deben lograr dos objetivos, sensibilización y presentación), se implementará una metodología que permita coordinar tiempos y técnicas que puedan desarrollar estas tareas en forma eficiente.

- *Asambleas comunitarias y búsqueda de soluciones.*

Las asambleas con la comunidad serán una herramienta recurrente del trabajo en el barrio. Ellas deberán convocar a los miembros de la comunidad por lo menos en tres momentos del proceso, a) presentación y sensibilización, b) elaboración y/o validación de diagnósticos barriales, (en caso de no existir construcción del mismo), priorización de barreras y elaboración de búsqueda de soluciones y, c) encuentro de evaluación y rendición.

- *Jornadas intersectoriales*

En el ámbito barrial, la intersectorialidad estará constituida por todas las instituciones públicas que se encuentren desarrollando alguna acción en el barrio. No obstante, ésta podrá ser convocada por el programa en caso de no existir alguna instancia que agrupe a los sectores. De tal manera, una de las metas del programa será la de incrementar la oferta pública concertada presente en el barrio.

- *Sistematización de información faltante y elaboración del mapa barrial integrando método georeferencial*

¹⁹Para profundizar más en el concepto ver "Orientaciones metodológicas para el trabajo en 92 Comunas Vulnerables: Componente Barreras de Acceso". Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud (2009)

- *Actividades de difusión e información a la comunidad*

Las actividades de difusión e información estarán orientadas a mantener a la comunidad al tanto de todas las iniciativas propias del programa y además colaborar en la divulgación de todas las otras establecidas a partir del programa. Como nota a destacar, se indica que el proceso de divulgación del programa será una acción que se realizará en forma permanente de forma de garantizar el conocimiento por parte de la comunidad de los objetivos e iniciativas del programa.

- *Actividades enfocadas a fortalecer los vínculos comunitarios*

El programa promoverá la instalación de una instancia de coordinación barrial que permita aglutinar a dirigentes, líderes locales y/o sectores con presencia en el barrio. Ante la posibilidad de que ya existan instancias de coordinación (mesas barriales, CVD -Consejo vecinal de desarrollo-, Consejo de desarrollo local, o Coordinadora de Vecinos u otra expresión), el programa colaborará con dichas instancias incorporándose y fortaleciendo ese tejido social.

Una de las tareas fundamentales en el barrio será de fortalecer o construir las redes de la comunidad, acercando de esta forma la oferta pública a la vida del barrio. También se colaborará con la integración del tercer sector y de las iniciativas privadas que puedan tener interés en fortalecer el trabajo barrial.

- *Inversión*

La inversión del programa se viabilizará por intermedio de la ejecución de un proyecto, el cual será presentado a la comunidad y será el eje en torno al cual se materializará la presencia del programa en el barrio. En torno a la ejecución del proyecto se deberá establecer una instancia específica que deberá vigilar la adecuada ejecución del mismo para lo cual se deberá incorporar a representantes de los vecinos, los que tendrán un rol activo en el plan de ejecución.

En este Plan de Trabajo es posible incluir las acciones iniciales sobre barreras de acceso ya previamente identificadas por los distintos actores de las comunas, identificando y acordando las áreas críticas o barreras que requieren y son factibles de ser intervenidas en los ámbitos de servicios de salud y garantías sociales a partir de la información disponible. Éstas pueden tener una relación más estrecha con los aspectos propios de la gestión o de las responsabilidades asociadas al equipo comunal.

II. Formulación del plan

Pasos previos:

- Compartir lo que cada uno de los sectores y programas está haciendo a nivel barrial.
- Coordinar la incorporación de salud ya que incluye iniciativas programáticas que tienen la misma direccionalidad.
- No superponer iniciativas pertinentes por lo tanto potenciar y ampliar el enfoque si es necesario.

- Incluir todas las iniciativas con consenso con la comunidad y que concrete la intersectorialidad.

