

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

BARRIOS VULNERABLES 2009

CONTRIBUYENDO AL DESARROLLO DE CAPACIDADES BARRIALES
EN LA REDUCCIÓN DE INEQUIDADES QUE OBSTACULIZAN
Y LIMITAN EL ACCESO A LA SALUD



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”.

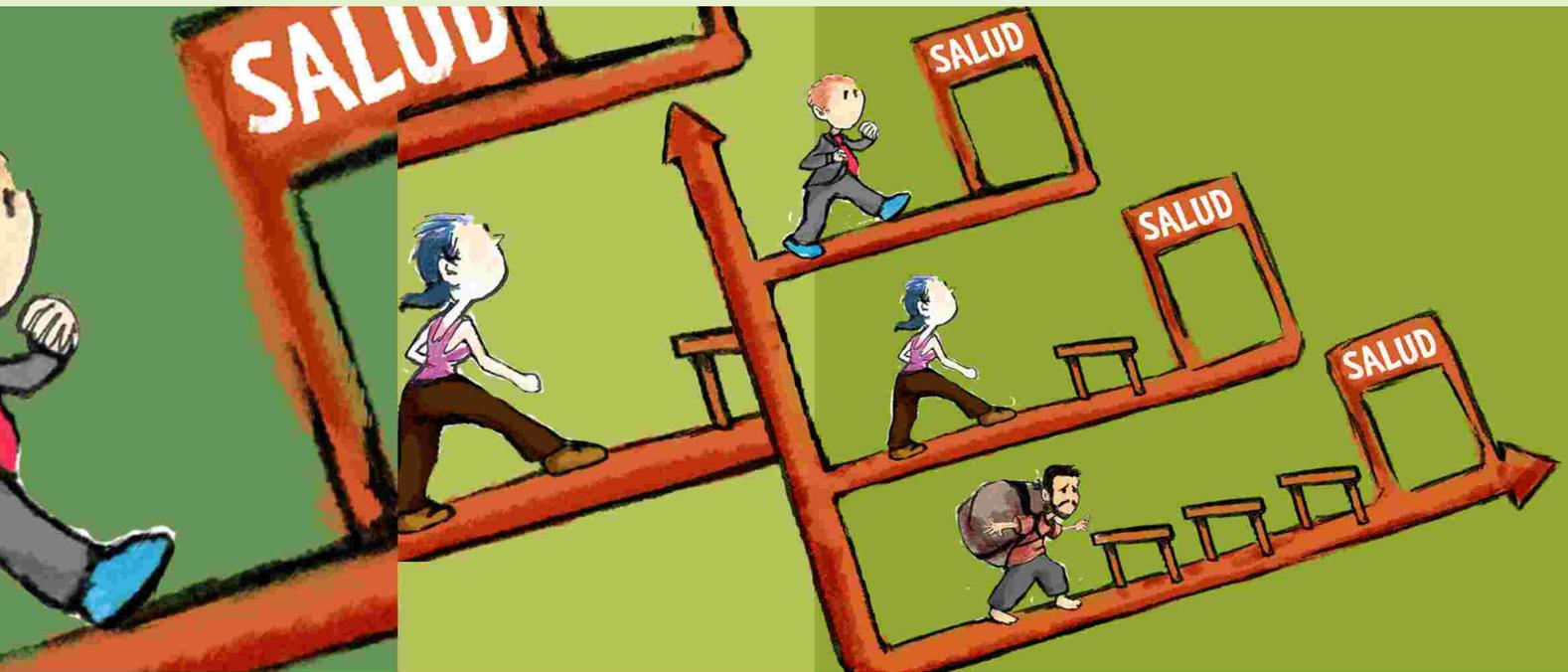
Esta serie de publicaciones pretenda dar una visión del trabajo desarrollado durante el 2008-2009 desde esta Subsecretaría en la agenda de equidad, en ella han participado profesionales, técnicos, funcionarios, amigos, académicos, críticos, y por sobre todo, hemos tratado de incluir las visiones y propuestas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

BARRIOS VULNERABLES 2009

CONTRIBUYENDO AL DESARROLLO DE CAPACIDADES BARRIALES
EN LA REDUCCIÓN DE INEQUIDADES QUE OBSTACULIZAN
Y LIMITAN EL ACCESO A LA SALUD



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

AUTORES (as):

Fanny Berlagoscky

Miguel Pérez

Florencia Donoso

Camilo Sembler

Soledad Olivos

Bárbara Donoso

Anselmo Cancino

Patricia Zamora

Mario Bugueño

Oriele Solar

© Febrero, 2010. Ministerio de Salud, Chile.

Este informe fue impreso en Puerto Madero Impresores

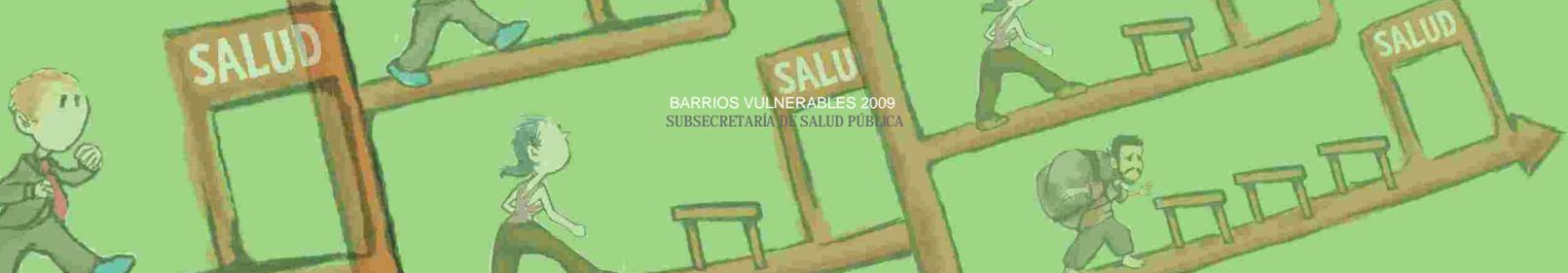
Portada: Estrategia Nacional para Reducir las Inequidades Sociales en Salud, Ministerio Noruego de Servicios Sociales y Salud 2006-2007.



ÍNDICE

Pág.

Índice.....	03
INTRODUCCIÓN.....	05
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	07
1. Marco Conceptual.....	07
Equidad en salud.....	07
Vulnerabilidad social.....	08
Barrios Vulnerables en un contexto urbano.....	10
2. Principios generales.....	11
3. Orientaciones metodológicas.....	16
IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA BARRIOS VULNERABLES 2009.....	19
1. Organización y funcionamiento: actores y roles.....	19
2. Selección de barrios.....	20
3. Elaboración de proyectos de salud barrial.....	22
METODOLOGÍA DEL INFORME.....	23
ANÁLISIS CRÍTICO.....	26
1. Metodologías de trabajo de los actores institucionales y gestión del programa.....	26
Actores institucionales: roles y formas de coordinación.....	26
Planificación del programa y gestión financiera.....	28
2. Monitores y equipo de salud.....	29
Monitor barrial: perfil, dependencia y rol.....	29
Articulación monitor / equipo de salud.....	32
Percepciones de la comunidad en torno al monitor.....	33
3. Participación social.....	34
Diagnóstico barrial.....	34
Logros de la participación social en Barrios Vulnerables.....	34
4. Acciones implementadas y su impacto en la comunidad.....	37
Discursos sobre el proceso Barrios Vulnerables.....	37
Activación social e infraestructura comunitaria.....	38
5. Intersectorialidad.....	40
Políticas centrales en intersectorialidad.....	40
El rol de lo local.....	41
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES.....	45
COLABORADORES.....	48
BIBLIOGRAFÍA.....	49
ANEXOS.....	51



INTRODUCCIÓN

“Contribuir a reducir las inequidad sociales que obstaculizan y limitan el acceso a la salud, implementando acciones de inclusión social sobre grupos y territorios excluidos.”

Este documento fue preparado por la Subsecretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Salud, dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, con el Objetivo 3 (Paso 6) de la Agenda de Equidad, de implementar acciones de “inclusión social” sobre grupos y territorios excluidos.

El “fortalecer acciones integradas en zonas geográficas priorizadas” se materializa en el Programa Barrios Vulnerables del cual presentamos su experiencia de trabajo el año 2009.

El sector salud, como parte del Sistema de Protección Social, y en el marco de implementación de la reforma, ha asumido el debate sobre la producción social de la enfermedad y la definición de garantías y derechos exigibles por la ciudadanía. Es en este contexto que la Subsecretaría de Salud Pública ha impulsado una agenda de trabajo en determinantes sociales y equidad, con el propósito de mejorar el nivel y la distribución de la salud de la población⁽¹⁾.

El plan de 90 días comprometido por el Ministerio de Salud incorporó, dentro de sus líneas de acción, el trabajo con 65 barrios vulnerables en cuyo desarrollo durante el año 2009 se propuso instalar un modelo de trabajo que incorpora el enfoque de equidad en salud en los territorios vulnerables y grupos excluidos.

Transformaciones importantes en nuestras sociedades permiten comprender la necesidad de focalizar las acciones en ciertas zonas. En el caso de Barrios Vulnerables, las inequidades existentes al interior de grandes áreas metropolitanas condiciona fuertemente las posibilidades de que grupos vulnerables dispongan de distintos medios, tanto para mejorar sus condiciones de vida como para enfrentar situaciones adversas que pudieran menoscabar fuertemente sus contextos vitales.

A modo introductorio diremos que producto del modelo de expansión urbana que observamos en la actualidad, desde las últimas décadas se han incorporado a la trama urbana áreas periféricas congregando a un número considerable de personas lejos de los centros tradicionales. Este proceso de concentración de la población, caracterizada por una fuerte suburbanización y segregación espacial, ha significado para algunos encontrar mejores oportunidades y mejorar su calidad de vida. Sin embargo, para otros estos mismos procesos han generado consecuencias problemáticas y marcadas desigualdades, como los cordones de pobreza, marginalidad y exclusión entre otros aspectos, los cuales finalmente se expresan en inequidades en salud que van en perjuicio de la calidad de vida de un importante número de población.

(1) Ver más detalles sobre la Agenda de Trabajo en Determinantes Sociales y Equidad en www.equidad.cl



La Encuesta de Calidad de Vida 2006⁽²⁾ aporta información relevante sobre algunos de estos problemas e ilustra algunas inequidades de acuerdo a criterios de estratificación socioeconómica en diferentes dimensiones tales como: la satisfacción vital; autopercepción sobre salud y estilos de vida; percepción de entorno y disponibilidad de redes de apoyo.

La pobreza y vulnerabilidad urbana conjugada con altos niveles de segregación en barrios populares adquiere, por ende, otras complejidades asociadas no sólo al ámbito material, sino también a fenómenos de desintegración social y aumento de la desesperanza. Con ello se estarían reforzando procesos de marginalidad y desconfianza con el sistema social al tiempo que disminuye el capital social individual y colectivo⁽³⁾.

Todos estos problemas han generado resultados nocivos en la salud y calidad de vida de las personas, actuando como determinantes sociales de inequidades en salud. Así, se originan brechas sociales con resultados desiguales en función de determinados contextos residenciales, tales como la mayor mortalidad infantil en personas con menor nivel educacional⁽⁴⁾ que viven en zonas con menor acceso a servicios y redes de protección social.

Dada las transformaciones en el mercado laboral latinoamericano y las exposiciones diferenciadas de género, etnia, clase o raza a los mecanismos formales de inclusión, el concepto de vulnerabilidad comprende de buena manera aquellos espacios intermedios entre el par exclusión/inclusión al convocar a todos quienes, no siendo pobres, sí tienen altas probabilidades de caer en tal condición. Por tanto la vulnerabilidad implica siempre un estado de riesgo, inseguridad y falta de herramientas para asegurar la mantención de los contextos vitales de aquellos colectivos sociales más desprotegidos.

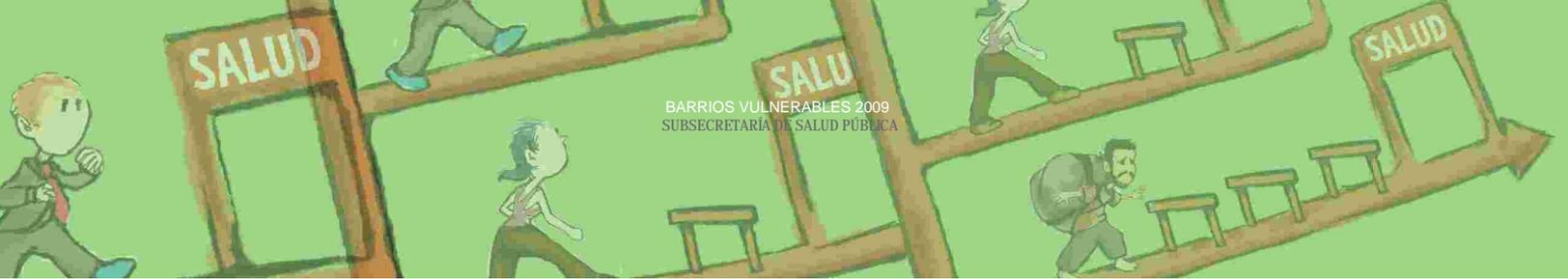
En ese sentido, entendemos que en un escenario urbano donde gran parte de la vulnerabilidad se materializan en áreas específicas de la ciudad, el programa Barrios Vulnerables del Ministerio de Salud enfrentó problemáticas locales de salud mediante la ejecución de proyectos barriales que promovieron instancias de participación comunitaria y el rescate de las experiencias pasadas y presentes de cada territorio.

Es precisamente todo el proceso involucrado en el programa Barrios Vulnerables el que nos proponemos mostrar en este informe. Para ello articulamos el relato en seis grandes temas: en el primero entregaremos un cuadro descriptivo del programa en cuanto a sus marcos conceptuales y principios orientadores. En el segundo exponemos las consideraciones metodológicas que dieron pie a la sistematización del programa y, por tanto, a la elaboración de este documento. En el tercer punto presentamos una descripción general del proceso de implementación del programa para, en el cuarto, realizar un análisis crítico de los principales ejes del programa. Por último finalizamos con una breve descripción de las conclusiones más relevantes de la experiencia de Barrios Vulnerables en 2009 para dar paso a las recomendaciones que debieran guiar cualquier intento de replicar un programa de estas características.

(2) Informe Final de Calidad de Vida y Salud 2006. Disponible en <http://api.minsal.cl>

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

(4) Espejo, F. "Determinantes Sociales de la Salud en Chile en la perspectiva de la equidad", Chile, 2005. www.equidadchile.cl



DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

1. Marco conceptual

a. Equidad en salud

La equidad en salud, en el marco del programa Barrios Vulnerables, se entiende como la ausencia de diferencias sistemáticas y evitables en el estado de salud y calidad de vida entre individuos, poblaciones o grupos que poseen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas⁽⁵⁾. Por tanto, en la medida en que se trata de desigualdades evitables, las inequidades en salud constituyen una situación injusta cuya superación o reducción representa un mandado ético para el diseño de las políticas públicas y los programas sociales.

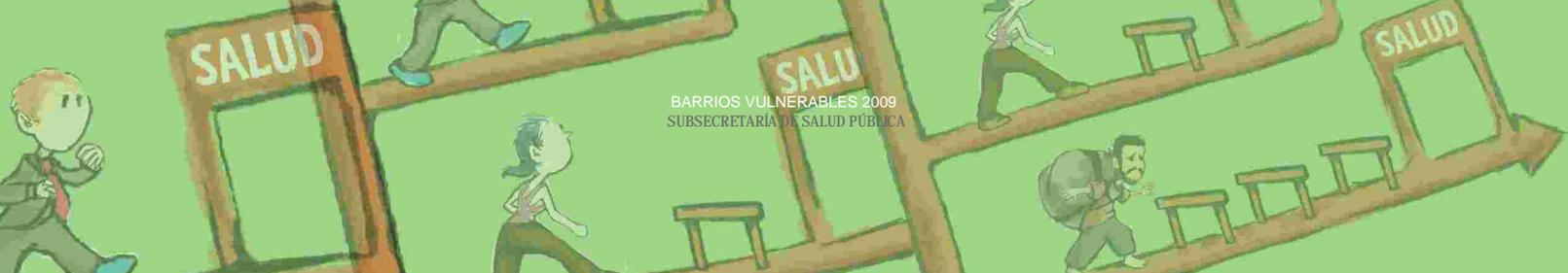
Por ello, esta noción de equidad en salud implica, en primer lugar, el desafío de ir más allá de los promedios que dan cuenta del estado de salud y la calidad de vida de la población (por ejemplo, los índices generales de mortalidad), para indagar en las diferencias existentes entre grupos, poblaciones o territorios dentro de ese rango general. Esto, porque muchas veces los avances medidos en promedios esconden desigualdades sustantivas entre determinados grupos, ya sea por características socioeconómicas, culturales, territoriales, etc., las cuales precisamente deben hacerse visibles para el desarrollo de estrategias orientadas a reducir inequidades en salud.

Se asume además como orientación conceptual del Programa, una conexión sumamente estrecha entre equidad en salud y determinantes sociales de la salud, toda vez que aquellas diferencias injustas y evitables a las cuales mencionamos anteriormente se estructuran a partir de condiciones sociales tales como los dispares niveles de ingresos, la inserción ocupacional, la pertenencia a distintas clases sociales, las condiciones de género y etnia, entre otros factores que determinan las condiciones de vida de los grupos y poblaciones, y que por ello deben ser abordados integralmente para lograr avanzar sustantivamente en materia de equidad en salud.

Así, como ha sostenido Amartya Sen (2001), "la equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas. Ciertamente, la equidad en salud no trata solo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios"⁽⁶⁾. En otras palabras, el enfoque de equidad

(5) Vega, J., Solar, O., Irwin, A. "Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción". Disponible en: http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores/modulo-1/DSS_Vega-Solar.pdf

(6) Sen, A. (2001): "¿Por qué la equidad en salud?". Disponible en: http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores/modulo-1/Equidad%20en%20salud_Sen.pdf



en salud conlleva asumir el carácter de producción social del proceso de salud-enfermedad en los individuos y poblaciones, lo cual implica necesariamente –como se especifica en seguida – la apertura hacia estrategias intersectoriales de política social.

Por esto, cabe destacar que esta noción de equidad en salud en el marco del Programa Barrios Vulnerables, ha implicado considerar tanto las barreras de acceso que poseen determinados grupos o poblaciones para contactar los servicios de salud, como para aquellas que presentan para acceder a las distintas prestaciones contempladas en el marco del Sistema de Protección Social. Es decir, se trata de las barreras que poseen ciertos grupos (definidos, por ello, como vulnerables) para contactar la red de salud así como para ejercer las garantías sociales contempladas en los distintos programas del Estado. Estas barreras de acceso, de acuerdo al modelo de cobertura efectiva de Tanahasi (1978)⁽⁷⁾, se pueden clasificar de la siguiente manera:

- i. Disponibilidad de servicios, esto es, si la red de salud y los programas sociales existen en determinados territorios para que la población pueda acceder
- ii. Accesibilidad, la cual considera que los servicios no sólo estén disponibles, sino que también la población pueda acceder expeditamente en términos geográficos (accesibilidad física), sin problemas de financiamiento (accesibilidad financiera) o, finalmente, sin barreras de organización (horarios de atención, por ejemplo).
- iii. Aceptabilidad, referida a que los servicios sean pertinentes a las características culturales de la población que busca cubrir.
- iv. Contacto, entendida como la población que contacta los servicios pero que, por distintos motivos, presenta baja adherencia a las prestaciones de salud y garantías sociales.
- v. Cobertura efectiva, la cual alude a la población que efectivamente hace uso de la red de salud y de los programas sociales.

b. Vulnerabilidad social

El concepto de vulnerabilidad viene a complementar el trabajo realizado desde las políticas públicas que han actuado durante las últimas décadas en el análisis y contención de la pobreza. Ésta última siempre ha estado referida a una situación de carencia o deterioro de grupos sociales, que les impide proveer los insumos necesarios tanto para la subsistencia y desarrollo personal como para salir de tal condición. Sin embargo, en términos generales, el concepto de vulnerabilidad considera no tanto el estado de carencia, sino más bien de riesgos ante contingencias que pudieran afectar considerablemente las herramientas que tienen grupos o familias para evitar caer en la pobreza.

(7) Tanahasi, T. (1978). "Health service coverage and its evaluation". Bulletin of the World Health Organization, 56 (2): 295-303.



En el contexto latinoamericano las transformaciones en el mercado laboral han sido ampliamente estudiadas por Robert Castel ⁽⁸⁾, en tanto explican la existencia de distintas zonas de integración dentro de las cuales la vulnerabilidad enmarca una posición donde, pudiendo estar incluidos económicamente, no se dispone de los mecanismos para asegurar dicha condición. Así es como el autor señala que el trabajo se presenta como soporte privilegiado de inscripción en la estructura social; de ahí que exista una fuerte correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad, y en los sistemas de protección que mitigan en los individuos los riesgos de existencia.

