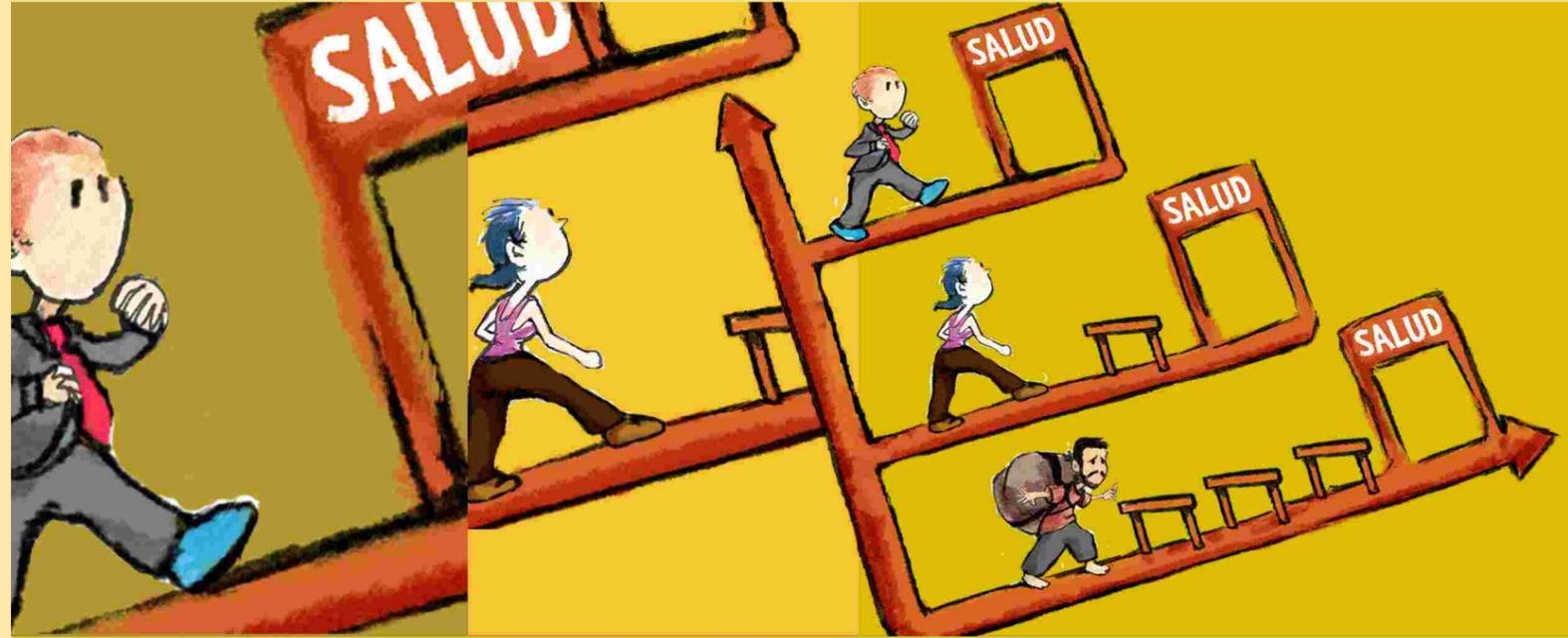




SSP



ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y EQUIDAD EN LA AGENDA DE SALUD DE CHILE

# PROGRAMA DE COMUNAS VULNERABLES

EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DURANTE EL AÑO 2009

PROGRAMA COMUNAS VULNERABLES



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

La Subsecretaría de Salud Pública ha impulsado una agenda de trabajo en determinantes sociales y equidad, con el propósito de mejorar el nivel de acceso a la salud y calidad de vida para todos y todas, es nuestra Agenda de los trece pasos. Una especial preocupación ha sido planificar y organizar nuestro trabajo pensando en los grupos sociales más necesitados, como aquellos que viven en comunas y barrios vulnerables, en las zonas rurales y apartadas, los trabajadores y trabajadoras, los niños y niñas, entre otros.

Queremos construir un país más justo que supere las inequidades y las exclusiones. Como expresó la Presidenta Bachelet en su programa de Gobierno:

*“Para vencer las desigualdades no basta la determinación; es necesario, además, entender su origen. La desigualdad no empieza ni termina en los ingresos. Ella se manifiesta en los primeros años de vida de la persona, continúa con las oportunidades de educación, se profundiza con las discriminaciones y se consolida con la adversidad. La desigualdad se da en las oportunidades y en los resultados. Se reproduce diariamente y se profundiza cada vez que los más poderosos imponen sus intereses sobre el interés general, ya sea en la política, los negocios o las decisiones públicas. En Chile no hay una sola desigualdad; hay muchas desigualdades y todas están relacionadas entre sí”.*

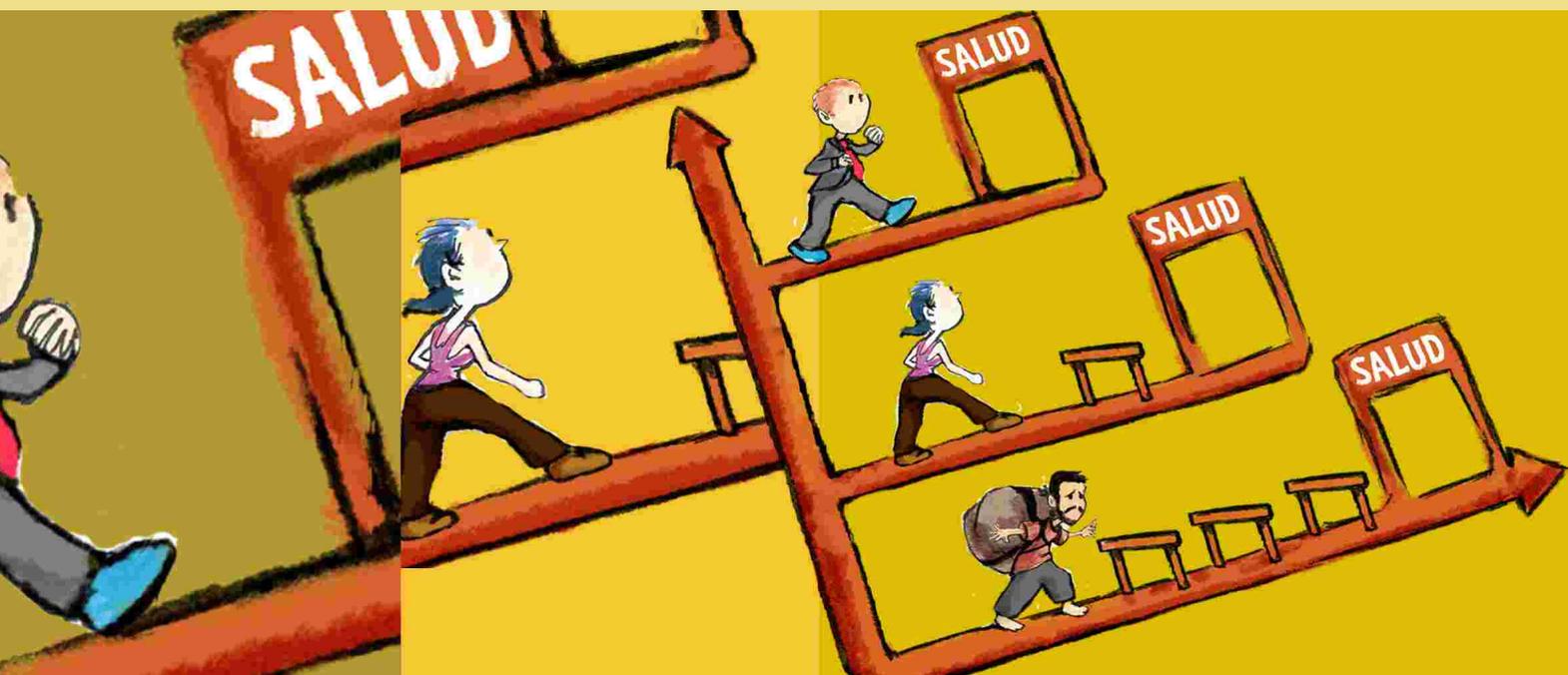
Esta serie de publicaciones pretenda dar una visión del trabajo desarrollado durante el 2008-2009 desde esta Subsecretaría en la agenda de equidad, en ella han participado profesionales, técnicos, funcionarios, amigos, académicos, críticos, y por sobre todo, hemos tratado de incluir las visiones y propuestas de la ciudadanía.

Esperamos que este esfuerzo sirva para rescatar la experiencia desarrollada, los logros y dificultades, permitiendo así contribuir a la construcción de un país con mayor equidad, solidaridad y justicia social.



EQUIDAD.cl

Secretaría de Determinantes Sociales de la Salud  
MINISTERIO DE SALUD



ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y EQUIDAD EN LA AGENDA DE SALUD DE CHILE

# PROGRAMA DE COMUNAS VULNERABLES

EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DURANTE EL AÑO 2009



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

© Febrero, 2010. Ministerio de Salud, Chile.  
Este informe fue impreso en Puerto Madero Impresores

Portada: Estrategia Nacional para Reducir las Inequidades Sociales en Salud, Ministerio Noruego de Servicios Sociales y Salud 2006-2007.



# ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE.....	03
AGRADECIMIENTOS.....	05
EQUIPO DE TRABAJO.....	06
PRESENTACIÓN.....	09
RESUMEN EJECUTIVO.....	11
ANTECEDENTES.....	15
DESCRIPCIÓN DEL ROGRAMA COMUNAS VULNERABLES.....	17
Marco Teórico del programa.....	17
Enfoque territorial.....	17
Equidad de acceso a salud y garantías sociales: modelo de cobertura efectiva.....	17
Descripción del diseño del programa.....	20
Modelo de trabajo.....	23
Estrategia de Instalación del Programa.....	27
3. METODOLOGÍA DEL INFORME.....	30
4. DESCRIPCIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE COMUNAS VULNERABLES.....	32
Plan de 90 días.....	32
Organización y funcionamiento.....	32
Desarrollo de capacidades.....	35
Diagnóstico participativo de identificación de barreras.....	35
Validación y Priorización.....	36
Barreras de acceso a salud y garantías sociales.....	37
Acciones para superar barreras y ejecución.....	41
5. ANÁLISIS CRÍTICO.....	42
Orientaciones metodológicas.....	42
Participación Social.....	44
Trabajo intrasectorial.....	46
Trabajo intersectorial.....	49
Reconexión con la población que no contacta al sistema.....	51
6. CONCLUSIONES.....	55
7. RECOMENDACIONES.....	59
8. REFERENCIAS.....	64
9. ANEXOS.....	65
Anexo 1: Comunas participantes en el Programa de Comunas Vulnerables.....	66
Anexo 2: Número de entrevistados durante el proceso de sistematización a nivel nacional...	67





## AGRADECIMIENTOS

El Programa de Comunas Vulnerables fue posible gracias al esfuerzo y dedicación de un trabajo de equipo, a lo largo de nuestro país. Monitores, coordinadores, funcionarios públicos y autoridades municipales, provinciales y regionales salieron a terreno, a las zonas más vulnerables y aisladas del país para identificar junto a la comunidad, cuáles eran las acciones necesarias para mejorar el acceso a los programas de salud y de protección social. En este proceso de trabajo colectivo, se rompieron las paredes imaginarias de las instituciones, para poner en el centro a los usuarios y usuarias, modificando el pensar y el que hacer tradicional de nuestras instituciones. Este programa ha permitido incluir a quienes no tienen acceso, y tomar en cuenta los problemas prioritarios que describen, respetando sus propuestas, su opinión y su visión del mundo.

Quienes hemos participado de esta experiencia reconocemos que ella ha sido un aporte importante para la construcción de equidad, y que ésta se hace realidad, cuando se construye entre todos, basada en el diálogo con la ciudadanía, tomando decisiones colectivas y recuperando las confianzas. De este modo se ha logrado que todos los actores sociales e institucionales se transformen en co-protagonistas de las soluciones que proponen para mejorar la salud de las personas y los pueblos. Esta iniciativa requería valentía, imaginación y pasión para innovar, lo que se vio reflejado con creces en cada uno de los equipos en todo el país.

Nada de esto habría sido posible sin el entusiasmo y generosidad de las organizaciones comunitarias, de los equipos de salud, de las autoridades locales, provinciales y regionales, comprometidas con la tarea de reducir las barreras de acceso en salud y en protección social, aportando sus conocimientos y experiencias con entusiasmo en las actividades del programa, contribuyendo de paso, a dar respuestas oportunas y eficaces a las necesidades de salud y protección social de los habitantes de territorios más excluidos de cada región.

Sin duda hubo dificultades y quizá errores, pero tenemos la certeza de que dimos un paso importante y que continuaremos con fuerza el trabajo iniciado por miles de personas y autoridades que se sumaron al desafío de construir la agenda de equidad en salud y determinantes sociales en las políticas públicas del país.

A todos y todas ustedes, muchas gracias.



# EQUIPO DE TRABAJO

## Autoridades

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

---

## Autores del presente informe

Orielle Solar	Jefa de Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
Pamela Bernaldes	Referente Arica-Parinacota, Tarapacá, Antofagasta
Camilo Sembler	Referente Atacama
Bárbara Donoso	Referente Valparaíso
Patricia Zamora	Referente Región Metropolitana
Gabriela Núñez	Referente O'Higgins, Los Lagos y Los Ríos
Anselmo Cancino	Referente Maule y Metropolitana
Isabel De Ferrari	Referente Biobío
Lucy Poffald	Referente Araucanía
Fanny Berlagoscky	Referente Aysén y Magallanes
Miguel Pérez	Barrios Vulnerables
Sebastián Peña	Editor Informe Nacional

---

## Equipo Nacional de Comunas Vulnerables

Orielle Solar	Jefa de Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
Lucy Poffald	Referente Araucanía
Pamela Bernaldes	Referente Arica-Parinacota, Tarapacá, Antofagasta
Camilo Sembler	Referente Atacama y Coquimbo
Bárbara Donoso	Referente Valparaíso
Patricia Zamora	Referente Región Metropolitana
Gabriela Núñez	Referente O'Higgins, Los Lagos y Los Ríos
Anselmo Cancino	Referente Maule y Metropolitana
Isabel De Ferrari	Referente Arauco
Fanny Berlagoscky	Referente Aysén y Magallanes
Marcia Núñez	Secretaría Ejecutiva
Miguel Pérez	Barrios Vulnerables
Jaime Neira	Referente Araucanía
Patricia Grau	Referente Biobío
Mario Ulloa	Referente Ñuble
Yamileth Granizo	Referente Nacional Fonasa
Florencia Donoso	Departamento de Atención Primaria, Minsal
Claudia Padilla	Departamento de Atención Primaria, Minsal
Leticia Ávila	Departamento de Atención Primaria, Minsal
Adriana Sanhueza	División de Administración y Finanzas, Subsecretaría Salud Pública

---



## Equipos de Sistematización

### Arica-Parinacota, Tarapacá y Atacama

Elvis Flores  
María Morales  
Jennifer Fustos

### Antofagasta y Coquimbo

Muriel Ramírez  
Alejandra Canales

### Metropolitana

Fabiola Zambra

### Valparaíso y O'Higgins

Mario Parada  
Carolina Ibacache  
Julia Eguren

### Maule

Julio Muñoz  
Andrés Astorga  
Ana Rodríguez  
Jorge Muñoz  
José Cáceres

### Matías Parada

Felipe Martínez  
Christian Sazo

### Biobío

Adolfo Soto  
Any Villagrán  
Marcela Muñoz  
Pamela Escobar  
Bernarda Umanzor  
Juan Fernández

### Araucanía

Valentina Martínez  
María Ester Buzzoni  
Paulina Martínez  
Daniela Maira

### Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes

Jaime Garrido  
Arturo Vallejos  
Gonzalo Valenzuela  
Luis Lobos (Los Ríos)

## Coordinadores regionales de Comunas Vulnerables

Carolina Cisterna	Coordinadora regional Taparacá
Patricia Román	Coordinadora regional Arica-Parinacota
Katherine Valdivia	Coordinadora regional Antofagasta
Leslie Santibáñez	Coordinadora regional Atacama
Andrea de Terán	Coordinadora regional Coquimbo
Viviana Quiero	Coordinadora regional Valparaíso
Juan Bustos	Coordinador regional Metropolitana
Doris Sepúlveda	Coordinadora regional O'Higgins
Rodrigo Norambuena	Coordinador regional Maule
Andrea Castro	Coordinadora provincial Arauco, Biobío
Rodrigo Videla	Coordinador provincial Biobío, Biobío
María José Toledo	Coordinadora Fonasa regional Centro-Sur Biobío Maule
Carina Roco	Coordinadora provincial Ñuble
Karen Jaque	Coordinadora provincial Malleco, Araucanía
Cesar Leiva	Coordinadora provincial Cautín, Araucanía
Eduardo Mella	Coordinador regional Los Ríos
Silvia Soto	Coordinadora regional Los Lagos
Andrés Mansilla	Coordinador regional Aysén
John Nahuelpan	Coordinador regional Magallanes

## Monitores de Comunas Vulnerables

### Tarapacá

Jaime Callo, Ximena Naveas, Wilma Mamani, Raquel Concha

### Arica-Parinacota

David Paco, Thelma Vasquez, Rosa Maita

### Antofagasta

Abigail Barrios, Carolina Varas, Adriana Rivera

### Atacama

Wilma Espejo, Nancy Chacana, Tomás Rojas, Janet Yáñez, Marilyn Díaz, Verónica Tobar

### Coquimbo

María Yolanda López, Vital Cortés, Maritza Muranda, Hugo Robledo, Verónica Collao, Miriam Rojas, Cristian Alfaro, Marcela Carvajal, Lucia Ossandón

### Valparaíso

Omar Gabriel Valdivia, Jessica Gómez, María Soledad Anguita, Rocío Esquerro, María Carmen Cortez, José Jesús Vergara, Jasmín del Carmen Olivares

### Metropolitana

Alberto Fonseca, Andrea Herrada, Astrid Cáceres, Carlos Felipe Acevedo, Carmen Valdivia, Carola Olaiz, Carolina Vázquez, Claudia Cerda, Clinton Sánchez, Edith Navarro, Emelyn Ahumada, Eric Sáez, Esther Muñoz, Francisco Fajardo, Francisco Martínez, Iván Valdés, Jacqueline Clark, Jorge Aguirre, Jorge Quijada, Juan Contreras, Juan Meyer, Luisa Videla, María Baños, María Barría, María Eugenia Alarcón, María Olga Morales, María Nazareth Valdivia, Marianella del Carmen Salinas, Maribel Quijada, Mariela Jerez, Marisol Córdova, Marjorie Arriaza, Mauricio Heredia, Max Arrue, Muriel González, Myrma Román, Pamela Pinto, Paola Martínez, Patricia Muñoz, Randy Valdivia, Rosa Quintero, Susan Salazar, Susana Solís, Ximena Aguilera, Juan Bustos

### O'Higgins

Claudio Veas, Constanza Cofré, Carmen Araya, Patricia Pérez

### Maule

Patricio Peñailillo, Lorena Yáñez, Edna Guerra, Catalina Hidalgo, Marcela Traverso, Claudia Castillo, Margarita Ramírez, Jema Tapia, Rigoberto Muñoz, Eliana Quiroz, Marisol Cofre, María Verónica Farías, Sebastián Maldonado, Bárbara Hernández, Isabel Jara, Sandra Espinoza, Zaida Villalobos

### Bío-Bío

Víctor Contreras, Erica Cabeza, Alejandro Antimán, Ana Díaz Miriam Espinoza, Jorge Lincopan, Eva Lincunir, Marisol Yáñez, Ingrid Muñoz, Carlos Ulloa, Eric Mora, Paulina Toussaint, Mariana Soto, Víctor Cabezas, Cristina Lagos, Fabiola Villaroel, Rossana Figueroa, Carolina Reyes, Daysi Rodríguez, Alicia Flores, Ludgarda Queupil, Marcelo Queupil, Yasna Solar, Claudio Escobar, Wilfredo Urra, Yasna Mella, María Inés Pérez, Rodrigo Montero, Heidi Castillo, Felipe Rodríguez, Miriam Riquelme, Consuelo Cofré, Paola Carrasco, Alba Concha, Eric Buring, Alejandra Moraga, Pamela Yáñez, Keyla Montecinos, Rosa Badilla, Marta Vallejos, Marta Chandía, Ligia Barrios, Bárbara Ayala, Blanca Faúndez, Clarisa Acuña, Viviana Muñoz, Magaly Palma

### Araucanía

Enedina Becerra, Roxana Bustos, Víctor Cid, Rosa Cisterna, Juan Erices, Fragilia Huenulao, Ruth Jerez, María Cristina Lavín, Cirta Millapan, Carmen Gloria Osses, Marianela Oviedo, Paola Pérez, Luis Riquelme, Carolina Gajardo, Sandra Llanccapan, Gonzalo Riffo, Maritza Jara, Gabriela Benítez, Eduardo Tapia, Hugo Antilef, Juan Peñan, Luís Astete, Miriam Huaiquilao, Inés Lavín, Carlos Pavéz, Luís Díaz, Luís Moncada, Claudia Mellado, Evelyn Bustos, Roxana Araneda, Dayssi Sandoval, Andrea Zambrano, Elba Müller, Bastián Neuman, Vicenzi Carvajal

### Los Ríos

Silvia Ynette, Pamela Hueitra, Ivonne Rojas, Rodrigo Poveda, Tomás Recabarren, Imelda Pulgar, Sergio Sandoval, Ana Karina Ruiz, Loreto Díaz, Miguel Obando

### Los Lagos

Ilicia Nahuelquen, Angela Silva, Max Rosas

### Aysén

Juanita Ojeda, María José Becker

### Magallanes

Gladys Ampuero, Patricia Astudillo



# PRESENTACIÓN

El presente documento corresponde a la descripción y análisis de la experiencia del Programa de Comunas Vulnerables impulsado a nivel nacional por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud y que se implementó en 94 comunas de nuestro país durante el año 2009. En estas páginas se presenta una síntesis que describe los aciertos y aprendizajes del trabajo desarrollados en cada comuna y región de nuestro país.