Se vuelve sumamente necesario, por tanto, la existencia de un informe diagnóstico de las barreras de acceso a salud, calidad de la atención para una vida saludable, respeto de las garantías sociales y servicios de salud en particular por cada barrio. Por ejemplo, se puede evaluar desde la perspectiva de las familias que accedieron a una garantía social si el proceso de construcción de la solución respondió a sus expectativas, o si el proceso de priorización consideró adecuadamente la opinión de todos los involucrados.

Los actores principales para este plan de trabajo son la población y comunidad local, los equipos de salud y técnicos paramédicos de centros de salud, los equipos de los Servicios de Salud y de los Seremi si se acuerda, así como el Nivel Central: éstos últimos asociados en los ámbitos de apoyo técnico, metodológico y las contribuciones al desarrollo del diagnóstico.

Productos esperados

PRIMERA ETAPA

1. Estén conformados y funcionando los equipos de los 65 barrios vulnerables.
2. Esté elaborado y disponible un diagnóstico de situación de barreras de acceso a servicios de salud y a garantías sociales con representación de todas las dimensiones de medidas en el modelo de cobertura efectiva, con línea base específica en barrios si es posible y disponerlo para el uso e información de la comunidad y actores institucionales comunales para la toma de decisiones.
3. Estén seleccionadas y priorizadas con participación de la comunidad las barreras de acceso que serán abordadas durante los meses de mayo en adelante según el grado de desarrollo de cada barrio y su diagnóstico.

SEGUNDA ETAPA

1. Ejecución de los proyectos en cada uno de los 65 barrios del programa
2. Instancia de coordinación Salud – Comunidad instalada (mesa, coordinación o como se resuelva denominar), con capacidad de generar redes sociales a nivel local y regional.
3. Creación de una instancia de coordinación intersectorial (que agrupe a las distintas expresiones de la oferta pública que existan en el territorio)
4. Elaboración de una priorización en conjunto con la comunidad en torno al los requerimiento de los vecinos.
5. Fortalecimiento del tejido social, incremento o desarrollo del capital social del barrio y

de las capacidades de gestión local de los actores barriales.

MES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PRODUCTO
PRIMERA ETAPA			
Mes 1	Constituir un equipo gestor de salud comunitaria en los 65 barrios vulnerables integrado por dirigentes de la comunidad y equipo de salud. CDL, CAR.	Formación de equipo gestor de Salud Comunitaria (Organización, acompañamiento supervisión y asesoría en el trabajo comunitario)	-Equipo gestor de salud comunitaria constituido con asignación de tareas específicas.
Mes 2-3	Abordar temas de salud (asistenciales y salud pública) con la participación activa de la comunidad	Diálogo ciudadano por la calidad de vida y la salud Asambleas. Implementar metodologías participativas	Listado de problemas de salud priorizados por la ciudadanía. Definir con la comunidad grupos poblacionales vulnerables y pesquisarlos.
	Generar propuestas de la intervención en salud sugeridas y aprobadas por la comunidad (garantías sociales y de atención Compatibilizar el proceso de planificación del CESFAM o CECOSF para concitar acuerdos reales y posibles.	Jornada de Planificación con la comunidad asociando recursos a los principales problemas de salud planteados.	Iniciativas identificadas.
SEGUNDA ETAPA			
Mes 4 - 7	Ejecutar acciones priorizadas y fortalecer la articulación de la red de salud e intersectorial. Facilitar acciones de operativos si es necesario.	Acompañar y monitorear las iniciativas, sugerir cambios cuando corresponda, exigir el cumplimiento de la planificación.	Monitorear el trabajo y ajustar los cambios, consensuar permanentemente con el CECOSF o CESFAM involucrado.
	Evaluar parcialmente e intercambiar experiencias de trabajo	Jornada de intercambio de experiencias y evaluación parcial participativa con todos los actores	Sistematización barrial del proceso. Jornada de intercambio realizada
Mes 8	Lograr que las organizaciones sociales den a conocer el plan de salud comunitaria a las autoridades comunales, regionales.	Renovar acuerdos de trabajo y consolidar alianzas sectoriales e intersectoriales (firmas del acuerdo, acta de compromiso, convenios)	Cuenta pública participativa barrial

El proceso es flexible a cada realidad barrial, lo que -por evidencias de experiencias realizadas- permite que el resultado obtenido satisfaga a todos los actores y constituya el sello para concertar la continuidad de la intervención.

