



EQUIDAD.cl

Secretaría de Determinantes Sociales de la Salud
MINISTERIO DE SALUD



COMUNAS VULNERABLES

REGIÓN DE ARICA-PARINACOTA

PROTEGE

red de protección social
GOBIERNO DE CHILE

MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Indice

INFORME REGIONAL ARICA-PARINACOTA

PRESENTACIÓN.....	3
EQUIPO DE TRABAJO	4
Autoridades	4
Autores del presente informe	4
Equipo Regional de Comunas Vulnerables	4
Putre	4
General Lagos	4
RESUMEN EJECUTIVO	6
1. ANTECEDENTES.....	7
Introducción	7
Programa de Comunas Vulnerables.....	8
Criterios de selección de comunas.....	8
2. MARCO METODOLÓGICO DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN.....	9
Objetivos de la sistematización	9
Ejes de la sistematización	9
Criterios de sistematización.....	10
Fuentes de información.....	10
a. Primarias	10
b. Secundarias	10
Metodología.....	11
3. CONTEXTO REGIONAL.....	12
Mapa de la Región de Arica y Parinacota (XV).	12
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL REGIONAL.....	14
Estructura organizacional, funcionamiento del programa y actores claves	14
Descripción de etapas del proceso:	15
Diagnóstico.....	15
Priorización	15
Plan de acción.....	15
5. ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL REGIONAL.....	16
Orientaciones teórico-metodológicas	16
Participación social	16
Intrasectorialidad.....	17
Intersectorialidad.....	17
Estrategias para la captación de grupos excluidos.....	17
6. CONCLUSIONES A NIVEL REGIONAL	18
7. RECOMENDACIONES A NIVEL REGIONAL.....	19
8. REFERENCIAS	20

INFORME COMUNAL PUTRE

RESUMEN EJECUTIVO	22
1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO COMUNAL.....	23
Introducción	23
Programa Comunas Vulnerables.....	23
Contexto Comunal	24
2. DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL COMUNAL	25
Estructura organizacional, funcionamiento del programa y actores claves	25
Descripción de etapas del proceso	25
Diagnóstico.....	25
Priorización	26
Plan de acción.....	26
3. ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL COMUNAL	28
Orientaciones teórico-metodológicas	28
Participación social	28
Intrasectorialidad.....	29
Intersectorialidad.....	29
Estrategias para la captación de grupos excluidos	30

4. CONCLUSIONES A NIVEL COMUNAL.....	31
5. RECOMENDACIONES A NIVEL COMUNAL	32
6. REFERENCIAS.....	33
INFORME COMUNAL GENERAL LAGOS	
RESUMEN EJECUTIVO	35
1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO COMUNAL.....	36
Introducción.....	36
Programa Comunas Vulnerables	36
Contexto Comunal.....	37
2. DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL COMUNAL	38
Estructura organizacional, funcionamiento del programa y actores claves	38
Descripción de etapas del proceso	38
Diagnóstico.....	38
Priorización	38
Plan de acción.....	39
3. ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL COMUNAL	41
Orientaciones teórico-metodológicas	41
Participación social	41
Intrasectorialidad.....	42
Intersectorialidad.....	42
Estrategias para la captación de grupos excluidos	42
4. CONCLUSIONES A NIVEL COMUNAL.....	44
5. RECOMENDACIONES A NIVEL COMUNAL	45
6. REFERENCIAS.....	46
ANEXOS.....	47
Cronograma de sistematización	47
Listado de Entrevistados en Trabajo de Campo	47
Listado de Fuentes Secundarias.....	48
Pauta de Entrevista.....	49
I. UTILIZACION Y UTILIDAD DE LAS ORIENTACIONES PROGRAMATICAS.....	49
II. DEL PROCESO DE INSTALACION DEL PROGRAMA.....	49
III. SIGNIFICACION DE LOS ACTORES CLAVES.....	50
IV. APRENDIZAJES	50

PRESENTACIÓN

El presente informe corresponde a uno de los 15 informes regionales desarrollados en el contexto del proceso de sistematización del Programa de Comunas Vulnerables.

La sistematización representa la culminación de un esfuerzo desarrollado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, por rescatar la experiencia durante la implementación del programa el año 2009. Se llevó a cabo a través de siete equipos externos, donde expertos con un conocimiento acabado de las regiones se desplegaron intensamente por todas las comunas y regiones participantes, entrevistando a autoridades regionales, provinciales y comunales, coordinadores regionales y provinciales, monitores y miembros de la comunidad, con el objetivo de conocer su percepción y experiencia sobre los aciertos y dificultades del programa.

Se espera que este informe sea útil para todos aquellos interesados en contribuir al desarrollo de políticas públicas con enfoque de equidad y determinantes sociales, al igual que en la implementación de intervenciones que contribuyan a disminuir las diferencias en salud y calidad de vida de la población residente en Chile. Igualmente, esta es una experiencia valiosa en cuanto al desarrollo de una propuesta teórico-metodológica para fortalecer la participación social, el trabajo en el sector salud y con otros sectores y la reconexión de la población excluida de la oferta pública.

Finalmente, deseamos aprovechar la oportunidad de agradecer a los equipos participantes en el programa, coordinadores, monitores, miembros de los comités regionales y comunales, que bajaron de sus escritorios y pisaron la tierra de las zonas más vulnerables y aisladas de nuestro país, con el sólo objetivo de escuchar a aquellos sin voz ni salida y abrir nuevas puertas para mejorar su salud y calidad de vida. También queremos agradecer a los habitantes de todas las comunidades, que participaron con entusiasmo en las actividades y contribuyeron, con su experiencia y sabiduría, a acercar a los equipos a su visión del mundo y necesidades de salud y protección social.

Equipo de Comunas Vulnerables

Santiago, Febrero 2010

EQUIPO DE TRABAJO

AUTORIDADES

Dr. Alvaro Erazo, Ministro de Salud
Dra. Jeanette Vega, Subsecretaria de Salud Pública.
Dr. Julio Montt, Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Dra. Orielle Solar, Jefa de Gabinete Subsecretaria Salud Pública
Hernán Monasterio, Director de FONASA
Manuel Inostroza, Director Superintendencia de Salud
Dra. Graciela Villavicencio, Seremi de Salud

AUTORES DEL PRESENTE INFORME

Equipo de Sistematización Arica-Parinacota, Tarapacá y Atacama
Elvis Flores
María Morales
Jennifer Fustos
Editor: Sebastián Peña, Minsal

EQUIPO REGIONAL DE COMUNAS VULNERABLES

Patricia Román, Coordinadora regional Arica-Parinacota
Pamela Bernaldes, Referente Nacional Arica-Parinacota
Comité Regional: Silvia Zamorano, Carolina Asela, Joel Morel, Gregorio Mendoza, Guillermo Cortés, Manuel Gajardo, Carla Vaury, Norman Cáceres, Simi Jiménez, Jorge Riquelme, Rosa Maita.

Putre

Comité Comunal: Iris Loredo, Filomena Humire, Zulema Luque, Daría Condori, Noemí Blanco, Cipriano Baltazar Estanislada Inquiltupa, Janie Bustamante, Sandra Vásquez, Segundo Seguel, Julián Mamani, Sergio López, Elena Araya, Jacinto Blanco, Anita María Ramos, Agustina Ancari, Froilan Pacaje, Juana Humire, María Vilches, Paula Arriagada.
Monitores: David Paco, Thelma Vasquez.

General Lagos

Comité Comunal: Ítalo Carreño, Dennis Rojas, Isidro Flores, Marcelino Mamani, Juvenal Querquezana, Víctor Calizaya, Luis Sierralta, Juan Hernández, Delicio Alave, Jovanna Mollo, Susana Cortés.
Monitor: Rosa Maita



REGIÓN DE ARICA-PARINACOTA

RESUMEN EJECUTIVO

El Programa de Comunas Vulnerables se instala en la Región de Arica y Parinacota, conformándose el comité regional con diez integrantes representantes del Servicio de Salud, Superintendencia, Fonasa, alcaldes de ambas comunas, municipios, y la coordinadora regional, de estos seis aproximadamente han tenido asistencia regular. El comité se reúne una vez por semana para realizar asambleas. Cada integrante desde su mirada institucional colabora con los objetivos del programa.

Las orientaciones teóricas del programa, aun no siendo comprendidas en un comienzo, fueron consideradas útiles. La metodología fue considerada como sistemática y que al respetar los pasos sugeridos, organizaba el trabajo y ayudaba en el establecimiento de prioridades de acuerdo a cada comuna y sus necesidades específicas. La participación social aunque reticente en un comienzo, mejoró en la medida que avanzaba el programa. La dispersión geográfica y localización de la población, o la baja credibilidad que las personas tenían por experiencia con programas anteriores fueron obstáculos para la participación social. La participación fue más notoria durante las etapas de diagnóstico y priorización del programa, para decaer durante la ejecución.

La colaboración intrasectorial se visualizó más claramente durante la etapa de ejecución donde mostró su capacidad de concretizar las acciones planificadas; sin embargo, durante las primeras etapas de la implementación debido a la disposición de tiempo o por compromisos previos no se participó de acuerdo a lo esperado. En tanto, la participación intersectorial estuvo dada de forma intermitente en las diferentes etapas, brindando durante la implementación y ejecución del programa colaboración y prestación de servicios de acuerdo a sus características como servicio, sin salirse de ese rol.

Para acceder a los grupos excluidos, las principales estrategias utilizadas fueron el trabajo puerta a puerta, captar a las personas a través de las rondas médicas, y la utilización de radios para emitir informativos. Sin embargo, esto todavía continúa siendo una barrera por trabajar, ya que se necesita de los recursos necesarios para acceder a las personas que viven en las zonas más alejadas de la comuna.

Como aprendizajes se destacan el rol de agente social clave de la monitorea, favoreciendo la participación intrasectorial, intersectorial y la captación de grupos excluidos; sin embargo, en este último aspecto queda como desafío la necesidad de contar con los recursos esperados para cumplir con este requisito. También se señala que la metodología utilizada por el programa fue sistemática y participativa contribuyendo en el logro de los objetivos.

Se recomienda aumentar el trabajo en redes a nivel intrasectorial e intersectorial y definir el rol de los integrantes del comité regional, delegando las funciones a cargo. Se sugiere por otro lado delimitar un plan de acción de las barreras de equidad de acuerdo a cada contexto comunal. Por último, queda como un desafío la implementación del programa en otros contextos y comunas para así avanzar hacia la disminución de la brecha de equidad en salud.

1. ANTECEDENTES

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud de Chile a través de la Subsecretaría de Salud Pública ha impulsado una agenda de trabajo cuyo propósito es 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 salud¹. Por determinantes sociales se entienden las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas. Equidad se refiere a la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características, socioeconómicas, demográficas o geográficas.

En esta línea, se sabe que las condiciones de vida y de la salud se relacionan con los territorios donde se ha nacido y se vive. Así la salud que cada persona tiene es el resultado de las oportunidades que ha tenido para alimentarse, crecer, pertenecer y desarrollarse como parte de un sistema complejo de relaciones sociales, culturales, económicas, ambientales, emocionales y comunicacionales².

El Programa de Comunas Vulnerables se enmarca dentro de los objetivos de reducción de las inequidades sociales que reducen y limitan el acceso a la salud y a los servicios de salud y la implementación de acciones de “inclusión social” sobre grupos o territorios excluidos. A continuación se describen los conceptos de vulnerabilidad y garantías sociales considerados por el programa.

Vulnerabilidad: El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) define vulnerabilidad como el resultado de la acumulación de desventajas y una mayor posibilidad de presentar daño, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales. Esta definición es complementaria con la establecida por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en México, que concibe la vulnerabilidad como un fenómeno de desajustes sociales que ha crecido y se ha arraigado en nuestras sociedades; denotaría ausencia o carencia de elementos esenciales para la subsistencia y desarrollo personal e insuficiencia de las herramientas necesarias para abandonar situaciones de desventaja, estructurales o coyunturales.

Garantías Sociales: La inequidad social constituye parte de nuestra estructura social y se ha acentuado en el tiempo con las transformaciones sociales asociadas al modelo económico imperante. La inequidad social se traduce en individuos y grupos vulnerables. Ante esta realidad surge, desde hace unos años, el cuestionamiento desde distintos niveles y diferentes ámbitos de cómo se aborda esta inequidad. El liberalismo económico planteaba que los esfuerzos individuales permitirían la movilidad social, pero pareciera esto más bien una utopía³ como lo han constatado los esfuerzos de diferentes estados.

El hecho de plantear una garantía social y no un derecho no es antojadizo. Los derechos son una categoría que deja su ejercicio al arbitrio y voluntad del individuo. Las garantías, a diferencia de los derechos, se convierten en un principio que debe procurar el estado más allá de la voluntad de ejercicio que pueda tener la persona.⁴ Lo que persiguen las garantías sociales es que ciertas personas o grupos gocen de protección.

1. Plan de Acción 90 días: Orientaciones Metodológicas para el trabajo en las 92 comunas vulnerables: Componente Barreras de Acceso. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud

2. *ibíd.*

3. <http://www.fusda.org/Revista10-1GARANTIASSOCIALES.pdf>

4. <http://www.fusda.org/Revista10-1GARANTIASSOCIALES.pdf>

PROGRAMA DE COMUNAS VULNERABLES

El propósito de este trabajo denominado “Programa de Comunas Vulnerables” tiene relación con identificar e intervenir las principales barreras de acceso al sistema de salud y a las garantías sociales del Sistema Integral de Protección Social en cada una de estas comunas.