Los resultados presentados corresponden al análisis de la implementación del programa de trabajo y su desarrollo en su dimensión comunitaria, intersectorial y participativa; orientada a reducir las inequidades en salud y en el acceso a la red de protección social del gobierno. Esta sistematización fue realizada por siete equipos de profesionales externos al Ministerio de Salud, quienes en su rol de expertos, desplegaron un análisis cualitativo del programa implementado en cada comuna.

El diseño del programa de comunas vulnerables, forma parte de la estrategia de equidad en salud y se sustenta en el consenso cada vez mayor existente en la comunidad nacional e internacional, de que la salud de las personas no depende sólo de la provisión de servicios de salud, sino que es el resultado de un conjunto de oportunidades y condiciones de vida en las cuales las personas viven, trabajan, estudian y se desarrollan, definidas como determinantes sociales de la salud.

En este sentido el gran desafío de orientar las políticas de salud en torno a la equidad y determinantes sociales, radica en crear una nueva relación entre la institucionalidad pública y la ciudadanía, que permita una verdadera participación de las personas en la toma de decisiones, así como mejorar la pertinencia y oportunidad de la respuesta institucional, centrando la gestión en torno a las personas, sus necesidades y su entorno más inmediato.

El programa de Comunas Vulnerables forma parte de este desafío, que supone un cambio en la gestión habitual del sector salud, interpela la práctica institucional y obliga a romper las fronteras del sector para encontrar, como país, respuestas integrales, efectivas y coordinadas a los problemas sanitarios. Así mismo, orienta la gestión hacia acciones concretas que permiten abordar los problemas de equidad en territorios específicos, resolviendo las necesidades de grupos excluidos.

En este contexto la sistematización del Programa de Comunas Vulnerables, busca identificar los aprendizajes centrales de esta experiencia para que se constituyan en un aporte a la práctica y reflexión de los diferentes equipos y organizaciones sociales que trabajan arduamente por disminuir la inequidad en salud en Chile.

Dra. Jeanette Vega Morales  
Subsecretaria de Salud Pública  
Ministerio de Salud





## RESUMEN EJECUTIVO

Este documento fue preparado por la Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, y corresponde a la sistematización del trabajo realizado durante el año 2009 en relación al paso 5 y 6 de la agenda de equidad en salud, cuyo objetivo fue “Implementar acciones de “inclusión social” sobre grupos y territorios excluidos”.

Con este objetivo surge el Programa de Comunas Vulnerables, una intervención territorial para identificar y eliminar barreras de acceso a salud y garantías sociales en 94 comunas vulnerables del país. Se realizó en el marco de la iniciativa del plan de 90 días para reducir las listas de espera de atención por especialistas, tomando esta coyuntura como una oportunidad para poner en discusión la inequidad en el acceso y el hecho que el acceso a los servicios de salud y garantías sociales no está asegurada por la oferta programática, sobre todo para aquellos grupos sociales y territorios más vulnerables. La oportunidad para dichos grupos y territorios radica en poner al centro a la población y los usuarios al momento de organizar los servicios públicos, y la identificación e intervención de una barrera de acceso a salud.

Las condiciones de vida y la salud se relacionan con los territorios donde se nace y vive. Chile es un país con alto grado de segregación (en lo espacial, económico, cultural, étnico, educacional y de acceso a servicios), lo que genera diferencias importantes en las oportunidades que tiene cada persona de un desarrollo saludable y de alcanzar una mejor salud y calidad de vida.

El sistema de salud como determinante social de la salud, juega un rol fundamental a través de la garantía de acceso oportuno, equitativo y de calidad para la población. Al mismo tiempo su contribución al logro de la reducción de las inequidades en salud dicen relación con su accionar directo en la reducción de las diferencias de exposición y vulnerabilidad en la población. A la vez, el sistema de salud no sólo tiene la responsabilidad de mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud, sino también al influir y convocar a los otros sectores para el abordaje de las inequidades a través de la acción intersectorial, dado que gran parte de los determinantes sociales de la inequidades en salud están fuera del ámbito directo del sector salud. En este sentido, es crucial superar no sólo las barreras existentes al acceso a salud, sino que el sector salud debe comprometerse a asegurar el acceso a las garantías sociales, priorizando sobre todo aquellos territorios con mayor vulnerabilidad.

Se definió como población vulnerable aquella población residente en 94 comunas identificadas como vulnerables. A partir de la información comunal disponible, tomada de la encuesta Casen 2006 y de la información ministerial, se construyó un Índice de Vulnerabilidad, en base a la pobreza comunal, ingreso total del hogar, promedio de años de escolaridad y la tasa de mortalidad infantil de los últimos 5 años, dado el tamaño reducido de algunas comunas. Se seleccionaron las 70 comunas con mayor índice de vulnerabilidad a nivel nacional y luego se identificaron las más vulnerables de cada región, totalizando 94 comunas en 15 regiones del país. De modo tal que en cada región del país hubiese una agenda prioritaria de equidad de acceso.

La equidad de acceso fue evaluada a través del modelo de cobertura efectiva de Tanahashi. Este modelo propone que, en el proceso para lograr el beneficio de una intervención (cobertura efectiva), se identifican



distintas dimensiones donde puede haber barreras o facilitadores del acceso. Estas dimensiones son secuenciales, existiendo en orden: i) disponibilidad (tipo y cantidad de recursos disponibles); ii) accesibilidad (forma en que los recursos están accesibles a la población, puede ser física, financiera o administrativa/organizacional); iii) aceptabilidad (aceptación por la comunidad de los servicios); y iv) utilización (población que toma contacto con los servicios). En todo el proceso hay personas que no contactan al sistema, siendo excluidos de la oferta pública de salud y garantías sociales.

El modelo de trabajo plantea cuatro momentos claves: primero, diagnóstico participativo de barreras de acceso a salud y garantías sociales; segundo, la comunidad valida las barreras identificadas y prioriza las que se intervendrán (validación y priorización); tercero, definición de acciones para superar las barreras priorizadas en un Plan de Acción; finalmente, se ejecutan las acciones planificadas. Los ejes del modelo de trabajo son la participación social, trabajo conjunto al interior del sector salud (intrasectorial) y con otros actores fuera del sector salud (intersectorial); junto con esto, se pone énfasis en la reconexión de la población que no contacta al sistema.

El diseño organizacional contempla la creación de comités regionales y comunales, integrados por actores del sector salud e intersector y miembros de la comunidad. Se plantea la existencia de uno o varios coordinadores regionales y monitores comunales, con dedicación exclusiva en el programa, para apoyar la implementación del programa.

El Programa de Comunas Vulnerables comenzó su implementación en Enero del 2009. Entre Febrero y Abril se conformó un comité regional en las 15 regiones del país y un comité comunal en 92 de las 94 comunas participantes. Dado el elevado número de comunas participantes en las regiones de Biobío y Araucanía, se decidió la conformación de comités provinciales que permitieran el seguimiento y apoyo del programa. En total, se contratan 20 coordinadores regionales o provinciales y 200 monitores comunales (miembros de la comunidad) para el apoyo del trabajo en las 94 comunas, todos con dedicación exclusiva en el programa. Existió un apoyo permanente del equipo Minsal a través de: referentes regionales, talleres de capacitación (cuatro) y sesiones de videoconferencia permanentes.

El diagnóstico de barreras de acceso y salud se realizó con participación de la comunidad en todas las comunas participantes. Las barreras diagnosticadas fueron validadas y priorizadas: en las 94 comunas se identifica un total de 831 barreras de acceso a salud y garantías sociales que fueron priorizadas, aunque los contenidos de muchas de ellas se repiten.

Del total de barreras priorizadas, un 50% correspondió a salud, 35% a garantías sociales y 15% a ambas. En cuanto a las dimensiones del modelo de cobertura efectiva, predominaron las barreras de disponibilidad y accesibilidad. Las barreras de disponibilidad de garantías sociales más recurrentes fueron el acceso a agua y saneamiento básico y falta de espacios de recreación y organizaciones sociales; en salud, se menciona la falta de medicamentos, horas médicas, equipamiento y medios de transporte, al igual que la infraestructura deficiente de postas y estaciones médico rurales.

En barreras de accesibilidad de salud y garantías sociales, destacan la falta de información sobre los servicios de salud y sistema de protección social, al igual que barreras de conectividad vial y comunicacional. En la



dimensión de aceptabilidad se menciona el mal trato del personal e impuntualidad de las rondas médicas. Las barreras de utilización fueron similares a las ya descritas en otras dimensiones. En general, resalta la gran importancia que reciben los determinantes sociales como barreras de acceso a salud y garantías sociales, al igual que el alto grado de superposición de las dimensiones del modelo.

Las 94 comunas vulnerables identificaron acciones para superar las barreras, en las que se evidencia un quiebre de los límites tradicionales del trabajo de cada institución, logrando un abordaje multisectorial sobre las barreras priorizadas. La ejecución de soluciones se realizó a través de un convenio entre el Seremi y la municipalidad, lo que presentó dificultades dada la falta de experiencia de los monitores comunales en la gestión administrativa.

Se realizó un análisis crítico de los ejes claves del programa: orientaciones metodológicas, participación social, trabajo intra e intersectorial y captación de personas que no contactan el sistema. Las orientaciones metodológicas desarrolladas por el nivel central fueron útiles para las regiones y comunas en la comprensión de los conceptos de equidad, determinantes sociales y modelo de barreras de acceso. La noción de “barreras” y la participación social representan la novedad con respecto a intervenciones previas. Sin embargo, los equipos destacan el corto tiempo disponible para la ejecución.

La participación social fue activa y resultó ser un elemento clave durante las etapas de diagnóstico, priorización e identificación de soluciones. Las razones de este logro radican en una adecuada estrategia de convocatoria de la comunidad, destacando el rol activo de los monitores comunales y la construcción de confianza en el equipo ejecutor, sustentada en la concreción de las acciones a realizar. Se aprecia, sin embargo, un decaimiento de la participación social en las etapas finales del programa.

En el trabajo intrasectorial se observó una variedad de experiencias a nivel regional y comunal. En muchas regiones fue positivo y representó una oportunidad al interior del sector salud, orientando el trabajo conjunto en torno a un objetivo común. En otros casos, no se logró conformar una estrategia de trabajo operativo, quedando sujeta a la voluntad de las personas.

El trabajo intersectorial fue uno de los aspectos más débiles del programa. En general se logró al inicio en la constitución de los comités regionales y comunales y en la implementación de acciones sobre las barreras, aunque fue percibida por los actores como frustrante y de corto plazo.

Con respecto a la reconexión de población que no contacta al sistema, se identificaron grupos excluidos por aislamiento geográfico, abandono de tratamientos y baja adherencia a sistemas de beneficios, población indígena y adulta mayor con discapacidad. Una vez identificados, se implementaron diversas estrategias de convocatoria, donde los monitores comunales tuvieron un rol fundamental, tanto en la cobertura de territorios aislados como en la capacidad de construir lazos de confianza.

En conclusión, el Programa de Comunas Vulnerables representa una experiencia innovadora y exitosa en la incorporación de una perspectiva de equidad y determinantes sociales. Un factor clave es la concreción del trabajo realizado, fundamental para validar el programa y restituir la confianza de la comunidad. En el diseño, ejecución y logros fue crucial el rol de los monitores comunales, destacando como clave su conocimiento acabado de la zona a intervenir.



Por tratarse de una herramienta valiosa, se recomienda incorporar el modelo en otras políticas públicas, manteniendo como ejes claves el análisis del modelo de barreras, participación de la comunidad, resolución de las barreras identificadas y coordinación de la oferta pública en torno a los usuarios. Se sugiere además fortalecer la etapa de ejecución, incrementar la importancia de las barreras a garantías sociales y fomentar la participación activa de actores del intersector. La figura de monitores comunales y coordinadores regionales debe ser fortalecida; junto con facilitar la comprensión de las orientaciones programáticas tanto por la comunidad como por actores del intersector.



# 1. ANTECEDENTES

A partir de la década de los 90s, el Gobierno de Chile ha desarrollado un esfuerzo sostenido para expandir la protección social, establecer un conjunto de garantías sociales y reducir las inequidades en salud de la población residente en Chile. Durante 1990-2000, el énfasis estuvo en la expansión de los beneficios y programas sociales de la población más pobre del país y la erradicación de la extrema pobreza, junto con la implementación de la reforma educacional y de justicia penal. A partir de la década del 2000, el foco se centra en la equidad social, dando origen a la propuesta e inicio de la reforma del sector salud. El Gobierno de Michelle Bachelet implementa un sistema integral de protección social, llevándose a cabo la reforma previsional y el Programa Chile Contigo.<sup>(1-4)</sup>

En este contexto, se crea en Mayo del 2008 la Secretaría Ejecutiva de Determinantes Sociales de la Salud, dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública. En Septiembre del 2008 se inaugura una agenda de trabajo en determinantes sociales y equidad, con el propósito de “Mejorar el nivel y distribución de la salud de la población residente en Chile mediante la integración del enfoque de determinantes sociales y equidad en salud”.

La agenda de trabajo “Determinantes Sociales de la Salud: 13 pasos hacia la equidad en salud en Chile”, consta de siete objetivos y 13 acciones concretas para contribuir a la equidad en salud en Chile<sup>(5)</sup>:

1. Reducir las inequidades sociales que contribuyen a las inequidades en salud.
2. Reducir las inequidades sociales que contribuyen al menor acceso a la salud y a los servicios de salud.
3. Implementar acciones de “inclusión social” sobre grupos y territorios excluidos.
4. Desarrollo de conocimientos y espacios de debate y formación en equidad y determinantes sociales de la salud.
5. Generar herramientas de planificación, monitoreo y evaluación del proceso de DSS y Equidad en el trabajo del Ministerio de Salud.
6. Establecer instancias que permitan la coordinación e integración entre distintos sectores para el desarrollo de acciones necesarias en el abordaje de las inequidades en salud.
7. Abogar por la agenda de equidad y determinantes de la salud en el país y la región de las Américas.

Paralelamente se desarrolla el Plan de Acción para el Fortalecimiento de la Gestión en Salud (Plan de 90 días) comprometido por el Ministerio de Salud, que busca reducir las listas de espera de atención por especialistas,



tomando esta coyuntura como una oportunidad para poner en discusión la inequidad en el acceso. La oportunidad del acceso a los servicios de salud y garantías sociales no está asegurada por la oferta programática, sobre todo para aquellos grupos sociales y territorios más vulnerables. Para dichos grupos y territorios, la oportunidad radica en poner al centro a la población y los usuarios al momento de organizar los servicios públicos, y la identificación de intervención de una barrera de acceso a salud.

La agenda de 13 pasos y el plan de 90 días enmarcan el trabajo del Programa de Comunas Vulnerables. Este programa consiste en una intervención a nivel territorial para identificar y eliminar barreras de acceso a salud y garantías sociales en 94 comunas vulnerables del país. El modelo de trabajo contempla como pilares la participación social y el trabajo integrado del sector salud y otros actores institucionales, como un requisito esencial para coordinar la acción sobre los determinantes sociales de salud<sup>(6)</sup>.

Los objetivos del programa son los siguientes<sup>(6)</sup>:

1. 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 las 94 comunas más vulnerables.
2. Elaborar un diagnóstico de las barreras de acceso a salud en términos de calidad de vida y de servicios de salud en particular, utilizando el modelo de cobertura efectiva en cada una de las 94 comunas seleccionadas.
3. Priorizar con la comunidad las barreras de acceso más relevantes en cada una de las 94 comunas.
4. Elaborar un plan de acción de intervención sobre las barreras priorizadas en cada una de las 94 comunas que incluya la participación de la red de protección social, y en particular la del gabinete social a nivel del gobierno regional.
5. Implementar un plan de acción para la reducción de las barreras de acceso en cada una de las 94 comunas más vulnerables.
6. Contribuir desde salud al acceso oportuno a las garantías sociales contempladas en el sistema de protección Social y al ejercicio de derechos en cada una de las 94 comunas seleccionadas.
7. Fortalecer el trabajo integrado de los Servicios de Salud, Fonasa y los Seremi a nivel regional.

El Programa de Comunas Vulnerables comenzó su implementación en Enero del 2009, por lo que se hace necesario rescatar la experiencia del primer año de implementación. El informe recoge el trabajo de sistematización realizado por equipos externos en las 15 regiones del país y se espera que contribuya al diseño y planificación de intervenciones futuras para incorporar el enfoque de equidad y determinantes sociales de la salud en las políticas públicas.



## 2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE COMUNAS VULNERABLES

### Marco teórico del programa

El Programa de Comunas Vulnerables se sustenta en tres conceptos fundamentales: enfoque territorial, vulnerabilidad y equidad de acceso. La pregunta clave es: ¿Cómo es abordada la vulnerabilidad en un territorio específico desde la perspectiva de equidad y determinantes sociales de la salud? Esto será discutido a continuación.

#### Enfoque territorial

Las condiciones de vida y salud se relacionan fuertemente con los territorios donde se nace y vive. Chile es un país con gran segregación (espacial, cultural, étnica, educacional y de acceso a servicios), lo que genera diferencias importantes en las oportunidades que tiene cada persona de un desarrollo saludable y de alcanzar una mejor salud y calidad de vida.

De este modo, la posibilidad de alcanzar el máximo potencial de salud y calidad de vida no ocurre en un espacio abstracto, sino que en territorios donde se plasman aspectos geográficos y físicos, relaciones sociales, políticas, económicas y culturales. El enfoque territorial revela la existencia de una serie de desigualdades (de salud, educación, oportunidades laborales, etc.) entre y dentro de los territorios y que afectan a las comunidades que lo habitan.

En los límites político-administrativos del Estado de Chile, el municipio es la entidad territorial encargada de la provisión de servicios de salud y otras garantías sociales -educación, subsidios, etc.- al igual que de articular la respuesta de las diversas instituciones del estado a nivel local. Muchos municipios se encuentran limitados por la escasez de recursos económicos, insuficiencias en infraestructura básica, conectividad vial y comunicacional, contando al mismo tiempo con escasos profesionales y especialistas en distintas áreas de gestión pública.

El Programa de Comunas Vulnerables centra su acción en el nivel municipal, focalizando la intervención en aquellas comunas con mayor vulnerabilidad.

#### Vulnerabilidad

La vulnerabilidad ha sido definida por el PNUD como “el resultado de la acumulación de desventajas y una mayor posibilidad de presentar un daño, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características



personales y/o culturales”. Grupos vulnerables incluyen personas en situación de calle, migrantes, personas con discapacidad, adultos mayores, población indígena, que más allá de su pobreza viven en situaciones de riesgo<sup>(7)</sup>.

Vulnerabilidad no es sinónimo de pobreza. La carencia de recursos materiales es sólo uno de los determinantes sociales que padecen los grupos vulnerables, entre los que se encuentran la falta de educación, precariedad de condiciones laborales o de vivienda, abuso de sustancias y alcohol, etc. La noción de vulnerabilidad incluye a todos aquellos grupos sociales que, por su menor disponibilidad de activos materiales y no materiales, quedan expuestos a alteraciones bruscas y significativas de sus niveles de vida<sup>(8)</sup>.