El cruce de estos factores constituye “zonas” de cohesión social donde la asociación “trabajo estable/inserción relacional sólida” caracterizaría una zona de integración. A la inversa, la ausencia de participación en alguna actividad productiva y el aislamiento relacional conjugan sus efectos negativos para producir la exclusión. Como espacio intermedio, estaría la zona de vulnerabilidad donde los individuos tendrían asegurado su ingreso, pero no la inclusión social plena.

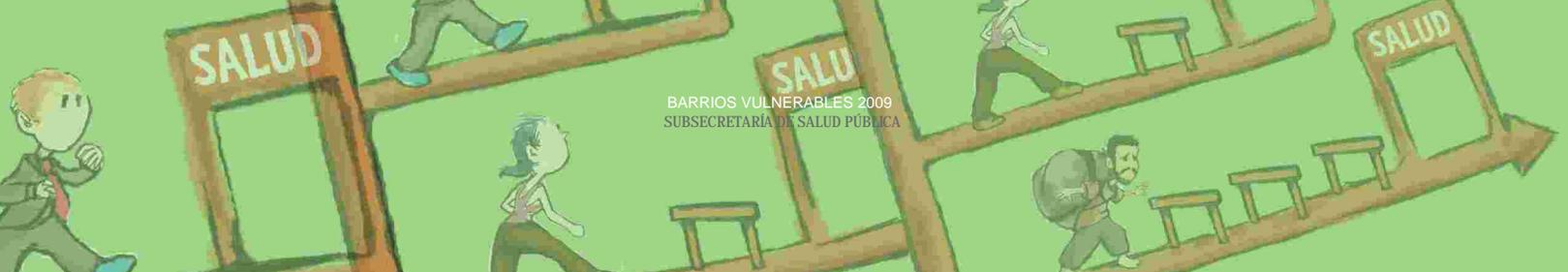
En ese sentido la noción de vulnerabilidad social se corresponde con la de una situación (más o menos latente) en que grupos sociales, hogares e individuos disponen un menor número de oportunidades quedando, por un lado, expuestos a sufrir alteraciones bruscas y significativas en sus niveles de vida y por otro con poca capacidad de respuesta. Siendo una situación “intermedia”, los espacios de exclusión y pobreza están siempre presentes.

Tal impresión es compartida por varios autores quienes han trabajado el concepto en nuestra región, quienes han notado la multidimensionalidad del fenómeno así como las distintas causas (internas o externas a los grupos) que pueden detonar la vulneración de su condición. Así, por ejemplo Gustavo Busso⁽⁹⁾ señala que la situación de riesgo o desamparo de importantes colectivos de población se expresa en una serie de formas tales como: la fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno; el desamparo institucional desde el Estado que en algunos casos no ayuda ni favorece la protección de sus ciudadanos; la debilidad interna de grupos para afrontar concretamente los cambios para así aprovechar las oportunidades que se les brinda; la inseguridad permanente que paraliza, desmoviliza e incapacita para construir estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar.

En relación a lo anterior dicho autor argumenta que la vulnerabilidad tiene como característica el surgimiento desde una constelación de factores internos y externos que convergen en individuos, grupos o familias en un espacio y tiempo determinado. Las condiciones de fragilidad, indefensión y desamparo pueden combinarse con falta de respuestas y debilidades internas de los actores vulnerados, teniendo por resultado el deterioro considerable de las condiciones de vida. A ello se suma el hecho que ciertos marcos sociales (desigualdades estructurales, precariedad laboral, etc.) y urbanos (segregación residencial, carencia de servicios e infraestructura) generen escenarios propicios que atenúan las posibilidades de enfrentar positivamente la vulneración de los contextos vitales.

(8) Castel R. (1997). La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidó

(9) Busso, G. (2001). Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. Seminario internacional: Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad en América Latina y el Caribe. CEPAL, Santiago, junio de 2001.



c. Barrios vulnerables en un contexto urbano

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

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

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

El proceso de suburbanización anteriormente descrito se conjuga, a su vez, con el patrón de segregación socioespacial que –si bien ha mostrado indicios de cambio a pequeña escala– a gran escala mantiene sus altos niveles en las tres áreas metropolitanas de Chile. De modo que en contextos de alta concentración de familias pobres o vulnerables en zonas de la ciudad socialmente homogéneas, tanto en Santiago, Valparaíso como Concepción se estarían radicalizando los efectos nocivos de segregación y, con ello, acrecentando la persistencia de problemáticas sociales (inactividad juvenil, embarazo adolescente, carencia de oportunidades, entre otros) y de autopercepción de marginalidad (estigmatización territorial)⁽¹⁰⁾.

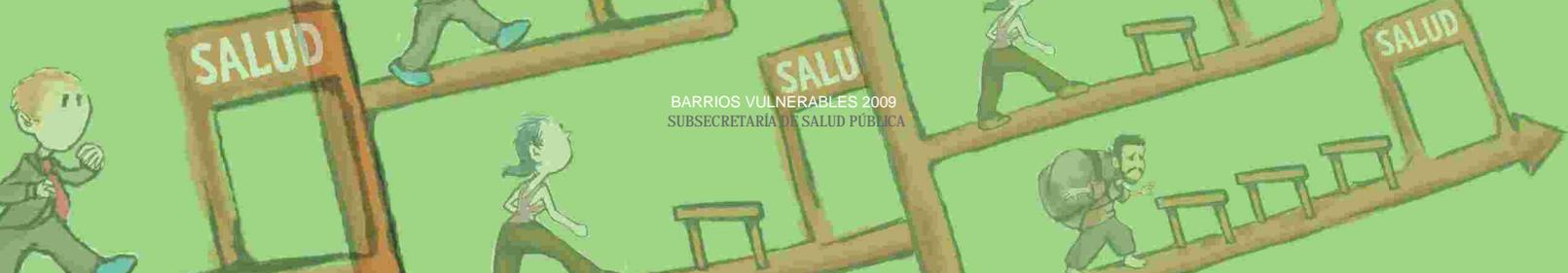
En ese sentido, la escala territorial de barrio resulta sumamente importante para contextualizar la conjugación de factores de carencia material con las limitaciones de acceso a servicios. Así también, permite indagar en la construcción de tejido social y capital social comunitario, al ser el espacio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

En términos conceptuales, entendemos por barrio una porción de espacio materialmente construida parte de una totalidad urbana, que se define por ciertas marcas o fronteras y que en una escala reducida promueve relaciones preponderantemente primarias. Como mundo del peatón, en él sería crucial la relación estrecha establecida entre lo social y lo espacial como constructor del espacio barrial, así como la esfera intersticial entre lo doméstico y lo público⁽¹¹⁾.

Al ser parte de una totalidad urbana las dinámicas de cada barrio dependen no sólo de sus lógicas internas sino también de su relación social y espacial con el resto de la ciudad. En ese aspecto, la consolidación de

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

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



ciertos barrios como reductos que concentran problemáticas sociales, tiene sus orígenes en el aislamiento socioespacial en el que se encuentran y que merman la posibilidad de romper la situación de carencia. Por tanto, más que la pobreza o la vulnerabilidad en sí mismas, el reconocimiento de su relación con variables urbanas -como la segregación- agrega elementos para la comprensión integral de contextos que inciden en el bienestar general del barrio.

Por lo tanto, situar una estrategia de intervención de salud en barrios vulnerables nos invita a optar por una visión más territorial y de la acción dirigida desde una mirada multisectorial. Igualmente se orienta en definir los aportes más significativos en salud para la población que vive en un barrio determinado, al introducir la categoría conceptual “condiciones de vida” vinculada a la necesidad de abarcar los diversos planos y dimensiones tanto de la vida privada como comunitaria. Considerando este diagnóstico, actuar desde el marco de los determinantes sociales de la salud puede contribuir a la formulación de políticas, planes y programas integrales que tengan el foco en la calidad de vida como resultado final del trabajo conjunto y coordinado de actores sociales e institucionales, públicos y privados asentados en los territorios. Para llevar a cabo este tipo de intervenciones, el sector salud requiere establecer alianzas con otros sectores y la sociedad civil.

2. Principios generales

Perspectiva territorial /Intersectorialidad

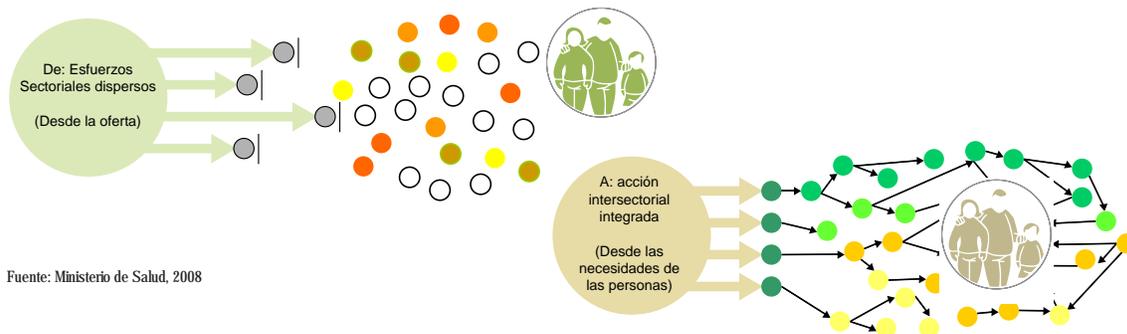
En esta perspectiva, las acciones trascienden significativamente al “sector salud”, por lo que se requiere de una respuesta social organizada, sin la cual el enfoque no sería sistémico y, por tanto, el nivel de sinergia que requieren estas acciones sería muy bajo. Para ello, es importante fortalecer acciones para tales problemas, donde las actividades de otros sectores puedan ser decisivas revisando los determinantes sociales y su interrelación con los problemas de salud de grupos y sectores específicos. Con esto se buscará desarrollar planes de trabajo que considere el diseño intersectorial y coordinado de dichas acciones.

La perspectiva territorial de las acciones de salud en los barrios vulnerables, nos permite considerar de una manera más efectiva las necesidades de la población y también de los recursos disponibles. Organizando y planificando con visión epidemiológica y de salud pública, se debe establecer las brechas entre lo existente y lo deseado con énfasis en la equidad. Ello se expresa finalmente en la definición de prioridades de intervención considerando los criterios (indicadores) de vulnerabilidad y exclusión social en que viven grupos específicos de la población (adultos mayores, jóvenes, adolescentes, cesantes, etc.) respecto a sus necesidades de salud y de garantías sociales que es posible movilizar en el contexto de acciones sectoriales e intersectoriales con foco territorial. Lo anterior es compatible con el marco ético y conceptual del Modelo de Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria⁽¹²⁾.

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



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



Fuente: Ministerio de Salud, 2008

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

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

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

Por lo tanto para llevar a cabo las políticas y los programas sociales, se requieren esfuerzos por coordinar la oferta pública del sistema de protección social; y con ello, que se instale atención dirigida a los grupos vulnerables (identificando especificidades y respetándolas) con énfasis en programas y experiencias con perspectiva territorial y presencia en los barrios con los cuales establecer sinergias relevantes. Consecuentemente,



se puede fortalecer las capacidades instaladas, enfrentar problemas reales y demandas identificadas para responder coordinando servicios y prestaciones consensuadas con la población.

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

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

Participación Ciudadana

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

En este marco, el análisis de las distintas expresiones de la ciudadanía en su relación con el sector salud permite reconocer que ésta se moviliza en dos grandes dimensiones fundamentales: una relacionada con el acceso a la oferta de servicios para la satisfacción de necesidades y expectativas de la población; y la otra referida a la incidencia en la toma de decisiones en salud⁽¹³⁾.

En esta perspectiva, la participación ciudadana asociada al ejercicio de derechos, implica concebir a los ciudadanos como interlocutores de las políticas públicas que tengan capacidad de proponer, controlar y decidir respecto de asuntos de interés público. Participación ciudadana en salud es la vez un derecho humano⁽¹⁴⁾ y un determinante social de salud. En tanto determinante social, la no participación de la ciudadanía incide en instalar inequidades entre quienes acceden y quienes no acceden al ejercicio de tal derecho de salud. Las estrategias de participación ciudadana en salud se deben diseñar para ejercer ciudadanía, incrementar la cohesión social⁽¹⁵⁾ y contribuir a eliminar inequidades en el acceso a la salud⁽¹⁶⁾. De modo que la participación se entiende como un derecho capaz de influir en la orientación de las políticas públicas de manera de poder

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

(14) Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 21

(15) OMS. (2008) "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud" Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud Disponible

[en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finareport_2008_execsumm_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finareport_2008_execsumm_es.pdf)
(16) La participación ciudadana en salud debe reflejar una nueva forma de relación entre Estado y Ciudadanía, basada en el reconocimiento del valor del otro y de su legitimidad para decidir sobre su salud, así como de su conocimiento para superar la mirada asistencialista, clientelar e instrumental que durante años ha caracterizado la forma de relación entre técnicos de salud y ciudadanos.



intervenir efectivamente en la causalidad de los problemas que llevan a una determinada situación de salud (asociada a derechos vulnerados de distinta índole: trabajo, ambiente, educación, seguridad social, vivienda, información, etc.).

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

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

Responsabilidades del Sector Salud

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

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

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



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

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

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

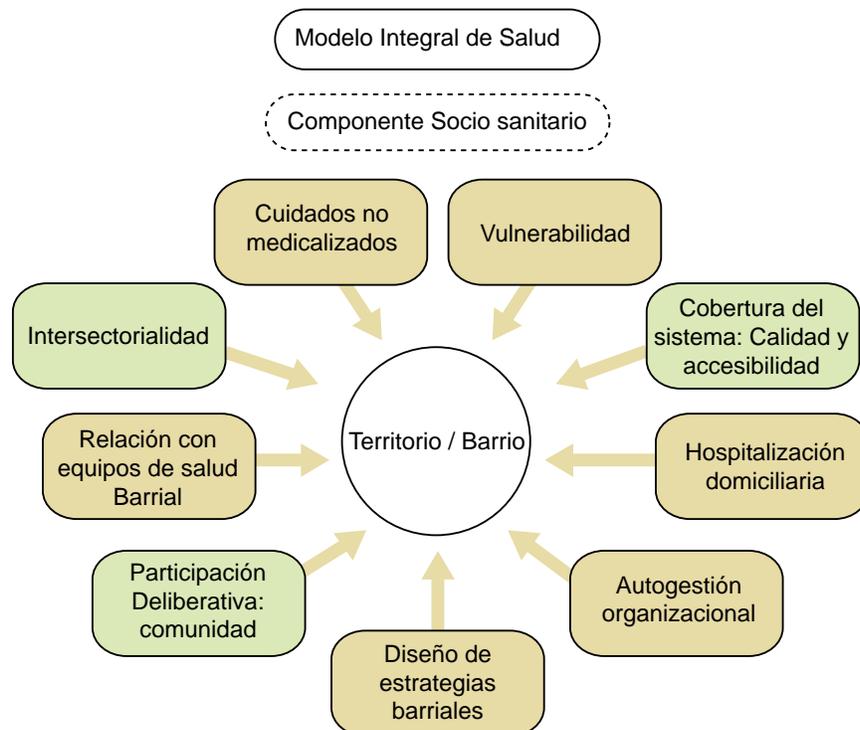


Diagrama N° 1: elaboración propia.



3. Orientaciones Metodológicas

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

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

De esta manera, para avanzar en promoción de calidad y equidad en salud en perspectiva territorial-urbana, es esencial que las comunidades y barrios cuenten con acceso a servicios básicos y posean condiciones de integración social que promuevan el bienestar de sus habitantes⁽¹⁷⁾.

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

Metodológicamente se proponen cinco elementos principales:

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

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

(17) Ver Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Informe Final, “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”.



3. Perspectiva territorial: en función de generar programas focalizados a nivel barrial⁽¹⁸⁾, asumir una comprensión de la particularidad de cada barrio respecto a su entorno urbano mayor, sirve para dar cuenta de una serie de factores distintivos, como por ejemplo: la existencia de organizaciones formales o funcionales; la cobertura de servicios presente en el territorio; el tipo de carencias y problemáticas del sector; la composición sociodemográfica e identitaria del barrio; etc.

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

Por ejemplo, en este sentido es importante incorporar una mirada “más comunitaria” a los problemas como alcoholismo y drogadicción que afectan a los barrios, integrando a la comunidad u organizaciones a los procesos de rehabilitación que se están desarrollando desde el sistema de salud. El aprendizaje en experiencias realizadas o en curso corresponde al intercambio necesario entre los trabajos que se realizan para retroalimentar y guiar en los éxitos posibles, a modo de ejemplo se sugiere conocer casos en nuestro país como en otras regiones, complementando las intervenciones.

En nuestro país existen experiencias que han sido destacadas en el concurso de las buenas prácticas para el desarrollo de los territorios 2008 y 2009; de hecho hay documentos sobre iniciativas del Ministerio del Interior (SUBDERE) y la Corporación de Innovación y ciudadanía⁽¹⁹⁾.

5. Incorporar y apoyar el conocimiento, la experiencia de vida y las respuestas de la comunidad, de tal modo fortalecer e implementar programas y respuestas “no medicalizadas” validadas por los habitantes de los barrios. En este ámbito, a modo de ejemplo, existen experiencias de organizaciones comunitarias de adulto mayor que consideran la responsabilidad de chequear los indicadores de salud básicos de la población de tercera edad que, en términos específicos, asumen la responsabilidad de traslado de los pacientes a los consultorios cuando sea necesario. También están, entre otras, las experiencias de atención a postrados por parte de organizaciones barriales especialmente de mujeres. Así, tanto en el primero como en el segundo caso se desarrollan capacidades organizativas del barrio, se fortalece el capital social y redes de confianza, al tiempo que se disminuyen brechas o carencias en términos sanitarios.

(18) La política pública nacional durante las últimas décadas ha dado importantes pasos en esta perspectiva en tanto propone el análisis de vulnerabilidad no sólo en grupos sociales sino también en territorios. Tal vez el caso mayormente expuesto es el programa de recuperación urbana “Quiero mi Barrio” del Ministerio de Vivienda y Urbanismo que centra su accionar en la regeneración tanto del tejido social como de la infraestructura barrial.

(19) www.subdere.gov.cl, www.territoriochile.gov.cl



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

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

Los principios éticos de la intervención apuntan al respeto hacia la comunidad, el equipo de salud que se encuentra en el territorio que corresponden a los barrios y la certera solución de los problemas planteados por la comunidad. En esta perspectiva, los CES, CESFAM, CECOSF y COSAM –en tanto instituciones territoriales de salud- son las que deben tener un funcionamiento coordinado para asegurar el acceso a la red sanitaria y de protección social de aquellos grupos más vulnerables y excluidos socialmente. Del mismo modo, de acuerdo a su trabajo territorial, el monitor barrial (sobre quien nos explayaremos posteriormente) juega un rol fundamental en labores de gestión e implementación del programa, así como en la vinculación que establezca entre instituciones (intra e intersecor) y comunidad.

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

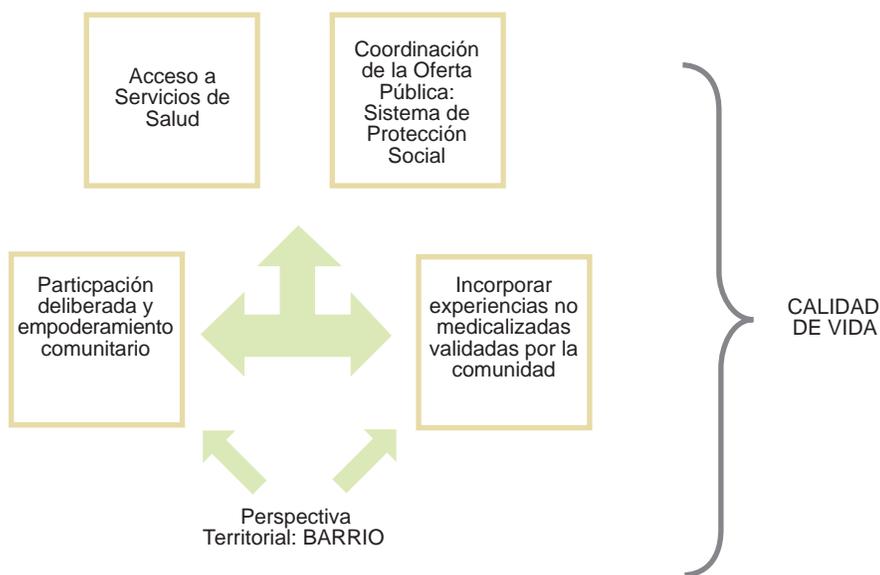


Diagrama Nº 2: elaboración propia.



IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA BARRIOS VULNERABLES 2009

1. Organización y funcionamiento: actores y roles

En términos de organización y funcionamiento el Programa Barrios Vulnerables durante el año 2009 se estructuró principalmente a partir de la participación de miembros de las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, que constituyeron el Equipo Coordinador del Programa desde el nivel central (Ministerio de Salud), participantes de las SEREMIs de Salud de las regiones Metropolitana, Valparaíso y Bío Bío, y representantes de los distintos Servicios de Salud (diez en total) implicados en el Programa.

Conjuntamente con ello, para el desarrollo territorial del Programa se contó con un total de 74 monitores (50 en la región Metropolitana y 12 en cada una de las regiones de Valparaíso y Bío Bío), los cuales fueron contratados especialmente para contribuir a la gestión local del Programa, participando tanto en la implementación de los planes de acción como en la coordinación de las redes territoriales y la activación de la participación comunitaria.

Un elemento importante a destacar es que estos distintos actores, además de desarrollar tareas particulares asociadas a sus respectivos niveles institucionales, desarrollaron espacios de diálogo colectivo y coordinación conjunta que resultaron fundamentales para el funcionamiento del Programa. Se constituyeron así los siguientes espacios:

- Se constituyó una Mesa Central del Programa Barrios Vulnerables que contó con la participación del equipo coordinador del Ministerio de Salud, así como de representantes de las SEREMIs y Servicios de Salud de las regiones Metropolitana y Valparaíso⁽²⁰⁾. Esta Mesa Central se reunió periódicamente para dar seguimiento al desarrollo del trabajo en los barrios y resolver temas de organización y gestión del Programa. También fue un espacio que permitió dialogar con otras experiencias intersectoriales (MIDEPLAN, MINVU) con mirada territorial.
- Además se constituyeron Mesas de trabajo en cada uno de los Servicios de Salud implicados, en las cuales participaron representantes de los respectivos Servicios, de los equipos comunales y los respectivos referentes del Ministerio de Salud.
- Un último espacio de coordinación se constituyó en los Equipos barriales, los cuales dieron seguimiento directo al trabajo territorial con la participación de los equipos de salud comunales, los monitores y representantes de la comunidad.

(20) La región del Bío Bío contó con una vinculación directa con el equipo coordinador dada la mayor distancia geográfica que tomaban más difícil una participación constante en la Mesa Central.



El siguiente diagrama grafica la constitución de estas mesas de coordinación y sus respectivas relaciones:

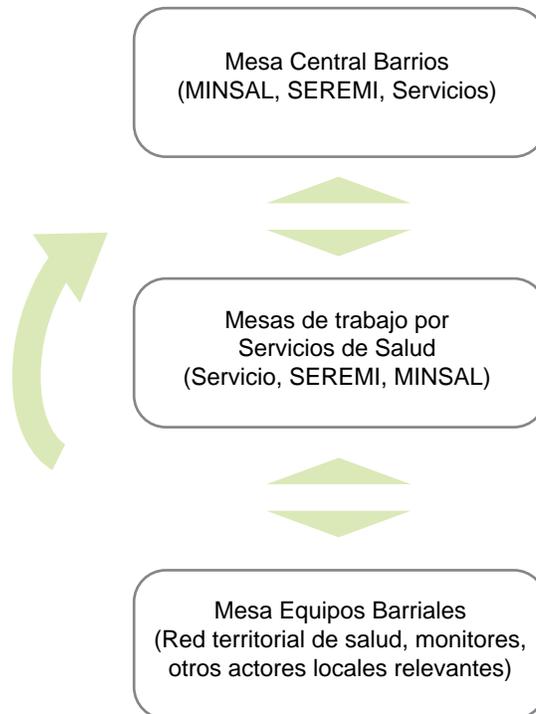


Diagrama N° 3: Actores e instancias de coordinación.
Elaboración propia.

2. Selección de barrios

El proceso de selección de los barrios fue realizado por los equipos de salud local, de acuerdo a criterios definidos en el programa. Los criterios fueron discutidos en una mesa central intrasectorial en donde participaron la SEREMI, los Servicios de Salud y Subsecretaria de Salud Publica.

El marco conceptual que se tuvo en cuenta para la selección, incorporaba dos nociones centrales, la primera de vulnerabilidad y la segunda de territorialidad. Respecto de lo primera, tal y como se ha dicho es entendida como una condición de riesgo y dificultad que invalida o inhabilita de forma inmediata o en el futuro a grupos, familias y personas en la satisfacción de su bienestar - en tanto subsistencia y calidad de vida – en un contexto socio histórico culturalmente determinado.



En este sentido la vulnerabilidad da cuenta de aquella condición de precariedad en la que se encuentran las personas o grupos y que los hacen propensos a sufrir un deterioro en sus condiciones de vida. La vulnerabilidad se constituye en distintas dimensiones, como en el nivel de escolaridad, el tipo de trabajo y de ingreso, condiciones como la discapacidad, analfabetismo o condiciones de acceso a servicios, entre otros indicadores que se pueden mencionar.

La segunda noción aportada por el marco teórico general es la de territorialidad. Este punto es de especial relevancia pues el barrio es el tipo de territorio que se ha escogido para la implementación del programa.

A la luz de estas dos nociones matrices, se elaboraron los criterios específicos que permitieran a los equipos de salud local discriminar los barrios para ser propuestos para el programa. Estos criterios fueron los siguientes:

- a) Indicadores de salud deteriorados: el análisis debía considerar antecedentes epidemiológicos aportados por el centro de salud más cercano y que fueran relevantes para la selección.
- b) Barrios sobre intervenidos: En aquellos territorios en los que se estuvieran ejecutando otros programas o bien en los cuales se hayan desarrollado inversiones públicas significativas, no era recomendable proponerlos para participar en el programa. Específicamente las políticas generadas desde MINSAL, se estipuló que ningún barrio perteneciera a un municipio que haya estado participando en el programa Comunas Vulnerables.
- c) Existencia de red comunitaria: Se entenderá por red comunitaria la coordinación de servicios, programas y municipios en el nivel comunal, de manera que se pueda disponer de este activo al momento de intervenir en el barrio
- d) Experiencia del equipo de salud: Como un rasgo relevante para la definición del barrio se consideró el hecho de que el equipo de salud haya tenido una experiencia previa en el sector.
- e) Percepción de las dificultades para el acceso de prestaciones de salud: Para efecto de garantizar la eficiencia de la intervención, se definió como necesario que los equipos de salud contaran con un diagnóstico de cual era la situación del acceso a los servicios de salud por parte de la comunidad del barrio propuesto.
- f) Percepción de las dificultades para el acceso a derechos sociales y programas de protección social: Para efecto de garantizar la eficiencia de la intervención, se definió como necesario que los equipos de salud contaran con un diagnóstico de cual era la situación del acceso a derechos sociales y programas de protección social por parte de la comunidad del barrio propuesto.
- g) Variables ambientales: Los barrios escogidos no debían presentar problemas graves de agua, saneamiento básico, residuos, red vial y otros aspectos de entorno.

Con estos elementos se desarrolló una primera propuesta por parte de los equipos de salud. Dichas propuestas fueron evaluadas por las respectivas SEREMIS las que procedieron a priorizar los barrios propuestos. La lista priorizada fue nuevamente presentada a la mesa central del Programa para resolver el listado definitivo.

(20) La región del Bío Bío contó con una vinculación directa con el equipo coordinador dada la mayor distancia geográfica que tomaban más difícil una participación constante en la Mesa Central.



Se seleccionaron inicialmente 68 barrios⁽²¹⁾, distribuidos de la siguiente forma: 44 correspondieron a la Región Metropolitana, 12 a la Región de Bío Bío y 12 a la Región de Valparaíso.

3. Elaboración de proyectos de salud barrial

La elaboración de los proyectos de salud para cada uno de los 65 barrios que, en definitiva, se integraron al programa, constituyó un proceso coordinado entre distintos actores (institucionales y comunitarios) y con sucesivas etapas de formulación y validación. En términos generales, el proceso de elaboración de los proyectos contempló las siguientes etapas:

- i. Elaboración de pre-proyectos barriales por parte de los equipos comunales de Salud (en algunos casos se logró la participación de representantes de la comunidades desde el inicio de este proceso).
- ii. Discusión de los pre-proyectos en la Mesa Central del Programa Barrios Vulnerables. Se realizan sugerencias a los equipos comunales de acuerdo a las orientaciones generales y los marcos de organización y gestión del Programa.
- iii. Una nueva versión de los proyectos barriales se elaboró a partir de instancias de participación social y validación comunitaria. Esto permitió reformular los pre-proyectos de acuerdo a los intereses y necesidades de la comunidad, manteniendo las orientaciones generales del Programa.
- iv. Presentación de los proyectos finales de cada barrio a la Mesa Central y ajustes finales (presupuestos, acompañamientos, etc.).

(21) De la estimación inicial (68) tres barrios de una comuna de la Región Metropolitana no continuó en el programa por, en opinión del municipio, incompatibilidad de tiempos en lo que respecta a la ejecución presupuestaria.



METODOLOGÍA DEL INFORME

El presente informe nace principalmente de un trabajo de sistematización llevado a cabo por el equipo central de Barrios Vulnerables, el cual se propuso analizar la implementación del proceso que guía el trabajo del programa en las tres regiones seleccionadas: Región Metropolitana, Valparaíso y Bío Bío.

Para esta sistematización se debió considerar los ejes definidos en los principios generales y orientaciones metodológicas del programa expresados previamente. Allí se contemplan los ejes centrales: perspectiva territorial, intersectorialidad, participación comunitaria, coordinación de la oferta pública y respuestas no medicalizadas en salud.

En términos amplios los objetivos generales de la de sistematización fueron:

- A. Analizar el proceso de implementación del modelo utilizado por el programa de barrios vulnerables, en relación a :
 - a. Las orientaciones metodológicas y conceptuales propuestas
 - b. Su contribución en la coordinación intersectorial e intrasectorial, la participación comunitaria en la toma de decisiones, y en la incorporación de los ejes de equidad en el planteamiento y quehacer local
- B. Identificar y analizar el rol de los actores claves en el proceso tales como: comunidad, monitores equipos de salud e institucionalidad en salud (SEREMI/Servicios) considerando los discursos elaborados en torno al programa, y sus lineamientos principales.
- C. Desarrollar recomendaciones a considerar en el desarrollo del programa de Barrios Vulnerables 2010 rescatando fortalezas y debilidades de la experiencia 2009.

Consideraciones técnicas: criterios y ejes de la sistematización

Los criterios o “mínimos metodológicos” a cumplir en la sistematización fueron dos: a) abarcar las tres regiones participantes del proceso; y b) contemplar estrategias de recolección de información que den cuenta de los distintos planteamientos elaborados por los actores del proceso.

Asociado a este último aspecto, fueron considerados como actores e instancias claves del proceso:

- Mesas de trabajo generadas en cada región (a nivel regional, por servicio de salud y/o local)
- Profesionales SEREMI de cada región
- Profesionales Servicio de Salud
- Municipios



- Monitor barrial
- Representantes equipos de salud local
- Referente municipal
- Comunidad

Por otro lado, los ejes de la sistematización que, en definitiva, comprenden tanto el diseño como la implementación del programa fueron:

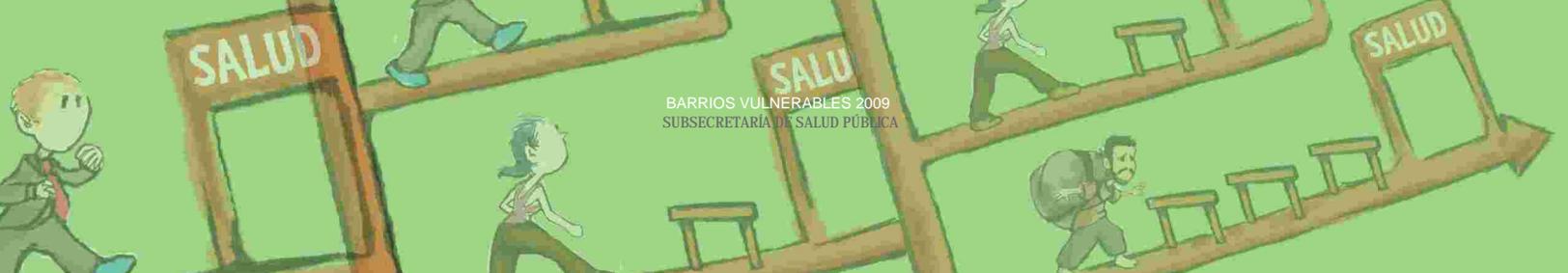
- Análisis de las metodologías de trabajo y coordinación conformadas por los distintos actores del programa
- Análisis del rol de los monitores de barrios y equipos de salud locales como facilitadores a nivel local del proceso Barrios Vulnerables
- Caracterización de los procesos de participación social en el programa en general (en las etapas de validación e implementación de proyectos)
- Caracterización del proceso de integración de otros actores públicos o privados convocados y análisis de las estrategias de colaboración implementadas.
- Identificar acciones implementadas y su impacto en la comunidad en relación al mejoramiento de la calidad de vida del barrio

Recolección de información: técnicas y muestreo

En base al criterio regional establecido más arriba, se propuso la realización de 2 tipos de entrevistas, que captaran los discursos propios de dos grandes grupos de actores asociados al proceso: por un lado aquellos agentes institucionales con roles de coordinación, monitoreo y gestión técnico-administrativa del programa, y por otro, quienes estuvieron encargados de la implementación efectiva de Barrios Vulnerables en los territorios. En forma específica estas dos modalidades de consulta se materializaron en:

- Entrevistas grupales que abordaron la institucionalidad técnica y administrativa involucrada en el proceso y que, por tanto, incluyó a profesionales de SEREMI, Servicios de Salud y Municipios.
- Entrevistas grupales que profundizaron sobre los actores locales participantes, esto es: monitores, equipos de salud local y comunidad

Ciertamente ambas entrevistas compartían los ejes principales de la sistematización, mas la pauta de preguntas se modificaba de acuerdo al rol de cada actor consultado. Sin embargo, al proponer una metodología cualitativa de recolección y análisis de información, el set de preguntas fue menos un patrón rígido de interrogación que elementos catalizadores de planteamientos y discusiones grupales en torno a los ejes debatidos.



Desde la perspectiva cualitativa que orientó la sistematización, los criterios establecidos para la selección de la muestra estuvieron menos relacionados con una representatividad numérica de los actores, barrios o territorios implicados que con la elaboración de perfiles típico-ideales de éstos y de los escenarios donde se desarrollaron. En ese sentido, específicamente para el caso de la Región Metropolitana, fue necesario realizar un mayor número de entrevistas para dar cuenta de las realidades territoriales (comunas y Servicios de Salud) divergentes en la implementación misma del programa.

Concretamente se realizaron un total de diez entrevistas grupales detalladas a continuación:

Región	Nº EG	Detalle	Nº Participantes
Bío Bío	2	1 EG actores institucionales	9
		1 EG actores locales	5
Valparaíso	3	1 EG actores institucionales	8
		2 EG actores locales	7 (x2) = 14
Región Metropolitana	5	3 EG actores institucionales	5 (x3) = 15
		2 EG actores locales	6 (x2) = 12
Total	10		63

Ahora bien, vale mencionar que como parte de las fuentes de información que describen tanto la instalación como la ejecución territorial del programa, incluimos también las sistematizaciones de las tres jornadas nacionales⁽²²⁾ así como la Ficha de Reporte Mensual elaborada por MINSAL y completada por cada barrio.

(22) Durante 2009 se realizaron tres jornadas nacionales: la primera para presentar el programa a SEREMIs, Servicios de Salud y equipos locales de salud (mayo); la segunda para inducir a los monitores que recién estaban siendo contratados (julio) y la tercera para compartir experiencias y reflexiones sobre la implementación del programa (noviembre). En todas ellas hubo participación de distintos actores ocupados del trabajo sobre vulnerabilidad y barrio, tales como otros programas y/o instituciones públicas (Quiero Mi Barrio de MINVU; MIDEPLAN); académicos (Francisca Márquez de Academia Humanismo Cristiano; Genaro Cuadros de UDP); u organizaciones ciudadanas (Vecinos en Defensa del Barrio Yungay; Foro Ciudadano, etc.).



ANÁLISIS CRÍTICO

El análisis del material generado a partir de las entrevistas de los actores involucrados (SEREMI, Servicio de Salud, Municipio, equipo de salud, monitores y dirigentes vecinales) se presenta a continuación, desarrollado en cinco ejes: metodologías de trabajo de los actores institucionales y gestión del programa, monitores y equipo de salud, participación social, acciones implementadas y su impacto en la comunidad, acciones implementadas de activación social e infraestructura y por último, intersectorialidad.

1. Metodologías de trabajo de los actores institucionales y gestión del programa

a. Actores institucionales: roles y formas de coordinación

Una forma de diseño del programa fue incorporar una reflexión teórica que permitiera consensuar una definición de conceptos con los que se diseñaban los ejes de trabajo del programa. El propósito fue construir un modelo de intervención que incorporara aprendizajes, formas anteriores de trabajo y experiencias relevantes, no medicalizadas, para rescatar experiencias significativas de la comunidad y construir proyectos con otros enfoques de intervención en los territorios.

Para esto, se instaló una Mesa Operativa de trabajo, de variables resultados, en relación a concretar un trabajo intrasectorial. En la Región Metropolitana y V región se desarrollaron reflexiones que significaban fundamentalmente gestión y coordinación con el equipo de salud comunal o centros de salud para instalar el proyecto barrial.

“Lo ideal es que desde el diseño de las políticas pueda estar siempre la mirada de la calidad de vida y poder hacer, que cada sector pueda considerar que en cada política se está desarrollando ese concepto de que el ciudadano, al que va a impactar esa política que es el motor del país, que es el eje de desarrollo de un país, tenga la mejor calidad de vida posible, y no encontrarnos en la mitad del camino con situaciones que hay que ir solucionando.” (Servicio de Salud)

Si bien en el inicio de instalación de una mesa de trabajo se percibe como un trámite más, ésta sorprende y motiva al permitir el desarrollo de una dinámica de relaciones distintas en el diseño de políticas públicas. Además generó un espacio diferente que incluyera a los actores institucionales de la red sanitaria; por lo tanto, que estuviera presente la posibilidad de construir una estrategia en conjunto e instalar un programa nuevo desde una perspectiva territorial como son los barrios, con la especificidad de cada lugar.



La mesa de trabajo institucional presentó aspectos desafiantes, como tomar decisiones y entregar responsabilidades. Esto se entendió de diversas formas, según los aspectos históricos en cada área de la instalación de los proyectos aprobados y con el proceso anterior de iniciativas similares. Específicamente, se señala por parte de SEREMI, que desde un principio el Programa se entendió como de directrices centralizadas, y a la medida que fue progresando fue poco a poco descentralizándose, llegando al punto en que se establecieron los convenios de programación y la dirección técnico financiera recayó en la SEREMI por defecto.

También se distinguieron dinámicas particulares en el funcionamiento de cada una de los actores en el trabajo coordinado, lo que tuvo efectos en la organización de las mesas locales de trabajo, viéndose favorecida una mayor coordinación e integración en la toma de decisiones. Las experiencias de trabajar en conjunto fueron diversas y generaron aprendizajes tanto positivos como dificultades. Al respecto, plantea un Servicio de Salud una de las dificultades:

“Nosotros tuvimos con FONASA la intención pero nunca apareció así definitivamente en concreto que ocurriera. Con SEREMI igual, a pesar de todas las descoordinaciones igual se avanzó harto, tuvimos buenas discusiones, que es maravilloso esa posibilidad poder discutir antes de hacer unas cosas” (Servicio de Salud).

En las mesas de trabajo también estuvo el desafío de la orientación territorial y en la práctica local.

“De hecho en las mesas que me tocó a mí, siempre estábamos en función de lo que el equipo que estaba y que requería de apoyo. Por ese lado yo rescato esa experiencia.” (SEREMI)

Otra dificultad, alude al funcionamiento de la mesa operativa, que no logró consolidarse como equipo de trabajo, estableciéndose dinámicas más bien disgregadas en el funcionamiento. En este sentido, se comprende que el ámbito central recaiga en el acompañamiento y monitoreo del proceso, no obstante, la operatividad y la productividad se generan a nivel local.

“Este programa puede terminar, nosotros, si es que seguimos, vamos a tener que seguir trabajando con las mismas comunas, con las mismas personas, entonces, también es una situación compleja, esto de que los monitores digamos, fueran contratados por la SEREMI ¡tierra de nadie! en la concreta.” (Servicio de Salud).

Con respecto a los roles, no cabe duda, que requiere ser fortalecido el desarrollo de estos, aclarando y distinguiendo respectivas funciones y grado de poder en las ejecuciones. En las definiciones de tareas se requirió un acuerdo que no se formalizó necesariamente, sino se planteó como un impulso al reforzamiento del trabajo conjunto, lo que tuvo tropiezos en instalación en los criterios particulares de cada Servicio de Salud y su correspondiente recepción en su relación con la SEREMI regional.