En términos generales, el Programa de Comunas Vulnerables inicia el trabajo con un diagnóstico participativo de barreras de acceso a la salud y a los servicios de salud utilizando un modelo de cobertura efectiva para luego priorizar con la comunidad las barreras más relevantes y a partir de esto elaborar un plan de acción de intervención sobre las barreras priorizadas. El programa avanza a su resolución con la implementación del plan de acción de reducción de barreras en las comunas vulnerables seleccionadas. Además, el programa busca contribuir desde salud al acceso oportuno a las garantías sociales contempladas en el sistema de protección social y al ejercicio de derechos en una lógica de trabajo integrado entre el Servicio de Salud, Fonasa y Seremis a nivel regional, entre otros.

Entre los principios que orientan las acciones del programa cabe destacar la equidad, el acceso acorde a la necesidad, el ejercicio de derechos por parte de la ciudadanía y el fortalecimiento de la participación comunal. Además la gestión del programa busca fomentar la integración intrasectorial y la colaboración intersectorial.

Por último, cabe mencionar que el modelo de barreras propuesto por el programa ofrece una herramienta de análisis de la relación entre la disponibilidad de los servicios y el nivel de utilización de ellos. Este modelo considera el acceso como un proceso en que se pueden diferenciar diferentes etapas de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto. Atravesar todas las etapas implica alcanzar la cobertura efectiva (lo deseable desde una perspectiva sanitaria). Este modelo se aplica tanto a barreras de acceso a la salud como a barreras a los servicios de salud.⁵

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE COMUNAS

Para la selección de las comunas se utilizaron datos del CASEN 2006 y las estadísticas vitales, basándose en las variables: porcentaje de pobreza, ingresos, escolaridad y, mortalidad infantil, creando una medida de síntesis combinando las cuatro variables llamada “índice de vulnerabilidad”, que da cuenta de cómo se ubica cada comuna con respecto a sus pares en relación a las cuatro variables mencionadas.

5. Plan de Acción 90 días: Orientaciones Metodológicas para el trabajo en las 92 comunas vulnerables: Componente Barreras de Acceso. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud

2. MARCO METODOLÓGICO DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN

Para la implementación de la sistematización se emplea un diseño metodológico de tipo cualitativo; desde esta perspectiva se dan a conocer los objetivos, ejes, criterios, fuentes y metodología utilizados en la sistematización:

OBJETIVOS DE LA SISTEMATIZACIÓN

1. Analizar el proceso de implementación del modelo de barreras utilizado por el programa de comunas vulnerables.
2. Sistematizar el proceso de instalación en cada una de las comunas y región, en base a la estructura y gestión del programa (comités de comunas vulnerables, rol del programa en el territorio, rol de los monitores, participación social, integración de los diferentes actores, estrategias de captación de grupos excluidos).
3. Identificar y analizar el rol de actores claves en el proceso, considerando los significados que adquiere en ellos la coordinación intersectorial, la participación comunitaria en la toma de decisiones y la integración del sector en la gestión local, provincial y regional.
4. Rescatar experiencias, prácticas de trabajo y metodologías desarrolladas tanto por equipos regionales y locales de comunas vulnerables que se destacan en su éxito, innovación u otro motivo.

EJES DE LA SISTEMATIZACIÓN

Comités de Comunas Vulnerables: Análisis de la conformación del comité en relación a actores convocados, vínculos establecidos y consolidación de la organización.

Rol de coordinación del programa en el territorio como gestor y facilitador del ejercicio de los derechos de protección social por parte de la ciudadanía.

Rol de los monitores locales de las comunas y territorios como facilitadores a nivel local y su coordinación con los actores locales y otros sectores.

Procesos de participación social en el programa en general.

Proceso de integración de los actores institucionales públicos y privados convocados: Análisis intrasectorial e intersectorial de la integración y análisis de las estrategias de colaboración implementadas.

Estrategias utilizadas para contactar a grupos excluidos de la oferta pública y los resultados logrados.

Acciones implementadas y resolución de barreras independiente del plan de acción del programa.

CRITERIOS DE SISTEMATIZACIÓN

Abarcó la totalidad de comunas vulnerables de la región de Arica y Parinacota, en las comunas de Putre y General Lagos.

Contempló el rol de los actores locales institucionales del sector salud y de otros sectores sociales y económicos en el marco de los derechos ciudadanos y sociales.

Dio cuenta de la diversidad de los procesos de instalación o adherencia del programa en cada territorio, recogiendo experiencias relevantes en las distintas dimensiones del programa (participación deliberativa, intersectorialidad, integración sectorial)

Incluyó un análisis de las necesidades de salud en el territorio en relación al acceso a servicios asistenciales y a servicios en materia de protección sanitaria, regulación, prevención y promoción. También debe incluir necesidades y requerimientos relativos a los programas de protección social y de equipamiento básico (infraestructura, calidad de viviendas, caminos, comunicaciones) en los territorios.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se considerarán dos tipos de fuentes de información:

A. PRIMARIAS

Central para la presente sistematización, que se deriva de informantes de las instituciones y comités vinculados al Programa de Comunas Vulnerables de manera directa o indirecta. Dentro de estos se considerarán como actores e instancias claves por el papel que han jugado, o por el grado de participación que han tenido en el programa:

- Comité regional;
- Coordinadora regional de comunas vulnerables;
- Monitoras locales de las comunas vulnerables;
- Integrantes del comité local comunal.

B. SECUNDARIAS

Fuente derivada de la variada información producida por el programa y que se encuentre accesible en algún medio de registro escrito. Entre estas cabe mencionar:

- Planes de acción por comuna.
- Consolidado de barreras identificadas y priorizadas a través de mecanismos participativos.
- Informe general de actividades.
- Información de propaganda durante el proceso de implementación del programa.

METODOLOGÍA

El presente estudio corresponde a una sistematización de carácter retrospectivo que busca conocer y aprender del proceso de implementación e instalación del Programa de Comunas Vulnerables y su modelo de intervención, para lo cual se emplea un diseño metodológico de tipo cualitativo. Desde esta perspectiva se facilita indagar en profundidad los significados asociados a la experiencia y al proceso de implementar e instalar el programa en el contexto de las comunas vulnerables.

Para realizar el análisis de los datos se creó un cronograma con los lineamientos a seguir (ver anexo 10.1.). Primero se procedió a contactar a los actores claves o fuentes primarias del programa a nivel regional y comunal, a partir de esto se creó un listado para realizar las entrevistas a los actores claves (ver anexo 10.2) y visitas que permitió recabar información relevante desde la observación directa del desarrollo de las actividades, junto con la revisión de las fuentes secundarias (ver anexo 10.3.), documentos (archivos) y desarrollo de las entrevistas. Para las entrevistas grupales e individuales se confeccionó una pauta de preguntas orientadas a partir de los objetivos específicos de la sistematización. El trabajo en terreno consistió en asistir a una de las comunas, ya que los actores claves de la otra comuna se encontraban en la región, para esto se requirió el apoyo de 1 entrevistadora en terreno.

Para analizar los datos e información recolectada, se transcribieron las entrevistas individuales y grupales, considerando sólo aquella información de las categorías determinadas por los ejes orientadores y los objetivos de la sistematización. Luego se construyó una matriz con el objetivo de reducir las categorías descriptivas, comparando lo descrito por los diferentes actores entrevistados, lo que permitió dar un análisis comprensivo y crítico.

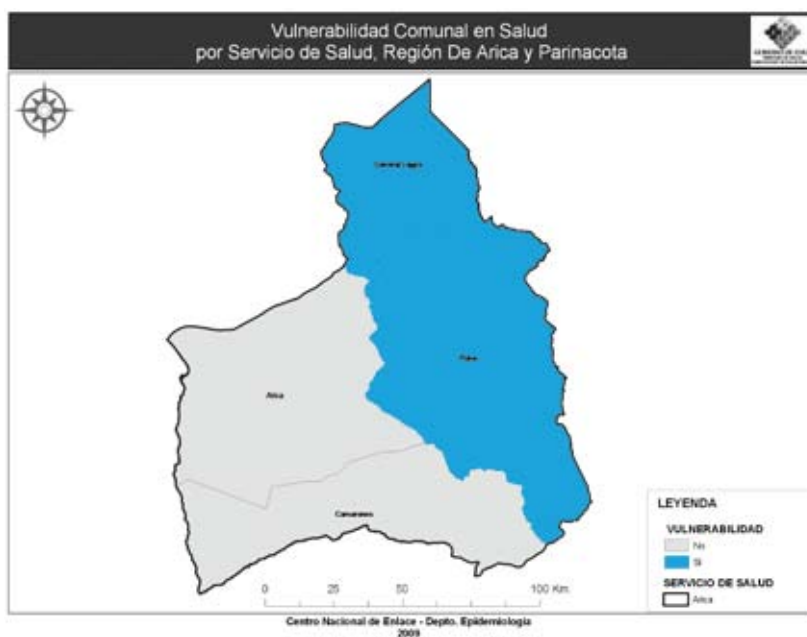
Es a través de la descripción del proceso desde su inicio y durante éste, que se buscó hacer una interpretación crítica de la experiencia de las personas, y en esta línea se desea ordenar el conjunto de prácticas, conocimientos, percepciones e interacciones que suceden o sucedieron en un momento y contexto determinado del programa.

3. CONTEXTO REGIONAL

La Región de Arica y Parinacota está ubicada en el extremo norte de Chile y cuenta con una superficie total de 16.873,3 kms². La división político administrativa regional se estructura en 2 provincias Arica y Parinacota, y 4 comunas, de las cuales Arica y Camarones corresponden a la provincia de Arica, en tanto las comunas de Putre y General Lagos a Parinacota. En la economía se destaca la extracción minera y pesquera, así como el comercio dado su carácter fronterizo.

El Programa de Comunas Vulnerables prioriza dentro de la Provincia de Parinacota a las comunas de Putre y General Lagos, por ser las comunas más vulnerables de la región. La provincia limita al norte con la Provincia de Tacna perteneciente al Departamento de Tacna, en el Perú; al sur con la Provincia del Tamarugal; al este con los Departamentos de La Paz y Oruro, Bolivia; y al oeste con la Provincia de Arica.

MAPA DE LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA (XV).



De acuerdo a las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y en lo señalado en el CASEN 2006, dentro de la región Arica y Parinacota (XV), se destaca que el 22,2% de la población afirma pertenecer o descender de un pueblo originario. El 90,2% de esta población corresponde a la etnia Aymará. En la Tabla 1 se pueden observar otros indicadores regionales.

Tabla 1. Indicadores sociodemográficos de la región de Arica y Parinacota (XV): Indicador Regional

INDICADOR	Z REGIONAL
Población regional – Proyección INE 2009	186 147
Población rural (%) – Proyección INE 2009	9,2
Población étnica (%) – CASEN 2006	22,2 (90,2% Aymará)
Población bajo línea de pobreza (%) – CASEN 2006	18,6 (mejor región 6,3)
Población que sabe leer y escribir (%) – CASEN 2006	97,6 (mejor región 98,6)
Población desocupada (%) – INE 2008	8,6 (mejor región 2,9)
Brecha desocupación H-M (%) – INE 2008	5,2 (mejor región 0,3)
Ranking de vulnerabilidad (según índice de vulnerabilidad social y condiciones de vida)	Noveno (0,667 puntos)
Tasa de mortalidad infantil (muertes por 1000 nv) - DEIS 2004-2006	6,8 (mejor región 6,1)
Esperanza de vida al nacer (años) – DEIS 2004-2006	78,52 (mejor región 79,35)

Fuente: Diagnósticos regionales de salud según DSS. www.equidad.cl

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL REGIONAL

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL, FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA Y ACTORES CLAVES.

Se constituyó el Comité Regional el día 05 de marzo de 2009, reuniendo a once participantes convocados por la Secretaría Regional Ministerial de Salud, los cuales se comprometen a participar en el desarrollo de las actividades del plan de acción de comunas vulnerables para las comunas de Putre y General Lagos, de la región de Arica y Parinacota.

Posteriormente el Comité Regional de Arica y Parinacota, se conforma por diez integrantes pertenecientes principalmente a diferentes instituciones del sector salud y algunos integrantes pertenecientes al intersector. De los cuales un total de seis asisten regularmente.

"...somos como seis en total los que participamos activamente en cada reunión, ya que los demás a veces van rotando... o por distintos motivos... pero sí... en total somos como seis... a ver... esta la encargada de Fonasa, OIRS y programa salud y pueblos indígenas del servicio de salud, yo y la encargada del programa..." (Coordinadora regional)."

El comité se reúne una vez por semana para realizar asambleas. Cada integrante desde su mirada institucional colabora con los objetivos del programa. Por ejemplo el representante del Fondo Nacional de Salud (FONASA) apoya con facilitar la entrega en cada comuna y sus alrededores de las credenciales para acceder a Fonasa; el representante de la Superintendencia de Salud colabora con informar a la comunidad de sus derechos en relación a la salud y así los otros representantes del Servicio de Salud, del Cesfam de Putre, del Programa Salud y Pueblos Indígenas.

En general todos los integrantes apoyan las funciones de trabajar y coordinar el plan instrumental de cada comuna. La coordinadora regional del programa junto a los integrantes del comité se hace cargo de las acciones consideradas como son el diagnóstico y priorización de las necesidades de cada comunidad en conjunto con las monitoras y representantes de cada localidad, para establecer planes y/o estrategias, coordinar las reuniones, establecer puentes o nexos, realizar capacitaciones en las comunidades, entre otros.