El concepto de vulnerabilidad fue evaluado a través de la construcción de un índice de vulnerabilidad, el que se utilizó para la selección de comunas participantes en el programa. El índice de vulnerabilidad se construyó a partir de cuatro indicadores:

- Pobreza, definido por el porcentaje de población que vive bajo la línea de la pobreza en cada comuna
- Ingreso total del hogar, que considera el ingreso monetario más el arriendo imputado
- Promedio de años de escolaridad comunal
- Mortalidad infantil, promedio de 2001-2005

Para cada indicador se definió un ranking de cada comuna. Con el promedio de los cuatro rankings se elaboró una variable llamada Índice de Vulnerabilidad. Tras ordenar las comunas de mayor a menor Índice de Vulnerabilidad, se seleccionaron las 70 comunas con mayor vulnerabilidad a nivel nacional y luego las más vulnerables de cada región, totalizando 92 comunas vulnerables<sup>(6)</sup>. De este modo, en cada región del país hay una agenda prioritaria de equidad de acceso.

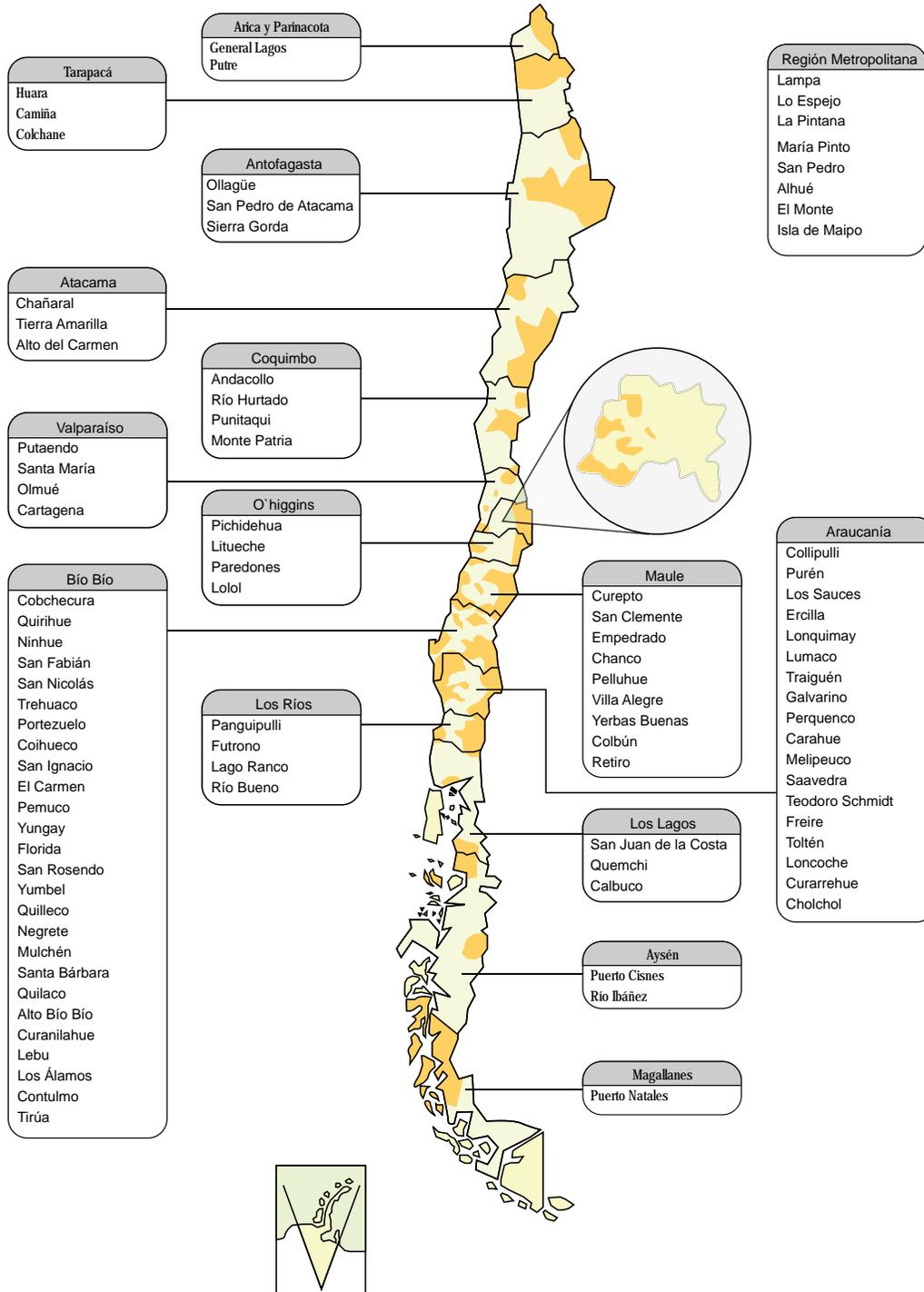
Una vez iniciado el programa, la región de Los Lagos –que contaba con una comuna participante- expresó su intención de aumentar el número de comunas con tal de optimizar el uso de los recursos humanos del programa. Finalmente, se decidió añadir las dos comunas con mayor vulnerabilidad de la provincias restantes (comunas de Quemchi y Calbuco), con lo que se conformó la lista final de 94 comunas del Programa de Comunas Vulnerables. La Figura 1 muestra la distribución de las comunas vulnerables participantes en el programa (para mayor información, ver Anexo 1).

Usando datos de la encuesta Casen 2006, es posible evaluar en qué medida el indicador permite distinguir comunas con mayor vulnerabilidad. Las comunas seleccionadas representan el 27,5% del total de comunas del país, cubriendo el 9,1% de la población nacional. La mayoría de las comunas definidas como vulnerables (56,3%) se concentran en las regiones de Maule, Biobío y Araucanía y un 38,1% vive en zonas rurales, comparado con el 10,4% de las comunas no vulnerables. Igualmente, un 13,3% dice pertenecer a un pueblo originario: más del doble que las comunas no vulnerables (6%).

La población de las comunas definidas como vulnerables tienen en promedio 2,1 años de escolaridad menos que las comunas no vulnerables (8,2 v 10,3%) y casi la mitad del ingreso autónomo (363 v 696 mil). Asimismo, las comunas vulnerables presentan una mayor mortalidad infantil que las no vulnerables (9,7 v 8,3 defunciones por 1000 nacidos vivos).



Figura 1. Distribución territorial de las 94 comunas del Programa de Comunas Vulnerables.





## Equidad de acceso a salud y garantías sociales: modelo de cobertura efectiva

Equidad en salud se define como la ausencia de diferencias en la salud de individuos o poblaciones que son consideradas innecesarias y evitables, y por ende, injustas<sup>(9)</sup>. La noción de justicia conlleva un mandato ético de reducirlas y eliminarlas, como meta final<sup>(10)</sup>.

El sistema de salud como determinante social de la salud, juega un rol fundamental a través de la garantía de acceso oportuno, equitativo y de calidad para la población. Al mismo tiempo su contribución al logro de la reducción de las inequidades en salud, dicen relación con su accionar directo en la reducción de las diferencias de exposición y vulnerabilidad en la población.

A la vez, el sistema de salud no solo tiene la responsabilidad de mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud, sino también de influir y convocar a otros sectores para mejorar las estrategias que abordan las inequidades a través de la acción intersectorial, dado que gran parte de los determinantes sociales de la inequidades en salud están fuera del ámbito directo del sector salud. En este sentido, es crucial superar no sólo las barreras existentes al acceso a salud, sino que el sector salud debe comprometerse a asegurar el acceso a las garantías sociales, priorizando sobre todo aquellos territorios con mayor vulnerabilidad<sup>(11)</sup>.

Se espera entonces que todas las personas accedan a los servicios de salud y otros servicios sociales acorde a sus necesidades e independiente de su capacidad de pago, estrato social, nivel educacional, etc. Esto se conoce como equidad de acceso<sup>(12)</sup>.

El acceso a servicios de salud y otros servicios sociales está determinado por la necesidad en salud, la oferta de servicios y la habilidad de la población de utilizar o demandar dichos servicios. Para ello, las comunidades e individuos deben sortear una serie de barreras que limitan el acceso a los servicios aun existiendo necesidad de ello.

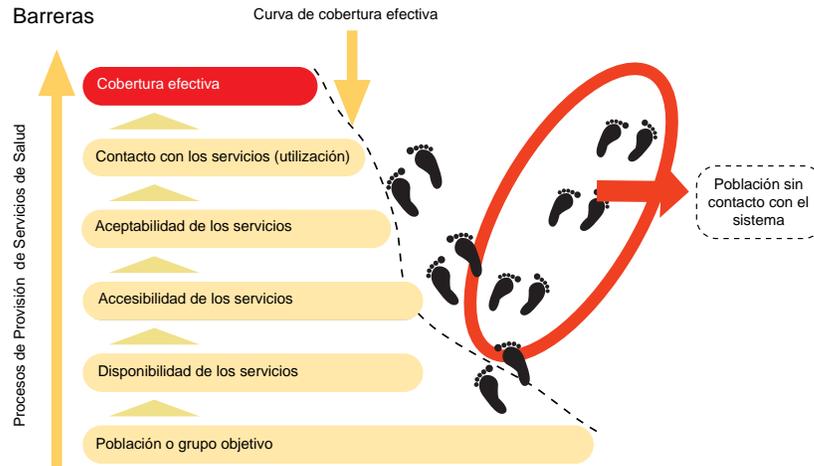
Con el objeto de operacionalizar la equidad de acceso, el Programa de Comunas Vulnerables utiliza el modelo de Tanahashi, que contempla 5 fases complementarias (Figura 2)<sup>(13)</sup>:

- Disponibilidad de servicios
- Accesibilidad de los servicios
- Aceptabilidad de los servicios
- Contacto con los servicios (utilización)
- Cobertura efectiva

Como se muestra en la Figura 2, en cada etapa hay grupos sociales que experimentan diversas barreras y que no contactan los servicios. Esta población que no contacta al sistema incluye, con frecuencia, los grupos sociales con mayor vulnerabilidad.



Figura 2. Modelo de evaluación de Equidad de Acceso e identificación de barreras.



Fuente: Orientaciones metodológicas del Programa de Comunas Vulnerables, Ministerio de Salud, 2009.

La disponibilidad de servicios se refiere a qué recursos y en qué cantidad hay disponibles para entregar o realizar una determinada prestación. Dichos recursos pueden ser físicos (infraestructura, equipamiento, disponibilidad de medicamentos, etc.) o humanos, e incluyen las capacidades técnicas del recurso humano para responder a las necesidades de la población. Barreras de disponibilidad pueden ser, por ejemplo, la ausencia de centros prestadores de servicios o profesionales, carencia de acceso a servicios básicos (como agua potable y alcantarillado) o falta de espacios públicos.

La accesibilidad de los servicios se relaciona con la forma en que estos recursos están accesibles a la población. La accesibilidad física está determinada por la distancia a los centros de salud, tiempo de transporte, tiempo de espera y se correlaciona con la percepción de la población de la accesibilidad y de satisfacción. A su vez, se relaciona con el valor del tiempo invertido por los distintos usuarios. La accesibilidad financiera corresponde a las barreras asociadas a la disponibilidad de recursos y gastos en acceder a los servicios, dentro de los que se haya gastos de bolsillo, compra de medicamentos o gastos de transporte. Finalmente, la accesibilidad administrativa-organizacional se refiere a procedimientos administrativos como la inscripción y acreditación como beneficiario de Fonasa y los trámites para el otorgamiento de horas, exámenes, subsidios u otros beneficios sociales. Un ejemplo de accesibilidad administrativa es el otorgamiento de horas médicas a personas que trabajan, que a menudo no acceden a los servicios por los horarios de atención.

La aceptabilidad depende de la percepción de la población de las prestaciones ofrecidas, la que es influenciada por aspectos culturales, creencias, religión, género, valóricos y de redes sociales. Estos elementos también determinan la prioridad que las personas asignan a ciertos tipos de servicios. Por ejemplo, las personas pueden estar dispuestas a sobrellevar la distancia o incurrir en gastos de bolsillo por prestaciones de médicos especialistas, pero no en acciones preventivas y promocionales. Igualmente, hay otros elementos que influyen la aceptabilidad, como el trato al usuario, la información disponible y las redes de apoyo de los usuarios.



Una vez cumplidas las fases de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, las personas toman contacto con los servicios de salud. En este sentido se debe distinguir la utilización de servicios con la cobertura efectiva. No basta utilizar los servicios si no se completa la recomendación de un tratamiento en su totalidad. Esto último, denominado cobertura efectiva, es clave para asegurar la efectividad de las acciones en salud. Este es el caso de tratamientos prolongados (e.g. curso de tratamiento antibiótico, control prenatal y del niño sano), mientras que en otros el contacto es único y equivale a cobertura efectiva, como en el caso de las vacunaciones.

El modelo de cobertura efectiva otorga sustento teórico y guía el desarrollo del Programa de Comunas Vulnerables, siendo sus objetivos principales el identificar barreras de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y cobertura efectiva e implementar acciones para sobrellevar las barreras de acceso identificadas. La Figura 3 esquematiza las barreras de acceso a salud y garantías sociales encontradas por las personas en el proceso de alcanzar la cobertura efectiva.

Figura 3. Barreras de acceso a salud y garantías sociales, de acuerdo a modelo de cobertura efectiva.



Fuente: Orientaciones metodológicas del Programa de Comunas Vulnerables, Ministerio de Salud, 2009.



## Descripción del diseño del programa

### Modelo de Trabajo

El modelo de trabajo se desarrolla en tres etapas:

#### 1. Elaboración de un diagnóstico para identificar las barreras de acceso

Esta etapa contempla el diagnóstico para la identificación de barreras de acceso según el modelo de cobertura efectiva, con el objeto de orientar el diseño del proceso de priorización y validación a nivel local. El diagnóstico tiene dos características: participativo e integrado. Participativo se refiere a que debe involucrar a la comunidad a lo largo de todo el proceso; integrado dice relación con el proceso coordinado de acción intra e intersectorial a nivel central, regional, provincial y comunal.

Una de las tareas del nivel central consiste en reunir la información secundaria disponible sobre disponibilidad y accesibilidad de los servicios, con tal de informar la toma de decisiones a nivel local. A su vez, es responsabilidad del nivel central identificar las inequidades en el acceso diferencial de distintos grupos sociales a los servicios. Eso es sistematizado en una Ficha de Caracterización Comunal, que contiene información clave para cada comuna y es distribuida a los niveles regionales y comunales como insumo para el diagnóstico de barreras.

A nivel regional, se plantea la conformación de un Comité Regional, equipo de trabajo que integra a actores del intrasector (Servicio de Salud, Seremi, Fonasa), intersector y municipios; cuenta con un coordinador regional y monitores comunales de dedicación exclusiva en el programa.

El diagnóstico se genera a través de mecanismos e instancias participativas que permiten recoger la opinión de la comunidad, especialmente con aquellos grupos excluidos que no toman contacto con el sistema. El proceso de diagnóstico de barreras de acceso se lleva a cabo en cinco pasos: recepción y discusión de las fichas de caracterización comunal; preparación del diagnóstico participativo; asamblea comunitaria de diagnóstico participativo (incluyendo la captación de grupos que no contactan al sistema); análisis del modelo de equidad y barreras de acceso; y sistematización y elaboración de documento que contenga el diagnóstico base.

#### 2. Validación y priorización

El diagnóstico e identificación de barreras de acceso a salud y garantías sociales es seguido de un proceso de validación comunitaria de las barreras seleccionadas y priorización de las barreras a intervenir. Este proceso tiene un fuerte componente participativo, siendo la comunidad la encargada de definir las prioridades e identificar posibles soluciones y acciones a implementar. Esto se espera contribuya a otorgarle validez frente al nivel local, regional y central.



La participación social se desarrolla en forma sostenida durante la implementación del programa, constituyendo espacios locales de discusión, conocimiento e intercambio de información en el establecimiento de las prioridades en salud y garantías sociales. Esto implica la necesidad de informar adecuadamente a la comunidad y adaptar la estrategia a la realidad comunal. A su vez, el proceso de priorización incluye la identificación de factores externos que facilitan las soluciones para superar las barreras de acceso.

En este sentido, hay cuatro criterios básicos que orientan el proceso de validación y priorización. Primero, la participación social es fundamental y debe comenzar desde el inicio del plan de trabajo. Segundo, el proceso de priorización, para ser efectivo y coherente, debe adecuar la estrategia a la realidad local. Esto implica valorar las redes sociales de la comunidad, sus características socioculturales y las condiciones de accesibilidad geográfica. Tercero, el ejercicio de priorización local pasa por la validación de la comunidad y debe ser un proceso informado que permita a la comunidad involucrarse activamente, lo que implica desarrollar instancias de difusión de la información. Finalmente, la comunidad debe identificar posibles soluciones o eventuales facilitadores para la reducción de las barreras de acceso a salud y garantías sociales.

La implementación de la tarea se lleva a cabo a través de la convocatoria a una asamblea de validación comunitaria. Los resultados de la asamblea de validación son sistematizados y analizados en una nueva asamblea de difusión de resultados.

### 3. Elaboración y ejecución del plan de acción

El plan de acción es la etapa donde se implementan las acciones planificadas para superar las barreras de acceso a salud y determinantes sociales identificadas. La identificación de barreras en estos dos ámbitos (salud y garantías sociales), busca fortalecer y coordinar las líneas de acción a nivel sectorial (adaptando los servicios de salud a las necesidades de la comuna) e intersectorial (coordinando el trabajo con otros sectores responsables de acciones fuera del centro de salud).

Las orientaciones metodológicas se plantearon en torno a seis líneas de acción en el desarrollo del plan de intervención a los equipos comunales:

- Adaptar, adecuar y flexibilizar el modelo de atención
- Mejorar capacidades y competencias de los equipos de Atención Primaria de Salud
- Promover la integración funcional de la red de salud local
- Promover el acceso expedito a nivel secundario y terciario de personas en lista de espera
- Reorganizar la red de infraestructura
- Generar iniciativas sectoriales y/o intersectoriales con respaldo y gestión del Gabinete Regional

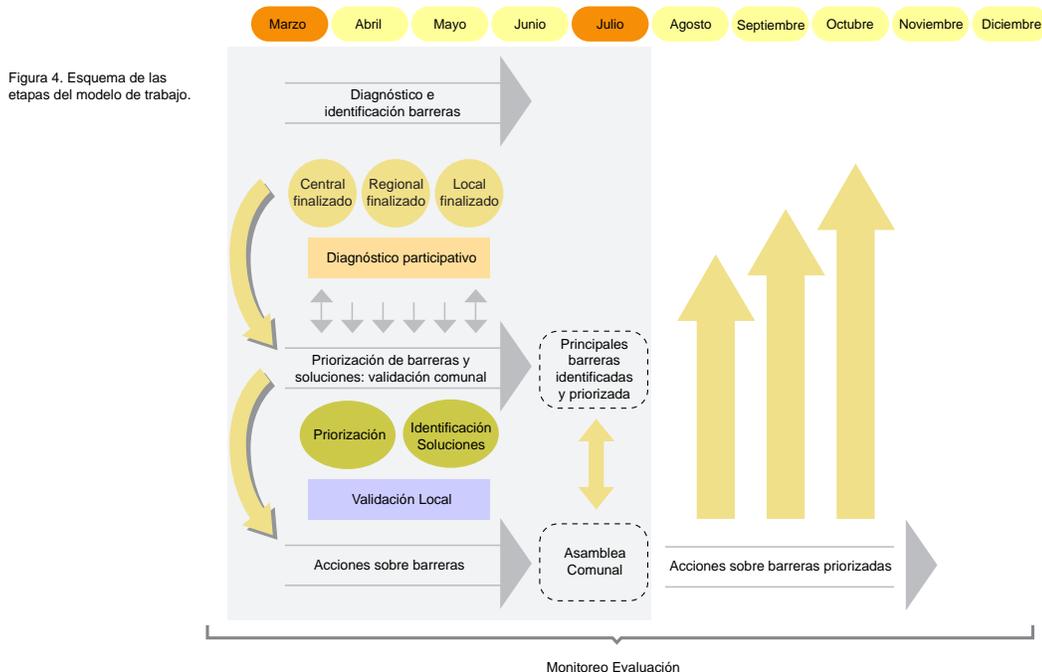


Con respecto a barreras de acceso a garantías sociales, el modelo sugiere ocho líneas de acción:

- Facilitar desde el sistema de salud información amigable a la población para que ejerza sus derechos
- Articular con otros sectores estrategias que promuevan acceso a las garantías contempladas en el sistema de protección social
- Fortalecer herramientas de abogacía para el ejercicio de derechos
- Gestionar y monitorear la información local de las personas y familias para la toma de decisiones
- Fortalecer la organización de acciones locales dirigidas a personas y grupos más vulnerables de las comunas
- Promover la gestión colectiva de proyectos locales
- Articular acciones para personas postulando a pensiones de invalidez por deficiencia mental y certificación de discapacidad psíquica
- Promover la participación y deliberación de la comunidad en la toma de decisiones

La tercera etapa contempla los pasos de formulación comunal de la propuesta de plan de acción (qué y para qué), programación (cómo), firma de convenios y transferencia de recursos, ejecución y monitoreo y evaluación.