“Los servicios incluso, se les entregó recursos como para que ellos hicieran un plan de acompañamiento técnico, desconociendo desde el nivel central que administrativamente los servicios no podían ejecutar eso. Lo que provocó que por ejemplo el [Servicio de Salud Metropolitano] Occidente tuviera que devolver dinero. Entonces fue como disruptiva la repartición de funciones, sin considerar las funciones que tanto la SEREMI como los servicios ejercían., pero ellos hicieron bien su pega.” (SEREMI)

Por lo anteriormente referido, la definición y comprensión de roles se percibió generalmente como una dificultad, más que un aporte a la construcción de un límite claro que permite un trabajo ordenado y productivo.

La siguiente tabla resume las fortalezas y dificultades en términos de roles y coordinaciones del programa:

Fortalezas	Dificultades
Mesa Operativa de trabajo	Definición y comprensión de roles
Coordinaciones innovadoras	Centralismo al inicio del programa

b. Planificación del programa y gestión financiera

En la incorporación de un programa nuevo se debe contemplar lo programático y todas las demandas que requiere un programa inicial e innovador. Es así que, la agregación del programa a las actividades de lo equipos de salud, sin que éste fuese contemplado en los compromisos de gestión, se convirtió en una carga al inicio del proyecto y luego se fueron sumando otras actividades necesarias de ir ejecutando.

“Se les sumó a su planificación original, me entiendes, entonces en lo programático se necesita programar de un año para otro y que sea en coherencia con las metas e indicadores en este caso del plan de salud, la orientación para la red.” (SEREMI)

Esta crítica fue recogida desde algunos Centros de salud, no obstante, desde otro punto de vista, se señala que establecer modelos de intervención más descentralizados, permite realizar planificaciones únicas en torno a la historia territorial y el plan comunal.



“Planificación anticipada porque hasta el día de hoy el tema de, por ejemplo en lo programático, los equipos traían consigo el desarrollo del modelo a través del equipo de salud de los consultorios, y eso, si tú ves la planificación de la red, está cruzado desde el punto de vista técnico con la planificación de la red, esto tiende al modelo de salud familiar, a lo más, es un tema, cierto.” (Servicio de Salud).

En relación a los recursos empleados y el necesario manejo administrativo, se señala la necesidad de requerir acuerdos y mecanismos conversados y transparentados entre los ejecutores de recursos. Sin embargo el soporte administrativo financiero requiere una preparación que no estuvo contemplado en los plazos de ejecución del programa, por lo que generó dificultades en la gestión y atrasos injustificados en los procesos y las actividades fundamentales para la comunidad. Si bien el programa mostró la forma de operativizar todo el proceso administrativo y de gestión financiera, esto no estuvo totalmente validado por ninguno de los actores involucrados.

“Los municipios se hicieron cargo de los recursos, sé restringió un poco la función de los servicios y por ende también nuestras demandas hacia los Servicios de Salud...” (SEREMI)

2. Monitores y equipo de salud

En el marco del Programa Barrios Vulnerables fueron contratados 74 monitores locales encargados de la gestión territorial, en 65 barrios de 22 comunas de las regiones del Bío Bío, Valparaíso y Metropolitana. En una primera instancia, junto con el equipo de salud fueron introducidos a los principios y orientaciones generales del programa, capacitados en el enfoque de determinantes sociales y a lo largo del proceso se participó en tres jornadas de capacitación impartidos desde nivel central, con el objetivo de intercambiar experiencias de intra e intersector acerca del trabajo realizado en territorios vulnerables. Además, en algunos barrios se efectuaron talleres en capacitación del modelo de salud familiar y funcionamiento de la red asistencial, como complemento del abordaje del programa en sector salud.

a. Monitor barrial: perfil, dependencia y rol

Los monitores contratados para el trabajo de gestión comunitaria en el programa, fueron seleccionados pensando en ciertos criterios en común que pudiesen constituirse en un perfil del monitor. Entre estos criterios, se buscó que los monitores pertenecieran a la comuna en donde se iba a realizar el trabajo, considerando la inserción territorial, el conocimiento local y la incidencia de aceptación por parte de la comunidad. Además, se aseguró que el monitor contratado tuviese experiencia previa en gestión comunitaria. Considerando estos



elementos, la visión en general del perfil del monitor luego de la finalización del programa, coincide con los objetivos propuestos, logrando establecer vínculos de trabajo y confianza tanto con los dirigentes (as) vecinales y/o los pobladores como con el equipo de salud del centro de salud.

Otro criterio de selección, que en algunos barrios se enfatizó mayormente que en otros, se vinculó con la contratación de monitores profesionales, siendo en algunos lugares posibles y en otros no. En este punto, difieren los actores involucrados, en la percepción de la importancia de un perfil profesionalizante, como primordial en el quehacer de la gestión comunitaria.

Como bien se señala anteriormente, en algunos barrios, principalmente de regiones, se puso énfasis en la importancia del carácter profesional del monitor, aludiendo al conocimiento del sector salud, comprensión de los flujos y políticas públicas en salud.

“(…) yo pienso que idealmente un profesional que esté capacitado en salud y que tenga una trayectoria, o sea que tenga los conocimientos básicos de los flujos que existen en salud.” (Equipo de salud)

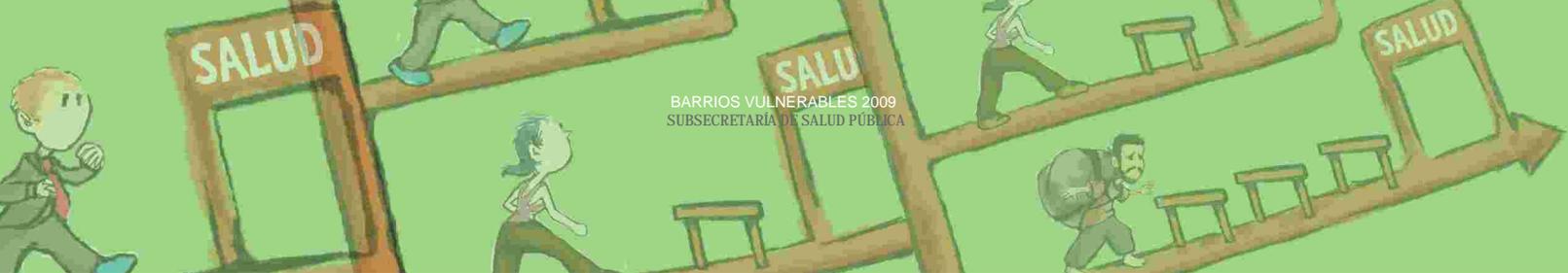
Otros relegaron esto más bien a un carácter secundario del perfil, rescatando otras habilidades y competencias. Pese a la discusión de perfil profesional del monitor, desde una perspectiva general, se podría decir que tanto desde los Servicios de Salud, Municipios y Equipos de salud, se estimó prioritario que el monitor tuviera la capacidad de establecer vínculos con las organizaciones sociales, dirigentes vecinales, juntas de vecinos y pobladores, aceptados por la comunidad como un nexo, o puente, entre los centros de salud y la comunidad organizada. Al respecto se señala:

“(…) el monitor tiene que ser una persona primero, como te digo aceptado por la comunidad, y no tiene que perder de vista que él, pertenece a la comunidad, y es él que escucha y lleva la voz de la comunidad, para hacer, para gestionar, para poder articular, tiene que tener una incidencia grande en el territorio donde se está moviendo, eso, si no, no se va a lograr, y no va a lograr que la gente lo vea como un igual para poder decirle que cuales son sus necesidades, por eso que no puede ser cualquier monitor, por eso que no puede ser escogido a dedo” (Municipio).

En ese sentido, se rescató y valoró del perfil del monitor su experiencia previa en trabajo comunitario y desarrollo local en temas de salud, como sus habilidades y competencias de liderazgo, comunicación y contacto con las personas.

Con respecto a la dependencia del monitor, éste fue seleccionado y contratado desde SEREMI, decisión que despertó reflexiones en torno a como se manejó la coordinación entre monitor y SEREMI, por un lado, y por otro lado, entre SEREMI y Servicios de Salud.

Lo anteriormente mencionado dice relación con aspectos de roles y coordinación entre SEREMI y Servicio de Salud, ya señalado anteriormente, y que incurrieron también sobre el desempeño del monitor, en cuanto



al acompañamiento y seguimiento de su trabajo. Ahora bien, independiente de la subordinación contractual del monitor, entrando en la reflexión en torno a su rol, se podría decir que éste representa una de las diferencias más relevantes de este programa en comparación con otras iniciativas de salud con la comunidad. Y así también es percibido por los actores involucrados, mencionando en su totalidad su desempeño como “necesario”, “una joya” y “la representación a nivel territorial” de los equipos locales de salud, llegando de algún modo u otro a suplir la inaccesibilidad existente de los equipos de salud en el territorio.

Otra reflexión, apunta a como el monitor logró, si bien, de manera exitosa articular el programa, no obstante, a costa de un desgaste personal en coordinaciones informales y la “buena disposición” de los distintos actores. Esto se relaciona con la percepción de, que a momentos los roles no estuvieron claros, sumado a que el equipo de salud no tenía incorporado en su planificación anual el trabajo en Barrios Vulnerables, resultando en que la gran responsabilidad, o motor, del programa recayera en un alto porcentaje en el desempeño del monitor.

Finalmente, se podría decir que la incorporación de la figura o rol del monitor resultó esencial para la ejecución del programa, en el sentido de que activó los diálogos ciudadanos, promoviendo la percepción de ser tomados en cuenta y generó un “sentido” de participación, ya que los pobladores del barrio vivenciaron los proyectos como propios. Estas habilidades del monitor abrieron espacios para un diálogo distinto en torno a la salud, más integral y desde la visión de determinantes sociales, independientemente si los proyectos ejecutados finalmente fuesen de carácter de infraestructura y/o de activación social. La siguiente percepción se plasma en la cita:

“Donde el monitor llegó al equipo de salud, este equipo que ya decía oye, nos llegó otra pega más, y el monitor, y yo creo que la mayoría de las monitoras y monitores que estuvieron en ese rol lo hicieron bien, bien comprendiendo que ellos asumieron la responsabilidad del punto de vista con la comunidad. Quizás a ellos les faltó un poco de apoyo del punto de vista de sentirse respaldados por la institución, el equipo comunal, el referente comunal...” (SEREMI)

Fortalezas	Dificultades
Incorporación figura monitor a Programa de Salud	Monitor que suple deficiencias del equipo de salud
Desempeño de monitor	Inserción del Programa en la planificación anual de los equipos de salud



b. Articulación monitor / equipo de salud

El trabajo inicial entre monitor y equipo de salud se facilitó a través del establecimiento de acuerdos sobre aspectos logísticos; reuniones, frecuencias, lugares de encuentro, definición de tareas, y el compartir información sobre actores barriales, personas claves en la comunidad, vínculos con los encargados de promoción y participación municipal y relaciones con actores relevantes de intersector. Es así que, se describe por parte de la mayoría de los equipos de salud, un adecuado manejo en las coordinaciones y comunicación desde ambas partes, existiendo flexibilidad en torno a los modos de comunicación y puntos de encuentros.

Algunos barrios señalan la preferencia de haber contado con un monitor que estuviese anteriormente vinculado con el equipo de salud, evitando así el proceso de incorporación a dinámicas de trabajo ya establecidas. En otras, fue percibida la inserción del monitor con cierta dificultad, relacionado con la poca claridad de los roles y el entendimiento en general del programa.

“Sobre la vinculación con el equipo de salud, yo francamente creo que por una parte el perfil de los monitores; creo que hubo ahí una deficiencia, pero además la falta de claridad de ellos de cómo se inserta, porque finalmente podría ir gente súper bien preparada pero como el programa no tenía bien armado, tú no vas bien armado para presentarte ante la comunidad ni ante un equipo de salud” (SEREMI)

A pesar de que, el monitor fue capacitado en metodologías de participación social y en el modelo de determinantes sociales y contaba con experiencia previa, se señala cierta desconfianza en el momento de su inserción en el barrio. En algunos lugares, el monitor se encontró con dificultades asociadas a intervenciones previas que no habían logrado satisfacer las expectativas de la comunidad, creando un distanciamiento en términos de credibilidad del programa. No obstante, a pesar de la sensación de, que en algunos barrios, el monitor se encontró con una comunidad anestesiada y poco articulada, con baja motivación de participación social, el ejercicio del monitor logró sensibilizar y activar las redes sociales en pro del proyecto.

“Es el monitor el que sabe los conflictos, los problemas y el terreno, entonces en ese sentido como que, muchas veces me ha complicado el tema, y aparte, el tema del programa de metropolitana, al menos yo no participe en la elaboración del plan.” (Monitor)

En la medida que fue avanzando el proceso, las coordinaciones entre monitores y equipo de salud se fueron esclareciendo cada vez más, y ya dedicados al establecimiento de ejes de trabajo y líneas de acción en conjunto con la comunidad. Se planificaron actividades, como por ejemplo sesiones educativas para la población, actividades con los jóvenes, captación de líderes y difusión del proyecto. En los discursos de los equipos de salud, se destaca la importante labor que realizaron los monitores, considerando además el escaso tiempo en que se enmarcaba el programa, plasmándose en la siguiente afirmación:

“Yo encuentro que no fue para nada lento lo que Uds. hicieron, porque en Chiguayante, los dos monitores que trabajaron en la Leonera tuvieron que hacer, en un mes o dos meses, lo que nosotros hicimos en 6 meses más o menos... ganarse la confianza, todo eso...” (Equipo de salud)



Finalmente, la perspectiva final de la articulación entre equipo de salud y monitor, fue la capacidad del monitor de establecer un nexo entre comunidad y centro de salud, rompiendo con barreras comunicacionales pre-existentes y acercando los usuarios al consultorio. Así también, se desarrolló la proximidad territorial de los equipos de salud y el fortalecimiento de la confianza de la comunidad.

“Claramente es facilitador tener una persona, si bien nosotros somos el enlace, pero tener una persona que es un poco, que haga como la representación de nosotros en terreno...” (Equipo de salud)

c. Percepciones de la comunidad en torno al monitor

Capacidad de vincularse con los dirigentes vecinales y pobladores, responsabilidad y comunicación directa se señalan como elementos que favorecieron la inserción y trabajo del monitor en el barrio, siendo su rol en algunos lugares, mencionado anteriormente, como “nexo” entre equipo de salud y comunidad, o “puente” entre el consultorio y los usuarios. La percepción de los dirigentes vecinales y pobladores del monitor es en su totalidad positiva, señalando alto grado de compromiso, responsabilidad y trabajo en cada uno de los proyectos que fueron planificados, verificados y ejecutados en conjunto con la comunidad.

“Cómo lo hizo y cómo se coordinó eso es trabajo de ella, nosotros no sabemos cómo se las arreglaba, la cosa es que ella sí venía en la mañana, venía al medio día y venía en la noche, pero ella decía ya, yo voy a traer tal respuesta y llegaba, y por lo tanto vimos concretado todo el proyecto con todo, se cumplió todo lo que se había dicho y encontré espectacular, espectacular de acuerdo a mi experiencia” (Dirigente vecinal)

El alto grado de aprobación del monitor pareciera también relacionarse con la capacidad de empoderar a la comunidad y fortalecer la percepción de autoestima a través de las planificaciones y tomas de decisiones en torno a su calidad de vida y hábitat barrial. Constituyendo un lazo de confianza mutua, los actores barriales se sintieron en su mayoría escuchados y visto por las autoridades locales. Se podría decir, que esto ayudó a fomentar la percepción de control y poder, indirectamente relacionado con indicadores de salud integral.

“Fue realmente muy exitoso y lo quiero destacar de esta forma porque sin el apoyo y sin la confianza que ellas nos dieron a nosotros, para poder nosotros creer y que esto fuera creíble, estos proyectos a lo mejor no habríamos avanzado tanto, porque de verdad, yo soy muy honesta en decirles que yo no soy tan entendida en el tema, pero en ellas encontré” (señora junta de vecinos)



3. Participación social

a. Diagnóstico barrial

Según estipulamos anteriormente, la participación social en Barrios Vulnerables fue entendida desde la concepción de la ciudadanía como un interlocutor válido en la generación de políticas públicas. En ese contexto dicha consideración fue materializada en la elaboración de un diagnóstico barrial que dio por resultado un proyecto de desarrollo comunitario en salud.

Específicamente el proceso de diagnóstico fue ejecutado por equipos locales de salud que, teniendo líneas de base de sus territorios comprendidos, definieron las áreas prioritarias a intervenir proponiendo un proyecto que posteriormente fue validado por la comunidad. En algunos barrios el diagnóstico levantado se apoyó del trabajo realizado de promoción y participación, vislumbrando un mayor acercamiento a las necesidades de la comunidad, y en otros se realizó una priorización desde los equipos de salud. Sobre la modalidad propuesta, sin embargo, hay opiniones críticas:

“(...) es que ahí hubo dos problemas digamos, primero que los diagnósticos no estuvieron de acuerdo con la comunidad” (Servicios de Salud)

Ciertamente las áreas a intervenir escogidas por los equipos de salud, fueron en algunos barrios, pensadas de distinta forma por los agentes comunitarios, que luego de su participación tuvieron la oportunidad de demostrar su voluntad en el proceso de validación y posterior reprogramación de actividades o iniciativas:

“Con respecto a la construcción de la sede vecinal, la decidimos conjuntamente, una necesidad realmente que estaba vacía hace muchos años” (Dirigenta vecinal)

De modo que, no siendo óptima la metodología inicial utilizada, en términos que el diagnóstico estuviera elaborado desde el equipo de salud, sí hubo una flexibilidad para incorporar las demandas de los actores barriales, hecho que quedó demostrado en los grados de satisfacción con los resultados del programa (ver más en punto 4. de esta sección).

b. Logros de la participación social en Barrios Vulnerables

Desde la instalación formal del monitor en el barrio, en el mes de julio, comenzó el despliegue territorial del programa Barrios Vulnerables. Sin embargo, en muchos casos ya existía una vinculación previa entre el centro de salud (consultorio, CESFAM, etc.) y sus equipos con la comunidad en el marco de las actividades de promoción de la salud. Además, había también algunas experiencias barriales asociadas no sólo al ámbito de salud que funcionaron como insumo comunitario a considerar en el trabajo desarrollado por el programa.



El discurso barrial nostálgico en cuanto a las potencialidades de la organización comunitaria está presente en la siguiente cita:

“En cambio hubieron años atrás que sí hicimos mucho, mucho, mucho. Aquí se pavimentó todo el sector, se urbanizó todo, y ya después que se urbanizó como que se paró la cosa”
(Dirigenta Vecinal)

El interés fundamental del programa fue comprender la participación como un medio que se desenvuelve en dos escenarios distintos: por un lado en la reflexión y acuerdo de múltiples agentes comunitarios que, encaminados en una perspectiva común, están capacitados para generar un proyecto de desarrollo barrial; y por otro, como corolario de lo anterior, en el fortalecimiento y/o restitución del capital social y la confianza entre habitantes de un mismo sector.

A todas luces existe un consenso generalizado sobre la importancia de la participación comunitaria entre todos los actores involucrados en la experiencia de Barrios Vulnerables. No obstante, desde la institucionalidad, hubo reflexiones en torno a las limitaciones que imponía el contexto temporal y práctico en que se dio el programa, al proponerse objetivos de participación que difícilmente podían ser cumplidos. La diferencia entre el periodo que implica la activación social versus los tiempos de ejecución delimitados en una política pública, se vuelven un importante factor explicativo:

“La gente de alguna manera se organizó en función de las características del programa y los tiempos que estaban destinados a sacar adelante los productos, [pues] es difícil pensar que uno haya podido intencionar procesos de participación más profundos, porque claramente lo que había eran más bien hitos en los que la gente lograba incorporarse para validar determinados procesos que eran más bien nuestros, más que de ellos”
(SEREMI)

Asumida las restricciones anteriores vale señalar que si bien no rompió radicalmente con la realidad de la participación barrial, sí hubo importantes avances notados por todos los actores. Tal juicio se hace más expansivo cuando se rescatan los logros que, a partir del programa, pudieron ser observados. Por un lado tenemos la visión institucional (SEREMI, Servicios de Salud) quienes, como observadores externos de los procesos organizativos de la comunidad, sí pudieron construir ciertas apreciaciones que, más o menos alejadas a la realidad, dan pistas de los intereses buscados por Barrios Vulnerables:

“Cuando las comunidades se fortalecieron, y eso logró potenciar el consejo de desarrollo, potenciar el equipo del barrio, los monitores de barrio que armaron, y que tuvieron que ir resolviendo lo que iba pasando, eso también está instalado, es muy difícil que se rompa esa relación... Se puede romper, se puede desbaratar, pero nosotros tenemos esa tranquilidad de sentir que lo que se logró avanzar fue, como hecho en súper buenos términos” (Servicio de Salud).