"... nos juntamos todos los viernes de cada semana, o sea, nos reunimos para coordinar las acciones, yo les propongo y luego ellos dan sus opiniones colaborando, hemos ido a las comunas a realizar capacitaciones, coordinar el plan de acción, y bueno en las reuniones... todos opinan... y se dedican desde su área a participar..." (Coordinadora regional)."

En la Tabla 2 se puede observar las actividades del comité regional y su frecuencia en las etapas iniciales del programa:

Tabla 2. Tipo y frecuencia de actividades del Comité Regional

TIPO DE ACTIVIDAD	FRECUENCIA
Sesiones Ordinarias	1 (aprox.)
Reunión Selección de Coordinador y Monitores	2 (aprox.)
Reunión de Trabajo Comité regional	5 (aprox.)
Reunión plan de acción Comité Regional	6 (aprox.)
Reunión ejecución del programa Comité Regional	6 (aprox.)
Total Reuniones	20 (aprox.)

Se destaca el involucramiento de algunos de los integrantes del comité con el programa que se refleja en su cumplimiento y participación. Por ejemplo los representantes de la Superintendencia y de Fonasa han cumplido con los compromisos adquiridos, asistiendo a las reuniones convocadas y respetando los plazos establecidos de acuerdo a las metas propuestas, ya sea en la entrega de credenciales de Fonasa o en la realización de capacitaciones en las comunidades.

Por otro lado, el hecho de que algunos representantes tengan variadas funciones dentro de sus cargos ha limitado su tiempo y dificultado su participación regular en el comité.

“se han comprometido a asistir a algunas reuniones y por viajes o compromisos posteriores no asiste, ya que todos tienen que cumplir con las obligaciones del trabajo...” (Coordinadora regional).

DESCRIPCIÓN DE ETAPAS DEL PROCESO:

DIAGNÓSTICO

Durante el proceso de diagnóstico algunos integrantes del comité regional participaron cumpliendo un rol en la asambleas convocadas a nivel comunal, lo cual facilitó el desarrollo de las actividades y la comprensión y detección de las barreras de acceso a la salud y a los servicios de salud.

“...fuimos a las comunidades a diagnosticar las necesidades en salud, junto con la coordinadora y los integrantes... de cada comité comunal, estuvimos con ellos, hicimos asambleas y hubo bastante convocatoria...” (Referente Superintendencia de Salud).

Se realizaron reuniones de comité una vez a la semana durante el mes de abril y mayo, con el fin de comprender, categorizar y ordenar las barreras detectadas bajo la denominación de conectividad, comunicación, saneamiento básico, oportunidad en salud y garantías sociales.

PRIORIZACIÓN

Se seleccionaron, en conjunto con las comunidades y algunos integrantes del comité regional, las barreras consensuadas y priorizadas a través de votación directa de los asistentes, eligiendo las 5 barreras más votadas, por tipo de barreras (conectividad, salud, saneamiento básico, comunicación, y garantías sociales). Se analizó en distintas reuniones del comité regional las causas y efectos de las barreras, para luego buscar las soluciones con la propia comunidad.

PLAN DE ACCIÓN

Durante el plan de acción el comité regional convoca a los distintos sectores para la implementación del proceso de desarrollo, el comité categoriza entre aquellas soluciones que requerían gestión por parte del equipo y otros actores, y aquellas que serían abordadas con los recursos financiados por el programa de acuerdo a cada comunidad. Si bien hubo colaboración de algunos sectores involucrados, igualmente se necesitaba mayor compromiso o bien, disposición en tiempo para participar activamente con el desarrollo del programa de otros servicios.

5. ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL REGIONAL

ORIENTACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Hubo dificultades en la comprensión del modelo de cobertura efectiva durante el comienzo del programa, lo que incidió en que tomó más tiempo la elaboración del plan de acción en ese período.

"...hicimos un trabajo arduo en tratar de comprender el modelo de cobertura efectiva, ya que fue minucioso y rebuscado el lenguaje utilizado para su elaboración, nos costó..." (Referente Servicio Salud).

Pero esto sirvió, para comprender a total cabalidad lo planteado y requerido por el programa.

Existe acuerdo que durante la ejecución y puesta en marcha del programa el concepto barreras permitió, a la coordinadora y representantes del comité regional, ordenar y categorizar los problemas de inequidades planteadas por la comunidad.

"...ordenamos la información, nos sirvió para seguir los pasos, ordenamos el trabajo en terreno, sí podríamos decir que sí nos sirvió, y lo utilizamos, nos guio porque tuvimos que categorizar y clasificar todas las barreras con las personas de la comunidad, ellos colaboraron y fueron a las asambleas, hicimos un tabla con las barreras... y así..." (Coordinadora regional).

Por otro lado, la metodología fue considerada como sistemática y que al respetar los pasos sugeridos, organizaba el trabajo y ayudaba en el establecimiento de prioridades de acuerdo a cada comuna y sus necesidades específicas, menciona la coordinadora regional.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Al comienzo del programa las personas de la comunidad estuvieron reticentes a participar, para las actividades planificadas en ambas comunas la convocatoria fue difícil de ubicar por la dispersión geográfica y territorial.

"... casi todos ya están acostumbrados a participar en algún programa que después por alguna razón, dejan de ver resultados, algunos ya no porque no ven resultados, es difícil hacer que se acerquen así nada más a un programa, explicarlo a veces también se hace complejo, pero sensibilizamos a las personas con el programa..." (Referente Superintendencia de Salud).

Otro aspecto a destacar es la credibilidad, dado que la comunidad ha sido considerada por diferentes reparticiones públicas ya sea para diagnósticos u otro tipo de intervenciones, las cuales por distintos motivos no han tenido continuidad, o bien, los habitantes de la comunidad no han visto resultados concretos, de acuerdo a esto y otras experiencias vividas por los integrantes de ambas comunidades, es que fue un obstáculo sensibilizar a las personas en cuanto al programa y lo que este significa.

Sin embargo, poco a poco la población fue involucrándose y adentrándose a participar durante las etapas de diagnóstico, priorización y plan de acción, asistiendo a las reuniones convocadas gran parte de los representantes de la comunidad y otros integrantes de esta.

"...las personas si participaron en las asambleas convocadas, pero durante el periodo de llevar el trabajo a cabo, es decir, ya durante los periodos en que se concretizaba lo planificado, ellos solo recibieron la colaboración, era necesario que las personas entendieran que en este programa ellos también tenían que participar en el periodo de ejecución" (Referente Superintendencia de Salud).

INTRASECTORIALIDAD

La intrasectorialidad se observó de manera más concreta en la etapa de ejecución del programa de acuerdo a las acciones planificadas, ya que en las primeras etapas la participación intrasectorial fue más bien escasa debido a la falta de tiempo, la desinformación, la falta de compromiso con el programa o por compromisos laborales previos que dificultaron alcanzar la colaboración esperada al interior del sector salud.

"...algunos fueron convocados, pero por tiempo o no asistían o enviaban a un representante que no se encontraba al tanto..."; (Referente Servicio Salud).

"... yo entiendo que no puedan colaborar, porque todos cumplen otras funciones, pero añadiría que si es que se comprometen a algo que es necesario lo cumplan..." (Coordinadora regional).

INTERSECTORIALIDAD

La participación intersectorial fue intermitente y dada desde diferentes sectores más bien de manera puntual a requerimientos específicos surgidos en las distintas etapas del programa, por ejemplo, al comienzo del programa, a nivel comunal y regional, se reconoce la participación del intersector en la implementación del programa.

"...participaron en el comienzo para detectar las barreras, por ejemplo carabineros y PDI en General Lagos, y el Sag y Conadi en Putre..." (Encargado Programa Comunas Vulnerables).

Aunque hay acuerdo que aunque intermitente la colaboración fue útil y facilitadora durante la implementación y ejecución del programa, el intersector presto la información y colaboración de acuerdo a sus características como servicio, es decir, sin salir de su rol, como por ejemplo en Conace se hicieron charlas preventivas en cuanto al consumo, pues se pudo trabajar en redes, sin embargo, fue desde el mismo rol.

"... las personas que participaron desde el intersector, también tenían otras funciones y trabajos en los cuales estaban comprometidos, lo que también tomo tiempo en contactar con los recursos que ellos nos podían dar, aun teniendo la disposición..." (Referente Servicio Salud).

ESTRATEGIAS PARA LA CAPTACIÓN DE GRUPOS EXCLUIDOS.

Para acceder a los grupos excluidos en las comunas se utilizaron estrategias que iban desde el trabajo puerta a puerta, hasta la entrega de información a través de equipo radial, esto facilitó en cierta medida el acceso a los grupos más alejados de la comunidad, sin embargo, también hubo grupos a los cuales no fue posible contactarlos dado a la lejanía y dispersión geográfica, ya que no se disponía con los recursos necesarios para movilizarse y desplazarse en estas localidades.

Otra forma fue captar a las personas a través de las rondas médicas lo que favoreció y permitió detectar las carencias en torno a la salud.

"llegábamos a ellos por las rondas médicas, porque algunos eran adultos mayores y costaba que salieran de su casa para ir a una reunión..." (Coordinadora regional).

6. CONCLUSIONES A NIVEL REGIONAL

A partir de la sistematización realizada se puede concluir que la implementación del Programa cumplió con las principales actividades e hitos definidos por cada diagnóstico, priorización y plan de acción de las barreras de salud a nivel comunal.

Se destaca como fortaleza la metodología sistemática y participativa del programa que contribuyó al logro de los objetivos. Es decir que la metodología utilizada por el programa en la región de Arica y Parinacota permitió visualizar las barreras de acceso a la salud, brindando orden en el sistema de detección, priorización y solución. Las referencias de los actores entrevistados, es que la participación de las personas ha sido una pieza fundamental en este programa, ya que les permitió identificar necesidades sentidas por las personas de la comunidad, buscando según sean los recursos, sus propias soluciones. Además las orientaciones metodológicas propuestas por el programa, permitieron la clasificación de los pasos a seguir, coordinando las acciones contempladas de acuerdo a cada contexto comunal.

Otro aspecto que permitió el logro de los lineamientos del programa y la puesta en marcha de este, fue el rol de agente social de las monitoras en la vinculación con la comunidad. El rol que cumplen las monitoras fue esencial para el éxito del programa, al ser personas pertenecientes a las mismas comunidades lograron y facilitaron el acceso a las redes de la comunidad y establecieron vínculos de confianza con los habitantes de dichas comunidades. El conocer los sectores aledaños les permite a las monitoras tener fácil acceso y rápida acogida.

Se reconoce que el equipo de trabajo comunal y regional logra los objetivos propuestos de acuerdo a la priorización y plan de acción, también se destaca el trabajo coordinado entre la Seremi de Salud, Fondo Nacional de Salud, Servicio de Salud y, la Superintendencia, otorgando credenciales y capacitaciones de acuerdo a las prestaciones y garantías de salud.

Se reconoce que el programa visibilizó la baja utilización de los servicios de salud por parte de la comunidad, el Programa de Comunas Vulnerables, permitió dar cuenta de la baja utilización del servicio de salud, lo que llevó a realizar un registro de quienes no accedían a él, ni estaban inscritos en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa). En octubre del 2009, se hizo entrega de credenciales de Fonasa, a las comunas de Putre y General Lagos, recibiendo entre 70 y 80 personas en Putre, y aproximadamente 250 personas en General Lagos sus respectivas credenciales.

7. RECOMENDACIONES A NIVEL REGIONAL

Se destaca la preocupación por darle continuidad al programa comunas vulnerables, a partir del reconocimiento del logro de los objetivos del programa.

Por esto es que se elaboran sugerencias a nivel regional para continuar con el plan de acción y ejecución del programa.

A nivel regional es necesario trabajar en definir el rol y las funciones de los integrantes del comité. Es esencial que los representantes de los distintos sectores participantes dentro del comité regional definan claramente sus funciones a partir de las planificaciones y tareas que el comité debe acometer. Además es importante lograr un mayor nivel de participación del intrasector y del intersector por lo que la abogacía con sus jefaturas de servicio puede ser necesaria. También es importante fomentar mayor involucración de los integrantes asumiendo tareas distintas a las derivadas de la pertenencia institucional a la que representan. .

Es necesario reforzar la participación regular y el compromiso en los comités comunales con el fin de que adquieran un protagonismo más real. Esto permitiría que estos tuvieran una mayor involucración y colaboración evitando que la participación irregular de representantes de los distintos sectores, que en la práctica se traducía que estos eran frecuentemente reemplazados en las reuniones comunales, por motivos de tener otros compromisos, retrasando el trabajo planificado para el programa.

Favorecer la adquisición de recursos para la movilidad dentro de las comunas. Aunque accedan a los grupos más excluidos con visitas en las rondas médicas, o a través de los llamados radiales, es necesaria la utilización de transporte para la movilidad de las monitoras y otros integrantes de los comités con el fin de llegar a las personas que viven en las zonas más alejadas de la comuna.

Es necesario promover la integración intersectorial a través de otras líneas y programas de la oferta pública. Se visualiza como útil complementarse con otras líneas de programas de la oferta pública, integrando este trabajo con el programa comunas vulnerables.

Es necesario delimitar las barreras contextualizadas a nivel comunal. Aunque se hayan encontrado barreras comunales y ejecutado un plan de acción de acuerdo a estas, se requiere un trabajo más delimitado y contextualizado, permitiendo establecer con claridad planes de acción diferentes para las dos comunas de la provincia de Parinacota.

Finalmente se sugiere ampliar el programa a otras comunas y territorios dentro de la región. Ampliar el programa por ejemplo a Camarones, no necesariamente abarcando toda la comuna sino que buscando focalizarse sobre grupos los pescadores artesanales.