La Figura 4 sintetiza las distintas etapas del modelo de trabajo, las actividades principales y los hitos operacionales más importantes. Las etapas de diagnóstico, priorización e identificación de soluciones para superar las barreras de acceso son ejecutadas entre Marzo y Junio del 2009. La implementación de las acciones sobre las barreras priorizadas tiene lugar entre Junio y Diciembre 2009.





## Ejes del modelo de trabajo

El modelo de trabajo enfatiza la necesidad de fortalecer la participación social, el trabajo intra e intersectorial y la captación de grupos excluidos, los que constituyen los ejes del Programa de Comunas Vulnerables. En este sentido, es fundamental el trabajo coordinado entre el intra e intersector, destacando el rol del intersector en aquellas acciones destinadas a las personas que no acuden al centro de salud. La Figura 5 ejemplifica la necesidad de complementariedad entre las iniciativas orientadas a reducir las barreras de acceso a salud y garantías sociales.

Figura 5. Diagrama de trabajo intra e intersectorial.



Fuente: Orientaciones Metodológicas del Programa de Comunas vulnerables, Ministerio de Salud, 2009.



## Estrategia de Instalación del Programa

### Organización y funcionamiento

La implementación del programa se lleva a cabo por un equipo de trabajo multisectorial a nivel regional, provincial (en el caso de algunas regiones) y comunal. Se propone fortalecer las coordinaciones existentes a nivel del gobierno regional, en particular en el Gabinete Social, junto con la creación de un Comité Regional de Comunas Vulnerables en las 15 regiones del país y un Comité Comunal en las 94 comunas participantes. Además, el equipo contempló 20 coordinadores regionales y 200 monitores comunales de dedicación exclusiva en el programa, distribuido según concentración poblacional y aislamiento geográfico.

El Comité Regional de Comunas Vulnerables está conformado por un representante del Servicio de Salud, Seremi, Fonasa, los coordinadores regionales, representantes del municipio de las comunas participantes y actores del intersector (Junji, Integra, Junaeb, Conadi, etc.). Las tareas del comité son el desarrollo de un plan de acción regional inicial, la conducción del proceso de implementación, la coordinación con otros actores sociales, administración de recursos, garantizar el cumplimiento de metas y el desarrollo de una estrategia comunicacional.

El trabajo del comité es gestionado por un coordinador regional, que además debe levantar y sistematizar la información necesaria para el diagnóstico regional y local y facilitar el acercamiento del plan de acción y de los monitores comunales a la comunidad. El coordinador regional es el nexo entre el comité y las comunas y debe visitarlas en forma regular, coordinar la labor de los monitores comunales y del proceso de implementación del plan de acción, y asegurar la correcta gestión financiera.

En aquellas regiones con mayor número de comunas se plantea la creación de un Comité Provincial de Comunas Vulnerables, similar al comité regional y que se encargue de los aspectos operacionales de la implementación del programa. De igual manera, se cuenta con un coordinador provincial con dedicación exclusiva al programa.

A nivel local, el Comité Comunal integra a todos los actores claves en el diseño, ejecución y monitoreo del plan de trabajo comunal, como la alcaldía, la Dirección de Salud, Dirección de Desarrollo Comunitario, Secretaría Comunal de Planificación, Encargados Municipales de Programas, etc. Su función es convocar y sensibilizar a la comunidad, colaborar en la integración de los monitores locales en el trabajo comunal y con el coordinador regional, contribuir al diagnóstico e implementación de la priorización comunitaria.

Los monitores locales son miembros de la comunidad que se integran en el equipo comunal. Ejercen el rol de puente entre las instituciones y la comunidad con el fin de mejorar la circulación de información, iniciativas y recursos, al igual que favorecer acciones de promoción de salud.

A nivel central, se conforma un equipo de comunas vulnerables intrasectorial. Cada región tiene uno o varios referentes a nivel central, que sirven de nexo entre la Subsecretaría de Salud Pública y los equipos de trabajo



regional y comunal. La supervisión se desarrolla a través de una comunicación fluida entre los referentes y los equipos de trabajo; semanalmente, el equipo de comunas vulnerables se reúne con los equipos regionales a través de una videoconferencia.

#### Desarrollo de capacidades

El programa incluye una serie de actividades para fortalecer el desarrollo de capacidades de los equipos regionales y comunales, al igual que de los técnicos paramédicos, para comprender el modelo de cobertura efectiva, el modelo de trabajo y la estrategia de instalación.

Se contempla la realización de un taller para técnicos paramédicos en el uso del maletín médico, modelo de cobertura efectiva y sistema de protección social durante el mes de Marzo 2009. A su vez, se preparan dos talleres de capacitación para los equipos encargados de implementar el programa. El primero, durante el mes de Marzo, consiste en la capacitación de equipos regionales en el modelo de cobertura efectiva, análisis de equidad y determinantes sociales y conformación de comités regionales. El segundo, durante el mes de Septiembre, tiene como objetivo revisar los planes de acción, discutir las soluciones planteadas para superar las barreras y planificar la ejecución de las acciones.

#### Recursos financieros

El programa dispone de un presupuesto de 2796 millones de pesos. La Tabla 1 contiene un resumen de la distribución de recursos financieros del Programa de Comunas Vulnerables.

Tabla 1. Presupuesto del Programa de Comunas Vulnerables 2009.

Contratación de recursos humanos	Total (millones de pesos)	%
Coordinador regional y provincial (20)	176	26,7
Monitor local (200)	570	
Subtotal	746	
<b>Etapas de Diagnóstico y Priorización</b>		
Elaboración material educativo y difusión	70	22,2
Adecuación de espacios recreativos de encuentro comunal	150	
Transporte	300	
Diagnósticos participativos locales y encuestas locales	100	
Subtotal	620	
<b>Plan de 90 días de Barreras de Acceso a Atención Primaria Resolutiva de Postas de Salud Rural</b>		
Maletines primeros auxilios	120	21,5
Oxímetro	412	
Equipos de radiotelefonía	70	
Subtotal	602	
<b>Solución de barreras de acceso a salud y garantías sociales identificadas</b>		
Inversiones en barrera priorizada a nivel comunal	828	29,6
(9 millones por comuna en promedio)	828	
SubTotal		
<b>Total</b>	<b>2 796</b>	<b>100</b>

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, 2009.



Del total del presupuesto, un 26,7% (746 millones de pesos) se destina a la contratación de 20 coordinadores regionales y provinciales y 200 monitores comunales y un 22,2% (620 millones de pesos) a las etapas de diagnóstico y priorización. Alrededor de 600 millones de pesos (21,5% del presupuesto) es destinado a las acciones contempladas en el Plan de 90 días para disminuir barreras de acceso a atención primaria resolutiva en postas de salud rural. Alrededor de un 30% (828 millones de pesos) está disponible para las acciones directamente relacionadas con la solución de barreras a nivel comunal, con un presupuesto promedio de 9 millones de pesos por cada comuna.

#### Registro y monitoreo

El Comité Regional es responsable de llevar un adecuado registro y reporte con el nivel central y con las comunas participantes. Con el objeto de llevar a cabo un monitoreo continuo de la implementación del programa, se espera que los coordinadores regionales envíen al nivel central:

- Planificación de contratación de coordinadores regionales y monitores comunales
- Actas de constitución de Comité Regional y Provincial
- Programa de trabajo de realización de asambleas de diagnóstico participativo por cada comuna (94 en total)
- Diagnósticos de base de las 94 comunas participantes y consolidado regional y provincial (15 regiones, 5 provincias)
- Registros de presentaciones realizadas durante las etapas de diagnóstico y validación de barreras identificadas, a autoridades regionales y comunales
- Plan de acción para solucionar barreras identificadas, incluyendo los recursos necesarios para su ejecución
- Convenios entre Seremi de Salud y 94 comunas participantes para la transferencia de recursos
- Evaluación de ejecución de soluciones propuestas
- Rendición de ejecución financiera



### 3. METODOLOGÍA DEL INFORME

El presente informe utiliza información secundaria generada durante el 2009, junto con información primaria recolectada en el contexto de la sistematización del Programa de Comunas Vulnerables, desarrollado por la Subsecretaría de Salud Pública en los dos últimos meses de ejecución. Dado el corto período de implementación, analizar el impacto del programa está fuera del alcance de este informe.

El proceso de sistematización fue ejecutado por siete equipos de evaluadores externos, que cubrieron lo ocurrido en las 15 regiones del país y las 94 comunas vulnerables. De acuerdo a los requerimientos del Ministerio de Salud, cada equipo externo desarrolló un plan de trabajo, el que fue revisado y discutido por los referentes regionales del equipo Minsal. Una vez terminada la recolección de datos, los equipos externos enviaron un informe de avance que fue revisado por duplas de evaluadores y dos miembros del equipo revisaron la totalidad de los informes para tener una visión de conjunto del trabajo. El producto final de la sistematización fue 15 informes regionales/provinciales y 94 informes comunales que resumen la experiencia del programa.

#### Fuentes primarias

La información primaria fue recolectada por siete equipos multidisciplinarios de evaluadores externos, los que cubrieron las 15 regiones y 94 comunas participantes en el programa. Cada equipo realizó entrevistas con informantes claves de los equipos regionales y comunales, incluyendo como mínimo miembros del Comité Regional, coordinador regional, integrantes del comité comunal, referentes del municipio y de las postas rurales (cuando corresponda) y miembros de la comunidad. En el caso de las regiones de la Araucanía y Bío Bío, la recolección de datos incluyó también los equipos provinciales (Comité Provincial y coordinador provincial).

En los últimos dos meses del programa, se entrevistó un total de 774 personas, incluyendo a 24 coordinadores regionales y provinciales, 90 miembros del comité regional, 167 monitores comunales y 493 miembros del comité comunal y representantes de la comunidad. Esto refleja un despliegue intenso en el territorio nacional, cubriendo la totalidad de comunas participantes en el programa. Se empleó una gran variedad de herramientas metodológicas para el análisis de datos, siendo lo más frecuente la utilización de entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. El Anexo 2 contiene una descripción a nivel regional del número de informantes clave entrevistados.

#### Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias incluyen los siguientes informes y documentos producidos por los equipos regionales y comunales durante las etapas del proceso:

- Equipo de profesionales referentes en el Ministerio de Salud de todas las regiones del país.
- Programa Comunas y Barrios Vulnerables (resolución Exenta N° 591, del 4 de agosto 2009)



- Material teórico- metodológico de análisis de barreras de acceso a salud y a garantías sociales
- Fichas de caracterización comunal
- Planes de trabajo iniciales de las 15 regiones del país
- Planes comunales de reducción de barreras de acceso de las 94 comunas vulnerables
- Consolidado de barreras de acceso de todas las comunas
- Minutas de acciones sobre barreras desarrolladas por los equipos del nivel central, regional, provincial y comunales
- Convenios Municipios- Seremis de salud, Servicios de salud.
- Informe de avance de ejecución de soluciones propuestas de 94 comunas vulnerables

#### Plan de análisis

La descripción de la implementación del programa se analizó con información secundaria disponible y con la información cuantitativa contenida en los informes regionales y comunales de los equipos de sistematización. Los planes de acción comunales fueron utilizados para construir una matriz, que contiene las barreras priorizadas, clasificadas según dimensión (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y utilización) y tipo de barrera (salud y/o garantía social). Esta matriz fue posteriormente usada para el análisis de frecuencias y cualitativo de las barreras de acceso priorizadas.

El análisis crítico se estructuró en base a cinco ejes centrales de análisis: orientaciones programáticas – utilidad y utilización de las orientaciones entregadas y comprensión del modelo-; participación social; trabajo intrasectorial; trabajo intersectorial; y captación de población que no contacta al sistema. En torno a estos ejes, se revisaron los informes regionales de los equipos de sistematización, de los que se extrajeron conclusiones de la experiencia a nivel nacional.



## 4. DESCRIPCIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE COMUNAS VULNERABLES

### Plan de 90 días

La implementación de la segunda medida del Plan de 90 días, comprometida antes del 31 de Marzo, representó una de las primeras actividades del Programa de Comunas Vulnerables. La segunda medida contempló acciones para la reducción de la lista de espera de atención médica por especialidad y la identificación de una barrera y su intervención.

De este modo, se desarrollaron actividades asistenciales en 92 comunas vulnerables<sup>(1)</sup> para reducir la lista de espera mayor a 120 días en las especialidades de Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología y Neurología Adulto. Del total de 21 623 personas en lista de espera mayor a 120 días, se realizaron 12 866 atenciones médicas de especialidad, resolviendo el 59,5% de la lista de espera al mes de Septiembre 2009.

A su vez, se identificó como barrera la capacidad resolutive de las postas rurales, por lo que se entregó un maletín con equipamiento para otorgar atención de calidad en las 419 postas rurales que eran parte del programa de comunas vulnerables, junto con una capacitación a los técnicos paramédicos en el uso de los equipos del maletín, dirigido por médicos especialistas, y en el modelo de cobertura efectiva y sistema de protección social.

Ambas actividades se realizaron en paralelo al proceso de conformación de los comités regionales y contratación de coordinadores regionales, lo que constituye un incentivo a la participación de técnicos paramédicos de postas rurales y miembros de la comunidad en las etapas del proceso de implementación del modelo de cobertura efectiva.

### Organización y funcionamiento

En las 15 regiones del país se constituyó un Comité Regional de Comunas Vulnerables entre los meses de Febrero y Abril.

En la conformación del comité regional, la totalidad contó con participación intrasectorial de la Seremi, Fonasa y los Servicios de Salud. En dos regiones se integró además un representante de la Superintendencia de

(1) Esto excluye las comunas de Quemchi y Calbuco que se integraron después al programa.



Salud (Arica-Parinacota y O'Higgins); en Antofagasta se integró un representante del Compín. En la mayoría de las regiones se integraron representantes de las comunas participantes, habitualmente el Alcalde o un representante del Desam.

La participación del intersector al momento de conformarse el comité presentó variaciones, integrándose con mayor frecuencia un representante del Serplac (53,3%) y el Gobierno Regional o Provincial (40%), los que en ocasiones se integraron con posterioridad al comité. La región de la Araucanía convocó a una gran cantidad de actores del intersector (Integra, Senama, Dirección del Trabajo y Vialidad), los que se integraron una vez comenzado el trabajo del comité regional durante algunas etapas del proceso.

En la constitución del comité regional, sólo en la región Metropolitana se integraron dos representantes de la sociedad civil: uno participa en múltiples organizaciones sociales y gremiales y la otra es concejala y representante del Consejo Nacional de Usuarios.

En las 15 regiones, el Comité Regional se reunió con frecuencia quincenal o mensual, con lo que se realizaron alrededor de 16 reuniones en cada Comité Regional. La orgánica de funcionamiento varió según la región; en algunas regiones se conformó un comité ejecutivo con representantes del intrasector y un comité ampliado con representantes del intersector. Otros comités sesionaron habitualmente con representantes del nivel regional y sólo en ocasiones con representantes de las comunas participantes.

Se constituyeron comités provinciales en las provincias de Arauco, Ñuble y Bío Bío (Bío Bío), y Cautín y Malleco (Araucanía). En la región de Biobío, el Comité Provincial de Arauco se constituyó con gran número de representantes del intersector: representantes provinciales de educación, Fosis, Conadi, Indap, Junji, Chile Barrio, Serviu y Fondap. El comité provincial de Ñuble contó con representantes de Junaeb y Serviu, mientras que el de Bío Bío se constituyó con un representante del Gobierno Provincial. En el caso de los comités provinciales de la Araucanía, sólo en Malleco el comité se conformó con un representante del Fosis y del Gobierno Provincial.

Una tarea del Comité Regional consistió en la selección de los 20 coordinadores regionales (usando un perfil de selección definido a nivel central), que se realizó durante el mes de Marzo. Todas las regiones contaron con un coordinador regional y sólo en una región (Antofagasta) hubo dificultades, ya que la coordinadora inicial tuvo que renunciar por problemas de salud, retrasando el inicio de la ejecución del programa. En algunas regiones, el comité regional participó activamente en la selección de monitores comunales y conformación del comité comunal.

Los monitores comunales fueron elegidos por el comité comunal, en un proceso llevado a cabo durante los meses de Abril y Mayo. En algunos lugares, como las regiones de Tarapacá y Antofagasta, Valparaíso y la Provincia de Malleco (Biobío), hubo dificultades en la selección de personal idóneo dado al bajo número de postulantes o que no cumplían con el perfil requerido. En Valparaíso, Araucanía y Los Ríos también ocurrió que los monitores renunciaron luego de haber sido seleccionados. A pesar de las dificultades, se logró reclutar exitosamente 200 monitores comunales en las 94 comunas.



En 92 de las 94 comunas participantes se conformó formalmente un comité comunal. La excepción fueron las comunas de la región de Aysén, que a pesar de no conformar un comité comunal, contaron con monitores comunales y un equipo de trabajo intersectorial que en la práctica funcionó como tal. Los tiempos de conformación fueron variados: en las regiones del Maule, Araucanía, Los Ríos y Valparaíso el proceso se desarrolló desde comienzos de Marzo a Abril, mientras que en el resto del país los comités comunales se conformaron en Mayo y Junio.

Uno de los objetivos claves en la conformación de los comités comunales fue la participación de organizaciones sociales y técnicos paramédicos de las postas rurales. Lo primero se logró con éxito, incorporando representantes de organizaciones sociales en la mayoría de los comités comunales. La participación de técnicos paramédicos sólo se logró en algunas regiones.

En la práctica, el trabajo fue liderado por el Seremi de Salud, especialmente por la coordinadora regional en conjunto con los monitores comunales.

La gestión de coordinadores regionales es evaluada positivamente por todos los equipos regionales, ya que fue el único integrante del comité regional con dedicación exclusiva en el programa y actuó como catalizador del trabajo desarrollado a nivel regional.

Existen visiones variadas sobre la labor del Comité Regional: en algunas regiones este trabajó en forma cohesionada y activa con participación de actores claves de la Seremi, Servicios de Salud y Fonasa, mientras que en otros la labor se desarrolló al interior de la Seremi. Existió integración entre el nivel regional y comunal, que va desde el traslado del comité en pleno a las comunas hasta la invitación de monitores y representantes comunales a sesiones ampliadas del Comité Regional. En las regiones de Araucanía y Biobío, la labor operativa fue desarrollada por los comités provinciales.

A nivel comunal, existe consenso de la labor fundamental de los monitores comunales, los que se desplegaron intensamente en terreno y movilizaron a la comunidad para participar en las asambleas de diagnóstico y priorización. En este sentido, se destaca el perfil de los monitores seleccionados, los que en su mayoría fueron miembros de la comunidad y poseían un acabado conocimiento del territorio. Los monitores comunales también realizaron un importante esfuerzo de recorrer comunidades alejadas del centro urbano comunal, siendo claves en la captación de grupos excluidos.

Existió además asesoría y acompañamiento por parte del equipo Minsal de comunas vulnerables. De acuerdo con el diseño, cada región contó con uno o más referentes, los que sumados a personal de apoyo conformaron el equipo de comunas vulnerables (25 personas). El equipo fue liderado por el Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública e integró miembros de distintos departamentos del Ministerio de Salud y Fonasa.

Se realizaron videoconferencias semanalmente con los equipos regionales, junto con una fluida interacción entre los referentes y coordinadores regionales.



## Desarrollo de capacidades

En el contexto del Plan de 90 días, se realizó una capacitación a 400 técnicos paramédicos en el uso de los equipos del maletín (dirigido por especialistas en el área), además de introducir el modelo de cobertura efectiva y fortalecer el conocimiento del sistema de protección social. Esto tuvo la doble finalidad de mejorar sus competencias en la práctica clínica e incentivar su participación en las etapas del proceso de implementación del modelo de barreras. En la mayoría de las regiones, este proceso se combinó con sesiones de capacitación para monitores comunales.

El equipo MINSAL de comunas vulnerables organizó dos talleres en el mes de Marzo sobre el modelo de cobertura efectiva, metodología para el análisis de equidad y capacitación para la formación de los comités regionales. A estos talleres, asistieron por separado representantes de los equipos regionales de las regiones de Arica-Parinacota a Metropolitana, Aysén y Magallanes (74 representantes en total) y de los equipos regionales de O'Higgins a Los Lagos (39 representantes). Los equipos regionales realizaron réplicas a los equipos provinciales y comunales.