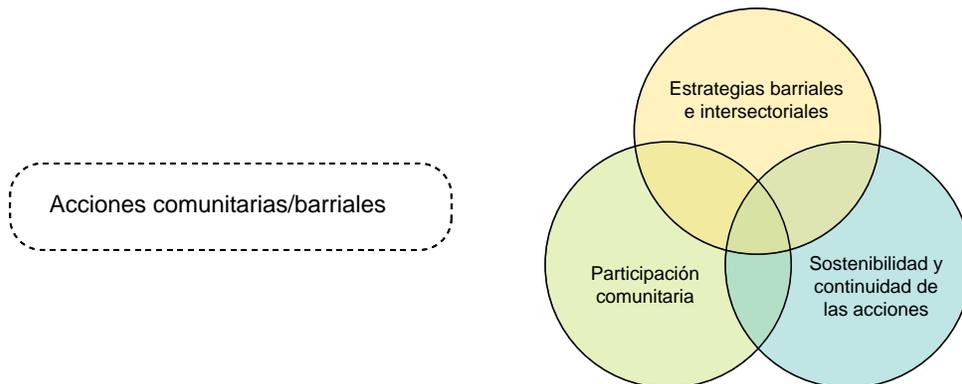
La última cita expuesta da pie para señalar uno de los principales avances que, desde la institucionalidad de salud, se puede rescatar: el fortalecimiento de los Consejos de Desarrollo Local y, en una mirada amplia, el modelo de salud familiar impulsado por la reforma. Dicha opinión se desprende tanto de los discursos provenientes desde los Servicios de Salud (cita anterior) como de los equipos locales de salud quienes, además, rescatan el principio deliberativo de la participación impulsada por el programa:

“(...) [el barrio] Tucapel Jiménez I figura ahora en los registros del comité comunal de salud, y los vecinos de Tucapel Jiménez II son la directiva del comité local de salud del Consultorio Hernán Urzúa” (Equipos de Salud).

“yo creo que a nivel macro lo innovador de la propuesta Barrios Vulnerables tiene que ver con el rol protagónico que se le da a la gente, al usuario, a la comunidad: la capacidad de decidir, de solicitar, de evaluar” (Equipos de Salud).

Por su parte los monitores barriales, siempre concientes de lo que significa el arribo formal a un territorio en el cual, conociéndolo o no, se trae consigo el peso institucional, mostraron su disconformidad con dos elementos ya mencionados tangencialmente más arriba: primero, el problema que puede significar la creación de un proyecto sin la participación desde un inicio con la comunidad; y segundo, las limitaciones resultantes del poco tiempo de ejecución de un programa que tiene por uno de sus horizontes, la activación social. Sin embargo, la necesidad de convocar a la mayor cantidad de actores, no tanto para cumplir con los requerimientos ministeriales como para legitimar el proyecto, llevó a desplegar su cometido con la mayor prontitud que, en definitiva, fue el motor participativo de Barrios Vulnerables.

Desde la comunidad primero se valora positivamente las instancias de participación generadas en el marco del programa pues posibilitó la implementación de actividades y/o infraestructura que, aún siendo insuficientes, sí contribuyeron a mejorar las condiciones del barrio. Sin embargo, lo que también se rescata (y que en esta sección del análisis cobra mucho mayor sentido) es que, en tanto expresión del desarrollo de Barrios Vulnerables, las organizaciones sociales fueron re visibilizadas en contextos donde la legitimidad de las mismas estaban puestas en cuestión. Con ello más actores vecinales se sumaron a las iniciativas propuestas fortaleciendo las instancias de encuentro barrial.





4. Acciones implementadas y su impacto en la comunidad

a. Discursos sobre el proceso Barrios Vulnerables

En términos generales, plasmar la variedad de discursos y reflexiones que surgen a partir del Programa Barrios Vulnerables, requiere atenerse en la perspectiva de cada actor: SEREMI, Servicio de Salud, equipo de salud, municipalidad, monitor y dirigente vecinal y/o poblador.

Quizás pesquizando un nominador en común, se podría señalar la referencia a la instalación de procesos de desarrollo a nivel local en torno a participación, visión de salud desde los determinantes sociales y rehabilitación de espacios físicos de los barrios, como bien se señala en la siguiente cita:

"Yo creo que esto fue un pavimento para poder hablar de salud en otros términos" (Monitor)

Si bien, a nivel SEREMI y Servicio de Salud existieron críticas y reflexiones en torno a como diseñar y ejecutar políticas públicas y gestionar programas en salud que beneficie a la comunidad de manera integral, a nivel local el impacto del programa fue percibido, en general, como una manera de articular y activar las redes sociales en la búsqueda conjunta de soluciones, prevención y promoción de la salud.

"(...) y recién podríamos llegar a las comunidades a expresar qué tan prioritario es el tema de la salud, en la existencia de cada uno de nosotros, como convivencia, como comunidad, y qué tanto impacta el que hacer de la vida de un ser humano en el dolor de cabeza, dolor de quata, los nervios, diarrea y todo tiene que ver con el trabajo, las relaciones humanas y los estudios, y la convivencia y todo. Que esté limpio, que esté sucio el patio, que haya parque o no, que sede o no, todo afecta y es relativamente importante y recién ahora yo me siento con la capacidad, con el conocimiento y las herramientas para expresarlo con fuerza" (Monitor)

Estas críticas, señaladas por SEREMI y Servicio, mencionan temas como los tiempos del programa y modos de coordinación y roles dentro del programa, anteriormente mencionado. Y en tema de gestión, dificultades tanto dentro de los propios Servicios como entre Servicio y SEREMI, o con nivel central, aludiendo a la falta de participación en la tomas de decisiones:

"Nosotros del departamento de que tomáramos la conducción de que este programa, por lo tanto quiero señalar que no tanto en mis manos, sino, hubo si algunas descoordinaciones nuestras, cierto, como servicio y lo que quiero decir también que nosotros lo que creamos nosotros de este programa, lo uno o lo otro, fue bastante en pelota, y además porque estaban decidida, cosas que no tuvimos opción de opinar, ni de nada" (Servicio de Salud)



Desde la perspectiva del municipio, se menciona la necesidad de planificar un programa como tal, en el marco de los compromisos de gestión de los equipos de salud. De otra manera, resulta un estorbo para los equipos y se generan confusión de roles y responsabilidades. Así también, la necesidad de involucrar desde un marco institucional a los gobernantes locales, alcaldes, municipio, de manera más clara y directa, de modo de dinamizar e agilizar los procesos.

“El programa contaba con problemas porque las orientaciones fueron confusas ... porque estamos hablando de barreras de acceso, pero al mismo tiempo estamos hablando de un programa que dependía de la SEREMI y de donde todo el tema de la SEREMI era de promoción (...) aquí hay varias contrapartes, y también para los monitores, los servicios, SEREMI, que está súper bien que estén, pero que hay que dirigirlo un poco más desde arriba para, a los alcaldes, porque ¡yo siento que ellos no tiene muy claro que es! “
(Municipio)

Por último, la perspectiva de los monitores y dirigentes (as) vecinales, que en su totalidad opina que el programa originó cambios sustantivos en sus barrios. Cambios que se relacionaron con el fortalecimiento del tejido social, el conocer mayormente a la vecina de siempre, contar con el apoyo de la red, y con el mejoramiento de infraestructura del barrio; sede vecinal para la junta de vecinos, multi-canchas funcionales, plazas activas entre otros.

“... ha sido todo un cambio cultural, educativo, entonces como que eso ha llevado a traer más cosas, hay un proyecto que esto va a llegar mucho a futuro, un estudio muy profundo”
(dirigente vecinal)

b. Activación social e infraestructura comunitaria

Uno de los principales desafíos del programa Barrios Vulnerable fue mejorar el nivel y distribución de la salud de la población mediante un enfoque de determinantes sociales y de equidad en salud. Para el cumplimiento de este objetivo, se implementaron acciones que son posibles de dividir en dos ámbitos; primero las acciones que tuvieron relación con la activación social, por ejemplo el fortalecimiento del tejido social, o hitos como paseo a lugares históricos de Santiago centro, y segundo, las acciones que tuvieron relación con infraestructura comunitaria; mejoramiento de sedes vecinales, mejoramiento de espacios en común, plazas activas entres otros. Bajo este enfoque, las acciones implementadas busca desde el sector salud, como bien se señala en los principios trazadores del documento de Barrios Vulnerables, “velar porque todas las personas alcancen su potencial de salud, siendo toda diferencia en salud entre población y territorio innecesaria y inevitable y por ende, la intervención de estas situaciones se constituyen un mandato ético, ya sea para reducirlas o eliminarlas como meta final.”

En este sentido, en una primera aproximación desde nivel local, se podría señalar que las acciones implementadas con el fin de fortalecer las organizaciones sociales dentro de la comunidad, fue un avance en la inclusión social sobre grupos y territorios excluidos. Así también, permitieron fortalecer acciones sobre los problemas en salud



de la comunidad, involucrando otros sectores que podían ser decisivos en su interrelación con sector salud. En la medida que las coordinaciones y acciones lograron hacerles sentido a las personas en los barrios, se avanzó en la instalación de una nueva mirada en salud, como un equipo de salud lo ilustra:

“(…) dentro del proyecto, se entendió el sentido que la salud es algo más que solamente mejorarse de un resfriado, de un órgano, sino que la salud también tiene que ver con los determinantes sociales como lo conversábamos cuando fuimos a la capacitación, se acuerdan, que el caballero hablaba de la delincuencia, del perfil del delincuente, de qué pasa con la diabetes y la obesidad, o sea la diabetes y la mala alimentación, el ingreso económico, ¿se acuerdan de esa enseñanza que nos hace...?” (Equipo de salud)

Otro desafío del programa fue lograr activar los sentidos propios de la comunidad con respecto a su salud y entorno habitacional, fomentando la sensación de pertenencia y participación en los proyectos. Por lo mismo, la activación social se podría ver como un espiral que engendra y genera múltiples posibilidades.

Con respecto a las acciones implementadas de infraestructura comunitaria, la percepción evaluativa desde nivel local, incide con lo anteriormente mencionado, que fomenta la percepción de ser tomados en cuenta, las ganas de participar y el sentido de pertenencia al barrio. Es así que, la comprensión de la recuperación de los tejidos sociales va a la mano de una recuperación de los espacios físicos. Y a su vez, esto engendra una semilla en el proceso de promoción y prevención de la salud.

“solamente en el asunto de estas máquinas, digamos son un éxito, las máquinas de ejercicio, son un éxito porque la, por ejemplo la Plaza Salvador Allende digamos, es una plaza generalmente de curaos y... (ríen) Eh, ya no es eso... hay un espacio en la plaza, y ahora se tiene como mucho respeto a... y la plaza pasa llena. En la cosa de salud se contrató... cosas creativas, hay niños que salen con las batucadas, hay gente que está jugando con los malabarismos” (Monitor)

Finalmente, desde nivel SEREMI, Servicio de Salud y municipio, si bien se reconocen estas acciones implementadas como productivas para la salud de las personas, existen críticas en cuanto a que responsabilidades se debe asumir como sector salud.

“entonces la pregunta era si correspondía para la unidad sanitaria ejecutar un programa que incluyera este diseño, en circunstancias en que había toda una operatoria ganada y adquirida a través de la experiencia en la gente del mundo redes, el clásico servicio de salud con las clásicas unidades de participación y bla, bla, bla. Pero en el fondo entendí que efectivamente era una función que escapaba a los niveles locales o regionales y que era una función de ministerio, donde están ustedes también, en la lógica de la casa ministerial, es un tema de definir si se debía unir los temas de promoción y participación.” (SEREMI)



Lo siguiente muestra los acuerdos de priorización de la comunidad, en ejemplos de acciones implementadas:

<p>Acciones de Infraestructura</p>	<p>Construcción sedes sociales Construcción de áreas verdes Recuperación, mejoramiento plazas Construcción plaza activa</p>
<p>Acciones de Activación Social</p>	<p>Visita a Santiago centro histórico Campeonato baby-futbol Fortalecimiento intersector (Junji, Sernam, Municipio) Jornadas de capacitación en Enfoque Determinantes Sociales Talleres de liderazgo Coordinación mesa territorial en salud</p>

5. Intersectorialidad

a. Políticas centrales en intersectorialidad

Siendo la intersectorialidad uno de los principios generales del programa, el interés de los distintos actores y niveles fue la coordinación de todas aquellas instituciones que, en el desarrollo propio de sus iniciativas, tuvieran incidencia en los barrios seleccionados. La coordinación de la oferta pública fue, por tanto, uno de los principales ejes considerados al momento de planificar el conjunto de acciones enmarcadas dentro del proyecto barrial.

No obstante, especialmente desde el nivel sectorial (SEREMI, Servicios de Salud), si bien se valoraba profundamente dicha perspectiva de trabajo, se remarcaba una serie de limitantes que atenuaba sus capacidades de promover la intersectorialidad. La primera de ellas, y tal vez la más importante, dice relación con la inexistencia de redes intersectoriales generadas desde el nivel central; por ende, la activación de alianzas con otros sectores daría buena parte de sus frutos en la medida que fuesen promovidas por el Ministerio de Salud.

“En términos de intersector aquí la primera falencia es que a nivel nacional no se estableció una intersectorialidad, ni siquiera para colaborar, ni si quiera para decir ya, yo te aporto con este tema (...) Lo que tienes que hacer a nivel intersectorial es ponerte de acuerdo, en el enfoque de la vulnerabilidad, y decir ya, vamos a enfrentar en forma conjunta, eso significa que es política pública, eso es Chile Crece Contigo. Me entiendes, pero eso es a nivel nacional porque la política pública no se resuelve a nivel local” (SEREMI)



Otra de las falencias estaba en relación con los tiempos de ejecución de Barrios Vulnerables: la instalación de un programa que llega a mitad de año, en circunstancias que la planificación anual ya se encuentra en marcha, impidió proveer vinculaciones previamente establecidas entre otros sectores que operan a nivel territorial.

“Es difícil hacer, formalizar una red a mitad del año, cuando la carga de las otras instituciones va por otro lado (...) Un modelo de elementos que jugó en contra es que nos apareció bajo la manga o como conejo bajo el sombrero, no sé qué, pero cuando nosotras ya estábamos en otra, estábamos haciendo miles de otras cosas, entonces hasta el hacernos cargo como institución fue dificultoso” (SEREMI)

Además fue posible notar una serie de argumentaciones en cuanto al rol del sector salud y su poca capacidad para promover vínculos intersectoriales. En ese sentido, en tanto otra barrera para generarlos, existía total reconocimiento que por más interés que se tuviese, la decisión de coordinar un vínculo con otros sectores pasaba por otras manos:

“¿Qué hacemos nosotros, por ejemplo, por la educación?, ¡nada! porque las facultades que tiene el servicio no tiene que ver con eso...” (Servicio de Salud)

b. El rol de lo local

Desde la institucionalidad local (municipios) se comparte gran parte de los juicios anteriores asociados a la deficiencia político-institucional de, por un lado, poner como eje de un programa la intersectorialidad cuando, por otro, no existen coordinaciones propiciadas desde el nivel ministerial. Opinión que, en los referentes municipales consultados, puede hacerse extensible a gran parte de la política pública:

“No hay como una visión más integrada de cómo tratar el tema cuando se pide apoyar, no se el MINSAL con el SERVIU,... y si en el tema de lo comunal, territorial hay hartos temas del intersector, y esto tiene que estar motivado por una postura política, y ahí es donde yo creo que es donde se tiene que hacer fuerza” (Municipios)

Sin embargo, el valor que adquiere lo local como escenario propicio para generar o fortalecer vínculos intersectoriales. A pesar de las condicionantes políticas que atenúan el trabajo con otros sectores, tanto municipios como centros de salud serían protagonistas claves en promover dicha coordinación en virtud de su despliegue territorial y su “encuentro” con sectores claves como Vivienda y Educación. Si bien, parafraseando una cita expuesta anteriormente, la política pública “no se resuelve a nivel local”, parece evidente que la correcta implementación de ésta –más aún si se trata de coordinar la oferta pública- pasa por un reconocimiento del importante papel que cumplen los referentes locales.

Tal opinión es sostenida principalmente por administraciones que operan a nivel territorial, tales como Servicios de Salud y Municipios, al tiempo que se remarca la necesidad expresada más arriba: promover centralmente políticas de intersectorialidad:



“(…) el acople [intersectorial] se da, pero el territorio municipal, porque ese es el territorio que produce el gobierno local, allí es donde se produce el tema clave” (Servicio de Salud)

“yo siento que hay que instalarla [la intersectorialidad] mucho más en los centros de salud, en las corporaciones, en las municipalidades... yo siento que esa era la parte como medio flaca, porque siento que los alcaldes estaban recontentos porque esto se necesitaban plata, y para ellos es bueno, pero sin ninguna orientación...pero como ‘no son vulnerables’ para todos, vulnerables me refiero en educación, salud, en ambiente en todo ese tipo de cosas, son barrios entonces que no debería intervenir solo desde una mirada de salud, sino incluso de la DIDECO”

Desde las experiencias relatadas se rescatan algunas que, desde lo local, permitieron establecer vínculos que respondieron a la planificación efectuada en el proyecto de desarrollo barrial.

“La experiencia por ejemplo en el barrio Los Presidentes de Chile, ellos tuvieron que hacer el vinculo con la JUNJI, porque como propusieron que el tema del jardín, bueno nosotros le dijimos entonces vamos conectándolo a la JUNJI como institución, porque no podían saltárselo” (Servicio de Salud)

El apoyo de las instancias sectoriales o municipales siempre fue rescatado por quienes ejecutaron el programa en cada territorio, a saber los monitores. En el caso recién mencionado el rol del Servicio de Salud como activador de de coordinaciones con otra institución pública, dotó de sostenibilidad a una iniciativa demandada por la comunidad sobre la cual se dio respuesta desde Barrios Vulnerables. De igual forma hubo casos en donde los monitores aprovecharon su cometido territorial y el trabajo “puerta a puerta” para intentar reducir una de las principales barreras de acceso a la Red de Protección Social: la carencia de información clara sobre los beneficios del sistema público en grupos vulnerables.

“Para vincularlos a la Red de Protección Social estamos elaborando ese manual y después se los vamos a presentar y explicárselo a los chiquillos también, porque es re fácil entregar un manual y decir tomen, pero hay que explicarles para ver dónde ellos tienen que acceder para poder optar a los beneficios y los derechos que les corresponde” (Monitora)



CONCLUSIONES

Del análisis presentado anteriormente podemos extraer una serie de conclusiones rescatando aquellos puntos que, por su importancia, fueron mayormente discutidos por los actores.

1. En cuanto a las metodologías de trabajo y gestión del programa, en primer lugar es necesario establecer claramente los roles que cada actor/institución tendrá en la ejecución del programa. Una de las mayores complejidades observadas en Barrios Vulnerables 2009 estuvo precisamente en este punto, donde MINSAL, SEREMIs y Servicios de Salud muchas veces traslaparon sus ámbitos de acciones produciéndose interferencias y descoordinaciones importantes en materias de acompañamiento técnico y financiero del proceso. Solucionado esto, creemos factible establecer mesas de coordinación intrasectoriales donde cada uno de los agentes convocados, concientes de su rol, puedan aportar lo sustantivo para agilizar la implementación del programa. Igual impresión debe establecerse para el nivel territorial (Municipios, Equipos de Salud), eso si agregando un segundo punto: la necesidad de incluirlo en la programación anual de los centros de salud para que éstos puedan ejecutar Barrios Vulnerables como una estrategia más de su despliegue comunitario. Por último, es urgente una consideración de los tiempos administrativos que requiere el traspaso de recursos a los municipios, toda vez que el desarrollo de iniciativas asociadas al plan pasa casi totalmente por la agilidad que se tenga en su ejecución.

2. De manera sintética, se podría concluir que la incorporación de la figura del monitor constituyó una propuesta novedosa en el diseño y ejecución en Barrios Vulnerables. Comparado con otros programas en salud, la innovación del monitor logró re-establecer un nexo -marcadamente debilitado-, entre territorios excluidos y sistema público, entre equipos de salud y dirigentes vecinales, entre la voz subjetiva y la política pública. Es así que, no sólo se recuperaron confianzas y vínculos con la comunidad, a través del monitor, si no también se legitimó el rol protagónico de los pobladores barriales en las reflexiones y soluciones en temas de salud. En ese sentido, la figura del monitor, ayudó a articular escenarios fragmentados, ya sea por intervenciones previas no concluidas, o simplemente por el abandono y/o marginación político – social sobre aquellos. Desde una panorámica general, sobre la percepción evaluativa del rol del monitor, tanto a nivel institucional como local, se podría decir que éste, contribuyó a recuperar lazos comunicacionales entre usuarios y consultorio, implantando formas de gestión comunitaria y logrando integrar, en todas las fases del proceso, la participación de SEREMI, Servicio de Salud, Municipio, equipos de salud locales, con la exploración de propuestas en salud junto con dirigentes sociales, vecinales, juntas de vecinos y pobladores barriales. Es acá, donde recae el gran valor como recurso del monitor. Ahora bien, si esta articulación finalmente destacó y se relató como exitoso, se debe principalmente al sobre-involucramiento y eficiencia del desempeño del monitor. Ya que, en algunos barrios, las habilidades de liderazgo, comunicación y tolerancia a la frustración del monitor, -ante modificaciones a nivel central-, suplieron falencias propias de los equipos comunales encargados de salud y centros de salud (CESFAM, Ces, Consultorio), vale decir, insolencias propias del sistema público. En ese sentido, los monitores llegaron a ser vistos como la representación institucional a nivel territorial, a pesar que, en varios de los barrios no existían los espacios y/o coordinaciones adecuadas para el acompañamiento y respaldo de su trabajo.