8. REFERENCIAS

- Plan de Acción 90 días: Orientaciones Metodológicas para el trabajo en las 92 comunas vulnerables: Componente Barreras de Acceso. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud.
- <http://www.fusda.org/Revista10-1GARANTiASSOCIALES.pdf>
- <http://www.superacionpobreza.cl/EditorFiles/File/PRENSA/Septiembre%202009/noticias14septiembre.pdf>



COMUNA DE PUTRE

RESUMEN EJECUTIVO

El Programa de Comunas Vulnerables se instala en la comuna de Putre con la conformación del comité comunal con representantes de las localidades, en ocasiones con la participación de distintos integrantes de servicios públicos tanto a nivel intersectorial como intrasectorial. Se menciona como facilitador del funcionamiento del comité el hecho de que sean los dirigentes de cada localidad los que lo conforman, lo que hace más fácil el conocer las necesidades reales que tiene la gente.

Las orientaciones teórico-metodológicas del programa aún no siendo comprendidas en un comienzo, fueron llevadas a cabo, respetándose las estrategias y pasos, lo que resultó útil y cercano a las necesidades reales de la comuna. La participación social se desarrolló con mayor fuerza durante las primeras etapas, sin embargo, durante la etapa de ejecución fue disminuyendo quedando a cargo el comité comunal.

La participación intrasectorial durante todo el proceso de implementación destacó por su colaboración. En tanto la participación intersectorial se ha traducido principalmente en apoyo en la etapa de ejecución, facilitación el traslado de personas enfermas y la prestación de servicios como operativos informativos desde su rol. Faltó colaboración de otros actores del intersector.

La principal estrategia utilizada para la captación de grupos excluidos, fue el trabajo puerta a puerta, lo que facilitó la entrega de información; sin embargo, en muchas ocasiones no fue posible contactar a todos los sectores asumiendo esto como una limitación de tiempo y recursos. Otra estrategia utilizada fue coordinar las acciones con los sectores que poseían visitas de rondas médicas.

Del proceso de implementación del programa se rescatan como aprendizajes el rol de agente social y actor clave de la monitorea, favoreciendo la participación intrasectorial, intersectorial y la captación de grupos excluidos, sin embargo, en este último aspecto queda como desafío la necesidad de contar con los recursos esperados para cumplir con este requisito. Se sugiere aumentar el trabajo en la etapa de ejecución a nivel intersectorial, y la conformación de un comité real concretizando los roles de éste a nivel comunal.

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO COMUNAL

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud de Chile a través de la subsecretaría de salud pública ha impulsado una agenda de trabajo cuyo propósito es 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 salud⁶. Por determinantes sociales se entienden las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas. Equidad se refiere a la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características, socioeconómicas, demográficas o geográficas.

En esta línea, se sabe que las condiciones de vida y de la salud se relacionan con los territorios donde se ha nacido y se vive. Así la salud que cada persona tiene es el resultado de las oportunidades que ha tenido para alimentarse, crecer, pertenecer y desarrollarse como parte de un sistema complejo de relaciones sociales, culturales, económicas, ambientales, emocionales y comunicacionales.

El Programa de Comunas Vulnerables se enmarca dentro de los objetivos de reducción de las inequidades sociales que reducen y limitan el acceso a la salud y a los servicios de salud y la implementación de acciones de “inclusión social” sobre grupos o territorios excluidos. A continuación se describen los conceptos de vulnerabilidad y garantías sociales considerados por el programa.

PROGRAMA COMUNAS VULNERABLES

El propósito de este trabajo denominado “Programa 92 Comunas Vulnerables” tiene relación con identificar e intervenir las principales barreras de acceso al sistema de salud y a las garantías sociales del sistema integral de protección social en cada una de estas comunas.

En términos generales, el Programa de Comunas Vulnerables inicia el trabajo con un diagnóstico participativo de barreras de acceso a la salud y a los servicios de salud utilizando un modelo de cobertura efectiva para luego priorizar con la comunidad las barreras más relevantes y a partir de esto elaborar un plan de acción de intervención sobre las barreras priorizadas. El programa avanza a su resolución con la implementación del plan de acción de reducción de barreras en las comunas vulnerables seleccionadas. Además, el programa busca contribuir desde salud al acceso oportuno a las garantías sociales contempladas en el sistema de protección social y al ejercicio de derechos en una lógica de trabajo integrado entre el Servicio de Salud, Fonasa y los Seremi a nivel regional entre otros.

Entre los principios que orientan las acciones del programa cabe destacar la equidad, el acceso acorde a la necesidad, el ejercicio de derechos por parte de la ciudadanía y el fortalecimiento de la participación comunal. Además la gestión del programa busca fomentar la integración intrasectorial y la colaboración intersectorial.

Por último, cabe mencionar que el modelo de barreras propuesto por el programa ofrece una herramienta de análisis de la relación entre la disponibilidad de los servicios y el nivel de utilización de ellos. Este modelo considera el acceso como un proceso en que se pueden diferenciar diferentes etapas de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto. Atravesar todas las etapas implica alcanzar la cobertura efectiva (lo deseable desde una perspectiva sanitaria). Este modelo se aplica tanto a barreras de acceso a la salud como a barreras a los servicios de salud⁷.

6. Plan de Acción 90 días: Orientaciones Metodológicas para el trabajo en las 92 comunas vulnerables: Componente Barreras de Acceso. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud

7. Para una descripción más detallada del programa consultar el Plan de Acción 90 días: Orientaciones Metodológicas para el trabajo en las 92 comunas vulnerables: Componente Barreras de Acceso. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud

CONTEXTO COMUNAL

La comuna de Putre, se ubica en la región de Arica y Parinacota (XV), específicamente en la provincia de Parinacota, ubicada en la zona rural, a 145 Kilómetros al interior de la ciudad de Arica y a una altitud de 3.350 m.s.n.m. Al interior de la comuna se pueden encontrar 19 localidades. Limita geográficamente al norte con la comuna de General Lagos, al sur con la comuna de Colchane de la región de Tarapacá, al oeste con la comuna de Arica y Camarones, y al Este con la república de Bolivia.

La estructura demográfica y asentamientos urbanos, se caracteriza por un alto nivel de concentración en la localidad y capital comunal Putre, que concentra el 62,5% de la población. El otro 37,5% se reparte en emplazamiento territorial, todas las localidades se ubican siguiendo el borde oriental del parque Nacional Lauca y de la Reserva Nacional Las Vicuñas. Según los datos recolectados en el Censo del año 2002 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la comuna posee una superficie de 5.944 km².

La población indígena predominante, pertenece a la etnia aymará, la cual de acuerdo al INE, representa el 78,5% de su población total. Las expresiones culturales reconocidas son, su acervo cultural; costumbres religiosas, fiestas tradicionales ligadas al cultivo de la tierra y el pastoreo de auquénidos, poblados típicos, su música y bailes, sistemas de cultivo y gastronomía marco para el desarrollo de una cosmogonía andina que traspasa los límites de la frontera.

Los centros de atención de salud que se encuentran en la comuna, son el consultorio rural llamado CESFAM de Putre, y dos Postas Rurales (Ticnamar y Belén). El objetivo de las unidades de baja complejidad es entregar atenciones de salud a las personas en un nivel primario.

En el marco de la implementación del Programa de Comunas Vulnerables fueron relevantes las características de la comuna, como la dispersión geográfica, es decir, de las localidades que se encuentran alrededor de la comuna, así como la distancia entre la comuna y la capital regional.

A continuación se presentan los indicadores recogidos por la Subsecretaría de Salud Pública (Tabla 3).

Tabla 3. Indicadores sociodemográficos comuna de Putre.

INDICADOR	RESULTADO	MEJOR COMUNA RXV (ARICA)
Población comunal	1381	
Población rural (%)	37,5	
Ranking de vulnerabilidad (menor ranking mayor vulnerabilidad)	60/335	229/335
Población bajo línea de pobreza (%)	10,2	18,7
Ingreso per cápita jefes de hogar: hombres	160 596	339 439
Ingreso per cápita jefes de hogar: mujeres	161 598	94 814
Población que sabe leer y escribir (%)	83,4	97,8
Población perteneciente a FONASA y sin previsión (%)	95/3,4	85,1/4,7
Años de vida potencialmente perdidos: hombres (1000 hab.)	21,9	97,6
Años de vida potencialmente perdidos: mujeres (1000 hab.)	70,6	25,7
Población con discapacidad (%)	6,5	5,4

Fuente: Fichas de Caracterización Comunal. Subsecretaría de Salud Pública.

2. DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL COMUNAL

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL, FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA Y ACTORES CLAVES

Se constituyó el Comité Comunal como equipo de trabajo a través de la monitora, la cual visita cada localidad donde la gente eligió a su representante. También invitó a participar a este comité a algunos integrantes de distintos servicios públicos tanto a nivel intersectorial como intrasectorial, como por ejemplo la Policía de Investigaciones y el Servicio Agrícola y Ganadero (Ver anexo 8.8). Se reúnen dos o tres veces al mes, con la finalidad de dar comunicados en torno a las garantías sociales y nuevos planes o programas en los cuales la comunidad se vea beneficiada.

“... nosotros los reunimos, para contarles en que va todo, informarles los avances de los planes que hicimos con la comunidad, también nos reunimos para la entrega de credenciales, cada vez que podemos nos juntamos para ver como marcha todo...” (Monitora).

En la comuna de Putre la puesta en marcha del programa se inició con la participación de dos monitoras, una de las debió abandonar el cargo por traslado de residencia a otra ciudad. Actualmente existe una monitora que coordina las acciones a nivel local. La monitora comunal, el Director del Consultorio de Putre, las representantes de Putre, Ticnamar, Lupica y Bélen, de las cuales la mayoría asisten con regularidad, los otros representantes de las comunidades van rotando su asistencia a las asambleas convocadas, y otros integrantes del servicio de salud, los cuales también asisten de forma irregular.

“Los que siempre asisten a las reuniones programadas, son las representantes de la comunidad y el director del consultorio Don Cristian, aunque igual van más representantes de la comunidad, pero no siempre, porque a veces no tienen con quien dejar a sus animales para que los cuiden, y las personas del SAG, nos colaboran pero no necesariamente en las reuniones, así mismo carabineros...” (Monitora).

Se menciona como facilitador del funcionamiento del comité el hecho de que sean los dirigentes de cada localidad los que lo conforman, lo que hace más fácil el conocer las necesidades reales que tiene la gente. Las personas mencionan que se sienten más confiadas al saber que quien los representa es parte de su comunidad y conoce a fondo sus costumbres y forma de vida. Aunque también se menciona como una dificultad el que los dirigentes no asistían regularmente a las reuniones convocadas, ya sea por problemas de locomoción o porque algunos se habían trasladado a Arica lo que dificultaba su ubicación y convocatoria al evento según refieren las monitoras, dirigentes y coordinadora.

DESCRIPCIÓN DE ETAPAS DEL PROCESO

DIAGNÓSTICO

Se realizaron 2 asambleas para el diagnóstico participativo comunitario de barreras de acceso a la salud y garantías sociales, el día 14 de mayo en la comuna de Putre; en la mañana asisten 35 personas de los diferentes pueblos de la comuna, y en la tarde asisten 38 personas que habitan en el pueblo de Putre, entre ellos representantes de organizaciones indígenas, dirigentes vecinales, educación, carabineros, PDI y comunidad en general. Para el levantamiento de información se utiliza la técnica de lluvia de ideas, estableciendo en un cuadro de categorías para el ordenamiento de las barreras detectadas, tales como conectividad, comunicación, saneamiento básico, oportunidad en salud y garantías sociales. Las personas a cargo fueron la coordinadora regional en conjunto con la monitora comunal, y otros representantes del Comité Regional.

Dentro de las actividades del diagnóstico se consideran estrategias para abordar a personas que no contactan los servicios de salud aplicando una encuesta a 100 personas de la comuna de Putre y pueblos cercanos. Esta encuesta tuvo por finalidad incluir a aquellas personas que no participaron de la asamblea convocada para diagnosticar las barreras.

PRIORIZACIÓN

El 2 de Julio de 2009 se realizó una jornada de priorización y validación de barreras de salud y garantías sociales con la comunidad, participaron en esta actividad 80 personas divididas en dos grupos mañana y tarde, representantes de diferentes instituciones, consultorio rural, liceo, organizaciones comunitarias, dirigentes vecinales, FFAA, desarrollando diferentes actividades que involucraron la participación activa de la comunidad. Se utilizó como criterios de selección de las barreras las dimensiones de accesibilidad (tipos), disponibilidad, aceptabilidad y contacto.

Se seleccionaron las barreras consensuadas y priorizadas a través de votación directa de los asistentes, eligiendo las 5 barreras más votadas, por tipo de barreras (conectividad, salud, saneamiento básico, comunicación, y garantías sociales). Se analizó causas y efectos de las barreras, buscando soluciones con la propia comunidad. Se sistematiza el trabajo a través de dimensiones, categorías y condiciones mínimas del sistema de protección social. Se entrega la encuesta a los monitores locales para ser aplicada a la comunidad e identificar a la población que no accede a la salud y garantías sociales.

PLAN DE ACCIÓN

Para la implementación del plan de acción se hizo una separación inicial entre aquellas soluciones que requerían gestión por parte del equipo y otros actores, y aquellas que serían abordadas con los recursos financiados por el programa.

Se abordaron 17 medidas las cuales fueron agrupadas en 5 líneas en el plan de acción, cuyo presupuesto alcanzó un total de \$ 10.740.000. El plan comienza a ejecutarse durante el mes de Agosto hasta el mes de Diciembre de 2009. Hubo tardanzas con algunos plazos establecidos, sin embargo, se cumplió lo esperado dentro de lo previsto.