Se espera que la comunidad logre avanzar en modelos de participación que se ejercitan en todo el ciclo de la política pública y particularmente en el proceso de planificación local (diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) expresado en el Plan de salud Comunal en relación al barrio. Todo ello con el propósito de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud a las necesidades de la población.

III. Equipo de trabajo

Se debe promover la constitución de equipos intersectoriales, incluyendo al gobierno regional, así como la intendencia. Cada Equipo de trabajo asumirá las responsabilidades para la formulación del plan de trabajo, debiendo quedar claramente identificados los responsables que le darán continuidad al proceso. Asimismo, el plan de trabajo debe explicitar las acciones y estrategias a desplegar en orden de alcanzar las coordinaciones.

Se entiende que la estructura base del programa sería la siguiente:



LISTA DE BARRIOS SELECCIONADOS

Región Metropolitana

Región	Servicio de Salud	Comuna	Nombre de Barrios
Región Metropolitana (41)	Oriente	Lo Barnechea	Cerro 18
	Norte	Quilicura	Pucará de Losana
			Población El Sauce
			Población Valle de la Luna
	Sur	Pedro Aguirre Cerda	Población Histórica de Chile
			Plaza 11 de septiembre y Dávila
			San Joaquín Poniente
			Lo Valledor norte
		El Bosque	12 de octubre
			4 de septiembre
			Eduardo Frei
			Juan Pablo II
			Cóndores de Chile
	Occidente	Renca	Tucapel Jiménez 1
			Tucapel Jiménez 2
			Huamachuco 3
		Cerro Navia	Alianza I
			U. Vecinal 15 A-B Vida Nueva
			Yugoslavia
		Lo Prado	Regidor Hernández (U. Vecinal 3)
			Santa Anita (U. Vecinal 11)
			C. Bueras (U. Vecinal 17 y 22)
	Sur oriente	La Florida	Los Copihues
			Los Quillayes
			Los Navios
		Puente Alto	Mamiña 1
			Mamiña 2
			San Francisco De Asís
		San Ramón	Independencia
			Villa La Cultura
			Villa Santa Isabel
San José de Maipo		Chacarilla	
		Maitenes	
		San Gabriel	
Central	Cerrillos	Raúl Masones	
		Raúl Silva Henríquez	
		Villa Los Presidentes	
	Estación Central	Santiago I	
		Santiago II	
	Maipú	Carlos V	
		Villa O'higgins	

Región Bío Bío y Valparaíso

Región	S. Salud	Comuna	Barrio
Bío Bío (12)	Concepción	Concepción	Villa San Francisco
			Ríos de Chile – Villa Nonguén
			Teniente Merino
		Chiguayante	Leonera Medio
			Chiguayante Sur
			Los Boldos
	Talcahuano	Talcahuano	Libertad Norte
			Badarán
			Partal
		Hualpén	Crispulo Gándara
			Aurora de Chile
			Peñuelas
Valparaíso (12)	Valparaíso – San Antonio	Valparaíso	Laguna Verde
			Rodelillo
			San Roque
			Playa Ancha sector 5°
			Playa Ancha sector 6°
			Placilla
	Viña - Quillota	Villa Alemana	Villa San Enríquez
		Viña del Mar	Achupallas
		Quilpué	7° sector A y B (Belloto Sur)
		Quintero	Loncura
		Con Con	Villa Primavera
		Zapallar	Catapilco

BARRIOS VULNERABLES



Plan de Trabajo Barrios Vulnerables

Construyendo salud
desde el barrio