3. En tanto orientación programática de Barrios Vulnerables, la participación deliberativa es insustituible para cualquier intento de replicarlo. Sin embargo, es incuestionable que una de las mayores inconsistencias de la experiencia 2009 fue la magnitud temporal propuesta para la elaboración de los proyectos barriales. En ese sentido, la misma flexibilidad positivamente valorada por equipos de salud y la comunidad debiera estar presente desde el inicio del programa, lo que lleva a considerar mayores tiempos en la construcción comunitaria del diagnóstico y elaboración del proyecto.

4. Con respecto a las acciones implementadas en Barrios Vulnerables, divididos en dos grandes ámbitos; primero las acciones que tuvieron relación con activación social y segundo las acciones de implementación de infraestructura, se hace imperante respetar los tiempos de los procesos, tanto sociales como institucionales, en una posible replicación de la experiencia para el 2010. En desmedro, por muy oportuno que sea el diseño del programa, según el juicio de SEREMIs, Servicios de Salud, municipios, como actores locales, se subraya la dificultad de implementación y gestión de las acciones, cuando la dimensión tiempo y planificación no se contemplan ajustadamente dentro de la gestión del programa. No obstante, a todas luces los actores a nivel local, consideraron estas acciones favorables en cuanto la percepción de mejoramiento de calidad de vida y aumento en participación social. Visto desde una perspectiva de los determinantes sociales, por un lado, la rehabilitación del tejido social, pasa por una habilitación física, y por otro lado, éste fomenta la sensación de pertenencia y responsabilidad hacia el barrio y la salud de las personas. Además, en cuanto a las acciones de infraestructura, necesariamente se vieron vinculadas con intersector, lo cual visibilizó la demanda de promover lazos institucionales.

5. Por último, respecto a la intersectorialidad, a pesar de existir acabado conocimiento sobre el rol de la oferta pública por parte de los actores institucionales y los intentos territoriales por operativizarlos, se demanda un legítimo interés porque los lineamientos centrales sean elaborados desde el MINSAL por la relevancia política que ello implica. Así, por ejemplo, cualquier intento de vinculación con otros sectores de alto impacto social como Vivienda o Educación requeriría, en opinión de los entrevistados, acuerdos previamente establecidos entre dichas reparticiones. Todo lo anterior, sin embargo, sería sólo la dimensión institucional del proceso pues en su implementación efectiva el ámbito de lo local jugaría un rol fundamental: por un lado, desde los municipios al clarificar tanto su plan de desarrollo comunal y, por ende, la oferta pública que congregaría en función de éste; y por otro desde los centros de salud al coordinar y hacer coherente la acción intersectorial presentada desde el municipio con el proyecto específico que se están ejecutando.



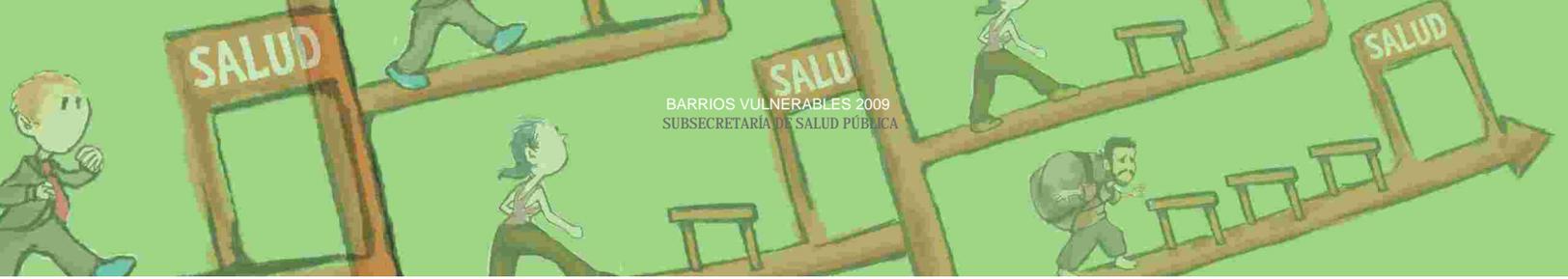
RECOMENDACIONES

Barrios Vulnerables constituyó una apuesta transformadora en términos de pensar la salud desde los determinantes sociales, protagonizado desde los actores locales y la incorporación de la figura del monitor, generando así, una mirada que permite replantearse las concepciones tradicionales en salud y la forma de gestión a distintos niveles institucionales. El desafío instalado para adelante, corresponde a un cambio cultural en los diálogos entre distintos saberes, que muchas veces no se encuentran y se hace necesario volver a pensar y re-articular la relación entre la salud institucional y la comunidad. Aún así, para poder pensar en un programa de Barrios Vulnerables a futuro, se requiere reflexionar en varios aspectos sustantivos:

- Uno de ellos que se presenta en el análisis de las entrevistas realizadas, es contemplar el tiempo real de una experiencia para planificarla y considerar los objetivos de corto, mediano y largo plazo: clarificar sus tiempos de ejecución con anticipación permitiría un total involucramiento de los actores institucionales y locales, sobre todo de los equipos de salud quienes, en definitiva, sostienen cotidianamente el programa.
- Además es de importancia fundamental tener propuestas de roles y competencias definidos, para poder ir diseñando con varios de los actores implicados en la política de intervención a desarrollar. Por ejemplo, determinar de antemano quién asumirá el monitoreo exclusivamente técnico en los procesos de instalación, ejecución y acompañamiento del programa o, en cambio, quién lo hará en el ámbito financiero.
- Las mesas de trabajo que se han instalado y que han congregado a los distintos estamentos (MINSAL, SEREMIs, Servicios de Salud, comunas y equipos de salud), es una experiencia novedosa, que reúne a actores que normalmente no se comunican, y que en la dinámica de este programa han podido desarrollar un trabajo conjunto. Rescatando la metodología propuesta, ahora resulta clave la consolidación de dichas instancias en virtud de una clarificación de roles propuesta más arriba.
- Se reconoce que uno de los elementos más rescatables de esta experiencia es la “figura” del monitor. Al respecto, podemos decir que:
 - Su presencia tiene que ser potenciada, pues es un factor que permite la monitorización permanente de la comunidad y los equipos de salud. Además, su inserción al interior del barrio es un elemento a destacar pues representa una de las diferencias más relevantes de este programa en comparación con otras iniciativas de salud en o con la comunidad.
 - En la inducción al monitor en salud en el barrio en el cual se desempeñará, es importante considerar que tenga un conocimiento previo del barrio, pero que al mismo tiempo sea lo suficientemente autónomo como para evitar su cooptación por intereses distintos a los del programa.



- En ese sentido, a la luz de la experiencia observada en 2009 proponemos una gran modificación: que su inserción ocurra al inicio del programa en tanto pueda liderar el proceso de diagnóstico y elaboración del proyecto barrial.
- Su perfil no necesariamente se debe corresponder con el de un profesional. Las enseñanzas dictadas por la experiencia de 2009 no permite establecer una correlación en cuanto a logros y formación profesional del monitor. Por tanto su perfil se corresponde más bien con el de un agente comunitario capaz de, por un lado, convocar a la mayor cantidad de actores barriales en el marco del programa y, por otro, gestionar adecuadamente el proyecto de desarrollo en salud. Todo aquello bajo la correcta supervisión de los equipos locales de salud.
- Por último, respecto a su dependencia administrativa, su permanencia en las SEREMIs debiera ser complementada con un monitoreo técnico constante de los Servicios de Salud y, por cierto, de los equipos de salud local; eso en virtud de los resultados cualitativamente mayores que en 2009 se pudo observar en aquellos casos donde se articuló de correcta forma el trabajo entre dichos actores. En ese sentido, en el barrio mismo, el monitor debiera desenvolverse en un escenario constantemente custodiado por los equipos locales de salud. Más que ser el monitor por sí mismo quien lleva adelante el proyecto, él debe ser el representante “en terreno” del centro de salud en cuanto sirve de puente entre institución y comunidad.
- La administración municipal, ya sea desde los departamentos de salud o desde las corporaciones, también debería tener una participación mayor al comienzo de Barrios Vulnerables por dos razones: primero para generar su involucramiento desde el inicio lo que podría asegurar su apoyo en momentos de mayor complejidad (por ejemplo la ejecución de recursos); y segundo en la elección –consensuada con el sector salud- de los barrios al ser ellos actores centrales en la planificación territorial local.
- En cuanto a la participación, se vuelve estrictamente necesario considerarla en su faz deliberativa desde el inicio del programa. Junto con la llegada del monitor a inicios de la implementación territorial del programa, debiera estipularse que sus primeras labores estarán relacionadas con convocatorias masivas de vecinos y organizaciones sociales para tener por resultado la elaboración conjunta de un diagnóstico y priorización comunitaria.
- El punto anterior sin duda permitirá dotar de sostenibilidad el proyecto de salud barrial el cual, considerando las evaluaciones comunitarias surgidas en las entrevistas, debiera tener una amplitud tal de considerar la salud como aquel estado de bienestar general apreciable en un territorio. Por ende, no sería extraño aportar a su mejoramiento desde obras de infraestructura y/o recuperación del espacio público que ciertamente vendrían a complementar las iniciativas de activación social.
- Se requiere al rescatar las experiencias comunitarias, integrarlas y reconocer formalmente algunas de las iniciativas que significan un avance en el desarrollo barrial / comunitario, como son: cuidados ambientales, apoyo y compañía adultos mayores, fortalecimiento del trabajo recreativo y físico con niños, prevención y propuestas para el desarrollo laboral de jóvenes, incorporación de terapias comunitarias del abuso del alcohol y otras.



- En el plano de la organización comunitaria el programa debiera poner énfasis, mediante el trabajo interrelacionado en el marco del proyecto barrial, en dos grandes aspectos. El primero está asociado a la formalización de todas aquellas iniciativas vecinales que en los hechos funcionan como organizaciones, en la medida que se pueda facilitar su nexos con las políticas que, al respecto, tiene el Estado. El segundo, por su parte, se vincula con uno de los mayores logros de la experiencia 2009 y que está en relación con el fortalecimiento de los Consejos de Desarrollo Local de salud en cuanto Barrios Vulnerables permitió un trabajo mancomunado entre comunidad y centro de salud los que, si bien se reconocían mutuamente, muchas veces no existía una coordinación de acciones.

- Todo lo anterior invita, como ha sido el interés de este programa, a poner al centro de la política pública a la ciudadanía: la comunidad organizada puede generar sus recursos, sus soluciones en base a sus maneras de pensar. Las personas de la comunidad se motivarán a participar una vez que han sido escuchadas y tomarán un lugar activo asumiendo roles que ofrecen para la construcción de sus propias soluciones.



Colaboradores

SEREMI V Región:

Mirna Humeres, Juanita Díaz

Referentes Territoriales (Seremi):

Rosa Clavería. Oficina Territorial Valparaíso
Patricio Formas. Unidad de Promoción de Salud
Marjorie Benavente Unidad de Participación
Myriam Donoso. Unidad de Promoción de Salud
Vania Cárdenas. Unidad de Participación
Verónica Vásquez. Oficina Territorial Viña
Carolian Vilches. Oficina Territorial Aconcagua

Servicios de Salud:

Servicio de Salud Valparaíso San Antonio: Rafael de la Maza y Carlos Moreno.
Servicio de Salud Viña Quillota Patricia Ávila

SEREMI VII Región:

Carmen Gloria Burdiles, Encargada de Participación Ciudadana SEREMI de Salud
Carol Garcés. Villalobos Profesional Unidad Participación Ciudadana SEREMI Salud Bío Bío
Sra. María Lucía Guiñez Profesional Atención Primaria Servicio Salud Concepción
Sra. Norma Pradenas León Profesional Departamento Participación Social Servicio Salud Concepción
Srta. Paola Utz Profesional Departamento Participación Social Servicio Salud Talcahuano

SEREMI Región Metropolitana:

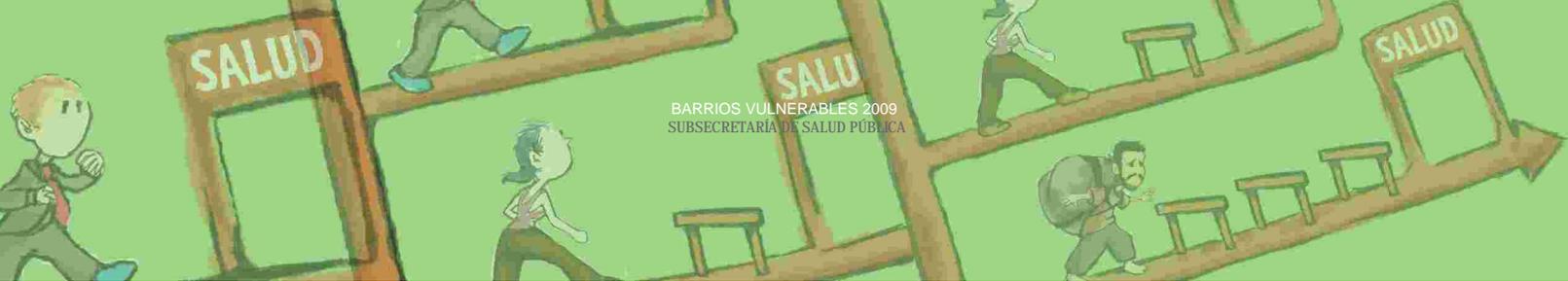
Elizabeth López Directora Departamento Salud Pública

Referentes Territoriales (Seremi):

María Isabel Valdivielso Jefa Unidad de Promoción de Salud SEREMI
Francisco Carvajal Área Oriente R.M.
Juan Carlos Molina Área Central R.M.
Leandro Carbullanca Área Sur R.M.
Hilda Parra, Área Sur Oriente
Jessica Jerez. Área Occidente

Servicios de Salud:

Servicio de Salud Sur Oriente: Carolina Videla
Servicio Central: Edith Saá, Víctor Hugo Gutiérrez
Servicio Sur: Hugo Lazo.
Servicio Occidente Johanna Pozo y Karen Cancino.
Servicio Oriente: Marta Valdenegro.
Servicio Norte: Natalia Arroyo.



Bibliografía

Busso, G. (2001)

Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. Seminario internacional: Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad en América Latina y el Caribe. CEPAL, Santiago, junio de 2001.

Castel, R. (1997)

La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós

Espejo, F.

"Determinantes Sociales de la Salud en Chile en la perspectiva de la equidad", Chile, 2005. www.equidadchile.cl

Gravano, A. (2005). El barrio en la teoría social. Buenos Aires: Editorial Espacio

Katzman, R. (2001)

"Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos." Revista de la CEPAL, N° 75.

MINSAL. (2008)

"Política de Participación Social en Salud"

MINSAL (2009)

"Plan de trabajo Barrios Vulnerables: Construyendo salud desde el barrio". Documento de trabajo.

OMS. (2008)

"Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud" Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf

Sabatini, F., Cáceres, G. y Cerda, J. (2001).

"Segregación residencial en las principales ciudades chilenas: Tendencias de las tres últimas décadas y posibles cursos de acción". EURE (Santiago), vol.27, n.82., pp. 21-42.

Sen, A. (2001):

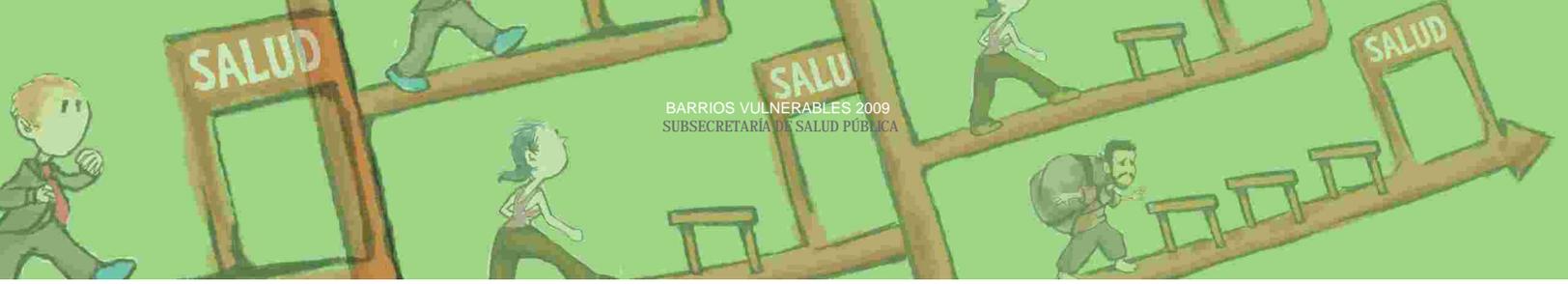
"¿Por qué la equidad en salud?". Disponible en: http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores/modulo-1/Equidad%20en%20salud_Sen.pdf

Tanahasi, T. (1978).

"Health service coverage and its evaluation". Bulletin of the World Health Organization, 56 (2): 295-303.

Vega, J., Solar, O., Irwin, A. (s/f)

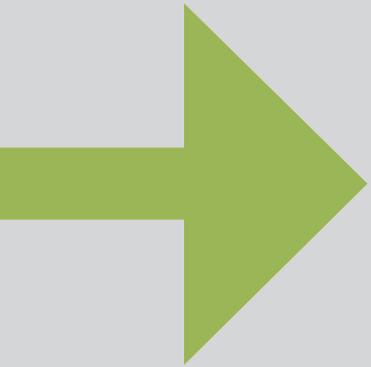
"Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción". Disponible en: http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores/modulo-1/DSS_Vega-Solar.pdf



BARRIOS VULNERABLES 2009
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA



BARRIOS VULNERABLES 2009
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA



ANEXOS



ANEXOS

1. Listado Barrios seleccionados Región Metropolitana

Servicio de Salud	Comuna	N° Barrios	Barrio
Oriente	Lo Barnechea	1	Cerro 18
Norte	Quilicura	3	Pucará de Losana Población El Sauce Población Valle de la Luna
Sur	Pedro Aguirre Cerda	4	Población Histórica de Chile Plaza 11 de septiembre y Dávila San Joaquín Poniente Lo Valledor norte
	El Bosque	5	12 de octubre 4 de septiembre Eduardo Frei Juan Pablo II Cóncores de Chile
Occidente	Renca	3	Tucapel Jiménez 1 Tucapel Jiménez 2 Huamachuco 3
	Cerro Navia	3	Alianza I U. Vecinal 15 A-B Vida Nueva Yugoslavia
	Lo Prado	3	Regidor Hernández (U. Vecinal 3) Santa Anita (U. Vecinal 11) C. Bueras (U. Vecinal 17 y 22)
Sur oriente	La Florida	3	Los Copihues Los Quillayes Los Navíos
	Puente Alto	3	Mamiña 1 Mamiña 2 San Francisco De Asís
	San Ramón	3	Independencia Villa La Cultura Villa Santa Isabel
	San José de Maipo	3	Chacarilla Maitenes San Gabriel
Central	Cerrillos	3	Raúl Masones Raúl Silva Henríquez Villa Los Presidentes
	Estación Central	2	Santiago I Santiago II
	Maipú	2	Carlos V Villa O'higgins
Total		41	



2. Listado Barrios seleccionados V y VIII Regiones

Región	S. Salud	Comuna	Nº Barrios	Barrio	
Bío Bío	Concepción	Concepción	3	Villa San Francisco Ríos de Chile – Villa Nonguén Teniente Merino	
		Chiguayante	3	Leonera Medio Chiguayante Sur Los Boldos	
	Talcahuano	Hualpén	2	Aurora de Chile Peñuelas	
		Talcahuano	4	Libertad Norte Badarán Partal Crispulo Gándara	
Valparaíso	Valparaíso-San Antonio	Valparaíso	6	Laguna Verde Rodelillo San Roque Playa Ancha 5º sector Playa Ancha 6º sector Placilla	
		Viña - Quillota	Villa Alemana	1	Villa San Enríquez
			Viña del Mar	1	Achupallas
			Quilpué	1	7º sector A y B (Belloto Sur)
			Quintero	1	Loncura
	Con Con		1	Villa Primavera	
	Zapallar		1	Catapilco	
Total			24		



3. Descripción Barrios

I. Región Metropolitana

1. Cerrillos

Raúl Silva Enríquez

Conjunto habitacional construido entre los años 1999 y 2000 en su primera etapa, que contó con la construcción de 1115 departamentos, posteriormente se construyó la segunda etapa con 708 departamentos y finalmente la tercera etapa con 530 departamentos. La primera junta de vecinos se formó el año 2001 en la etapa 1 y en el 2002 en la etapa 2 la segunda junta de vecinos.