En el proceso del plan de acción, el rol de otros sectores claves facilitó la solución de las barreras, como lo fueron el Comité de Emergencia Regional de la Onemi, Conace, Conadi, Servicio de Salud – Pespi, la Radio Local, Serplac, Seremi de Salud, Fonasa, Mideplan y Gore. La Tabla 4 sintetiza las actividades del plan de acción.

Tabla 4. Resumen de barreras, actividades y presupuestos del Plan de Acción, Putre.

BARRERA	ACTIVIDAD	COSTO \$
1. CONECTIVIDAD	Implementación y modernización de la red de Radio Comunicación de Arica y Parinacota”, para 6 estancias de la comunas de Putre.	FNDR \$ 0
	1.2 Mejorar caminos para una mejor eficacia y seguridad en traslado de los usuarios a los Centros de Salud y una comunicación más efectiva entre los pueblos.	FNDR \$ 0
Costo Total por Barrera		\$ 0
2. COMUNICACIÓN INTERCULTURAL	2.1. Capacitar a funcionarios Públicos de la Región, para la atención de la comunidad aymará.	\$
	2.2. Seminario de Cultura Aymará para la comunidad en prevención de consumo de alcohol y drogas”.	\$
	2.3. Información periódica a la comunidad, a través de cuñas radiales.	\$ 240.000
	2.4. Difusión radial, en la ciudad de Arica entregando información de actividades que se van a realizar en ambas comunas.	\$
Costo Total de Barreras		\$ 240.000
3. SANEAMIENTO BÁSICO	3.1. Construcción de letrinas sanitarias básicas de material ligero, e instalación de estanques de para almacenamiento de agua potable y potabilización de agua.	\$ 8.500.000
	3.2. Mesa de territorios Vulnerables” dirigida por Serplac, para discutir y planificar temas para proyectos a largo plazo, gestión interregional.	\$ 0
Costo total por Barrera		\$ 8.500.000
4. OPORTUNIDAD EN SALUD	4.1. Agilizar las postulaciones de implementos de discapacidad, y atención de Terapeuta y Kinesiólogo a adultos mayores en su rehabilitación.	\$ 0
	4.2. Postulación a FNDR vehículo para acercamiento de enfermos a consultorio de Putre de aquellos que no acceden a ronda medica (estancias).	FNDR \$ 0
	4.3. “Plan de Acción para entrega de credenciales de beneficiarios FONASA”.	\$ 0
	4.4. Contratación con recursos PESPI, la atención complementaria de una partera (Usuyiri) atendiendo en las rondas médicas.	\$ 0
	4.5. Otorgar horas médicas oportunas a los habitantes de la comunidad de Putre.	\$ 0
	4.6. Difusión informativa “Chile Crece Contigo” Capacitaciones periódicas del Sistema AUGÉ a la comunidad rural.	\$ 0
	4.7. Apoyo al consultorio de Atención de Salud Rural, con alumnos de enfermería de la Universidad de Tarapacá.	\$ 0
Costo Total por Barrera		\$ 0
5. DESCONOCIMIENTO DE PROGRAMAS SOCIALES	5.1. Capacitación y formación de Gestores Sociales Rurales a 20 dirigentes comunales.	\$ 2.000.000
	5.2. Capacitación en Orientaciones a la comunidad para “Regularización de Título de Dominio a través del decreto 2.695 y 1639/77”.	\$ 0
Costo Total por Barrera		\$ 2.000.000
COSTO TOTAL PLAN COMUNAL		\$ 10.740.000

3. ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL COMUNAL

ORIENTACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Se señala que tanto el modelo conceptual como el metodológico fueron útiles y cercanos a las necesidades reales de la comuna.

"...las personas de la comunidad participaron en la detección y validación de las barreras de acceso, dándole prioridad a las que se consideró más necesarias..." (Director CESFAM).

Esto a su vez los llevó a diseñar un plan de acción para su resolución.

A nivel conceptual cabe destacar que la variable cultural en algunas ocasiones representó una dificultad para transmitir con mayor fuerza la terminología de barreras, para la comunidad principalmente compuesta por una mayoría de personas pertenecientes a la etnia aymará, no le resultaba fácil su comprensión.

"las personas de la comunidad no entienden el concepto, les cuesta entender el modelo y sus pasos, es por esto que se necesita a una persona de la misma comunidad como monitora para que les haga comprender la idea central del programa desde sus conocimientos", (Referente Seremi Salud).

Las orientaciones programáticas aún no siendo comprendidas en un comienzo, son llevadas a cabo, respetándose las estrategias y pasos de acuerdo a la metodología implementada por el modelo, se han disminuido brechas de salud que hasta hace un tiempo se evaluaban lejanas y a largo plazo, las personas de la comunidad y de las distintas localidades a su alrededor también las vislumbraron de la misma forma lo cual formo una impresión distinta, brindando credibilidad al programa.

"...ellos se han dado cuenta que este programa es distinto a otro y que no solo las ha escuchado, sino que en poco tiempo han visto cambios y soluciones que no esperaban y también desconocían..." (Director CESFAM).

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Al inicio durante el proceso de diagnóstico del programa, la participación fue un obstáculo y la convocatoria de la gente no fue fácil. Las comunidades estuvieron reticentes a participar en las actividades planificadas para tomar decisiones y en las reuniones convocadas.

"...las personas pensaban que este programa iba a ser igual que otros, que los reunían, los hacían salir de sus labores y quedaban en nada". (Referente Seremi Salud).

Sin embargo, poco a poco la población se fue involucrando y tomando participación en cada una de las reuniones a las que se les convocó, entregando su opinión y dando a conocer la realidad y necesidad de cada una de las localidades a las que representaban, esto ocurrió así.

"es porque las personas han visto resultados a corto y mediano plazo, confiando en que los van a escuchar y ayudar". (Coordinadora Regional).

En la etapa de diagnóstico asistieron 73 personas convocadas y, durante la etapa de priorización y definición del plan de acción asistieron 80 representantes de la comunidad, sin embargo, durante la etapa de la ejecución de las acciones la participación de la comunidad queda sujeta solo a los representantes del comité comunal.

Para recoger y atender las necesidades, los participantes del comité se encargaron de recopilar experiencias más urgentes de cada lugar, las cuales se dan a conocer en las reuniones del comité. Posteriormente, se hizo una mesa redonda exponiendo las problemáticas, priorizando según su urgencia y facilidad para resolverlas, acorde a la realidad y alcance de los recursos

disponibles, proponiendo a su vez posibles soluciones para cada problemática abordada, menciona la dirigente de Putre:

“... nos invitaron a participar en una reunión, nos separaron en grupos, y después conversamos de cuáles son nuestras necesidades y votamos eligiendo la que más nos hacía falta... para trabajar...” (Presidenta comunidad Putre).

De acuerdo a las barreras encontradas, están: dispersión geográfica entre los pueblos, estancias y el centro de salud, esto sumado a que los caminos entre las localidades y la comuna se encuentran en mal estado.

“mala calidad de los caminos, lo que hace más difícil el traslado de los enfermos al Consultorio”, (Director CESFAM).

Las estrategias abordadas para solucionar este problema fue la contratación de un médico para así poder aumentar las rondas médicas; además se ha podido llegar a otras estancias a las que antes no se podía llegar, actualmente las rondas médicas se han extendido a 11 localidades lo que ha permitido mejorar el acceso a la salud.

INTRASECTORIALIDAD

La comunicación intrasectorial fue fluida con el servicio de salud, lo que ha permitido que la monitora de salud participe de las rondas médicas.

“... cuando hay un cupo disponible, en la camioneta, para salir a las rondas médicas invitamos a la monitora” (Director CESFAM).

Esto permitió recoger información de los avances del programa y difundir lo que son las garantías sociales y servicios con los que pueden contar, y conocer el grado de satisfacción de los usuarios con dicho servicio.

Según expresan la monitora y lugareños el no contar con movilización propia ha sido una dificultad, ya que siempre están dependiendo de otros para poder llegar a los lugares más alejados. Es así que los problemas de movilización que no se pueden resolver intersectorialmente obstaculizan la participación y disposición a colaborar con la gente de la comunidad. Además el combustible para los vehículos sólo es accesible en Arica, por lo que es necesario racionar de acuerdo a las prioridades que se tienen, lo que se traduce en un obstáculo a la colaboración.

Los representantes de la gobernación y el consultorio de Putre, participaron durante todo el proceso, es decir en el diagnóstico, priorización y plan de acción, donde más destacaron su colaboración fue durante la etapa de ejecución del programa.

INTERSECTORIALIDAD

A nivel comunal la intersectorialidad se ve reflejada en la participación y colaboración de instituciones como Carabineros de Chile y el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG).

Esta colaboración se ha traducido principalmente en la facilitación del traslado de personas enfermas y en la difusión de información relacionada al programa, es decir a la etapa correspondiente a la ejecución del programa. En ocasiones han trasladado a las monitoras a las estancias de más difícil acceso, ya que éstas no cuentan con la movilización necesaria para visitar estos lugares. Otra coordinación se ha dado con las radio emisoras locales que apoyan el programa difundiendo información y convocando a las personas a participar de las reuniones.

La participación intersectorial se desarrollo convocando a distintos actores vinculados con el sector salud y otros sectores que promuevan un desarrollo a nivel local. Así los representantes de la comunidad se han adherido a programas como los de Sercotec, programa Puente de Chile Crece Contigo, se la han entregado credenciales de Fonasa. A través de estas actividades las personas han accedido a los servicios, dando un paso en términos de participación e integración comunal con las redes a sus servicios.

El trabajo con el municipio, en ocasiones, ha sido algo irregular, ya que en varias oportunidades han colaborado con recursos, en otras instancias han tenido dificultades en la comunicación para facilitar dichos recursos,

“han adquirido compromisos, pero no los han podido cumplir por tener otras prioridades y por cambios internos de personal, lo que a veces ha llevado al poco manejo de información sobre el programa por parte de funcionarios” (Monitora).

ESTRATEGIAS PARA LA CAPTACIÓN DE GRUPOS EXCLUIDOS

La principal estrategia utilizada por la monitora fue el contacto personal con los grupos excluidos, realizando un trabajo puerta a puerta para poder informar y explicar a las personas de la comunidad de qué se trata el programa, lo que facilitó la entrega de información, explicar los temas que aborda y los beneficios que puede proporcionar, entre otros.

Para ello las monitoras pedían la colaboración al municipio o se transportaba con recursos personales utilizando su caballo para acceder y contactar a las personas de las localidades más alejadas de la comuna. Sin embargo, en muchas ocasiones no fue posible contactar a todos los sectores asumiendo esto como una limitación de tiempo y recurso.

“...Se nos intento localizar, pero siempre debe de anticiparse la invitación, y aún así acá es difícil coordinar eso sobre todo si uno vive tan lejos de Putre...” (Socio J. Vecinos Belén).

La principal dificultad para captar a los grupos excluidos, según comentan los lugareños y monitora, radica en que en ocasiones las reuniones programadas no coincidían con los días de salida del transporte público para poder visitar algunas de las localidades más alejadas o simplemente en algunas de las estancias no llega locomoción, por lo que la gente debe caminar muchos kilómetros o transportarse en vehículos particulares, lo cual se complica, ya que muchos no disponen de este último recurso.

“Hay personas que no podíamos contactar porque viven muy lejos, pero igual las fui a buscar, aunque yo sé que no ha todas porque se necesita ayuda para ir a esos lugares, yo conozco todo pero hay que llegar con movilización para ya...” (Monitora).

Otra estrategia utilizada para captar a los grupos excluidos fue coordinar las acciones con los sectores que poseían visitas de rondas médicas.

“Cuando Don Cristian y su equipo de salud pueden, me invitan a las rondas médicas y así aprovecho de contactarme con las personas y veo como están y que les hace falta...” (Monitora).

4. CONCLUSIONES A NIVEL COMUNAL

En la comuna de Putre la implementación del Programa Comunas Vulnerables se identificaron las barreras de acceso a la equidad en salud, priorizando y elaborando un plan de acción en conjunto con la comunidad.

Se concluye a nivel comunal del trabajo que:

El rol de agente social de las monitoras en la vinculación con la comunidad es esencial. El rol que cumplen las monitoras fue esencial para el éxito del programa, al ser personas pertenecientes a las mismas comunidades lograron y facilitaron el acceso a las redes de la comunidad y establecieron vínculos de confianza con los habitantes de dichas comunidades. El conocer los sectores aledaños les permite a las monitoras tener fácil acceso y rápida acogida.

La monitora no contó con los recursos necesarios para la movilización en la etapa de diagnóstico y acercamiento a la comunidad. De acuerdo a la dispersión geográfica y territorial de la comuna y las localidades a su alrededor, la monitora debía disponer de algún medio de transporte para cumplir con lo programado. Dado que el programa comunas vulnerables busca llegar a todas las personas y localidades más alejadas del sistema de salud.

El rol del actor clave en la comuna potencio el trabajo y la llegada hacia otros sectores. El director del consultorio se encargó de promocionar y participar colaborando con la monitora y los representantes del comité, para llegar a los grupos más excluidos con las rondas y visitas medicas. Potenciando la colaboración y participación en otros programas de la red salud.

La participación de la comunidad durante algunas etapas fue más activa. En el proceso de diagnóstico y priorización de las barreras se llevo a cabo en forma participativa y con una convocatoria aceptable por parte de la comunidad, sin embargo, durante la etapa de ejecución las personas disminuyeron la convocatoria a distintas asambleas, y la participación y apoyo pasivo.