En Septiembre se realizaron dos talleres (con los mismos grupos del taller anterior) de dos días cada uno en Santiago. El objetivo fue reforzar la aplicación del modelo de barreras de acceso, analizar los resultados de la etapa de diagnóstico, priorización y definición del plan de acción, apoyar la definición de estrategias de acción sectorial e intersectorial y reforzar los modelos de participación social. La jornada contó con 2 representantes por comuna, un representante del Servicio de Salud, 2 por Seremi de Salud, representante de Fonasa coordinadores regionales y provinciales y un representante del intersector por cada región: 292 participantes en total.

## Diagnóstico participativo de identificación de barreras

En las 94 comunas participantes se llevó a cabo un proceso participativo de diagnóstico y priorización de barreras de acceso a salud y garantías sociales. En la mayoría de las regiones, se distinguen tres fases en el proceso de diagnóstico participativo: una fase de presentación del programa, con realización de asambleas de alta convocatoria realizadas en la comuna; una fase de recolección de información primaria y secundaria; y una tercera fase de diagnóstico participativo a través de asambleas en las distintas comunas y localidades.

La primera etapa consistió en un proceso de sensibilización de las autoridades (entre Seremis y alcaldes) y de la comunidad, donde participó el alcalde y los miembros del comité comunal. La etapa de recolección de información se basó en las Fichas de Caracterización Comunal, documento elaborado por el Minsal que sintetiza un conjunto de indicadores de salud y determinantes sociales a nivel comunal.

En la mayoría de los casos, esta información fue complementada por la revisión de los planes de salud y planificación comunal e identificación de grupos excluidos. En la práctica, las comunas utilizaron diversas



estrategias para identificar la población que no contacta al sistema, usando en su mayoría criterios de aislamiento geográfico; en otras comunas se revisó fichas de pacientes no adherentes a tratamiento o que han abandonado diversos programas sociales. Además, se realizó un mapa de actores institucionales, identificando la oferta de servicios públicos en la comuna. Algunas comunas construyeron mapas identificando al sector privado.

La información secundaria se complementó con información primaria, recolectada a través de visitas domiciliarias a población residente en zonas aisladas, entrevistas en profundidad con actores claves y grupos focales. Este proceso de recolección de información primaria fue ejecutado por los monitores comunales y precedió la realización de asambleas de diagnóstico participativo.

Las asambleas de diagnóstico participativo tuvieron, en general, alta convocatoria en la comunidad. Esto se identifica como producto de la labor sistemática y comprometida de los monitores comunales, que convocaron personalmente a dirigentes sociales y grupos excluidos. En este contexto destaca la adaptación de muchas comunas a las circunstancias locales, por ejemplo, a través de asambleas en zonas alejadas del centro urbano comunal o transporte de grupos excluidos a la asamblea. En la región de Bío Bío se realizaron asambleas exclusivas para población indígena (Trawün) y en la Araucanía se realizó un trabajo focalizado para convocar a las comunidades mapuches a participar.

## Validación y Priorización

Esta etapa consistió en un primer paso de validación de los diagnósticos previos con la comunidad. Luego, se realizó la priorización de las barreras a intervenir e identificación de posibles soluciones. Esto se llevó a cabo en forma participativa, a través de asambleas con la comunidad. Cabe destacar el esfuerzo de muchos equipos comunales por organizar las asambleas en lugares aislados y adaptar el horario de acuerdo a las necesidades de la comunidad, esto contribuyó a lograr una buena convocatoria de participantes en todas las regiones del país.

En muchas comunas, este proceso se llevó a cabo en conjunto con el diagnóstico participativo, mientras que en otras se realizó en dos ocasiones separadas.

En la mayoría de las comunas se definieron criterios de priorización, los que fueron variados. En general, los criterios utilizados pueden ser divididos en dos grupos: relativos a la barrera y relativos a la factibilidad de intervenirla. Los criterios relativos a la barrera más frecuentes fueron la importancia de la barrera, en términos de la población afectada o el impacto de la barrera en la población, y el sentido de urgencia, entendido como la necesidad de resolver la barrera lo antes posible. Con respecto a la factibilidad de intervenirla, se consideraron los recursos económicos disponibles, la capacidad técnica para resolver la barrera y el tiempo de ejecución.

La forma en que la priorización se llevó a cabo también varió entre las comunas. En algunas comunas (e.g. región de Antofagasta y algunas de la Metropolitana) se usó un método con colores (verde, amarillo y rojo, como un semáforo) para priorizar las barreras, mientras que en otras asignaron puntajes a los criterios de



priorización, eligiendo aquellas barreras con mayor puntaje total. Muchas comunas utilizaron la votación a mano alzada para priorizar barreras.

En este contexto resaltan experiencias innovadoras en la comuna de Alhué (Metropolitana), donde se les pidió a los participantes que realizaran dibujos de la barrera más importante, facilitando el proceso de priorización. Igualmente, en las comunas de Río Ibáñez y Puerto Cisnes se organizó un “Teatro-Foro”, técnica que utiliza la expresión corporal y emocional para definir las barreras más importantes.

## Barreras de acceso a salud y garantías sociales

Con las barreras priorizadas y soluciones posibles se elaboró un Plan de Acción Comunal, que incluye las acciones identificadas y un presupuesto solicitado al nivel central para la ejecución de las acciones. No todas las barreras priorizadas requieren recursos financieros, algunas se pueden solucionar a través del mejoramiento de la gestión de la oferta pública.

La información disponible en los planes de acción comunal permite indagar sobre las características de las barreras de acceso a salud y garantías sociales y la comprensión del modelo de cobertura efectiva. Los planes de acción contienen todas las barreras priorizadas por la comunidad, las que fueron categorizadas por los equipos comunales en barreras de salud y/o garantías sociales y según la dimensión de la barrera de acceso (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y utilización)<sup>(2)</sup>.

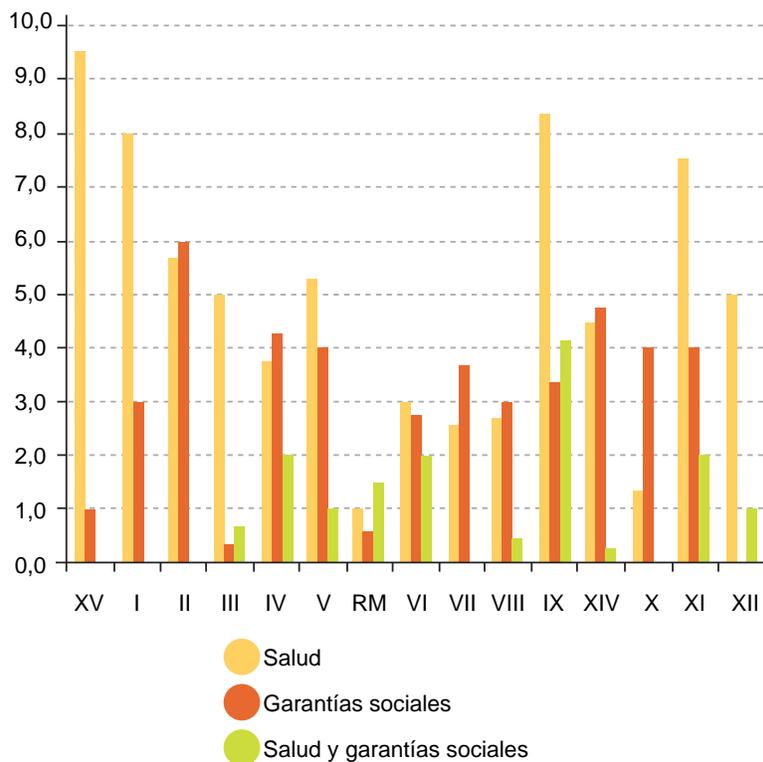
Los 94 planes de acción priorizan un total de 831 barreras, existiendo gran variabilidad en el número de barreras priorizadas. En este sentido, destacan por el gran número de barreras priorizadas las regiones de Arica-Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Araucanía y Aysén. Por el contrario, en otras como la región Metropolitana y Los Lagos, las comunas optaron por priorizar pocas barreras. Del total de barreras priorizadas, el 50% fueron de salud, 34,9% de garantías sociales y 15% de ambas, salud y garantías sociales.

A nivel regional (Figura 6), se observa un claro predominio de barreras de salud en las regiones de Arica-Parinacota, Tarapacá, Atacama, Los Lagos, Aysén y Magallanes; mientras que las regiones de Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, O'Higgins, Biobío y Los Ríos priorizaron un número equivalente de barreras de salud y garantías sociales, mientras que la región del Maule destaca por priorizar mayor número de barreras de garantías sociales. Cabe destacar la alta proporción de barreras clasificadas como salud y garantías sociales en las regiones de Coquimbo, O'Higgins y Araucanía.

(2) Esta información fue sistematizada en una matriz de análisis por Miguel Pérez y Florencia Donoso, Subsecretaría de Salud Pública, Minsal.



Figura 6. Promedio de barreras priorizadas de salud, garantías sociales o ambas por región.



Fuente: Elaboración propia con datos de los Planes de Acción Comunal, Junio 2009.

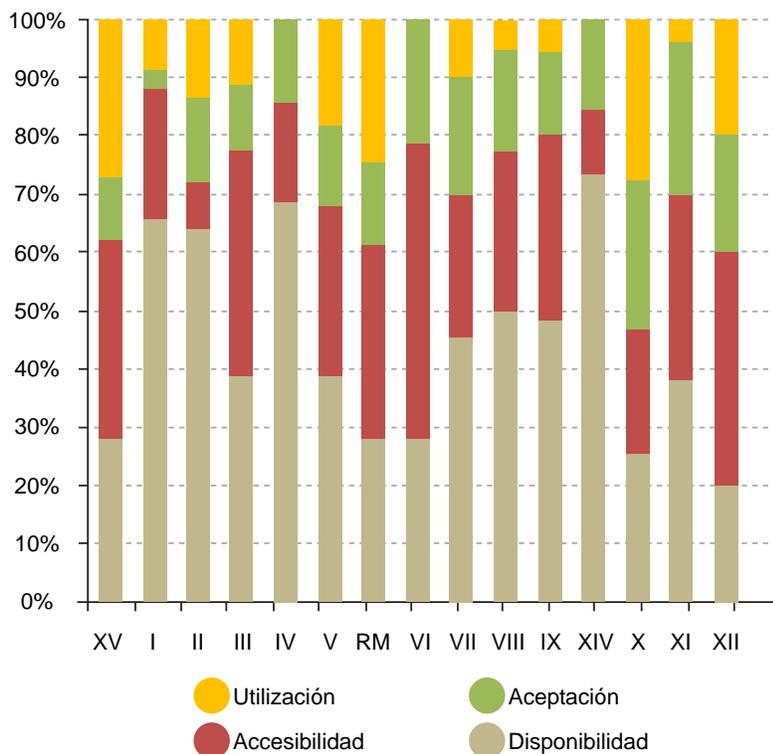
La totalidad de barreras fue clasificada según las dimensiones del modelo de cobertura efectiva. De 831 barreras, los equipos comunales identificaron con mayor frecuencia barreras de disponibilidad (47,1%), seguido de accesibilidad (28,1%), aceptabilidad (20,8) y utilización (8,7). Llama la atención que un 23% de las barreras incluyen más de una dimensión (e.g. disponibilidad y accesibilidad) y no es infrecuente que los equipos hayan priorizado barreras que abarcan las cuatro dimensiones del modelo.

La Figura 7 muestra las barreras de acceso a salud y garantías sociales a nivel regional. Las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo y Los Ríos identificaron barreras de disponibilidad en proporción mayor al 60%. Por el contrario, las barreras de accesibilidad predominaron en las regiones de Arica-Parinacota, Metropolitana, O'Higgins y Magallanes.

Las barreras de aceptabilidad alcanzan mayor proporción en la región de O'Higgins y en las del extremo sur del país (X, XI y XII), mientras que las barreras de utilización fueron especialmente prominentes en la región de Arica-Parinacota, Metropolitana y Los Lagos.



Figura 7. Barreras de acceso a salud y garantías sociales según dimensión, desagregadas por región.



Fuente: Elaboración propia con datos de los Planes de Acción Comunal, 2009.

Para complementar el análisis de frecuencias de las barreras priorizadas, se realizó un análisis cualitativo del contenido de los planes de acción. La lista total de barreras se ordenó de acuerdo a las cuatro dimensiones del modelo de cobertura efectiva y según si eran de salud, garantías sociales o ambas.

En la dimensión de disponibilidad, las barreras de garantías sociales se asocian principalmente con acceso a agua y saneamiento básico (manejo de residuos y de excretas) y con la falta de espacios de recreación y de organizaciones sociales. Se menciona con frecuencia el problema de falta de espacios para jóvenes y la emergencia de problemas de alcohol y drogas. También se destaca frecuentemente la falta de información sobre garantías sociales como una barrera de disponibilidad.

Las barreras de salud más frecuentemente mencionadas se refieren a la disponibilidad de medicamentos y horas médicas (de especialidad, rondas médicas insuficientes o postas de salud rural sin servicio de urgencia); falta de equipamiento y medios de transporte y de comunicación con el servicio de urgencia. Otro tema recurrente es la infraestructura deficiente de las postas de salud rural y estaciones médico-rurales, en especial referentes a la ausencia de agua, baños e instalaciones adaptadas para personas con niños o discapacidad.



En la dimensión de accesibilidad, las barreras de acceso a salud y garantías sociales se concentran en dos temas: falta de información de la oferta pública y de la Red de Protección Social, al igual que de los servicios de salud disponibles; y barreras en el transporte. Las barreras de transporte se refieren a la mala calidad de caminos y vías de acceso -especialmente durante el invierno-, a la insuficiencia de transporte público a zonas aisladas y a la nula o baja disponibilidad de traslado de pacientes desde zonas rurales hacia los centros de salud. También se menciona en forma recurrente, la conectividad comunicacional (falta de radios, teléfono e internet) tanto para la población general como para los recursos humanos del sistema de salud. En esta dimensión destaca el alto grado de traslape entre las barreras de salud y garantías sociales.

Con respecto a la dimensión de aceptabilidad, se identificaron en forma recurrente el mal trato del personal de salud con los usuarios; el atraso e impuntualidad de las rondas médicas y la demora excesiva en la entrega de interconsultas. Surgió nuevamente el problema de consumo de drogas y alcohol en los jóvenes y la falta de espacios de recreación y orientación vocacional.

Las barreras de utilización no presentan un patrón claro y sus temáticas son similares a las ya contenidas en las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

En forma transversal, surgen en todas las dimensiones barreras priorizadas relacionadas con el saneamiento ambiental, especialmente referentes a perros vagos y microbasurales, y con falencias en los servicios de medicina intercultural. Estas apuntan a la insuficiente dotación de recursos humanos y coordinación con los equipos de medicina occidental de atención primaria.

Con respecto a los actores involucrados, las barreras de salud son en su mayoría de competencia del sector salud. Sin embargo, también en las barreras a garantías sociales se identifican barreras ligadas al rol de la Autoridad Sanitaria, por ejemplo, en barreras relacionadas con los perros vagos y microbasurales. Surge con fuerza la necesidad de informar a la población del sistema de protección social, lo que involucra una acción conjunta de distintas instituciones, incluyendo a Mideplan, Minsal, Mineduc, Conadi, Junji y Junaeb y al Gobierno Regional y local, entre otros. Las barreras de saneamiento básico y mejoras en la conectividad vial y telecomunicacional involucran al Ministerio de Transportes, Telecomunicaciones y Obras Públicas principalmente, aunque en coordinación con autoridades locales y regionales, Carabineros y la Armada de Chile.

En términos generales, del análisis cualitativo surgen con claridad dos elementos: primero, que las barreras priorizadas de acceso a salud no sólo se relacionan con la provisión de servicios, sino también con determinantes sociales de acceso a servicios de salud; segundo, es evidente que existe un alto grado de superposición tanto en las cuatro dimensiones analizadas como en la división entre salud y garantías sociales. En su aplicación práctica, los conceptos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y utilización son entendidos en forma diferente por distintas comunidades.



## Acciones para superar barreras y ejecución

En las 94 comunas vulnerables se identificaron acciones a implementar para superar las barreras priorizadas, las que se vieron reflejadas en los planes de acción comunal. Una vez definido el plan de acción, las comunas vulnerables elaboraron un presupuesto para la ejecución de barreras y solicitaron financiamiento al nivel central. En su mayoría, los planes de acción iniciales no se ciñeron al presupuesto promedio de 9 millones de pesos, excediéndolo ampliamente. En este punto se desarrolló una etapa de negociación con el equipo central, con el que se acordaron líneas de acción dentro del presupuesto establecido.

En Septiembre del 2009, se realizó una jornada con los equipos regionales y el equipo Minsal para revisar los planes de acción, con el objeto de asegurar la debida correspondencia entre las barreras identificadas y la solución propuesta. Luego de esta jornada, los equipos regionales y comunales reformularon sus planes, elaborando el plan de acción final.

Al analizar las acciones propuestas en los planes de acción, destaca la variedad de estrategias adoptadas por los equipos comunales en la definición de soluciones. Algunas comunas optaron por resolver una barrera que requirió gran parte de los recursos disponibles, por ejemplo, a través de una inversión en infraestructura (e.g. mejoramiento del baño de posta de salud rural en El Carmen), conectividad comunicacional (e.g. radio comunitaria en Trehuaco o antena repetidora en Curarrehue) o de transporte (e.g. vehículo para transportar pacientes a hospital base en Río Bueno).

Otras, en cambio, optaron por identificar soluciones para todas las barreras priorizadas, incluyendo una amplia gama de actividades, como capacitación de personal de salud, líderes comunitarios y fortalecimiento de organizaciones sociales; mejoras en la gestión del recurso humano en salud municipal; compra de contenedores de basura y estanques de agua; compra de vehículos y ambulancias; mejoras de infraestructura de postas de salud rural, sedes comunitarias y plazas públicas y compra de servicios de atención médica de especialidad.

En este sentido, un aspecto clave en la implementación de las acciones sobre las barreras priorizadas es el quiebre en los límites tradicionales de cada institución, logrando una coordinación de diversos actores institucionales para el abordaje de las barreras identificadas y priorizadas de salud y garantías sociales.

La ejecución de los recursos financieros y no financieros se realizó a través de convenios entre la Seremi de Salud y la municipalidad. La experiencia de los equipos de sistematización revela que este proceso fue especialmente dificultoso, dada la inexperiencia de los equipos comunales en el diseño de convenios y en la adquisición de equipamiento y servicios a través del sistema Chile Compra. Esto requirió un acompañamiento sostenido de los equipos regionales y centrales para asegurar la correcta ejecución de los recursos financieros. Esta fase fue percibida por los equipos comunales como excesivamente desordenada y corta, con poca claridad en los procedimientos y plazos y con constante presión de los niveles superiores.

A su vez, del análisis de los avances en la ejecución de soluciones se desprende que el monitoreo a nivel central se concentró en los aspectos financieros, desplazando a las acciones no financiadas a un segundo plano. A la fecha, más del 90% de los recursos financieros han sido ejecutados y, según lo proyectado por los equipos regionales, el 100% de las acciones planificadas se finalizarán los meses de Febrero y Marzo.



## 5. ANÁLISIS CRÍTICO

### Orientaciones metodológicas

Dentro del programa existieron distintos medios a través de los que se entregaron orientaciones a los equipos: documentos escritos, talleres nacionales, asesorías en terreno de contraparte nacional y videoconferencias. La percepción sobre la utilidad de estas herramientas es diversa, si bien son consideradas de utilidad por todos los equipos, tienen mayor o menor relevancia de acuerdo a la fase de implementación del programa y la realidad regional y comunal.

De acuerdo a lo expresado por los actores, las orientaciones fueron útiles para las regiones y comunas, permitiendo explorar conceptos como determinantes sociales, equidad y barreras de acceso y ayudando a comprender la salud como un fenómeno complejo e integral. Los equipos manifiestan que se entregaron lineamientos orientadores y un modelo de trabajo con ideas en muchos casos complejas, que requirieron de la reflexión de los equipos para poder apropiárselas y plasmarlas en terreno.

Así, las orientaciones teórico-metodológicas permitieron operacionalizar el modelo de evaluación de equidad de acceso e identificación de barreras, lo que se tradujo en la posibilidad de identificar inequidades en el territorio, “barreras”, priorizarlas e intervenirlas, logrando un trabajo real de abordaje de la inequidad en el territorio. Es reiterativa en todos los relatos, la necesidad de contar con una experiencia práctica en el ámbito de los determinantes sociales y se valora como positivo la disposición de recursos humanos y financieros para ello.