La mayoría de la población de la Villa Raúl Silva Henríquez, sobre todo de las primeras etapas pertenece a la comuna de Cerrillos, de las villas y poblaciones de esta comuna, dando estos una fuerte lucha para quedarse en ese lugar. Esto conforma cierta diferencia con el resto de la población de la Villa que venía de otras comunas de Santiago. Existiendo un mayor sentimiento de arraigo y pertenencia del lugar de parte de quienes llegaron en las primeras etapas a la Villa. Además, bordeando el lado nor-poniente existe un sitio baldío irregular que provoca problemas de delincuencia, transformándose en un vertedero de basura y creando situaciones de inseguridad. Esto ha sido un factor histórico presente desde la creación de la Villa.

Lo anterior, redunda en problemas de conectividad de la Villa con Servicios de salud y urgencia en general, así como, otros tipos de servicios públicos dado que el hacia el sur de la Villa, limita con el Zanjón de la Aguada, haciéndose difícil la salida para acceder a tales Servicios.

Raúl Mazzone

La Unidad Vecinal N° 27, se encuentra ubicada la Población Raúl Mazzone la que data en su formación de finales del año 1973, mediante una toma de terrenos. Las familias de origen eran de distintos sectores, sin embargo, al tiempo un grupo de procedencia común terminó de poblar el sector. Está ubicado en el límite sureste del sector blanco, en la vereda norte de la carretera Américo Vespucio. Cuenta con 5 pasajes interiores y aproximadamente 230 viviendas, todas casetas sanitarias, algunas de ellas con intervención del MINVIU, a través de sus subsidios al mejoramiento al entorno y habitacional.

Cuenta con una sede social en regular estado de conservación, llamada Población Raúl Mazzone, en el sector además podemos encontrar un Club de Adulto Mayor, un grupo folclórico y Club deportivo como organizaciones formales y un grupo de vecinos del pasaje Sirio que realizan actividades para los niños. Aproximadamente habitan en la población 1.280 personas, con un porcentaje importante el grupo etéreo de 25 a 44 años.



Villa Los Presidentes

La Villa Presidentes de Chile se encuentra actualmente conformada por cuatro sectores que agrupan cerca de 1400 viviendas aproximadamente. El primer sector correspondió a una “Toma de Terreno” realizada el 3 y el 4 de septiembre del año 1970. Su situación de campamento se extendió hasta el año 1985, momento en el cual se proveen a los pobladores casetas sanitarias (compuestas por baño y cocina) que fueron adheridas a las viviendas por ellos mismos construidos. Posteriormente y de forma progresiva, entre los años 1985 y 1991 surgieron los demás sectores (Etapas 2, 3 y 4) constituyendo finalmente la Villa Presidentes de Chile con un total de 1835 habitantes.

Los márgenes geográficos o perímetro de referencia de la Villa Presidentes de Chile se dispone de acuerdo a las siguientes arterias viales: Los Presidentes, Las Torres, Alaska, Rosa Ester Rodríguez y Lo Errázuriz.

La población se muestra equitativamente heterogénea dado que del total de 1835 personas, el 50,96 % corresponden a mujeres. Se denotan con claridad factores socioculturales de riesgo: el 7 % de la población no cuenta con estudios de ninguna naturaleza mientras que la mayoría restante, si bien aparece con estudios básicos incompletos, no fueron lo suficientemente efectivos para el desarrollo de un nivel de instrucción básico de desenvolvimiento socio-laboral como la lectura (17% no sabe leer). Siguiendo esta línea, en cuanto al variable trabajo se presencia un 23% de pobladores con “Baja Ocupación” mientras que la “Ocupación Media” alcanza un 21%.

La Villa Presidentes de Chile no dispone de Multicanchas. Existen canchas de fútbol, entre los límites de los Sectores 3 y 4 pero éstos han sido utilizados como micro basurales y lugar de consumo de drogas. La existencia de micro basurales, además del uso de calefacción a leña y carbón, han ocasionado problemas de contaminación al medio ambiente. Por otra parte, la Villa cuenta con una plaza y dos plazoletas las cuales están equipadas con juegos modulares. Sin embargo, éstos se encuentran deteriorados así como también las áreas verdes mantenidas por el Municipio.

2. Maipú

Villa O'Higgins

La población de la Villa B. O'Higgins está constituida en su gran mayoría de adultos jóvenes, quienes integran, por lo general, familias mononucleares, donde la mujer ejerce el rol de jefa de hogar, razón por la cual existe un número no menor de niños y adolescentes sin una figura de cuidado presente en el día a día. También es posible observar una cantidad de adultos mayores, quienes viven, en un porcentaje no menor, en situación de hacinamiento.

La villa B. O'Higgins se compone por un total de 588 departamentos, es decir, existirían 588 familias en el sector. Es importante señalar que en muchos departamentos se aprecia hacinamiento debido a que los hijos jóvenes de los que obtuvieron el beneficio habitacional van formando nuevas familias, pero se van quedando, por tal razón que en un departamento pueden estar viviendo 3 familias a la vez.



Con respecto a las características demográficas del sector, se puede señalar que hay más hombres que mujeres; la mayoría de la población esta constituida por niños, adolescentes y adulto joven; el nivel educacional es bajo, fluctúa entre enseñanza básica incompleta y media incompleta; con respecto al jefe de familia se aprecia más jefatura femenina debido a que los hombres no trabajan y participan en los grupos de esquinas existentes en el sector dejando que sus parejas o esposas trabajen para mantener el hogar; el tipo de trabajo es mayoritariamente en el sector informal realizando actividades tales como: construcción, feriantes, asesora del hogar y operarios de aseo. En relación al equipamiento comunitario que existe en el sector se aprecia la sede comunitaria y la cancha de fútbol.

Carlos V

La Villa esta compuesta por familias provenientes de diferentes sectores de la comuna de Maipú. La gran mayoría accede a ser propietario de su vivienda por intermedio de una postulación a subsidio habitacional por SERVIU. Es así como en 1999 comienzan a llegar los primeros vecinos y habitantes que hoy componen la Villa Carlos V. La Villa en su totalidad esta compuesta por 59 blocks y por 708 familias.

La villa Carlos V se caracteriza por estar compuesta por familias pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo, con un ingreso promedio al salario mínimo vigente. Principalmente se encuentra compuesta por una población adulto-joven, en donde la edad promedio es de 30 a 40 años de edad. La población adulto joven, se caracteriza por no haber terminado su enseñanza media.

Las familias habitan en departamentos en su mayoría con sólo dos dormitorios, situación que en algunas familias de tipo extensa ha contribuido a vivir en condiciones de hacinamiento. El 90% de la población se encuentra afiliada al sistema de salud público, atendiéndose el 70 % de la población en el CECOSF Europa.

La Villa cuenta con dos juntas de vecinos (Junta de Vecinos San José y junta de Vecinos San Arturo). La calle principal en donde se encuentra Ubicado el CECOSF Europa, Calle Europa, hace la división geográfica de dichas Juntas de vecinos. Ambas juntas de vecinos se encuentran vigentes. Además la Villa cuenta con un club deportivo (Club Deportivo Villa San Arturo) y 2 clubes de Adulto mayor (Club Adulto mayor "Volver a vivir" Carlos V y club de adulto mayor "Armonía y paz").

3. Estación Central

Santiago I y Santiago II

La población Santiago I, fue entregada a sus dueños en el año 1965. Las primeras casas eran de paneles de tiza, vulcanita, antisísmicas, con tres dormitorios, living-comedor, cocina y baño. Debido a la demanda de la gente que se había ubicado a los alrededores de la población, se dio paso de manera paulatina a una segunda etapa, que se llamó Operación Sitio. Estas casas eran del mismo material que las primeras, pero con la diferencia que tienen menos metros cuadrados y consecuentemente menos dormitorios. Después de eso, se dio paso a la tercera etapa que fueron casas de autoconstrucción. Estas eran de bloques de cemento y sus dueños participaron en su construcción, también con dos dormitorios.



Los límites de la población Santiago I actualmente son: Calle Uspallata por el Poniente, Avenida General Velásquez por el Oriente, Hermanos Carrera por el Norte y Avenida Ferrocarril por el Sur. La población Santiago I y II agrupaba 1.227 casas, más 125 casetas sanitarias, alcanzando un total de 1.325 casas. Existen organizaciones sociales como Club de adulto mayor, Centro de madres y Club deportivos entre otros.

4. Puente Alto

Mamiña 1

Esta comunidad posee 3.600 habitantes aproximadamente, se caracteriza por presentar mayormente población adulta joven, las actividades laborales que más destacan son: estudiantes, dueña de casa, y trabajos esporádicos.

Mamiña 2

Posee una población de 3.600 habitantes, constituida por 600 familias (6 personas por grupo familiar), siendo el tipo de vivienda casa y departamentos SERVIU. El grupo étnico predominante es adulto joven, el nivel de escolaridad predominante es básica completa.

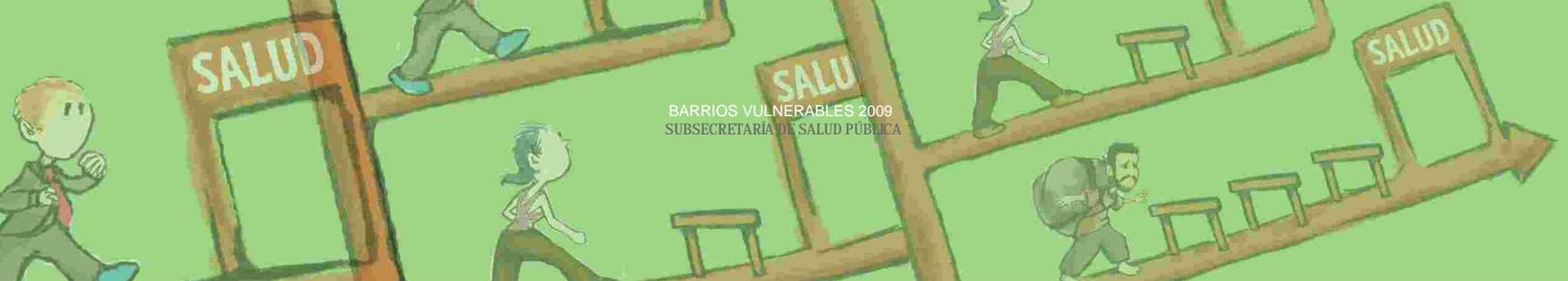
Cabe destacar, que las redes sociales insertas en la comunidad son: un club adulto mayor, junta de vecinos vigente, dos clubes deportivos, un taller aeróbica, un taller para jóvenes, cercanía a jardines infantiles y colegios, una plaza con área verde y un sector de juegos sin áreas verdes.

En cuanto a la identificación de problemas sociales destacan preferentemente: consumo de drogas, alcohol, cesantía juvenil. En la comunidad existen espacios de asociatividad para el Adulto Mayor, niños jóvenes y adultos (una cancha deportiva), comité remejoramiento para la vivienda, Junta de Vecinos, Iglesia, una plaza sin áreas verdes con un área de juegos infantiles.

San Francisco de Asís

Comunidad constituida por 2.400 personas, siendo 482 familias (seis personas por familia). Destacan viviendas SERVIU de material sólido, compuesto por dos dormitorios. Siendo el grupo étnico predominante adulto joven, la ocupación laboral que destaca es el ámbito de la construcción y dueña de casa sin remuneración, el nivel de escolaridad predominante es enseñanza básica completa.

Las redes sociales insertas en la comunidad son: centro de salud (relativamente cercano), una cancha de baby-fútbol con iluminación, un club adulto mayor, junta de vecinos vigente, cinco colegios, no hay jardines infantiles, Iglesias evangélicas, presencia de cuartel móvil, club de patinaje.



5. San Ramón

U.V Nº 6 Independencia

El Centro de Salud La Bandera posee una larga trayectoria de trabajo con la comunidad, con importantes niveles de éxito y continuidad donde permanentemente se ha buscado dar respuesta a las demandas y necesidades de la comunidad. Esto ha quedado expresado en distintos espacios y momentos como por ejemplo el ejercicio de Análisis de Contexto, realizado durante 2008, y el Diagnóstico Participativo realizado el mismo año, además de contar con permanentes canales de comunicación entre la comunidad, la dirección del establecimiento y el equipo de salud, a través del Consejo de Desarrollo Local de Salud.

El diagnóstico participativo realizado por el Ces La Bandera en Noviembre de 2008, evidenció las problemáticas más relevantes para los vecinos de la Unidad Vecinal Nº6, las cuales dicen relación con la violencia e inseguridad, conflictos con el uso de los espacios públicos, además se evidencia una precaria participación social y se percibe preocupación con respecto al aumento del embarazo adolescente.

Villa Santa Isabel

En términos generales podemos señalar que la Villa Santa Isabel pertenece a la Unidad Vecinal 20B y está emplazada entre las calles El Parrón, Fernández Albano, Carlos Dávila y Avda. Santa Rosa. En los últimos años se ha apreciado cierto deterioro de sectores producto de la delincuencia, consumo de drogas, microtráfico. Lo anterior, se evidencia con la presencia de áreas verdes descuidadas, microbasurales, perros vagos, situación que afecta la calidad de vida de los vecinos, especialmente la población preescolar y escolar que transita por el sector.

En el Diagnóstico Participativo realizado el año 2008 y en el ejercicio de Análisis de Contexto realizado el mismo año, la población y especialmente los líderes comunitarios, evidenciaron los siguientes problemas de salud: áreas verdes deterioradas, adulto mayores abandonados y/o postrados, sedentarismo, existencia de basurales, viviendas en malas condiciones, cesantía, drogadicción, bajos ingresos y hacinamiento.

Villa La Cultura

La Villa La Cultura, se localiza en el área sur oriente del gran Santiago con un territorio urbano consolidado. Fue fundada el 15 de Agosto de 1972, a partir de una toma de terrenos, y cuenta con un centro de salud. Esta Villa se encuentra conformada en su mayoría por casas en mal o regular estado de conservación, posee un colegio, una radio comunitaria, junta vecinal, entre otros. En su mayoría, las calles están pavimentadas y muchas de estas se encuentran en mal estado. Su iluminación es irregular y existen pocas áreas verdes como plazas, árboles y canchas de deporte.

En este contexto, se puede decir que las familias de la Villa La Cultura son extendidas, donde en muchas de ellas los padres y madres se encuentran trabajando, quedando los niños y niñas al cuidado de sus abuelos.



Los niños y niñas utilizan la mayor parte de su tiempo libre en la calle, viendo televisión o jugando en el computador, siendo éste un gran factor de riesgo sumando a su condición de vulnerabilidad social. Las viviendas son pequeñas, cuentan con poco espacio, muy reducidas, por tanto el hacinamiento es acentuado.

No cuenta con áreas de esparcimiento, tampoco cuentan con centros de atención para jóvenes, adultos mayores y niños, como lugares de esparcimiento donde se puedan realizar actividades deportivas, recreacionales, educativas, y de atención en salud.

6. San José de Maipo

San Gabriel

San Gabriel se encuentra a 1300 metros sobre el nivel del mar, a 30 km. de y a 70 km. de Santiago. Está emplazada junto al , cerca de la confluencia de éste con los Ríos Yeso y Volcán, por lo que controla los pasos de una amplia zona Cordillerana. Fue fundado en 1813, y surgió como un pequeño caserío nacido de las actividades ganaderas y de la explotación de canteras y minas.

La actividad principal de la zona es fundamentalmente la ganadería y temporeros, además de crianza de caprinos y fabricación de queso de cabra, crianza de aves y venta de huevos. Esta localidad incluye dos poblaciones: El Boyenar y San Gabriel, ambas cuentan con 5 organizaciones; una junta de vecinos, un club deportivo, un club de Adulto Mayor, un grupo folclórico que agrupa a mujeres y niños, y un club de Huasos.

El número de familias que viven en esta comuna es de aproximadamente 300 y se caracterizan por ser extendidas, viviendo en una misma casa los abuelos, quienes se hacen cargo de sus nietos. Las viviendas por su parte son pequeñas y no todas cuentan con luz y agua propia, existiendo un gran número de viviendas en situación irregular.

De acuerdo a datos entregados por DIDECO, existe un 30% de familias de Chile Solidario y un porcentaje similar de pensiones básicas solidarias, lo que da cuenta de un número importante de familias que viven en situación de carencias económicas y sociales.

Los Maitenes

El sector identificado incluye las poblaciones de Maitenes y Alfalfal que se encuentran a 60 km. de Santiago y 30 km. de San José de Maipo a una altura de 1400 metros sobre el nivel del mar. La población se compone de aproximadamente 50 familias que han llegado a vivir a este lugar buscando una mejor calidad de vida, con la oferta de trabajo proveniente de las empresas hidroeléctricas que operan en esta localidad que abastecen de agua a Valparaíso y Santiago.

La mayoría de estas familias provienen -o son hijos- de campesinos y trabajadores agrícolas de otras localidades de la comuna. La población está compuesta mayoritariamente por padres jóvenes con niños y durante la



semana la población se compone prácticamente de éstos y sus madres, ya que los padres trabajan en las Hidroeléctricas.

Existen cuatro organizaciones sociales entre las que se cuentan una junta de vecinos que agrupa a las dos poblaciones, un comité de vivienda y un comité de adelanto, y un consejo de desarrollo local de salud que tiene un mayor reconocimiento.

Chacarillas

El barrio Chacarillas se compone de tres poblaciones y tiene una existencia de 25 años y su historia da cuenta de dos etapas. La primera etapa fue construida y ubicada a un costado del Río Maipo, con 40 viviendas de material ligero, sin alcantarillado ni servicios básicos. Con el paso del tiempo han logrado obtener estos servicios aunque parcialmente. En la actualidad existe un comité de adelanto.

La segunda etapa fue entregada el 8 de noviembre de 1989, y consta de 98 viviendas sociales, casas pareadas de dos pisos y de construcción en material sólido, contando con alcantarillado y servicios básicos.

El sector identificado incluye las poblaciones de Chacarillas, Brisas del Maipo e Ignacio Carrera Pinto y posee 12 organizaciones sociales entre las que se cuentan agrupaciones de mujeres, clubes de adulto mayor, comités de allegados, club deportivo, junta de vecino, grupos de catequesis y bibliotecas comunitarias, entre los cuales el Club Deportivo y la Junta de Vecinos tienen un mayor reconocimiento.

La población está compuesta mayoritariamente por niños/as y padres jóvenes, y los hijos de la primera generación de pobladores que se casan y construyen sus viviendas en los mismos sitios de sus padres, o bien viven en los alrededores. Por la misma razón la población es estable.

Los lugares de esparcimiento con los que cuenta la población son una multicancha, sede social y una plaza, aunque cabe señalar que estas áreas se encuentran deterioradas y sin equipamiento e iluminación.

7. La Florida

Los Quillayes

Los Quillayes es una población ubicada en el sector sur poniente de la comuna de La Florida, con una historia de 23 años, se divide en siete sectores, que a su vez se subdividen por letras. En la actualidad, la población Los Quillayes existen 23 organizaciones sociales, entre ellas junta de vecinos, comités de adelanto, clubes deportivos, clubes de adulto mayor, etc. Por otra parte, se cuenta con infraestructura comunitaria, entre ellas: seis sedes vecinales, ocho multicanchas deportivas, plazas, entre otros.

La unidad vecinal 34-H y 34-A, limita al norte con General Arriagada, al sur con Maria Elena, al Oriente con Calle Río Uno y al poniente con Julio Cesar. La Población de Los Quillayes, consta de 15.000 habitantes aproximadamente, cuya principal ocupación corresponde a dueñas de casas, asesoras del hogar, obreros, trabajadores independientes y/o de servicios públicos y estudiantes escolares.



Las viviendas del sector corresponden a condominios de viviendas sociales y viviendas pareadas de un piso que se encuentran ubicadas en la Villa Santa Elena, fundada el año 1985, esta villa actualmente cuenta con una junta de vecinos que no posee sede vecinal.

Los Navíos

La población Los Navíos data del 11 de Mayo de 1989 y se ubica en el sector sur poniente de la comuna de La Florida, se encuentra compuesta por tres unidades vecinales, que cuentan con características; ambientales, etéreas, socioeconómica y educacionales similares. Este proyecto se focalizó en la unidad vecinal 31-A, ubicada entre las calles Tegualda - Recalada por el norte, La Serena por el oeste, Troncal San Francisco por el sur, y al oeste limita con los Pozos de Árido. A este sector, se le denomina "Los Navíos Sur" ya que corresponde a la última etapa de Villa Los Navíos.

Esta unidad vecinal tiene una población aproximada de 12.000 habitantes, donde las principales ocupaciones corresponden a dueñas de casas, estudiantes escolares, obreros y existen un alto porcentaje de cesantía en el sector.