El programa contribuyo a aumentar la credibilidad en las intervenciones del equipo de salud y en el acceso a las garantías sociales. Anterior a este programa las personas de la comunidad sentían desconfianza con las prestaciones de salud, ya sea por desconocimiento del sistema, por falta de información, o bien, por el costo económico que significaba para muchos acceder a este servicio. Sin embargo, hoy la visión y creencia de hace un tiempo, ha cambiado en la mayoría de las personas de la comunidad, aludiendo que reciben beneficios de distintos planes y programas, por mencionar algunos, Auge y Chile Crece Contigo.

El reconocimiento de las personas de la comunidad en la participación y colaboración en la etapa de diagnóstico de barreras. Esto permitió genera credibilidad y que ellos se sientan parte del equipo de trabajo, dado que ellos fueron los actores claves para detectar las necesidades y barreras, aun no habiendo entendido las orientaciones teórico-metodológicas.

5. RECOMENDACIONES A NIVEL COMUNAL

A partir de las experiencias y entrevistas recogidas, se considera la valoración positiva que ha impulsado el Programa Comunas Vulnerables en Putre, facilitando el acceso a las garantías sociales y el acercamiento a del Servicio de Salud a la comunidad sobre todo en la etapa de diagnostico y priorización de las barreras de acceso.

De esto se sugiere según lo comentado y recogido durante el proceso de sistematización, los siguientes lineamientos.

La Participación y colaboración a nivel intersectorial. Se requiere la participación para trabajar con las redes necesarias según sea el caso, es fundamental contar con el apoyo y trabajo en redes del intersector, con esto se privilegiaría a la población y el contexto en el que se desenvuelve. Durante la etapa de ejecución del programa se mostraron participativos, sin embargo, en la etapa de diagnostico y priorización la colaboración a participar por parte del intersector fue escasa.

La formación de la monitora comunal. Aunque se valora su pertenencia a la comunidad, se requiere un apoyo continuo en la formación de los monitores que facilite el trabajo desde las orientaciones conceptuales y metodológicas del programa, con el fin de dar una visión más clara del quehacer.

Formación de un comité formal y real operativo. Aunque se comprende la disposición a colaborar por parte de los representantes locales y algunos actores claves dentro del comité, es necesario un compromiso real y concreto en términos prácticos con el objetivo de establecer roles claros para delegar las funciones se requieran según sea el caso y la necesidad. Evitando la rotación y evasión de responsabilidades.

Fortalecer el trabajo con la municipalidad. Ampliando los nexos de comunicación y colaboración en lo que se refiere a transporte y difusión de información, o bien, oficializar la coordinación de los tiempos planificados.

Es necesario fortalecer el trabajo desde la interculturalidad, si bien se han implementado capacitaciones en torno a esta, debiera de considerarse un programa para la comprensión no tan solo desde la lengua, también considerar las costumbres en el marco del respeto que esta representa.

RESUMEN SUGERENCIAS A TRABAJAR

- La participación y colaboración a nivel intersectorial
- La formación de la monitora comunal desde las orientaciones conceptuales y metodológicas del programa
- Formación de un comité formal y real operativo
- Fortalecer el trabajo con la municipalidad
- Fortalecer el trabajo desde la interculturalidad

6. REFERENCIAS

- Plan de Acción 90 días: Orientaciones Metodológicas para el trabajo en las 92 comunas vulnerables: Componente Barreras de Acceso. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud.
- <http://www.fusda.org/Revista10-1GARANTIASSOCIALES.pdf>
- <http://www.superacionpobreza.cl/EditorFiles/File/PRENSA/Septiembre%202009/noticias14septiembre.pdf>



COMUNA DE GENERAL LAGOS

RESUMEN EJECUTIVO

El programa comunas vulnerables se instala en la comuna de General Lagos, conformándose el comité comunal con representantes de la comunidad, participantes del servicio público y desde el intersector. Sin embargo, con este último se presentaron dificultades en la coordinación.

Las orientaciones teórico-metodológicas del programa no fueron comprendidas en el comienzo, sin embargo, se utilizaron cumpliéndose los objetivos de esta. Se valora la participación de la comunidad durante el diagnóstico y priorización del programa, las personas se sintieron más participes, lo que a su vez dio más credibilidad al programa.

La participación intrasectorial en las primeras etapas del programa se manifestó colaborando, sin embargo, desde el municipio la apreciación es insatisfactoria, existe descontento por la forma en la cual se coordinaron las acciones y la entrega de información respecto de las garantías sociales, y las prestaciones que ofrece el servicio de Salud. En tanto en la participación intersectorial aun existiendo colaboración, hubo gestiones que se caracterizaron como desorganizadas, donde también se percibe la falta de colaboración de otros actores claves.

La principal estrategia utilizada para la captación de grupos excluidos, fue la difusión de información a través del medio de comunicación radial, junto con el trabajo puerta a puerta, permitiendo la entrega de información, sin embargo, fue difícil captar a todos los grupos excluidos dada la situación geográfica y contextual en la comuna.

Durante la implementación se destacan como aprendizajes, la valoración de la monitora como perteneciente a la comunidad, y la utilización de otras herramientas para acceder a los grupos más alejados. Se recomienda para esto fortalecer el trabajo con el municipio, ampliar las redes con el intersector, y la conformación de un comité real operativo, definiéndose los roles para trabajar durante toda la implementación del programa.

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO COMUNAL

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud de Chile a través de la subsecretaría de salud pública ha impulsado una agenda de trabajo cuyo propósito es 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 salud⁸. Por determinantes sociales se entienden las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas. Y la equidad se refiere a la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características, socioeconómicas, demográficas o geográficas.

En esta línea, se sabe que las condiciones de vida y de la salud se relacionan con los territorios donde se ha nacido y se vive. Así la salud que cada persona tiene es el resultado de las oportunidades que ha tenido para alimentarse, crecer, pertenecer y desarrollarse como parte de un sistema complejo de relaciones sociales, culturales, económicas, ambientales, emocionales y comunicacionales.

El Programa Comunas Vulnerables se enmarca dentro de los objetivos de reducción de las inequidades sociales que reducen y limitan el acceso a la salud y a los servicios de salud y la implementación de acciones de “inclusión social” sobre grupos o territorios excluidos. A continuación se describen los conceptos de vulnerabilidad y garantías sociales considerados por el programa.

PROGRAMA COMUNAS VULNERABLES

El propósito de este trabajo denominado “Programa 92 Comunas Vulnerables” tiene relación con identificar e intervenir las principales barreras de acceso al sistema de salud y a las garantías sociales del sistema integral de protección social en cada una de estas comunas.

En términos generales, el Programa de Comunas Vulnerables inicia el trabajo con un diagnóstico participativo de barreras de acceso a la salud y a los servicios de salud utilizando un modelo de cobertura efectiva para luego priorizar con la comunidad las barreras más relevantes y a partir de esto elaborar un plan de acción de intervención sobre las barreras priorizadas. El programa avanza a su resolución con la implementación del plan de acción de reducción de barreras en las comunas vulnerables seleccionadas. Además, el programa busca contribuir desde salud al acceso oportuno a las garantías sociales contempladas en el sistema de protección social y al ejercicio de derechos en una lógica de trabajo integrado entre el Servicio de Salud, Fonasa y los Seremi a nivel regional entre otros.

Entre los principios que orientan las acciones del programa cabe destacar la equidad, el acceso acorde a la necesidad, el ejercicio de derechos por parte de la ciudadanía y el fortalecimiento de la participación comunal. Además la gestión del programa busca fomentar la integración intrasectorial y la colaboración intersectorial.

Por último, cabe mencionar que el modelo de barreras propuesto por el programa ofrece una herramienta de análisis de la relación entre la disponibilidad de los servicios y el nivel de utilización de ellos. Este modelo considera el acceso como un proceso en que se pueden diferenciar diferentes etapas de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto. Atravesar todas las etapas implica alcanzar la cobertura efectiva (lo deseable desde una perspectiva sanitaria). Este modelo se aplica tanto a barreras de acceso a la salud como a barreras a los servicios de salud⁹.

8. Plan de Acción 90 días: Orientaciones Metodológicas para el trabajo en las 92 comunas vulnerables: Componente Barreras de Acceso. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud

9. Para una descripción más detallada del programa consultar el Plan de Acción 90 días: Orientaciones Metodológicas para el trabajo en las 92 comunas vulnerables: Componente Barreras de Acceso. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud

CONTEXTO COMUNAL

La comuna de General Lagos, se ubica en la región de Arica y Parinacota (XV), específicamente en la provincia de Parinacota, ubicada en la zona rural, 270 kms de distancia de la ciudad de Arica, con claros inconvenientes en el acceso y la comunicación, debido a la dispersión geográfica entre los pueblos y estancias. A una altitud de 4.069 msnm., con una superficie de 2.244,4 km². Al interior de la comuna se pueden encontrar 15 localidades. Su municipalidad tiene asiento en Visviri. Tiene una población de 1242 habitantes.

La población indígena predominante, pertenece a la etnia Aymará. Los centros de atención de salud que se encuentran en la comuna son postas rurales, de las cuales una se ubica en Alcerreca y la otra en Visviri, con un nivel de atención primaria. La Tabla 5 presenta otros indicadores de la comuna de General Lagos.

Tabla 5. Indicadores sociodemográficos de la comuna General Lagos.

INDICADOR	RESULTADO	MEJOR COMUNA RXV(ARICA)
Población Comunal	1242	
Población Rural (%)	100	
Ranking de vulnerabilidad (menor ranking de vulnerabilidad)	12/335	229/335
Población bajo línea de pobreza (%)	19	18,7
Ingreso Percápita jefes de Hogar. Hombres	94 066	339 439
Ingreso Percápita jefes de Hogar. Mujeres	39 960	94 814
Población que sabe leer y escribir (%)	79,8	97, 8
Población perteneciente a FONASA y sin previsión (%)	96/4	85,1/4,7
Años de vida potencialmente perdidos: hombres (1000 hab.)	Sin dato	97,6
Años de vida potencialmente perdidos: mujeres (1000 habs.)	Sin dato	25,7
Población con discapacidad (%)	5,3	5,4

2. DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL COMUNAL

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL, FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA Y ACTORES CLAVES

El Comité Comunal se conformó por el equipo de trabajo a través de la monitora, la cual visita cada localidad donde la gente eligió a su representante. También invitó a participar a este comité a algunos integrantes de distintos servicios públicos tanto a nivel intersectorial como intrasectorial.

El programa ha sido útil, sin embargo, continúa siendo una dificultad la lejanía entre las mismas localidades, ya que se necesitan de los recursos necesarios para acceder a todas las personas de la comunidad. Uno de los actores claves dentro de este programa fue la colaboración de encargado de salud municipal de la comuna, gestionando las acciones en terreno cuando era necesario.

DESCRIPCIÓN DE ETAPAS DEL PROCESO

DIAGNÓSTICO

Se realizó 1 asamblea para el diagnóstico participativo comunitario de barreras de acceso a la salud y garantías sociales el día 13 de mayo en la comuna de General Lagos, a la cual asistieron 70 personas, entre ellos representantes de organizaciones indígenas, dirigentes vecinales, educación, carabineros, PDI y comunidad en general. Para el levantamiento de información se utiliza, al igual que en Putre, la técnica de lluvia de ideas estableciendo un cuadro de categorías según el tipo de barrera: conectividad, comunicación, saneamiento básico, oportunidad en salud y garantías sociales. A cargo de la actividad estuvieron la coordinadora regional junto con la monitora comunal, y otros representantes del comité regional. Dentro de las actividades del diagnóstico se consideraron estrategias para abordar a personas que no contactan los servicios de salud aplicando una encuesta a 50 personas de la comuna de General Lagos y pueblos cercanos.

PRIORIZACIÓN

Se realizó una asamblea el 01 de Julio de 2009 para la priorización y validación de barreras de salud y garantías sociales con la comunidad, asistiendo 96 personas representantes de diferentes instituciones, organizaciones comunitarias, dirigentes vecinales, Carabineros, en el desarrollo de las actividades que involucraron la participación activa de la comunidad. Se utilizó como criterios de selección de las barreras las dimensiones de accesibilidad (tipos), disponibilidad, aceptabilidad y contacto.

Se considera una reunión con el Equipo Regional el día 6 de Julio de 2009 con la Seremi de Salud en Arica, para dar a conocer barreras priorizadas y validarlas. Posteriormente se realizó difusión comunitaria de los resultados del diagnóstico y priorización de las barreras de salud y garantías sociales. Se sistematiza el trabajo a través de dimensiones, categorías y condiciones mínimas del sistema de protección social. Se entrega encuesta a los monitores locales para ser aplicada a la comunidad e identificar a la población que no accede a la salud y garantías sociales.

PLAN DE ACCIÓN

Para la implementación del plan de acción se hizo una separación inicial entre aquellas soluciones que requerían gestión por parte del equipo y otros actores, y aquellas que serían abordadas con los recursos financiados por el programa.

Se abordaron 16 medidas las cuales fueron agrupadas en 5 líneas en el plan de acción, cuyo presupuesto alcanzó con un total de \$ 10.240.000. El plan comienza a ejecutarse durante el mes de agosto hasta el mes de diciembre de 2009.

En el proceso del plan de acción el rol de otros sectores claves facilitó la solución de las barreras, como lo fueron Serplac, Chile Crece Contigo y Auge, Conace y Conadi, entre otros.

A continuación se presenta una tabla (Tabla 6) con la descripción y el detalle de la priorización y plan de acción con el costo respectivo.

Tabla 6. Resumen de barreras, actividades y presupuesto del Plan de Acción de General Lagos.