A diferencia de experiencias previas, se menciona como factor determinante la concreción de las acciones implementadas, lo que permite una validación del programa ante los ojos de las personas, que participan durante el proceso y luego ven concretados los compromisos y productos de los planes de acción que ellos mismos han sancionado con anterioridad.

Se realiza un especial reconocimiento al énfasis del principio de participación social en el programa; una orientación relevante y novedosa, en la medida que afronta las problemáticas de salud de la población de una manera participativa y menos asistencial; fue éste énfasis que permitió mantener la participación como constante en todo el proceso, desde el diagnóstico, hasta la ejecución del plan de acción. Queda de manifiesto que el programa invita y permite trabajar con la comunidad en temas de derechos y participación social.

Así mismo, las orientaciones contribuyeron a tener una orgánica y coordinación institucional mínima con la constitución de los Comité Regionales, Provinciales y Comunales; el comité regional es reconocido como un espacio para la toma de decisiones. Desde la intersectorialidad, contribuyeron a la vinculación con otros programas y actores, como los Presupuestos Participativos y la Red de Protección Social, entre otros.



Es reconocido y destacado que los lineamientos provean de metodología para desarrollar trabajo comunitario que usualmente por falta de tiempo y de recursos no se realiza. Esto conlleva un acercamiento y creación de vínculos con la comunidad, entendiendo que la salud no es un tema privativo de los equipos. Las orientaciones permitieron la internalización que el trabajo de un servicio público no solo se realiza en los espacios institucionales, sino que el servicio que se presta involucra estar en terreno conociendo la percepción de los usuarios. Si bien las orientaciones contienen un fuerte componente teórico, los equipos hicieron la integración en la práctica, vinculando el componente comunitario del programa al Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

La dificultad de instalar este nuevo concepto en los actores institucionales también se observó en la comunidad, donde concibe como la instalación de cambios culturales imposibles de implementar en tan corto tiempo, ni en la comunidad ni en el sector salud. El modelo descrito en general requiere de más tiempo para ser internalizado y adaptado al discurso cotidiano del equipo de los comités comunales y del equipo de los centros de salud.

Las orientaciones son operacionalizadas en las fases de diagnóstico y priorización. De todos modos, los actores manifiestan que resultó complicado utilizar las orientaciones en la etapa de ejecución, pues en esta etapa se percibe que emerge una concepción biomédica, opuesta a lo propiciado en las etapas previas del proceso y establecido en los fundamentos del programa. Preocupa desde el inicio a los ejecutores del programa que la metodología pone en evidencia problemas y necesidades de las personas y comunidades que desde la institucionalidad instalada no es posible advertir.

La figura de los monitores y su legitimidad es un punto clave para resguardar el carácter participativo, definido incluso por algunos como el principal aporte del programa. En el nivel regional y comunal, la incorporación de la figura del monitor es considerada un acierto de la metodología. El monitor y las monitoras son destacados como articuladores de redes, actores en contacto permanente con la comunidad y con el espacio local, con quienes establecieron relaciones cercanas y fueron el vínculo inmediato del programa con los actores de la comuna.

En la utilidad de las orientaciones, la dificultad más evidente que plantean los equipos se refiere a la dimensión del tiempo en que se debió implementar el programa, mencionada por diversos actores como un factor limitante. Esto deja una brecha entre las orientaciones del modelo y las reales posibilidades de instalar cambios más estructurales y duraderos en términos de participación y de la integralidad del concepto de salud. Los ritmos en que las localidades pueden ejecutar las tareas encomendadas son variables y diversos, requiriendo de una negociación permanente entre lo ideal y lo posible. A esto, se suma la presión constante por parte del equipo central que evidencia la rigidez de las orientaciones.

Los conceptos orientadores son de difícil entendimiento dependiendo del actor, los diferentes grupos étnicos y grupos de interés. No obstante, en esta reiterada dificultad se reconoce como positivo que se disponga de capacitación y espacios de reflexión para poder entender los fundamentos del programa.

Otra dificultad percibida por los actores es la poca claridad en la definición de roles y funciones de los actores involucrados: quién era el encargado, quién dependía de quién, a quién responden. Un ejemplo recurrente



es el caso de los monitores, dependientes de la Seremi, pero ubicados físicamente en las comunas, donde el límite entre la responsabilidad sobre el programa y la colaboración con el trabajo del municipio es difuso.

También se menciona en forma recurrente la percepción de poca eficiencia en la gestión administrativa, producto de las premuras y el reconocimiento de un importante déficit en conocimientos básicos de contabilidad y administración financiera en general, lo cual obstaculiza la ejecución del programa.

En conclusión, los entrevistados dejan en claro que el programa ha hecho evidente de que la incorporación de la equidad en la agenda se trata de un proceso de largo plazo. Al mismo tiempo, estiman que el programa favorece la revisión de las prácticas actuales, obteniendo aprendizajes que fortalecerán el cambio de enfoque en salud. Incluir a grupos excluidos, trabajar en sectores rurales aislados y geográficamente dispersos y acercar la institucionalidad regional y comunal para ver in situ los problemas, fue satisfactorio para todos.

## Participación social

La participación-deliberativa se desarrolló en diferentes fases de la intervención, donde las comunidades se integraron efectivamente en proceso de toma de decisión. Las acciones llevadas a cabo evidencian, por lo tanto, este proceso participativo/deliberativo, ya que la comunidad participó expresando ideas, las que se plasmaron finalmente en los planes de acción que se ejecutaron en el marco del programa.

Un primer factor clave y facilitador de la participación de la comunidad, señalado frecuentemente en los relatos, corresponde al rol desempeñado por los monitores, quienes cumplían el perfil de ser personas reconocidas por las comunidades, incidiendo favorablemente en la legitimidad del programa. Esto, se expresa en una efectiva movilización de las redes sociales e institucionales presentes en los territorios para realizar las actividades del diagnóstico, priorización y definición de acciones, logrando una participación significativa de la población. Así mismo, la inclusión temprana de los técnicos paramédicos de las postas de salud rural facilitó la convocatoria y el trabajo en terrenos de los monitores.

En muchos lugares se cautela que la participación social sea representativa de todas las localidades de cada comuna, incorporando así la dimensión territorial en la intervención. Lo anterior adquiere más significado al tratarse de sectores y personas que históricamente se encontraban aisladas (sectores rurales) y que a raíz del programa, lograron articularse con su red local y aportar efectivamente a la identificación y priorización de barreras.

La propuesta de una identificación participativa de las barreras de acceso y de garantías y la asignación de un lugar central a la comunidad en la toma de decisiones, se instalan como una novedad, en tanto superan el histórico rol de la comunidad como beneficiaria o simple fuente de información de consulta para la construcción de los procesos de cambio.



Este nuevo lugar de la comunidad en la toma de decisiones implica un cambio en las relaciones entre la institucionalidad y los ciudadanos, estableciéndose una mirada de mayor horizontalidad, que desafía a la comunidad a empoderarse y ocupar nuevos espacios y roles. Esta mayor horizontalidad y poder deliberativo son, en general, vistos por los actores participantes como un desafío para el sector salud, en cuanto implica una mayor supervisión de parte de la ciudadanía acerca del cumplimiento de los compromisos asumidos desde la institucionalidad.

Se observa que algunas de las razones que contribuyeron a obtener los logros mencionados anteriormente son, primero, la buena estrategia utilizada para convocar a la comunidad. Esto logró hacer presencia como programa en la comuna y mantener informada a la población, la que se basó principalmente en el uso de medios de comunicación locales (radios locales y prensa local) y en convocatoria directa y personal que realizaron los monitores locales.

En segundo lugar, la credibilidad del equipo ejecutor fue fundamental en la generación de confianza en la comunidad. Éste tuvo una presencia continua en los territorios y cumpliendo los compromisos establecidos. De alguna forma, la comunidad sintió que no era un diagnóstico más, y que esta era una posibilidad concreta para discutir los problemas de la comunidad y buscar soluciones conjuntas.

Se constata, por lo tanto, que la comunidad tuvo una participación activa. Ésta fue más marcada en el inicio del programa y, según se señala también como un factor común en las distintas regiones, fue disminuyendo a medida que avanzó el proceso y se llegó a la ejecución, que más bien se centró en gestiones administrativas y tareas ajenas a los conocimientos de las comunidades. Si bien es tarea de los equipos técnicos la ejecución de las acciones, la comunidad puede ejercer un rol contralor. En este sentido destaca la experiencia de la región de Coquimbo, donde se nombraron 49 “coordinadores territoriales”, miembros de la comunidad encargados de supervisar que las soluciones propuestas fueran ejecutadas.

Es reconocido, por ejemplo, que el alto nivel de participación alcanzada en las etapas de diagnóstico, priorización y definición del plan de acción no se evidencia cabalmente en la etapa de ejecución de las acciones. En esta etapa y a pesar de haberse realizado actividades informativas de retroalimentación, la participación activa queda sujeta al ámbito administrativo-institucional de los niveles regional y comunal.

Junto a ello, se reconoce que, desde los equipos centrales, regionales y comunales, existió una mayor intencionalidad de instalar espacios de participación en las etapas diagnósticas, pero que luego se fue reduciendo el nivel de intervención hacia las últimas fases.

Los niveles decrecientes de participación son visibilizados por los actores como parte de una tensión que se instala a partir de esta indicación del programa. Al incorporar la participación activa de la población desde el comienzo, se cuestiona el funcionamiento y el tipo de relación que tradicionalmente se establece desde el sector salud, con espacios de participación reducidos y acotados, y en una comunidad acostumbrada a espacios de participación limitados, en los que sienten que sus aportes no se consideran finalmente en las decisiones.



La tensión que surge entre la opinión de la comunidad y la influencia de los equipos técnicos se manifiesta con mayor fuerza en las etapas finales del proceso, cuando los equipos comunales deben definir acciones para superar las barreras identificadas. De hecho, se señala que en algunas comunas, el proceso de implementación de los planes de acción fue dirigido desde los equipos técnicos, sin retroalimentar a los actores comunitarios. Igualmente, la revisión de los planes de acción por el equipo central del Minsal generó dificultades en algunas comunas, creando la sensación de que se tomaron decisiones unilaterales, pasando a llevar los acuerdos establecidos entre los equipos técnicos regionales y la comunidad.

La concepción de la participación como un proceso deliberativo que acompaña el programa, demanda una mayor efectividad de los trabajadores institucionales y un desafío a la confianza de la comunidad, en este proceso de convocatoria con fines de deliberación y por lo tanto de influir, efectivamente, en los procesos decisorios. En efecto, la participación en este contexto, significa, desde la perspectiva de algunos actores, una amenaza para el funcionamiento habitual de algunos ámbitos de la institucionalidad, donde se comenzarían a evidenciar las fallas del sistema, las ineficiencias, las dificultades, al existir una mayor exposición de la institucionalidad a la ciudadanía.

Así mismo, se reitera en la necesidad de reconocer que las prácticas participativas que se promueven, requieren de un mayor tiempo para su desarrollo y consolidación y por lo tanto, es importante considerar ritmos apropiados y diferenciados (dependiendo de los actores involucrados) para facilitar la comprensión y el aprendizaje de las personas (lenguaje apropiado, desarrollo de capacidades), tanto de la institucionalidad pública como de la comunidad, en el marco de una nueva relación de mayor horizontalidad, corresponsabilidad e involucramiento efectivo de la ciudadanía en el proceso de toma de decisiones.

Es por ello que, es importante adaptar los tiempos administrativos y burocráticos a las dinámicas del trabajo comunitario y de la participación social.

## Trabajo intrasectorial

Como parte de la estrategia de comunas vulnerables, se establece la conformación de un comité regional y comunal de comunas vulnerables. Para la conformación del comité regional se propone, en base al marco teórico metodológico y desde la perspectiva intrasectorial, la convocatoria de al menos los Servicios de Salud, Fonasa y representantes de la Seremi de Salud.

En la mayoría de las regiones la constitución de los comités regionales tuvieron representantes tanto de los servicios de salud, Fonasa y Seremi de Salud, con ciertas variantes en algunas regiones como la presencia en algunos comités de la Superintendencia de Salud.

En el ámbito intrasectorial, la constitución de los comités comunales estuvo representada por distintos actores, donde destacan en general los técnicos paramédicos de las postas rurales, los departamentos de salud,



consultorios y hospitales. La composición de los comités locales con representantes del sector fue más bien variada, destacando los actores recién nombrados en el caso en donde había representación del sector salud.

Una vez conformados los comités, conviene analizar la participación de los actores del intrasector en las diversas etapas del programa. A nivel regional, no se puede hablar de elementos generales para todas las regiones, ya que, en algunos destaca la participación más bien permanente en la coordinación para organizar todas las etapas, y en otras la participación más fuerte en resolver barreras surgidas en los diagnósticos y plasmadas en los planes de acción.

En otros casos, la participación de Fonasa y Seremi fue más bien en actividades puntuales y en actividades de difusión de derechos y garantías del sector en las distintas comunas, como por ejemplo, inscripción de personas en Fonasa a través de Fonasa Móvil y difusión del Auge y otros servicios de salud.

Por otra parte, se dieron situaciones en donde otros actores del intrasector no participaron del comité regional ni local, pero fueron socios importantes en el trabajo del programa con el fin de resolver barreras de información, como en el caso del Compín y Superintendencia de Salud, que participaron en ferias de salud y en actividades comunales para difundir información del sector.

En varias regiones, destaca también la importancia que se le atribuyó la posibilidad de que un programa volviera a reunir a los actores del sector con un fin y objetivo coherente para todos y con tareas y poder de decisión equitativos. Para muchos, el trabajo intrasectorial fue un elemento a destacar de las consecuencias positivas del programa.

Se menciona en varias regiones que más que el trabajo intersectorial, este programa les dio nuevamente la posibilidad de trabajar juntos y por ello la mayoría intentó fortalecer más bien el trabajo interno del sector que con otros sectores, aludiendo a la importancia de tener un trabajo coordinado, coherente y eficiente en salud antes de invitar a otros actores. Esto les permitiría validarse con más fuerza frente a otros sectores y tener más respaldo a la hora de convocar al intersector a esta iniciativa.

Además, permitió visualizar las barreras internas del sector y en algunas Seremis facilitó también la coordinación al interior de las Seremis, coordinando acción sanitaria y salud pública y sus diferentes departamentos, permitiendo así la participación de varios programas de la institución involucrados.

El rol de los técnicos paramédicos de postas rurales fue relevante en algunas regiones, como Bío Bío, Los Ríos y Los Lagos, donde participaron activamente en la instalación del programa, acercando la comunidad, colaborando en la convocatoria y actuando como vía de comunicación durante el proceso. Igualmente, los técnicos paramédicos colaboraron en la identificación y reconexión de población que no contacta al sistema.

En las regiones en donde el trabajo más permanente y coordinado con los actores del sector no fue tan positivo, se aduce a que el sector no cuenta con una estrategia para que ésta sea operativa, quedando sujeta a la voluntad de las personas. Las razones van dirigidas a que persisten complejidades y diferencias en las lógicas y prácticas de trabajo entre las instituciones del intrasector, entre funcionarios de la SEREMI y los servicios



de salud, entre los equipos del programa y sus contrapartes en las redes asistenciales, e inclusive en el nivel nacional entre ambas subsecretarías. Estas diferencias de visión y prácticas de trabajo afectan y complejizan la articulación, haciendo por ende más difícil la bajada territorial de programas como el comunas vulnerables.

Otro elemento a destacar son los casos en que posiblemente el trabajo intrasectorial no fue tan permanente en la coordinación del programa, pero fue muy útil y positivo en la conexión con los municipios. Es en caso de algunas regiones, en donde la relación con los servicios fue bien evaluada debido a que éstos fueron un punto de contacto valioso con los actores locales. Los servicios de salud, por la relación histórica que tienen con los municipios, se transformaron en la puerta de entrada del programa en las autoridades locales y otros profesionales del nivel comunal.

En el contexto del trabajo intrasectorial, destaca la incorporación del marco teórico-metodológico del programa por los Servicios de Salud y Fonasa, como un nuevo modelo de concebir la salud y la calidad de vida, en la discusión de los comités regionales. Lo más positivo a destacar en este punto, es que estos actores incorporaron en alguna medida este modelo y que fue evaluado positivamente para el trabajo futuro tanto de los Servicios de Salud, Fonasa y Superintendencia de Salud, lo que da sustentabilidad al trabajo en el sector y coherencia en los servicios y garantías que se entregan a la comunidad, concibiendo la salud de una manera más integral y de manera compartida por otros actores del área de la salud. En este sentido, destaca la iniciativa de “Fonasa en terreno” para expandir la cobertura del seguro de salud (ver más adelante).

A su vez, como el programa de comunas vulnerables fortalece y potencia el trabajo con la comunidad y los grupos excluidos de manera permanente, destaca la alta valoración de los actores del sector del trabajo en terreno. La mayoría de ellos por mucho tiempo no habían desarrollado trabajo directo con la comunidad, por lo cual se fortaleció la valoración e importancia del trabajo en terreno de estos actores que agradecieron fuertemente al programa, permitiéndoles ver las barreras de acceso que sus programas y prestaciones tienen cuando llegan a los territorios y comunidades, y que no se vislumbran cuando las acciones se piensan desde los escritorios y desde los niveles regionales.

Igualmente, esto permitió fortalecer fuertemente toda la red de salud y la validación de estos en el territorio, ya que la presencia de ellos en diversas actividades permitió la coordinación regional/local y la articulación entre la comunidad y el sector representado en el nivel comunal, como son los técnicos paramédicos de las postas de salud rural, encargados de salud municipal, funcionarios y directivos de hospitales.

En los casos en que la intrasectorialidad fue destacable y positiva, entendiéndose como participación en el comité regional y local, en las etapas del programa y en acciones de resolución de barreras, las razones aludidas para este buen funcionamiento recaen en la actitud colaborativa de los actores, las relaciones personales históricas existentes que facilitan las voluntades y la nueva posibilidad que entregó el programa de reunir a los actores del sector para un mismo fin.

En los casos en que la intrasectorialidad fue poco constante y sólo en acciones puntuales, se esgrimen como razones la falta de tiempos, voluntades y burocracias administrativas, como también el liderazgo negativo de los representantes de la Seremi caracterizándolo como directivo, acaparador e individual, lo que impide el trabajo intrasectorial por mostrarse sólo como una tarea y responsabilidad de salud pública.



Tabla 2. Elementos positivos y negativos de la experiencia de trabajo intrasectorial.

Elementos Positivos	Elementos Negativos
Relación histórica de los servicios con los municipios para el nexos y puerta de entrada del programa con el nivel comunal.	Complejidades y diferencias en las lógicas y prácticas de trabajo entre las instituciones del intrasector, diferentes metas, tareas y tiempos.
Relaciones personales que permitieron actitud colaborativa y permanente en el nivel regional y local para desarrollar el programa.	Liderazgos negativos de algunos representantes de las seremis de salud que no permitieron el trabajo con actores del sector salud.
Colaboración de los actores del sector para el trabajo en terreno que solucionaran barreras acceso de información de los servicios del sector.	Diferencias de visión y prácticas de trabajo afectan y complejizan la articulación, haciendo por ende más difícil la bajada territorial de programas como el comunas.
La posibilidad de reconectar a los actores del sector para trabajar por un mismo fin con el mismo poder de decisión, responsabilidad y coherencia.	Falta de constancia en el trabajo de los actores convocados que en algunos casos sólo se redujo al trabajo en acciones puntuales.

Fuente: Elaboración propia en base a informes regionales de sistematización, 2009

## Trabajo intersectorial

En relación a estrategias de trabajo intersectorial, la representación de actores de otros sectores en el nivel regional y local, y el compromiso de trabajo permanente y constante fue bastante débil, con varios obstáculos presentes, debido a criterios diferentes.

Si bien, en la mayoría de los comités regionales se convocó a muchos actores del intersector, la participación al principio fue más activa, decayendo en la medida que se desarrollaba el programa. En otros casos, la necesidad de convocar a otros sectores se hizo más evidente cuando los diagnósticos y planes de acción ya estaban en curso, debido a las demandas en torno a garantías sociales que surgían en las diferentes comunas y comunidades. Sin embargo, la conciencia de la importancia del trabajo intersectorial está presente en todas las regiones y comunas, potenciado principalmente por la discusión del modelo de equidad y barreras de acceso y el entendimiento del marco de los determinantes sociales de salud.

Se destaca el hecho que el trabajo intersectorial fue más estrecho y permanente en el nivel local, permitiendo la inclusión de varios actores del intersector municipales y de organizaciones no gubernamentales presentes en el territorio.

En la mayoría de los casos, la presencia del intersector se dio principalmente de parte de Serplac y Seremi de Gobierno. En el nivel local, los actores del intersector que participaron mayoritariamente en muchas de las comunas fueron Dideco, Secplac, Administración Municipal y Red de Protección Social presente en los territorios.