BARRERA	ACTIVIDAD	COSTO \$
1. CONECTIVIDAD	1.1 Implementación y modernización de la red de Radio Comunicación de Arica y Parinacota, Beneficiar con radios y antenas a 5 estancias de la comuna de General Lagos: Ancopujo-Fondo Huayla-Teleschuño, Chapuma-Catutani fortaleciendo la comunicación intercomunal entre los pobladores, mejorando el acceso a la salud.	FNDR\$ 0
	1.2 Solicitud de un vehículo.	FND \$ 0
	1.3 Mejorar caminos para una mejor eficacia y seguridad en traslado de los usuarios a las Postas y una comunicación más efectiva entre los pueblos.	FNDR\$ 0
Costo Total por Barrera		\$ 0
2. COMUNICACIÓN INTERCULTURAL	2.1. Capacitar a funcionarios Públicos de la comuna, para la atención de la comunidad aymará.	\$ 0
	2.2. Capacitación para la comunidad en prevención de consumo de alcohol y drogas".	\$ 0
	2.4. Difusión radial (en lengua aymará), en la ciudad de Arica entregando información de actividades que se van a realizar en ambas comunas.	\$ 240.000
Costo Total de Barreras		\$ 240.000
3. SANEAMIENTO BÁSICO	3.1. Construcción de letrinas sanitarias básicas de material ligero, e instalación de estanques de para almacenamiento de agua potable y potabilización de agua.	\$ 8.500.000
	6.2. Ampliación de suministro de agua hacia localidades en camión aljibe.	\$ 0
	6.3. Análisis de las aguas de vertientes, pozos y ríos, una vez constituidos los comités de agua potable rural.	\$ 0
	6.4. Capacitación a la comunidad para formar comité de APR (encargada de informar análisis de agua a la comunidad) y potabilizar el agua.	\$ 0
	3.5. Mesa de territorios Vulnerables" dirigida por Serplac, para discutir y planificar temas para proyectos a largo plazo, gestión interregional.	\$ 0
Costo total por Barrera		\$ 8.500.000
4. OPORTUNIDAD EN SALUD	4.1. Agilizar las postulaciones de implementos de discapacidad, y atención de Terapeuta y Kinesiólogo a adultos mayores en su rehabilitación.	\$ 0
	4.2. Programa equidad 2009, red asistencial, se considera vehículo tipo camioneta para traslado a posta rural o consultorio. Brindando rondas médicas con mayor frecuencia.	\$ 0
	4.3 Gestionar dación de horas a especialistas focalizadas en ciertos días, (transporte comunal), priorizando de acuerdo a las posibilidades de los recursos existentes con hospital a usuarios de la comuna de general lagos.	\$ 0
	4.4. "Plan de Acción para entrega de credenciales de beneficiarios FONASA".	\$ 0
	4.5. Difusión informativa "Chile Crece Contigo" Capacitaciones periódicas del Sistema AUGÉ a la comuna de general lagos	\$ 0
	4.6. Apoyo al consultorio de Atención de Salud Rural, con alumnos de enfermería de la Universidad de Tarapacá.	\$ 0
Costo Total por Barrera		\$ 0
5. DESCONOCIMIENTO DE PROGRAMAS SOCIALES	5.1. Capacitación y formación de Gestores Sociales Rurales a 20 dirigentes comunales.	\$ 1.500.000
	5.2. Orientaciones para "Regularización de Título de Dominio a través del decreto 2.695 y 1639/77".	\$ 0
Costo Total por Barrera		\$ 1.500.000
COSTO TOTAL PLAN COMUNAL		\$ 10.240.000

3. ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN A NIVEL COMUNAL

ORIENTACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Al implementar el enfoque orientador del programa hubo comprensión, permitiendo utilizar con éxito la metodología.

"El modelo fue útil, ya que las personas de la comunidad participaron en la detección y validación de las barreras de acceso, dándole prioridad a las más necesarias. Para ello se realizaron reuniones en las que se formaron grupos y cada uno de estos debía hacer una lluvia de ideas, para posteriormente entre todos los asistentes a la reunión identificar cuáles eran las más urgentes de atender..." (Monitora).

Si bien se utilizaron las orientaciones metodológicas, estas fueron difíciles de comprender, la terminología utilizada tuvo complicaciones para ser comprendida en un comienzo, desde el aspecto teórico.

"...las metodologías eran muy técnicas y lo compartimos con la coordinadora, con ella vimos que podían haber simplificado la terminología utilizada, para permitir una comunicación más efectiva, bueno aunque esto depende de cada coordinadora se entiende que igual para la monitora se hizo un tanto lento el trabajo desde este marco metodológico, aunque trabajamos con ellas y trabajamos como equipo, todos hicimos nuestros aportes para comprender y ver como esto se podía implementar en General Lagos" (Monitor provincial).

Según lo reflejado el tipo de trabajo, fue de utilidad cumpliéndose las etapas, sin embargo, el aspecto conceptual se menciona complejo. Y respecto a esto se señala una capacitación para las monitoras con el fin de comprender el enfoque orientador.

"Fortalecer el tema de la capacitación de los monitores... si sería bueno capacitar metodológicamente, mejoraría las capacidades técnicas, en el tema de proyectos, me imagino que esto podría ser entrenarla para adquirir nuevos conocimientos... para ir mejorando el servicio brindado hacia la comunidad" (Monitor provincial).

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Se percibe como una valoración positiva la participación de la comunidad, fue de mucha ayuda ya que al ser ellos los que dieron cuenta de sus problemáticas y necesidades se sintieron más participes del programa, lo que a su vez dio más credibilidad al programa, además de poder crear un vínculo más cercano con ellos.

"Como aprendizaje... creo que el programa acerca la comunidad a la salud, lo vuelve más cercano...mostrando que se puede llegar..." (Monitor provincial).

"La gente está haciendo uso de los servicios y prestaciones médicas, cosa que antes no se hacía. Se está trabajando en conjunto con los colliri (medicina intercultural, chamán aymará), lo que ha permitido una apertura de la comunidad y así poder trabajar en equipo, lo que a su vez ha generado más confianza" (Monitora).

Esta participación fue activa, involucrándose durante el primer proceso, diagnosticando y priorizando las barreras. Se destaca la participación de las personas de la comunidad, comprometiéndose en las primeras etapas del programa, se hizo una mesa redonda donde se expusieron las problemáticas y se fueron priorizando según su urgencia y facilidad para resolverlas, acorde a la realidad y alcance de los recursos disponibles, proponiendo a su vez posibles soluciones para cada problemática abordada.

"Las personas de la comunidad participaron en la detección y validación de las barreras de acceso, dándole prioridad a las más necesarias... La comunidad asistía, cada vez que se podía participaba más de un representante por localidad... Ya que en algunas oportunidades cuando uno de los dirigentes no podía asistir a la reunión enviaban a otra persona que los representara" (Monitora).

"Este programa ha ido diagnosticando con la participación de la comunidad los problemas para acceder a salud..." (Alcalde G. Lagos).

“Con la comunidad y con los organismos públicos, la monitora de General Lagos, los representantes de las juntas vecinales, de Dideco, pues ellos participaron en cuanto a los planes de acción, se hizo un buen trabajo desde esta parte del programa, es decir, desde el sistema que opera el programa...” (Monitor provincial).

Sin embargo, se percibe durante la implementación del programa, es decir, en la etapa de ejecución, una disminución en la participación de la comunidad, dada las características de esta etapa, se complica esta actividad, proponiendo acciones para su solución.

“... se podría incluir en la etapa de ejecución, porque la participación de la comunidad en la última etapa es baja dada las características de los proyectos y los tipos de recursos que se necesitan, pero se debiesen de considerar, ya que dada las características de salud no se podría incluir a todos para que en esta etapa participen activamente..., pero bien podrían hacerlo pasivamente, desde la creación de algún programa o el entrenamiento en la comuna...” (Monitor provincial).

INTRASECTORIALIDAD

Se percibe una colaboración desde el servicio de Salud participando y colaborando con sus servicios, esto solo en el periodo de la detección y priorización.

“Dentro del comité regional participaron la encargada de Fonasa, representantes del Servicio de Salud...” (Monitor provincial).

“nos han apoyado, en las asambleas y cada vez que los invito colaboran..., también de Fonasa dieron credenciales, yo estuve entregándolas... repartieron medicamentos al inicio del programa...” (Monitora).

Sin embargo, desde el municipio la apreciación es insatisfactoria, existe descontento por la forma en la cual se coordinaron las acciones y la entrega de información respecto de las garantías sociales, y las prestaciones que ofrece el servicio de Salud.

“...lo que podría recomendar es informar más a la comunidad con capacitaciones dentro de las comunas, con afiches y propagandas del proyecto, les faltó dar mayor información del programa.....yo creo que deberían mejorar la coordinación a nivel comunal, del programa...” (Alcalde G. Lagos).

INTERSECTORIALIDAD

La participación y voluntad del intersector, se aprecia como una herramienta que facilitó gestiones en cuanto a las barreras de acceso.

“El municipio en ocasiones presta servicios, de traslado, como en la comuna no se cuenta un medio de transporte público todos los días, se dificulta la asistencia de los representantes de cada comunidad y algunos sectores quedan sin la información y conocimientos necesarios” (Monitora).

“Lo que facilitó las acciones del programa, fue la voluntad de las autoridades en el querer hacer de esto un programa de estas características sociales y de salud, el encargado de salud del municipio se encargó de gestionar acciones para esto...” (Monitor provincial).

Hay acuerdo en que la colaboración fue útil y facilitadora para identificar los inconvenientes locales. Sin embargo, hubo gestiones que se caracterizan como desorganizadas, donde también se percibe la falta de colaboración de otros actores a nivel intersectorial.

“...creo que les faltó coordinación con la municipalidad de algunas gestiones, y así quizá hubiese sido una gestión más coordinada... desde el municipio hubo alguna información, no podíamos hacer un trabajo coordinado a última hora, pero trabajamos en el proyecto del estanque de agua, primero desde la municipalidad creamos un proyecto y luego tuvimos que cambiar lo planificado por el programa...” (Alcalde G. Lagos).

“El trabajo con el intersector, fue bueno... intentamos ir separando las barreras de acceso a la salud junto con ellos, aunque igual hizo falta el trabajo de Conadi, cuando se pudiesen haber ayudado a contribuir con sugerencias y aportes en una revisión en parte de Conadi a lo mejor nos hubiesen corregido en la medida que hubiese tenido más apoyo técnico y logístico, con mayor pertinencia comunal hubiese sido más potente con arto contenido intercultural...” “Hay programas del servicio de salud para pueblos indígenas que sería bueno poder integrarlo... creo que este programa hizo falta...” (Monitor provincial).

ESTRATEGIAS PARA LA CAPTACIÓN DE GRUPOS EXCLUIDOS

La principal estrategia utilizada por la monitora fue la utilización de las radio emisoras junto con el contacto personal con los grupos excluidos, realizando un trabajo puerta a puerta, otorgando información de los beneficios que puede otorgar el programa, entre otros. Para ello la monitora pedía la colaboración al municipio.

"Para poder dar a conocer lo que es y para qué sirve el programa de comunas vulnerables, yo he acudido a la radio de la localidad como herramienta de difusión para poder llegar a la mayor cantidad de sectores posibles..."; "la difusión radial es una estrategia muy necesaria y facilitadora, la cual se debe seguir implementando a futuro..."; "También voy casa por casa para contarles a las personas que es lo que se está haciendo y conocer si ellos están conforme con lo que se hace. Para poder entrevistarme con los usuarios de esta prestación y conocer el grado de satisfacción con la forma de trabajo". (Monitora).

"Trabajo puerta a puerta, explicando de qué se trata el programa, invitándolos a participar. Yo buscaba todas las formas posibles para poder llegar a las localidades más retiradas, pedía ayuda a algunos lugareños para que me transportaran, cuando se podía, o a la municipalidad". (Monitora).

Para captar a los grupos también se coordinó formas de acceso con otros actores claves.

"El municipio en ocasiones presta servicios, de traslado, como en la comuna no se cuenta un medio de transporte público todos los días, se dificulta la asistencia de los representantes de cada comunidad y algunos sectores quedan sin la información y conocimientos necesarios". (Monitora).

"Uno se las tiene que ingeniar para que la información llegue a todos los lugares, en esto ha ayudado Carabineros, la municipalidad, el SAG, etc.". (Monitora).

Como principal estrategia dentro de la implementación del programa se destaca que para tener credibilidad y acceso a los grupos excluidos se destaca la pertenencia de la monitora a la comunidad.

"El hecho de que yo sea parte de la comunidad y a las vez sea monitora, ha permitido tener más acceso a las personas, ellos se sienten más confiadas y creen que serán mejor representados ya que yo conozco de cerca las necesidades que tienen". (Monitora).

Sin embargo, existen debilidades en el funcionamiento del recurso radial para acceder a la comunidad. Esto debido a los horarios de difusión y a que no se presenta todos los días.

"un obstáculo es el horario de funcionamiento de las radio emisoras, utilizan un horario de oficina, dificultando la difusión de información durante el fin de semana o días festivos" (Monitora).

Se comenta que la distribución de recursos y el contexto, continúan siendo una dificultad para captar grupos excluidos. Y que con la colaboración de otros sectores sería beneficioso el acceso.

"... Si uno analiza el contexto de General Lagos, obviamente siempre van a faltar recursos para captar a los grupos excluidos, siempre esto, mientras se continúe con las mismas barreras de conectividad, creo este es un problema que ocurre desde hace muchos años, y nosotros con el programa hemos podido en poco tiempo disminuir barreras de salud, a pesar de las condiciones geográficas, la idea es continuar con el programa...". (Monitor provincial).