A nivel regional, la mayoría de las experiencias muestran que el trabajo intersectorial se dio más fuerte en la constitución del comité y en la solución de barreras de acceso plasmadas en el plan de acción, pero principalmente



en acciones puntuales sin dar trascendencia a un trabajo de más largo plazo. A nivel local, el trabajo intersectorial permitió dejar alianzas y trabajo que se vislumbra con mayor sostenibilidad en el tiempo, ya que, son equipos que trabajan en los mismos espacios, bajo la misma administración y con una comunidad común en su trabajo diario.

En los casos en donde las estrategias intersectoriales permanentes no fueron positivas, se alude a que el modelo de trabajo que propone el programa responde más bien a una responsabilidad de instituciones como Mideplan e Intendencias, ya que, podrían ser ellos actores con mayor validación regional y local en temas de calidad de vida y garantías sociales. Por otra parte, el débil trabajo intersectorial responde a la percepción de falta de estrategias de abogacía a nivel de las autoridades sectoriales con otros sectores, con el fin de lograr un mayor compromiso con el programa hasta la falta de una mayor planificación y rigurosidad para abordar el tema intersectorial.

El trabajo intersectorial fue más potente en regiones y comunas en donde la internalización del modelo y sus estrategias fueron más fuertes, con mayor discusión y comprensión, lo que permitió el trabajo constante y la dirección de las acciones más bien hacia garantías sociales permitiendo la colaboración y responsabilidad sentida por otros sectores en programas de este tipo. Sin embargo, en lugares en donde la comprensión del modelo no fue tan relevante, el poder instalar la visión de que la salud es un tema integral como proponía el diseño fue complejo, pues persisten visiones históricas de lo que es salud, o la ausencia de esta.

En algunas comunas destaca el haber instalado el trabajo del Programa Comunas Vulnerables en otras instancias que ya se desarrollaban en los territorios, para fortalecer mesas y coordinaciones que ya existían, y no crean nuevas mesas paralelas que sólo dificultarían aún más el trabajo intersectorial. Es el caso de comunas que instalaron el programa en Red de Protección Social y políticas como “Gobierno más Cerca”, ayudó a la coherencia del programa y a la eficiencia de recursos y responsabilidades.

Se destaca también algunas regiones y comunas con acciones en base a estrategias bilaterales, tanto para planes de acción como para un compromiso de trabajo futuro.

En relación a actividades de colaboración intersectorial puntuales, estas estuvieron dirigidas principalmente a derribar barreras de acceso a información demandadas por la comunidad. Sectores como Registro Civil, Vivienda, MOP o Serplac actuaron como buenos aliados a la hora de concurrir a los territorios con la finalidad de informar sobre garantías sociales y derechos y otros servicios existentes. Por ejemplo, resalta el trabajo de coordinación intersectorial realizado en zonas que cuentan sólo con acceso marítimo en las comunas de Río Ibáñez y Puerto Cisnes, donde se coordinó un operativo con Carabineros, la Armada, el Seremi de Salud, los municipios y la gobernación de Aysén para realizar el diagnóstico de barreras e implementar acciones.

A nivel nacional, destacan las experiencias de colaboración con la Junaeb, quien una vez comenzado el programa se mostró interesado en expandir y reforzar los módulos de salud oral en colegios de las comunas vulnerables, instalando módulos en 83 comunas vulnerables (88,29% del total). A su vez, se firmó un convenio de colaboración con la Fundación para la Superación de la Pobreza para el desarrollo de acciones en comunas vulnerables.



En resumen, para muchos equipos la intersectorialidad fue uno de los aspectos más débiles en términos operacionales, calificados de frustrantes. Ésta emerge como tema para algunos comités regionales sólo a partir de la implementación del plan de acción y las acciones emprendidas para abordarla no tuvieron resultados positivos.

Para muchos la intersectorialidad necesita la intervención y propuestas de trabajo de niveles jerárquicos más altos en el sistema público para que pueda hacerse efectiva, requiriendo de un alto nivel de gestión político-técnico, que en algunos casos se hizo adecuadamente en los niveles regionales y provinciales, pero que decae en el nivel comunal; y en otros se dio más positivamente en el nivel local. La intersectorialidad, entonces, se presenta como tarea pendiente.

Tabla 3. Elementos positivos y negativos de la experiencia con el trabajo intersectorial.

Elementos Positivos	Elementos Negativos
Instalación del programa en estrategias intersectoriales ya desarrollados en las regiones y territorios.	Criterios, tiempos y lógicas diferentes.
Experiencias de trabajo anteriores en conjunto lo que facilitó la colaboración.	Concepción histórica de la salud desde una visión biomédica, lo que impide la involucración de otros sectores.
Comprensión e internalización del modelo de equidad y marco teórico de determinantes sociales de salud.	Ausencia de capacidades de abogacía para convocar al intersector.
Instalación del programa Comunas Vulnerables en la Red de Protección Social local/municipal.	Inexistencia de estrategias político técnico en niveles Jerárquicos de mayor autoridad.
Difusión del diagnóstico y priorización de barreras de acceso a salud y garantías sociales en los Gabinetes sociales o Gore regionales.	Muchas veces la colaboración sólo está sujeta a la voluntad de las personas y no a una responsabilidad técnica.

Fuente: Elaboración propia en base a informes regionales de sistematización, 2009.

## Reconexión con la población que no contacta al sistema

El desarrollo de estrategias de captación de población que no contacta al sistema, implicó para los distintos equipos del Programa Comunas Vulnerables, en primer lugar, la identificación de aquella población que no contacta los servicios de salud y garantías sociales y, acorde a ello, el diseño y puesta en práctica de diversas estrategias que contribuyeran a superar estas barreras.

Una primera característica de exclusión que se destaca en los distintos informes regionales, se refiere a las condiciones geográficas presentes en determinados territorios y poblaciones. La lejanía y dispersión geográfica se identifican como una de las principales razones por las cuales determinados grupos no contactan con los



servicios de salud o no acceden a las garantías del Sistema de Protección Social, o en caso de realizarlo, sólo lo hacen esporádicamente. Por ello, la condición de ruralidad de los territorios se asocia fuertemente a la identificación de grupos excluidos, toda vez que serían los sectores más rurales –dentro de cada región y comuna – los que se presentan más aislados del desarrollo local, con importantes limitaciones en términos de tiempos y recursos necesarios para la superación de estas barreras.

Un segundo elemento subrayado es la identificación de grupos y personas que, si bien han contactado los servicios de salud en alguna ocasión, lo hacen con baja adherencia a las prestaciones de salud y ejercicio de derechos sociales. Para la identificación de esta población se recurrió, por ejemplo, a la información existente en los registros de hospitales, centros de salud y postas rurales, poniendo el acento en las personas ausentes; así como a la información existente en los registros de los Departamentos de Desarrollo Comunitario y Social de los Municipios.

En este mismo marco se entrevistó a personas que no acuden a su posta más cercana, a pacientes crónicos que no tienen sus controles al día y personas o familias que a juicio de informantes clave no están accediendo a las prestaciones de los programas sociales. Finalmente, se identificaron grupos de población que no contaban con credencial FONASA y, por ende, se encontraban excluidos del sector Salud y no podían hacer uso de los derechos y garantías asociados.

En el ámbito del acceso a las garantías del Sistema de Protección Social, cabe destacar que también se identifican grupos y personas que, estando cubiertas por determinadas garantías sociales, presentan importantes carencias de información que dificultan su acceso a los servicios y el ejercicio de derechos. Así, por ejemplo, se identifican grupos que desconocían poder acceder a las prestaciones de Chile Solidario.

Otro perfil relevante de la población identificada como excluida se asocia, en algunas regiones, a características étnicas y culturales. Se destacan en estos casos grupos de población indígena (aymará y mapuche) que, además de su distanciamiento geográfico en algunos casos, no acceden a los servicios de salud y garantías sociales por las diferencias culturales existentes.

Finalmente, se identifican como grupos excluidos a adultos mayores con alguna discapacidad (por ende, dificultades de movilización y acceso), así como a pescadores, trabajadores pirquineros, jóvenes, y hombres entre 25 y 40 años que no asisten con frecuencia a los servicios porque trabajaban en turnos que no coinciden con los tiempos de atención.

Una vez identificados los grupos que no acceden a los programas y beneficios de salud y garantías sociales, los equipos del Programa Comunas Vulnerables llevaron a cabo diversas estrategias orientadas a contactar a estos grupos y facilitarles sistemas de inclusión. En el desarrollo de estas estrategias los distintos equipos coinciden en señalar a los monitores comunales, como una figura esencial de articulación y gestión.

Los monitores comunales buscaron formas de acercarse a los grupos que normalmente no se acercan por sí mismos a la oferta del Estado, para lo cual realizaron habitualmente visitas a terreno incluso en zonas



geográficas de alta dispersión y dificultad de acceso. De esta forma, los monitores comunales a lo largo del desarrollo del programa fueron visitando a las familias casa por casa, realizando entrevistas con sus miembros, aplicando encuestas e informándoles acerca de los beneficios a los cuales tenían derecho y podían optar a través de los diferentes programas de protección social que ofrece el Estado.

De igual forma, permanentemente se intentó propiciar la participación de estos grupos de personas en las actividades desarrolladas por el Programa, de tal modo que sus intereses y necesidades pudieran ser incorporados y considerados en las decisiones y acciones que se irían desarrollando. Es por ello, que se realizaron múltiples gestiones para acercar a estas personas a las instancias de reunión llevadas a cabo durante el transcurso del Programa, facilitando vehículos para su traslado o incluso realizando asambleas en cada una de las localidades que formaban parte de una comuna.

Paralelamente, los equipos regionales pusieron en marcha estrategias de difusión que permitiesen dar a conocer el programa e invitaron a la comunidad a participar de éste. Entre estas estrategias destacan los avisos a través de radios locales, los mensajes de texto, la invitación puerta a puerta, la coordinación con iglesias, organizaciones comunitarias, clubes deportivos y con facilitadores interculturales.

Una iniciativa que fue muy recurrente y que tuvo consecuencias inmediatas fue la visita de Fonasa en terreno. A través de estas visitas muchas personas que no formaban parte del sistema fueron ingresadas y recibieron las credenciales que les permitirían optar con mayor prontitud y facilidad a la oferta de salud. En esta misma línea, es que fueron destinados recursos del Programa para la adquisición de 3 vehículos "Fonasa en Terreno" que fueron entregados a las direcciones regionales Centro Norte (Coquimbo, Valparaíso), Centro Sur (Talca, Concepción) y Sur (Temuco, Puerto Montt, Puerto natales, Punta Arenas, Valdivia).

Desde el punto de vista de los equipos regionales, provinciales y comunales, un elemento central en el desarrollo de las distintas estrategias, fue la capacidad de construir lazos de confianza con los miembros de la comunidad, especialmente con aquellos grupos más alejados de las instancias habituales de participación que brindan los diversos programas sociales.

En este sentido, señalan que la gestión oportuna que realiza el Programa en la solución de barreras intermedias de acceso al sistema de salud y programas sociales, es lo que permitió que tempranamente se fortalecieran los vínculos entre los miembros de la comunidad y el Programa. Esto favoreció la credibilidad en las acciones, generando las condiciones para que se fueran desarrollando acciones orientadas a aquellas barreras cuya solución exige procesos y estrategias de más largo plazo. La Tabla 4 sintetiza los grupos excluidos identificados y los métodos de reconexión.



Tabla 4. Métodos utilizados para la reconexión de población que no contacta al sistema.

Grupos que no contactan al sistema identificados	Métodos utilizados para la reconexión
Aislados por lejanía o dispersión geográfica	Contacto directo (puerta a puerta), realización de asambleas en lugar de residencia, encuestas, información sobre garantías sociales; comunicación a través de técnicos paramédicos de postas rurales. Visitas de "Fonasa en terreno".
Contactan servicios esporádicamente, pero con baja adherencia o no acceden a garantías sociales.	Revisión de registros de centros de salud (hospitales, consultorios y postas rurales) y de beneficios municipales, entrevistas en profundidad (puerta a puerta), difusión a través de radios locales, mensajes de texto, coordinación con iglesias y organizaciones comunitarias.
Pueblos originarios.	Monitores eran miembros de la comunidad, lo que permitía establecer lazos de confianza. Inclusión de facilitadores interculturales.
Adultos mayores con discapacidad.	Visitas domiciliarias, difusión a través de radio.
Trabajadores informales (pirquineros, pescadores artesanales, etc.)	Adecuación de horarios de atención, visita en lugares de trabajo, avisos en radios locales, organizaciones comunitarias, clubes deportivos.



## 6. CONCLUSIONES

El Programa Comunas Vulnerables, como parte de la agenda de equidad, diseñado e implementado por la Subsecretaría de Salud Pública el año 2009, y ejecutado a través de la acción intra e intersectorial en 15 regiones y 94 comunas vulnerables de todo el país, se ha constituido en una experiencia que asume una concepción de la salud entendida como calidad y condiciones de vida y que vuelve a plantear la importancia de cómo relacionarse con la comunidad, y a la vez de cómo hacerlo partícipe de las decisiones.

El éxito preliminar de la iniciativa se expresa en el logro de una alianza efectiva entre el Estado y la comunidad para intervenir en aquellos factores que constituyen barreras que impiden o dificultan el acceso a mejores condiciones de vida y a garantías sociales. Esto se refiere a la salud en una concepción amplia, y no sólo como la ausencia de infecciones o enfermedades.

Se generó una propuesta metodológica innovadora, basada en el enfoque de determinantes sociales de la salud y de equidad en el acceso a la misma, que contó con orientaciones concretas para el desarrollo del programa en todas sus fases. Esta fue respaldada con un fuerte apoyo institucional y que considera a la ciudadanía como un agente central que se integra efectivamente en todas las etapas del proceso mediante un diseño de participación social deliberativa. La confluencia de estos elementos en el modelo de trabajo permitió el desarrollo de una intervención comunitaria valorada por todos los participantes y ejecutores del programa.

Un factor determinante que ha diferenciado y validado el programa ante la comunidad, a diferencia de otras experiencias, es la concreción del trabajo realizado. Esto fue debidamente presentado e informado a la comunidad, generando así una validación del programa ante los ojos de las personas, que participaron activa y directamente y/o que fueron testigos de la realización del proceso y que vieron concretados los compromisos y productos de los planes de acción que ellos mismos habían sancionado con anterioridad.

El rol que tuvo la comunidad en todo el proceso de identificación y priorización de barreras, y particularmente en la toma de decisiones y propuesta de soluciones, da cuenta que las personas que habitan estos territorios vulnerables tomaron un lugar activo, se apropiaron de la propuesta de trabajo y se motivaron a participar, aún cuando sus condiciones de vida y el contexto geográfico muchas veces eran un obstáculo real a la participación activa. Se aprecia, sin embargo, un decaimiento de la participación social en las etapas finales del programa, asociado a tensiones entre los equipos técnicos y la comunidad, al momento de definir acciones para superar las barreras identificadas. En algunas comunas, se percibe que el proceso fue dirigido desde los equipos técnicos sin retroalimentar a los actores comunitarios; en otros casos, la revisión de los planes de acción por el equipo Minsal generó una sensación de unilateralidad en la toma de decisiones.

Existió un reconocimiento de los logros del programa por parte de la comunidad presente en cada una de las intervenciones. En este mismo sentido, los recursos financieros asignados al programa, aún cuando son



evaluados como insuficientes para eliminar o reducir la gran cantidad de barreras de acceso diagnosticadas e identificadas en todo el país, fueron determinantes para avanzar en dar visibilidad a las inequidades y en la construcción de estrategias y acciones concretas para reducir las inequidades en estos territorios. Así mismo, y de manera paralela a la asignación de recursos específicos del programa, la maximización de la efectividad de la gestión de salud favoreció la confianza de la comunidad y de las instituciones del propio sector y de otros sectores en el programa.

En el diseño, ejecución y logros del programa, en las 15 regiones se destaca como elemento fundamental el trabajo comunitario en salud de monitores contratados por el programa. Ellos fueron seleccionados en base a la definición de un perfil comunitario, además de contar como criterio el que vivieran en la comuna de destino. En su mayoría, los monitores fueron personas con estudios secundarios y en algunos casos dirigentes comunitarios y profesionales de ciencias sociales, todo lo cual se reconoce como un acierto en la proximidad y confianza que éstos establecieron con los habitantes de los distintos territorios focalizados.

La efectividad del trabajo de los monitores se complementa con la estrategia de desarrollo de capacidades y formación de éstos, a través de generación de guías metodológicas, acompañamiento en terreno y mediante jornadas presenciales de intercambio en que se reúne a la totalidad de monitores y monitoras y a los coordinadores regionales de comunas vulnerables del país.

El programa ha basado su desarrollo e implementación en una estrategia de integración sectorial a varios niveles: nivel central constituyendo un equipo ministerial integrado, a nivel regional con los Comités Regionales y Provinciales de Comunas Vulnerables y a nivel comunal con los equipos locales. En ellos participaron los coordinadores regionales dependientes de las Seremis de Salud, representantes de los Servicios de Salud y Fonasa, referentes del nivel central del Minsal y los monitores del programa ubicados en los Departamentos de Salud Municipal.

La colaboración intrasectorial a nivel nacional fue fluida, especialmente en lo que respecta a Fonasa, las Seremi y los Servicios de Salud, siendo un facilitador la voluntad política expresada por las autoridades de las respectivas entidades de fortalecer y apoyar el programa. Se establece que un elemento importante es la voluntad de las autoridades institucionales hacia la buena ejecución del programa y el trabajo de los equipos de gestión en todos los niveles, determinando así la existencia de una colaboración intrasectorial operativa y productiva.

Esta modalidad de trabajo intrasectorial se constituye a lo largo del proceso como un elemento preponderante en la consolidación de los equipos y en la instalación de nuevos conocimientos acerca del modelo, tanto en las autoridades como en la población misma por medio del trabajo comunitario desarrollado. Éste último fuertemente centrado en la construcción de relaciones de cercanía con las personas de la comunidad, siendo éstos básicamente dirigentes sociales y habitantes de cada sector, y que finalmente permite la interiorización de los enfoques de determinantes sociales de la salud, de equidad y garantías sociales.

En la institucionalidad de salud existe la mirada hacia la integralidad en las estrategias de salud pública, aunque aún no está plenamente incorporado en todos los niveles del sector. Es tarea de salud operacionalizar el



enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud y trabajar concretamente para la reducción de las inequidades de salud como parte central de la acción sectorial con la población. Es en este ámbito donde aún se plantea la necesidad de la acción sistemática e integrada del sector y el trabajo operativo conjunto, desde la planificación del sector hasta la utilización de los recursos.

Paralelamente, la implementación de este programa pone de relieve la necesidad de una política de Estado que integre a los diferentes ministerios en todos los niveles (central, regional, provincial, municipal) en una acción coordinada bajo una noción de calidad y condiciones de vida que traspase a los diferentes sectores y que cuente con criterios comunes pro-equidad en territorios definidos como vulnerables.

La importancia del trabajo intersectorial fue claramente reconocida por todos los participantes y ejecutores del programa en todas las regiones y comunas, refrendado ello por la positiva respuesta de los otros sectores convocados a participar, principalmente en las etapas iniciales del programa (constitución de los comités, diagnóstico y priorización de barreras) y también puntualmente en la solución de algunas barreras. Los sectores participantes fueron a nivel regional: los Gobiernos Regionales, Secretarías Regionales de Planificación y las diversas Secretarías Regionales Ministeriales. Se destacan a nivel local las Direcciones de Desarrollo Comunitario (Dideco), las Secretarías Comunales de Planificación (Secplac), las administraciones municipales y la Red de Protección social presente en los territorios.

No obstante ello, aún está pendiente la instalación de estrategias de trabajo intersectorial integrado, que aseguren la permanencia y constancia de éste, que tengan mayor alcance y, por sobre todo, que permitan reducir o eliminar barreras de responsabilidad de otros sectores como aquellas referidas al acceso a agua potable, alcantarillas, caminos, transporte público, radiotelefonía, subsidios rurales y empleo, entre otras y que se basen en el entendimiento común del marco de los determinantes sociales de la salud y en un trabajo intersectorial específico para la reducción de las inequidades.

Para avanzar efectivamente en el desarrollo de estas estrategias, se requiere mayor difusión y discusión del modelo de equidad y determinantes sociales con otros sectores, analizar y reflexionar sobre las concepciones de salud predominantes en las instituciones públicas y vincular la acción de cada sector con el rol concreto que puede aportar para los resultados de salud de las comunidades de territorios excluidos.