"... toda institución nos ayudaría a incluir a los grupos excluidos, principalmente el municipio. Para acceder a las personas de los grupos excluidos, un tema tratados por años, focalizar los recursos del estado para acceder con otras prioridades en cuanto al acceso de conectividad, aunque con este programa tan pequeño con recursos es difícil llegar a todos ellos... aunque también tiene que ver con que los profesionales quedamos conformes con lo que hemos realizado...". (Monitor provincial).

4. CONCLUSIONES A NIVEL COMUNAL

En la comuna de General Lagos se implementa el programa en sus etapas de diagnóstico, priorización y plan de acción.

Se identificaron las barreras de acceso a la salud, con una asamblea que convocó 70 representantes de la comunidad. Hubo dificultades en la comprensión del enfoque orientador, en cambio, durante la ejecución estas fueron útiles. Al respecto se sugiere capacitar a la monitorea con el fin de lograr comprender conceptualmente el enfoque orientador.

Se concluye como una valoración positiva la participación de la comunidad. Fue de utilidad la colaboración durante el proceso de diagnóstico y priorización, brindando colaboración para detectar las barreras de acceso a la salud. Sin embargo, se percibe durante la implementación del programa una disminución en la participación de la comunidad, dada las características de esta etapa, se complica esta actividad, aun así se proponen acciones para esto.

Se destaca la pertenencia de la monitorea a la comunidad, lo que a su vez dio más credibilidad al programa, creando un vínculo más cercano con ellos.

Hubo voluntad desde el intersector para participar, sin embargo, se gestionaron acciones destacadas como desorganizadas, obstaculizando la comunicación entre ambos sectores.

El rol que cumplió el medio de comunicación para la captación de los grupos excluidos, fue un facilitador dentro de este proceso, accediendo a las personas de la comunidad a través de las radio emisoras.

La otra estrategia utilizada dentro de este proceso fue el trabajo puerta a puerta, el cual facilitó la difusión de información de los servicios que brinda el servicio de salud y las garantías que se pueden utilizar.

Se comenta que la distribución de recursos y el contexto, continúan siendo una dificultad para captar a los grupos excluidos y que la colaboración de otros sectores sería beneficiosa para el acceso a éstos.

Se concluye que la comunidad es indispensable dentro de todo el proceso, y no tan sólo dentro del primer periodo del programa, es necesaria la difusión de información utilizando otras estrategias como las mencionadas por el representante del municipio.

En general se destaca una experiencia cercana y creíble hacia la comunidad con lo cual se lograron los objetivos propuestos, aún se comenta como necesaria la participación de otros actores claves en este proceso, ya sean desde el intersector, como del intrasector.

5. RECOMENDACIONES A NIVEL COMUNAL

Desde las experiencias recogidas se considera la valoración del programa en el contexto de la comuna General Lagos, se sugiere para una mejor acción y futuros desafíos, lo siguiente:

Fortalecer el trabajo y colaboración con el intersector. Se requiere un trabajo en conjunto con el mismo, ya que es indispensable establecer redes de comunicación para disminuir las brechas de equidad en salud, garantizando un trabajo eficiente a favor de la comunidad. Aun habiendo participado y colaborado en algunas actividades se necesita el trabajo activo con este sector, otorgando beneficios e información de los distintos programas con los cuales se pueden funcionar y actuar.

La formación de la monitora comunal. Valorándose la pertenencia y lo que esto promueve en la credibilidad del programa, se requiere un apoyo continuo en la capacitación de la monitora en cuanto a las orientaciones conceptuales y metodológicas del programa comunas vulnerables, dando una visión clara y precisa del quehacer.

La composición con operación real. Es necesario un compromiso real y concreto en términos prácticos con el objetivo de establecer roles definidos para delegar las funciones que se requieran según sea el caso y la necesidad, estableciendo compromiso entre los actores fijos dentro del comité. Formar un comité no tan sólo para la etapa de diagnóstico y priorización, sino también durante la ejecución del programa.

Desde ya se recomienda fortalecer el trabajo con el municipio. Esto permitirá ampliar nexos, fortalecer la comunicación y coordinación y evitar complicaciones; al mismo tiempo, contribuye a gestionar eficazmente las acciones contempladas de acuerdo a la disminución de brechas e inequidades en salud.

Visualizar los recursos necesarios para el acceso de movilidad dentro de la comuna para la monitora. Se recomienda utilizar otros medios para informar a la comunidad. Otorgar una estancia a la monitora para acceder a ésta con mayor facilidad.

6. REFERENCIAS

- Plan de Acción 90 días: Orientaciones Metodológicas para el trabajo en las 92 comunas vulnerables: Componente Barreras de Acceso. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud

ANEXOS

CRONOGRAMA DE SISTEMATIZACIÓN

MES	DICIEMBRE 2009				ENERO 2010			
Semana Actividad	I: 7-11	II: 14-18	III: 21-24	IV: 28-31	I: 4-8	II: 11-15	III: 18-22	IV: 25-28
Coordinación y reuniones de equipo sistematización	X	X	X	X	X	X	X	X
Propuesta Diseño Metodológico y construcción de instrumentos	X	X						
Entrevista Coordinadora Regional		X			X		X	
Coordinación visita a comunas		X						
Entrevistas a integrantes Comité Regional y comunal:			X	X		X	X	
1. A 12 personas.								
2. Se entrevista a las monitoras de ambas comunas, al agente de la superintendencia, a la encargada OIRS del servicio de Salud, al encargado de desarrollo y gestión de la Seremi de Salud, al director de Putre y representantes de la comunidad.								
Observación Participante:			X	X			X	
1. Reunión comité comunal 2. Actividad de trabajo de la coordinadora regional.								
Análisis y organización de la Información			X	X	X	X	X	
Redacción de Informe final						X	X	X

LISTADO DE ENTREVISTADOS EN TRABAJO DE CAMPO

COMITÉ REGION DE ARICA Y PARINACOTA			
NOMBRE	ROL EN PROGRAMA	FECHA ENTREVISTA	CÓDIGO ID
Patricia Román	Coordinadora Regional	15 de Diciembre, 2009 y, 22 de Enero, 2010.	C1AP
Guillermo Cortez	Encargado Subrogante Programa Comunas Vulnerables (Jefe Departamento Desarrollo, Control y Gestión Seremi de Salud de Arica y Parinacota)	22 de Enero de 2010	E1AP
Marcelo Ricci	Referente Intrasector, (Agente Superintendencia de Salud)	15 de Enero de 2010	R1AP
Carla Vaury	Referente Intrasector (OIRS, Servicio de Salud Arica)	15 de Enero de 2010	R2AP
PUTRE			
NOMBRE	ROL EN PROGRAMA	FECHA ENTREVISTA	CÓDIGO ID
Cristian Mamani	Referente CESFAM (Director CESFAM)	23 de diciembre 2009	RS1PU
Thelma Vásquez	Monitora	23 de diciembre 2009	M1PU
Daría Condori	Referente comunitario (Presidenta comunidad Putre)	23 de diciembre 2009	RC1PU
Olga Delgado	Referente comunitario (Presidenta comunidad Lupica)	23 de diciembre 2009	RC2PU
Roberta Espinoza	Referente comunitario (Socio Junta Vecinal Belén)	23 de diciembre 2009	RC3PU
Cristóbal Parco	Referente comunitario (Socio Junta Vecinal Ticnamar)	23 de diciembre 2009	RC4PU
Claudia Vásquez	Referente seremi (Secretaria Seremi de salud Putre)	23 de diciembre 2009	RS2PU
GENERAL LAGOS			
NOMBRE	ROL EN PROGRAMA	FECHA ENTREVISTA	CÓDIGO ID
Rosa Maita	Monitora	17 de diciembre 2009	M2GL
Gregorio Mendoza	Referente Municipalidad (Alcalde General Lagos)	29 de enero de 2010	RM1GL
David Paco	Monitor provincial	29 de enero de 2010	M3GL

LISTADO DE FUENTES SECUNDARIAS

REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA	DESCRIPCIÓN	FECHA
Acta de Comité Regional	Constitución Comité Regional de Comunas Vulnerables	05 de marzo de 2009
Revista Programa Pueblos Indígenas del Servicio de Salud	Información sobre entrega de maletines médicos para las postas de Bélen y Ticnamar, comunas de Putre y posteriormente a la comuna de Visviri y Alcérreca, en la comuna de General Lagos.	Enero - Abril 2009
Informe de Reunión	Dar a conocer las actividades del plan de acción de vulnerables de la comuna de Putre	06 de octubre de 2009
Acta de Reunión	Dar a conocer y coordinar las actividades del plan de acción, coordinar proyecto de alcantarillado.	13 de octubre de 2009
Acta de Reunión	Nómina de pueblos beneficiados con proyecto de estanques.	11 de noviembre de 2009
Acta de Reunión	Restablecer la priorización del plan de acción de las comunas de Putre y General Lagos, definir la mejor alternativa de inversión a desarrollar en cada comuna en base al diagnóstico y priorización de alternativas elaborado con la comunidad.	17 de noviembre de 2009
Acta de Reunión	Establecimiento de actividades definitivas del plan de acción de ambas comunas, definiendo mejor estrategia a desarrollar, para el cumplimiento de las actividades programadas.	20 de noviembre de 2009
Acta de Reunión	Desarrollar puntos pendientes en acta anterior y formar un sub-comité encargado de agilizar trámites del proyecto.	23 de noviembre de 2009
Acta de Reunión	Desarrollar el cronograma de actividades para el proyecto denominado "implementación de almacenamiento y distribución de agua potable en caseríos y estancias de la comuna de General Lagos.	24 de noviembre de 2009
Acta de Reunión	Propuesta de nuevas estrategias para llevar a cabo el proyecto "implementación de almacenamiento y distribución de agua potable en caseríos y estancias de la comuna de general lagos.	26 de noviembre de 2009
Acta de Reunión	Determinar fechas de firma convenio con el municipio de General Lagos y Compromisos de la Seremi de Salud y municipalidad, para la implementación de alcantarillado.	27 de noviembre de 2009
Fotos de Actividades del programa	Fotos de las diferentes actividades del programa en la región de Arica-Parinacota	Enero 2010
Extractos de	Extractos de entrevistas de actores claves en	Diciembre 2009

PAUTA DE ENTREVISTA

Pauta de Entrevista (individual, grupal)

(Coordinadores regionales y comunales, Monitores comunales, Referentes en salud, en el municipio y en la comunidad)

I. UTILIZACION Y UTILIDAD DE LAS ORIENTACIONES PROGRAMATICAS (el modelo conceptual de cobertura efectiva de acceso a la salud y servicios de salud)

- ¿Considera las orientaciones conceptuales y metodológicas del programa útiles para el desempeño cotidiano al interior del programa?
- ¿En qué momentos le parecieron particularmente claves las orientaciones programáticas recibidas?
- ¿Cómo y cuándo se utilizaban estas orientaciones?
- ¿El término barreras fue útil en su trabajo cotidiano? ¿Se entiende esto de barreras de disponibilidad, accesibilidad, aceptación y utilización?
- ¿Hay aspectos que las orientaciones programáticas no abordaban?
- ¿En qué grado las orientaciones programáticas facilitaban la coordinación intersectorial e intrasectorial? Ejemplificar
- ¿Cómo estas orientaciones contribuyeron en la participación comunitaria en la toma de decisiones?
- ¿Cómo estas orientaciones promovieron la incorporación de los ejes de equidad en el discurso y el quehacer?
- ¿En qué aspectos podrían ser mejoradas estas orientaciones programáticas?

II. DEL PROCESO DE INSTALACION DEL PROGRAMA (Estructura [Comités: conformación, actores convocados, vínculos establecidos, consolidación del comité]; Dinámica [Participación comunitaria, integración intersectorial, Coordinación al interior del sector, Programa como facilitador del ejercicio de derechos], Instalación como proceso que sucedió en el diagnóstico, la priorización, y la implementación); Como se captó a los excluidos.

- ¿Cuáles son los principales eventos en el proceso de instalación?
- ¿Cómo fue la conformación e instalación de los comités? ¿Cuál fue la composición definitiva de los comités del programa?
- ¿Cuáles son los factores que contribuyen y cuáles obstaculizan este proceso?
- ¿Hay aspectos (ejes) que son más fluidos (fáciles) que otros? ¿Cuáles? ¿Qué llevaría a esta diferencia? Recoger ejemplos
- ¿Cómo se abordó la identificación de las personas que habitualmente no contactan los servicios? ¿Qué dificultades se experimentaron en este proceso?

III. SIGNIFICACION DE LOS ACTORES CLAVES (de la coordinación intersectorial; de la participación; de la integración)

- ¿Cuáles fueron los principales desafíos encontrados al abordar cada uno de estos aspectos?
- A partir de lo que ocurrió en este programa, ¿Considera que estos desafíos tienen alguna fuente en particular, una explicación?

IV. APRENDIZAJES (Rescate de Experiencias, prácticas de trabajo y metodologías desarrolladas)

- Según tu experiencia ¿Cuál sería el momento más alto o exitoso de la implementación de este programa? Indagar sobre las prácticas de trabajo y los actores que caracterizaron ese momento.
- Desde tu experiencia en el programa ¿Qué estrategia, metodología o prácticas de trabajo para identificar a la población que habitualmente no contacta los servicios rescatarías para seguir utilizando en el trabajo social en salud?
- ¿Cómo influyeron los recursos (monetarios y humanos particularmente los monitores) y los tiempos en el desarrollo del programa?