A nivel municipal es donde se identifica potencialmente la mayor sostenibilidad del trabajo intersectorial en el modelo de evaluación de equidad de acceso. El trabajo diario bajo una misma administración y una población objetivo claramente identificada, son facilitadores de ello. Igualmente, contribuye el hecho de tener diagnosticadas y/o priorizadas las barreras de acceso a calidad de vida y a garantías sociales que aún no son resueltas, y que dependen para su solución de la presentación de proyectos de inversión por parte del propio municipio a otros sectores y/o de la incorporación en sus propios planes de acción anuales.

El rol de la gestión de los Municipios en el programa pudo constituirse en una barrera para alcanzar los logros esperados. Muchos, sino todos los 94 municipios que participaron en el programa, están limitados por fuertes restricciones de recursos económicos y humanos, todo lo cual aporta a profundizar aún más las brechas con



otros territorios para la gestión oportuna y eficiente de los programas y políticas públicas, lo que es una manifestación que la vulnerabilidad territorial también se expresa en las instituciones de los territorios excluidos.

En este sentido, destaca como clave para el logro de los resultados del programa, especialmente respecto a la ejecución concreta de las soluciones de barreras priorizadas por la población, la voluntad política a favor del programa por parte de los alcaldes de cada municipalidad. Ello dado que en estos territorios, el Municipio es el principal, sino el único, administrador de las redes de protección social, de los programas sociales a nivel local y encargado de canalizar y operativizar las políticas públicas.

En este sentido, el modelo de trabajo, especialmente en el rol de la participación social deliberativa en todo el programa, se constituye en una herramienta de trabajo local que es fácilmente transferible a otros programas sociales locales, tanto para identificar barreras como para decidir con la comunidad prioridades anuales de trabajo así como áreas de inversión presupuestaria.

Finalmente, se constata una dificultad para captar efectivamente a los grupos excluidos, aún cuando éstos pudieron ser claramente identificados. Se logró particularmente avanzar en la inclusión de grupos sin protección social en salud, a través de la acción sistemática de entrega de información, afiliación y acreditación en Fonasa, lo que asegura la posibilidad efectiva de atención al momento de acudir a los servicios. No obstante, en el curso del programa se hizo evidente la necesidad de diseñar estrategias específicas destinadas a resolver las barreras que obstaculizan el contacto permanente (culturales, educacionales, geográficas, económicas, entre otras) en ciertos grupos de personas con el sistema de salud y a garantías sociales. En este sentido, el sistema de salud, dada su extensa red de servicios y credibilidad en la población, debe actuar como puerta de entrada al acceso a garantías sociales de la población más vulnerable del país.



## 7. RECOMENDACIONES

De la lectura de los documentos disponibles y lo expresado en el presente informe, es posible proponer las siguientes recomendaciones:

- El modelo teórico-metodológico propuesto constituye una herramienta valiosa para identificar barreras de acceso a salud y garantías sociales y captar grupos excluidos de la oferta pública. Se propone por tanto incorporar el modelo desarrollado en otras políticas públicas sectoriales e intersectoriales que tengan como objetivo incorporar el enfoque de equidad y determinantes sociales. Las características claves del programa son:
  - Modelo de análisis de barreras de acceso
  - Participación de la comunidad como actor clave en la toma de decisiones
  - Resolución de barreras identificadas para garantizar la credibilidad y validación del programa en la comunidad
  - Convocar y coordinar a la institucionalidad pública en las respuestas requerida por la comunidad, centrando la oferta pública en los usuarios.
- Continuidad del programa. La necesidad de continuidad del Programa de Comunas Vulnerables emerge como una prioridad de los equipos regionales y comunales. El programa destaca en la experiencia regional y comunal como un programa distinto a otras iniciativas, dado la activa participación social de la comunidad y la presencia de resultados concretos de la ejecución de acciones sobre las barreras identificadas. Se ha logrado sobrepasar la desconfianza de la comunidad y otros actores institucionales, alcanzando una gran credibilidad y valoración. Estos logros se ven amenazados por el temor de los actores regionales y comunales de que el programa se interrumpa. Se sugiere por tanto asegurar la continuidad del programa en el mediano plazo (2010-2012) y no sólo durante el año 2010.
- Fortalecer fase de ejecución. Los equipos regionales y comunales tuvieron claridad de las etapas durante el proceso de diagnóstico, validación, priorización y definición de acciones sobre las barreras. Sin embargo, la etapa de ejecución se percibió desordenada, corta, dificultosa y con menor participación de la comunidad. Por tanto se sugiere:
  - Fortalecer el convenio entre el Seremi de Salud y los municipios, para prolongar la fase de ejecución en el trabajo futuro y fortalecer la supervisión y acompañamiento del equipo central y regional con el nivel comunal.
  - Establecer un cronograma de distribución de recursos y ejecución en forma consensuada con los equipos regionales y comunales.
  - Reforzar el trabajo con la comunidad en las etapas finales de la ejecución, con el objetivo de construir un sistema de contraloría social sobre las soluciones implementadas.
  - Incluir en su diseño una etapa final de “rendición de cuentas”, para contrastar con la comunidad lo planificado y lo ocurrido.



- Incrementar importancia de barreras a garantías sociales. La predominancia de barreras priorizadas de salud sobre garantías sociales es una de las falencias de la implementación del modelo, cuyo origen puede tener las siguientes causas:
  - a. Proceso fue liderado por el equipo de salud
  - b. Falta de marco presupuestario que favorezca la solución de barreras estructurales de gran envergadura

En este sentido, se sugiere:

- Capacitar monitores en sistema de garantías sociales y modelo de barreras de acceso.
  - Invitar al Gobierno Regional a integrarse al proceso de diagnóstico de barreras y análisis de solución.
  - Proponer que el Programa Servicio País incorpore profesionales en servicio en apoyo de las comunas vulnerables, dada la precariedad del recurso humano disponible a nivel municipal.
  - Fortalecer el análisis de barreras de acceso al sistema de protección social. En los diagnósticos locales las estrategias necesarias para resolver las barreras, deben quedar explicitadas en el plan de acción independientemente de los requerimientos de recursos financieros de otras instituciones.
- Garantizar participación activa de actores del intersector. La tendencia a disminuir la participación de actores del inter e intrasector es evidente en la experiencia regional y comunal.

Medidas para reducir esta situación incluye:

- Nombrar un profesional de dedicación exclusiva en el gobierno regional (provincial) para participar en el Programa de Comunas Vulnerables
  - Crear convenios de colaboración para incorporar el Programa de Comunas Vulnerables en las tareas de cada institución pública, estableciendo la necesidad de actuar desde el rol de cada institución. Esto conlleva la necesidad de asignar recursos a otros actores participantes, lo que contribuiría a otorgar institucionalidad al programa en otros actores fuera del sector salud. Por ejemplo, fortalecer el convenio con Junaeb para la instalación de módulos dentales en comunas vulnerables.
- Garantizar la participación activa de las instituciones de la red de salud (integración sectorial).
    - Mantener el modelo de trabajo liderado por las autoridades de todas las instituciones del sector, orientado a resolver las barreras de acceso en los territorios de comunas vulnerables (liderazgo de Fonasa, Seremi de Salud, Director de Servicio de Salud, equipos de atención primaria (Director de Salud Municipal) y técnicos paramédicos de postas rurales).
  - Fortalecer figura de monitores comunales y coordinadores regionales. Las figuras del comité regional, coordinador regional, comité comunal y monitores comunales fueron claves en la ejecución del programa. En este sentido destacan los coordinadores regionales y monitores comunales, como catalizadores de participación social, trabajo intra e intersectorial y captación de grupos excluidos. Se sugiere dar continuidad a la estrategia de instalación y fortalecer el rol y las capacidades de los coordinadores regionales y monitores comunales, lo que incluye:



- Dar continuidad en el trabajo a los coordinadores regionales y monitores comunales del programa.
  - Generar confianza y vínculos con los equipos intra e intersectoriales y las comunidades participantes toma tiempo y sería un retroceso renovar equipos.
  - Fortalecer la validación de los monitores comunales en la institucionalidad municipal, destacando su status de funcionarios del Seremi de Salud y facilitando el apoyo logístico necesario para el desempeño de sus labores.
  - Favorecer la instalación del monitor comunal en un lugar físico adecuado (Municipio, consultorio, posta rural, hospital comunitario, Dideco, etc.) con equipamiento (escritorio, teléfono, computador, internet, etc.) y la disponibilidad segura de transporte de los monitores a las comunidades más alejadas de la comuna.
  - Favorecer la coordinación y compromiso del municipio y sus departamentos y del Consejo Municipal. Se propone identificar los roles de cada departamento y buscar estrategias para aumentar la disponibilidad de tiempo de los actores municipales. Una alternativa es un convenio con Servicio País en todas las comunas vulnerables.
  - Capacitar a los monitores comunales en la orgánica de funcionamiento comunal y en los procedimientos administrativos necesarios para la ejecución de las acciones planificadas. Esto incluye especialmente el proceso de licitación de equipamiento e infraestructura a través del sistema Chile Compra.
- Facilitar comprensión de orientaciones programáticas a la comunidad e intersector. El modelo fue incorporado con éxito por los actores institucionales del sector salud a nivel regional, provincial y comunal. Sin embargo, se perciben dificultades en la comprensión del modelo por la comunidad y actores institucionales fuera del sector salud. Se sugiere fortalecer la difusión del modelo en el intersector y las comunidades participantes. Entre las alternativas de solución se encuentran:
    - Diseño de manuales que favorezcan la aplicación práctica de las orientaciones metodológicas en cada realidad comunal, en lenguaje simple y concreto. Dada su cercanía con la comunidad, los monitores comunales son los candidatos ideales para esta tarea. La estrategia debe considerar la población analfabeta y las realidades locales, especialmente en comunidades con predominancia de población indígena.
  - Facilitar comprensión de orientaciones programáticas para la aplicación por parte de otras las instituciones públicas y de la sociedad civil. Se sugiere:
    - Capacitación de actores fuera del sector salud en el modelo de cobertura efectiva, poniendo énfasis en las barreras de acceso a garantías sociales y el rol de las instituciones públicas en la necesidad de responder efectivamente a las garantías sociales.
  - Convertir el Programa de Comunas Vulnerables en un catalizador de las diversas iniciativas del sector público a nivel local. Las comunas vulnerables se ven expuestas a múltiples iniciativas paralelas, provenientes de otros actores institucionales fuera del sector salud. Se sugiere coordinar con el gobierno regional y municipal la agenda de actividades con la comunidad y elaborar una estrategia coordinada



de intervención, para evitar la repetición de actividades y la fatiga en la participación social. En este sentido es posible emplear el comité regional y comité comunal como canalizador de la acción institucional, usando el modelo propuesto por el Programa de Comunas Vulnerables como estrategia horizontal de interacción con la comunidad.

- Asegurar continuidad en la participación social. La participación social es fundamental en las etapas de diagnóstico, priorización y selección de acciones a implementar, al igual que en el control de las soluciones ejecutadas, cumpliendo el rol de contralor social. Como ya ha sido mencionado, la participación social decayó en algunas de las etapas del proceso. En algunas regiones la definición de acciones sobre las barreras priorizadas se realizó sin participación de la comunidad. A su vez, la participación social debe trascender de lo consultivo hacia lo deliberativo, para avanzar a un empoderamiento real de la comunidad. Para esto se sugiere:
  - Cumplir obligadamente con la etapa de dar cuenta en asamblea abierta sobre las acciones realizadas y las barreras resueltas, obteniendo la aprobación u observaciones de la asamblea en un acta escrita.
  - Potenciar el rol de los líderes locales en el establecimiento de un nexo entre la comunidad y el municipio. Esto implica el desarrollo de capacidades en el modelo de equidad y determinantes sociales y en el sistema de protección social. Es recomendable focalizar este esfuerzo en comunidades alejadas y/o vulnerables.
  - Mantener la implementación de acciones a un nivel concreto, con tal de responder a las expectativas generadas y motivar la participación de la comunidad.
- Captación de grupos excluidos. La clave del programa es convocar a grupos sociales que no logran ejercer sus derechos y acceder a los programas de protección social. En tal sentido, se sugiere:
  - Definir como indicador central del éxito del programa la incorporación de grupos y territorios excluidos a los distintos programas de protección social.
  - Establecer alianzas con redes de información disponibles a nivel local (encargados de Chile Solidario, Programa Puente, etc.) para identificar y reconectar a población que no contacta al sistema.
  - Desarrollar una estrategia de reconexión de población excluida centrada en los usuarios. Esto podría implicar la necesidad de acciones fuera del centro de salud, trasladando la oferta de servicios a aquella población que de otra manera no puede acceder. A su vez, la estrategia debe considerar la representatividad de los esfuerzos a nivel comunal, con tal de cubrir la totalidad de la población excluida.
  - Emular iniciativas exitosas en algunas regiones y organizar operativos multisectoriales (e.g. Registro Civil, municipios, Fonasa) para educar y expandir la protección social en sectores aislados.
- Fortalecer monitoreo de impacto. Desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación que permitan evaluar el cumplimiento del programa en materias de: integración de grupos excluidos, resolución de barreras relevantes para la comunidad, participación social efectiva y mejoramiento de la implementación



de programas públicos en territorios vulnerables. Esto incluye la aplicación coordinada y sistemática de metodologías de tipo cuantitativo (e.g. definición de indicadores) y cualitativo; junto con el uso de sistemas geográficos de información.

- Fortalecer el trabajo intersectorial. El trabajo intersectorial fue uno de los elementos débiles del programa y es un desafío complejo que requiere un esfuerzo coordinado y sostenido. Entre las alternativas de acción, se sugiere:
  - Desarrollar estrategia para asegurar la viabilidad de iniciativas intersectoriales. Esto incluye llevar a cabo instancias de intercambio con todos los actores institucionales sobre qué se entiende por trabajo intersectorial y qué rol le corresponde a cada institución, con tal de clarificar conceptos y comprometer el apoyo de las instituciones públicas. En el nivel regional, el actor integrador de las acciones del Estado es el gobierno regional, mientras que a nivel comunal es el municipio.
  - Mantener supervisión del proceso y resultados de la labor intersectorial a nivel comunal y regional. Esto es clave para fortalecer la capacidad de maniobra de los equipos regionales y comunales.
  - Generar un acuerdo a nivel central entre el Ministerio de Salud y otros ministerios involucrados para definir el rol de cada institución, con tal de que el trabajo intersectorial sea una política de estado y no dependa de las voluntades individuales.

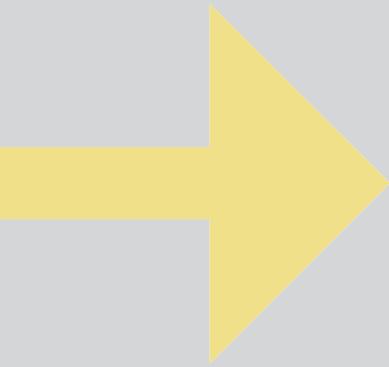


## 8. Referencias

1. Ley 19966: Establece un régimen de garantías en salud. Ministerio de Salud; 2004.
2. Ley 19937. Establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Ministerio de Salud, 2004.
3. Ley 20255 que establece la Reforma Previsional. Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría de Previsión Social, 2008.
4. Ley 20379. Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile crece contigo". Ministerio de Planificación, 2009.
5. Ministerio de Salud. Equidad.cl Secretaría de Determinantes Sociales de la Salud. 2009 [visitado 3 de Febrero 2009]; Disponible en: [www.equidad.cl](http://www.equidad.cl)
6. Ministerio de Salud. Orientaciones Metodológicas para el trabajo en las 92 comunas vulnerables: componente barreras de acceso. En: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, 2009.
7. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO). Directrices relativas a los sistemas nacionales de información y cartografía sobre la inseguridad alimentaria y vulnerabilidad (siciav): antecedentes y principios. 1998.
8. Devereux S, Sabates-Wheeler R. Transformative Social Protection. IDS Working Paper: Brighton: Institute of Development Studies; 2004.
9. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992; 22(3):429-45.
10. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003 Apr; 57(4):254-8.
11. World Health Organization and Public Health Agency of Canada. Health equity through intersectorial action: An analysis of 18 country case studies. World Health Organization; 2008.
12. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. Soc Sci Med. 2001 Nov; 53(9):1149-62.
13. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978; 56(2):295-303.



PROGRAMA COMUNAS VULNERABLES  
SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA



# S O S A N E X O S



## 9. ANEXOS

### 1. Comunas participantes en el Programa de Comunas Vulnerables

Región	Comuna	Índice de Vulnerabilidad	Ranking de Vulnerabilidad	Región	Comuna	Índice de Vulnerabilidad	Ranking de Vulnerabilidad
I	Camiña	57	30	VIII	El Carmen	45,8	21
I	Colchane	9,5	2	VIII	Ninhue	64,0	40
I	Huara	72	47	VIII	Pemuco	83,3	53
XV	Putre	87,3	60	VIII	Portezuelo	17,3	3
XV	General Lagos	37,3	12	VIII	Quirihue	93,0	70
II	Sierra Gorda	223,3	252	VIII	San Fabián	86,8	58
II	Ollagüe	84,3	54	VIII	San Ignacio	32,0	10
II	San Pedro de Atacama	202,3	215	VIII	San Nicolás	41,3	14
III	Tierra Amarilla	207,3	227	VIII	Trehuaco	30,3	9
III	Chañaral	205,0	221	VIII	Yungay	88,0	63
III	Alto del Carmen	170,0	170	IX	Carahue	50,0	24
IV	Andacollo	88,5	64	IX	Curarrehue	79,5	51
IV	Monte Patria	101,3	77	IX	Freire	65,0	41
IV	Punitaqui	98,8	74	IX	Galvarino	44,0	18
IV	Río Hurtado	56,5	29	IX	Loncoche	61,8	35
V	Olmué	153,3	136	IX	Melipeuc	66,0	43
V	Cartagena	143,3	123	IX	Perquenco	65,3	42
V	Putendo	99,3	75	IX	Saavedra	62,0	36
V	Santa María	141,8	121	IX	Teodoro Schimdt	58,3	32
VI	Litueche	60,3	33	IX	Toltén	43,5	16
VI	Pichidegua	58,3	31	IX	Cholchol	63,0	37
VI	Paredones	41,8	15	IX	Collipulli	75,5	50
VI	Lolol	63,5	39	IX	Ercilla	25,0	6
VII	Curepto	56,0	28	IX	Lonquimay	37,5	13
VII	Empedrado	88,8	65	IX	Los Sauces	24,3	5
VII	San Clemente	87,0	59	IX	Lumaco	22,5	4
VII	Chanco	60,8	34	IX	Purén	52,8	26
VII	Pelluhue	85,5	55	IX	Traiguén	63,0	38
VII	Colbún	86,8	57	X	Calbuco	158,5	147
VII	Retiro	51,8	25	X	Quemchi	160,8	156
VII	Villa Alegre	69,3	45	X	San Juan de la Costa	67,5	44
VII	Yerbas Buenas	53,0	27	XIV	Futrono	90,5	68
VIII	Florida	85,5	56	XIV	Lago Ranco	47,0	22
VIII	Lebu	82,0	52	XIV	Panguipulli	45,3	20
VIII	Contulmo	26,8	8	XIV	Río Bueno	71,0	46
VIII	Curanilahue	74,0	48	XI	Cisnes	171,0	174
VIII	Los Alamos	43,8	17	XI	Río Ibáñez	181,8	185
VIII	Tirúa	26,5	7	XII	Natales	212,7	237
VIII	Mulchén	87,5	62	RM	La Pintana	187,3	195
VIII	Negrete	49,8	23	RM	Lo Espejo	154,5	139
VIII	Quilaco	32,3	11	RM	Lampa	136,8	111
VIII	Quilleco	87,3	61	RM	Alhué	142,0	122
VIII	San Rosendo	92,3	69	RM	María Pinto	175,5	180
VIII	Santa Bárbara	90,3	67	RM	San Pedro	163,3	159
VIII	Yumbel	74,3	49	RM	El Monte	159,3	149
VIII	Alto Bío Bío	7,3	1	RM	Isla de Maipo	169,5	168
VIII	Cobquecura	45,0	19				
VIII	Coihueco	88,8	66				



PROGRAMA COMUNAS VULNERABLES  
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

## 2. Número de entrevistados durante el proceso de sistematización a nivel nacional.

Región	Coordinador Regional/Provincial	Comité Regional/Provincial	Monitores	Comité Comunal/Miembros de la comunidad
I	1	8	4	11
XV	1	3	3	7
II	1	3	2	11
III	1	2	5	13
IV	1	6	2	4
V	1	4	10	17
VI	1	3	4	21
VII	1	2	14	107
VIII	6	26	49	169
IX	4	7	25	51
XIV		4	7	12
X	2	6	3	15
XI	1	7	2	10
XII	1	7	2	5
RM	2	2	35	40
Total	24	90	167	493