Las viviendas de esta unidad vecinal pertenecen a las denominadas viviendas básicas, pareadas de dos pisos. En el sector se cuenta con equipamiento comunitario que consiste en sede vecinal, plazas con juegos infantiles, multicancha, colegios y jardines infantiles.

Los Copihues

Este barrio data del año 70' producto de una toma de terreno, con el nombre de Unidad Popular, que en la actualidad se llama Los Copihues. En el año 73' entregan casas de 36 mts.2. Esta ubicado en la zona sur oriente, unidad vecinal 23, los límites de barrio son Av. La Florida, Chacón Zamora, Avenida el parque y La Primavera.

Son alrededor de 5 mil habitantes, en su mayoría corresponden a un grupo etéreo adulto mayor con predominio de mujeres, la ocupación más frecuente en esta población es dueñas de casa, obreros de la construcción y jubilados. Existe un número considerable de cesantes.

El equipamiento con la que cuenta es de 920 viviendas, si bien en su mayoría son propietarios, existe un número considerable de habitantes que vive en condición de allegados, y en un número menor de arrendatarios.

Existen organizaciones de carácter funcional y territorial que se encuentran activas tales como, junta de vecinos, 8 comités de adelantos, cuatro clubes del adulto mayor, centro cultural de jóvenes, clubes deportivos, grupos de mujeres, club de abstemios, conjuntos folklóricos y de danza entretenida.

Las organizaciones que se encontraban inactivas y que resurgieron en el marco del programa, son una biblioteca comunitaria y una sala de salud, ambas administradas por pobladores del sector.



8. El Bosque

4 de Septiembre

La Villa 4 de Septiembre es un sector en donde prevalece la población de adultos mayores; existen pocas instancias de participación comunitaria en general; las organizaciones existentes están poco equipadas en cuanto a infraestructura. El barrio esta compuesto por, aproximadamente, 400 viviendas que acogen a mas o menos 2000 personas. Cuenta con una junta de vecinos y 15 delegados de pasajes, una parroquia, 2 iglesias evangélicas, una plaza, 3 jardines infantiles de la JUNJI, 1 colegio básico municipal.

Villa 12 de Octubre

La Villa 12 de octubre es un sector cuyos límites son: calle Nueva Imperial por el norte, Vecinal Norte por el sur, Pasaje San Sebastián por el este y Ávila Interior por el oeste. Se fundó el 12 de octubre de 1983, momento en el cual se instalaron las primeras familias provenientes de distintos sectores de la Región Metropolitana y desde el sur del país, también trabajadores de la empresa Metro y familias trasladadas de tomas de terreno.

Actualmente existen 320 casas y aproximadamente 400 familias. Cuenta con una población predominantemente infantil y joven. Posee una sede comunitaria pequeña, dos plazas de áreas verdes y una multicancha que está cerrada, pues no cuenta con el suministro de energía eléctrica por no pago del consumo.

Población Córdores de Chile

La Población Córdores de Chile, se encuentra ubicada en el sector N° 4 de la comuna y la constituyen las unidades vecinales números 10-b y 11-b, con sus respectivas Juntas de Vecinos. Se trata de un sector carente de áreas verdes u otros lugares de esparcimiento y recreación familiar, constituyéndose en un espacio en que las personas están susceptibles a riesgos biopsicosociales; esto es, dependencias, deterioro de la salud mental, sedentarismo, baja participación y desarrollo comunitario.

9. Pedro Aguirre Cerda

Población Histórica de Chile

La población Histórica de Chile tiene como fecha de fundación el 1º de Noviembre de 1963. Se estableció producto de "tomas de terreno" en el fundo que, según la historia de Chile, perteneció a los hermanos Carrera, próceres de la patria. Sus viviendas están instaladas en lo que fuera el cementerio de la familia. Cuenta con 130 viviendas de material mixto, con modalidad de autoconstrucción, las que albergan a cerca de 1500 personas.

En el barrio se han ejecutado iniciativas de organización social a lo largo de su historia, contando con una Junta de Vecinos, que en distintos niveles de desarrollo, logra realizar actividades como celebración del día



del niño, navidad y eventos con invitados externos. La actual directiva está impulsando acciones en red que faciliten el acceso a diferentes áreas como culturales, salud, seguridad.

San Joaquín Poniente

La Población en la cual se ejecutó el proyecto es la Población San Joaquín, Unidad Vecinal N° 4. San Joaquín Poniente está compuesto por alrededor de 328 personas, la mayor población corresponde a adultos, siendo estos aproximadamente un 70 %. La población ha tenido como característica principal y fortaleza su capacidad de trabajar en equipo y de organización. Actualmente, con la iniciativa de unos de los primeros centros de madres (“Esmeralda”) se trabaja en el diseño y confección de la primera plaza del sector.

Lo Valledor Norte

El sector A y B de la Población Lo Valledor Norte (Unidad Vecinal 11 H) fue definido como polo sur; y Población Nueva Lo Valledor (Unidad Vecinal 8 H) definido como polo norte, que comprende las calles: Centroamérica por el sur; Feria Lo Valledor por el norte; Avda. Maipú por el este; Avda. Central, suroeste y calle Nueva Uno por el noroeste.

Las áreas que se intervinieron son la cancha aledaña a la Plaza “El Rayo” ubicada en la Población Lo Valledor Norte y Sede Social de la Población Nueva Lo Valledor. La plaza que se encuentra situada entre las calles Amador Guerrero, Benito Juárez y Niños Héroes, fue creada el mismo año de conformación de la población (alrededor del año 1958) nunca ha sido pavimentada y sólo contó con la instalación de arcos hoy ya inexistentes.

11 de septiembre y Población Dávila

La unidad Vecinal N°14 Los Maitenes fue gestionada a través de una toma de terrenos, donde se obtuvo la vivienda propia. Con los años, se fueron desarrollando distintas comunidades (campamentos) con el fin de mejorar la calidad de vida. Esto fue avanzando con el apoyo de la comunidad formándose comités y desarrollando proyectos en pro del avance de las viviendas, el crecimiento social y cultural de la comunidad. Hoy en día se cuenta con una comunidad medianamente organizada, con actividades de participación ciudadana en donde encontramos la Junta de Vecinos y organizaciones funcionales.

10. Lo Barnechea

Cerro 18

El Cerro 18 está ubicado en la comuna de Lo Barnechea y lo conforman dos cerros denominados Cerro 18 Norte y Cerro 18 Sur. Nacen del traslado de campamentos y poblaciones ajenas a la comuna, como solución habitacional y depuración de comunas más antiguas (erradicaciones). En ellos habitan personas en su mayoría de nivel socioeconómico medio bajo, lo cual contrasta fuertemente con parte de la Comuna, donde viven familias de altos ingresos y en general personas de clase alta de la Región Metropolitana. Este sector se



caracteriza por el difícil acceso al resto de la comuna. Tal es la dificultad que el Municipio está desarrollando un proyecto para instalar un ascensor (como los de Valparaíso) que solucione a los vecinos los problemas de acceso a los servicios concentrados en la comuna.

Dentro de este territorio, se encuentran las siguientes organizaciones: Juntas de Vecinos de los Cerros, Clubes Deportivos, Grupos de Jóvenes no formalizados y que tienen experiencia en trabajos dentro de la comunidad y Grupo de Monitoras de salud que trabajan con el CES.

11. Renca

Tucapel Jiménez 1 y 2

Las villas Tucapel Jiménez 1 y 2 se encuentran ubicadas en el área Norte de la Comuna de Renca, entre las calles José Miguel Infante, Av. Vicuña Mackenna y Av. Miraflores. Cuentan con una población total de aproximadamente 6.045 habitantes.

En cuanto a las características de su población, en cada uno de los barrios se estima que, se encuentra presente un total de 81 personas con analfabetismo (mayor de 15 años), un total de 127 hogares con hacinamiento medio (entre 3 y 5 personas por dormitorio), siendo importante destacar que existe un número importante de mujeres jefas de hogar.

En relación a la participación social de los barrios y su forma organización de la misma, se puede describir de la siguiente forma: la unidad vecinal nº 1, cuenta con personalidad jurídica, y se organiza a través de sectores los cuales suman un total de 19, con sus respectivos representantes, los que a su vez conforman directivas por cada sector asumiendo la representatividad por cantidad de propietarios, constituyendo un total de 708 familias con un total de 76 block de departamentos aproximadamente, realizando reuniones periódicas. En la actualidad se encuentra en proceso de reactivación la formación de dos clubes de fútbol (uno masculino y otro femenino).

Huamachuco 3

Este barrio se encuentra ubicado entre las calles Fresia, Puerto Montt y Los Atacameños, colindando por Los Atacameños con varias industrias. En su Junta de Vecinos, perteneciente a la Unidad Vecinal 14 B, existen 754 viviendas, 812 hogares, con una población de 3.243 personas, con 623 personas en pobreza extrema, 86 personas mayores de 15 años analfabetas, hacinamiento medio de 94 hogares, 273 mujeres jefas de hogar y ubicada en el Cuadrante 31, con un nivel de conflictividad socio-delictual medio alto.

En la Población Huamachuco 3, el 49% de su población es joven, representa una parte importante de su población y está más que expuesta a los factores de riesgo de la comuna, como son la drogadicción, alcoholismo, cesantía, bajo nivel de escolaridad, entre otros. La falta de espacios recreativos y áreas verdes, la escasa participación de adolescentes y jóvenes en actividades comunitarias, su escaso acercamiento al centro de



salud, constituyen barreras sociales que dificultan las oportunidades de desarrollo de capacidades que los ayuden a mejorar su calidad de vida.

12. Cerro Navia

Alianza 1

Distintos instrumentos de medición de pobreza señalan a Cerro Navia como una de las comunas más pobres de la región y del país. Cerro Navia es una comuna con falta de infraestructura, un alta tasa de cesantía, de bajos ingresos y de inestabilidad laboral, con un alto porcentaje de trabajadores no calificados. En su población la escolaridad promedio de los trabajadores alcanza los 8,7 años de estudios cursados, en tanto un alto porcentaje de trabajadores se encuentra sin calificación. La cobertura de servicios públicos básicos es débil; las sucursales de compañías de electricidad, de teléfonos, de instituciones de salud previsual, administradoras de fondos de pensiones, son escasas o prácticamente inexistentes.

El territorio cuenta con una junta de vecinos, un jardín infantil de Integra, un club de deportivo, un colegio Municipal (Escuela Alianza), dos multicanchas de uso público (en deterioradas condiciones) y una multicancha en el centro educacional.

De un total de 35.277 viviendas, un 9,87% de ellas está compuesto por dos o más hogares. Al mismo tiempo, según el procesamiento de datos realizado por la Secretaría de Planificación Comunal, de un total de 109.593 personas que no son Jefes de Hogar, 23.883 de ellas viven en condiciones de allegamiento, es decir, un 16,1% del total de la población comunal.

Unidad Vecinal 15 A-B

La unidad vecinal 15 es un segmento de la población de Cerro Navia que cuenta con una mayor parte de ciudadanía catalogada dentro del rango etéreo adulto mayor, y en segunda instancia niños menores de 5 años. Las organizaciones sociales que se identifican en el sector, son dos juntas vecinales, en donde la gente se reúne bajo el contexto de diversas actividades sociales. La población prácticamente en su totalidad es de escasos recursos, observándose esto principalmente en su entorno, lo que incluye entre otras estructuras, sus viviendas. Además, se observan algunas plazas con jardines en regular estado, con poca iluminación, lo que favorece la prevalencia de la delincuencia y consumo de drogas.

Yugoslavia

La Población Yugoslavia es una comunidad que no ha sido intervenida a nivel gubernamental. Está circunscrita por las siguientes calles, Huelén, Mapocho, Los Conquistadores, la Estrella, J.J. Pérez, Istria, Pula, Karlovack, Sargento Candelaria. Ella se compone mayoritariamente de Adultos Mayores y en la junta de Vecinos se realizan talleres de distintos grupos etéreos, como lo son: el taller de aeróbica orientado al Adulto mayor, dos veces a la semana para mejorar la calidad de vida y movilidad de ese grupo; grupo de artes marciales



específicamente taekwondo, tres veces a la semana con niños, niñas y jóvenes de 7 años en adelante. Existen en la población 5 grupos que realizan diversas actividades: Centro de Madres “Las Triunfadoras”; Club de Adulto Mayor “Las Arañitas”; Artes Marciales “Ho Shin Min”; delegadas de la Junta de Vecinos; Grupo de Aeróbica.

13. Lo Prado

Villa Regidor Hernández

El territorio de esta Unidad Vecinal está compuesto por 5 villas construidas en distintos periodos desde los años 70. Las villas que fueron seleccionadas como vulnerables son: Regidor Hernández y la Reconquista. La población de estas Villas es de 1.833 personas, de las cuales 50,9% son mujeres, 31,9% son menores de 15 años y 5,1% son mayor de 60 años, siendo este último porcentaje inferior al comunal. Ambas villas son edificios de departamentos básicos SERVIU -construidos entre los años 80 al 90- y cuenta con 326 viviendas con un promedio de 5,6 personas por departamento. Cuenta con una sede vecinal, no existen áreas verdes construidas; sólo existen pequeños paños de jardines construidos por los vecinos, que tienen poca mantención y se encuentran en regular estado.

Santa Anita

Esta zona correspondía al Campamento Che Guevara en los años 68-69 y la mayoría de los pobladores que hoy viven ahí estuvieron presentes en la toma de terreno. Esta población fue entregada en tres fases durante el gobierno de Salvador Allende y tienen muy arraigados el sentido de pertenencia. La población de esta villa es de 21.984 personas, de las cuales 50,6% son mujeres y 30,4% son menores de 15 años y 9,1% son mayor de 60 años, siendo este último porcentaje superior al comunal. La totalidad de las construcciones que existen son viviendas en altura SERVIU, construidos entre los años 70 al 73, cuenta con 420 viviendas con un promedio de 5,2 personas por departamento. Todos se encuentran en mal estado de conservación.

No cuenta con infraestructura comunitaria ni sede de club deportivo, no existen áreas verdes ni tampoco juegos infantiles, se aprecia un hacinamiento importante. Existen 4 multicanchas, 2 de tierra, sin cierre ni implementación y 2 con pavimento en mal estado y sin implementación. Cuenta con 4 organizaciones sociales de las cuales 3 son clubes deportivos.

Villa Coronel Bueras

Las Unidades Vecinales N° 17 y 22, cuentan con 4 villas; tres fueron construidas entre los años 80 hasta los finales de los 90, y dos fueron instaladas en terrenos que en principio habían sido destinados para áreas verdes. De los antecedentes de diagnóstico del sector sólo se tiene el de la Villa Coronel Bueras (UV N°22) teniendo como tarea pendiente el realizar diagnóstico del resto de las villas. Sin embargo, tanto por el tipo de construcción y por lo que plantean los dirigentes, éstas poseen características similares.



La población la Villa Coronel Bueras es de 3.327 personas, de las cuales 52,5% son mujeres y 58,6% tiene entre 16 a 45 años, 3,1% son mayores de 60 años, siendo este último porcentaje inferior al comunal. Cuenta con una Sede vecinal en deficiente estado. No existen áreas verdes construidas, solo existen pequeños paños de jardines construidos por los vecinos, que tienen poca mantención y se encuentran en regular estado. Existen solo 3 organizaciones que funcionan en la sede comunitaria, club deportivo en receso.

14. Quilicura

Pucará de Losana

Este barrio tiene 16 años de antigüedad y corresponden a departamentos de tres pisos de material sólido perteneciente a la comuna de Quilicura. En este barrio hay 5 agrupaciones formales: club deportivo, social y cultural “Pucara de Lasana”, Junta de vecinos N° de registro 132, club del adulto mayor “Los azares de Quilicura” y “Centro Cultural Revolución”. Actualmente en el barrio el promedio de habitantes por hogar es 3,04, mientras que 67 personas adscriben a etnias indígenas. Por su parte hay 217 Personas con estudios básicos completos.

El Sauce

El Sauce se encuentra ubicado en el sector norte de la Comuna de Quilicura, situado entre las calles, Las Violetas, San Luis, Las Petunias y Toconce, el cual se forma a partir de la erradicación de un campamento construyendo en el sector casetas sanitarias que sus habitantes han ido edificando con la finalidad de construir en el terreno sus viviendas. Al interior del barrio existen 405 viviendas donde habitan las 1921 personas residentes, de los cuales 921 son hombres mientras que 1000 son mujeres, los que cuentan con un total de 599 fichas de protección social aplicadas.

Se puede vislumbrar que una gran cantidad de niños habitan la población, lo que sumado a la población de más alta edad suman un 42%, haciendo al sector más vulnerable en temáticas de salud. Al interior del Barrio El Sauce se puede detectar la existencia de personas que poseen algún tipo de dificultad biopsicosocial. Según datos extraídos de la ficha de protección social, existen 122 personas con problemas de ceguera, 36 con dificultad de escucha, 14 personas mudas, un total de 143 habitantes con algún tipo de dificultad física, un niño mayor de 6 años no valiente por si mismo, 41 individuos con algún tipo de trastorno mental o psíquico y existen 9 personas inscritas en el registro nacional de discapacidad.

Valle de la Luna

El Barrio Valle de la Luna consta de 1356 departamentos de tipo social, construidos en el año 1992, y que han pasado por distintas etapas pudiendo destacar que estos departamentos tuvieron una construcción defectuosa en su losas y también en su impermeabilidad (casa de nylon) ya que se llovían y producto de la humedad fueron afectados por hongos en casi todos ellos. Las autoridades tomaron medidas para solucionar estos problemas, y se produjo una migración de población que se fue a otras viviendas, mientras otros que



optaron por la reparación de estos departamentos y los que aprovechando los departamentos desocupados se los tomaron y actualmente se encuentran en el proceso de obtención de estas viviendas.

En cuanto a la situación de pobreza detectada al interior del barrio, según la información recopilada mediante la ficha de protección aplicada, se desprende que el 62% de la población se encuentra bajo la línea de la pobreza, esto nos muestra los altos niveles de vulnerabilidad de los habitantes del barrio. En relación a los niveles de educación, solo 509 personas se encuentran con sus estudios de nivel básico completos.

En cuanto al nivel de organización, existen 5 organizaciones formales con personalidad jurídica vigente y en total funcionamiento. La Junta de Vecinos que fue creada en 1994, cuenta con una sede vecinal en regulares condiciones y se utiliza todos los días con distintos tipos de actividades, como reuniones, asambleas, charlas informativas, y tiene un representante en el Consejo de Desarrollo Local que se reúne en el Consultorio la segunda semana de cada mes para tratar problemáticas de los 28 barrios que acoge el consultorio Irene Frey de Cid. En relación a organizaciones sociales el barrio tiene Club de Adulto Mayor, Club Deportivo y Comité de Seguridad Ciudadana.

II. Región de Bío Bío

1. Concepción

Villa San Francisco

Villa San Francisco se inicia como una incipiente toma de terrenos a comienzos de los años 60'. En sus primeros años, sus habitantes sufrieron el rigor del Río Andalién. Posteriormente con el tiempo fueron albergándose en el lugar una mayor cantidad de familias, que posteriormente fueron regularizando su situación legal respecto de los terrenos tomados. La mayoría de los habitantes del sector se iniciaron económicamente como agricultores, derivando posteriormente al comercio de leña, comerciantes ambulantes y cartoneros. El sector cuenta con 255 viviendas, de las cuales casi la totalidad corresponde a autoconstrucción. Se aprecia en estas construcciones diversos niveles de deterioro en su estructura, niveles que se ven acrecentados en la época invernal.

Los principales puntos de encuentro se sitúan en la Sede Social, Club Deportivo y Biblioteca Comunitaria, tanto en grupos organizados como la población beneficiaria de los distintos proyectos que se encuentran en ejecución en Villa San Francisco. De estos, es importante mencionar las actividades que se realizan a través de Chile Califica para nivelación de estudios y reforzamiento escolar a estudiantes de nivel básico. De las organizaciones existentes, se pueden mencionar el Club de Adulto Mayor de Villa San Francisco, Grupo de Mujeres "Aprendiendo Juntas" y el recién formado "Grupo de Autoayuda Cardiovascular" todas ellas vinculadas y apoyadas por la Junta Vecinal que aparece con un rol preponderante en el quehacer comunitario.



Ríos de Chile

La población de Ríos de Chile representa 16% de la población total del Sector de Nonguén. De ella 1.654 personas están inscritas en el CESFAM Villa Nonguén. Su población infantil presenta altos índices de obesidad, revelados en los controles de salud. También un alto número de atenciones en el Programa de Salud Mental.

Con respecto a las organizaciones comunitarias de Villa Nonguén se destacan: el grupo de mujeres “Abejitas Laboriosas”; el Club Deportivo cultural y social “Juventud Nonguén”, Junta de Vecinos Ríos de Chile; grupo de adulto mayor “Esperanza” y el Centro Evangélico Carcelario Regional. En cuanto a su equipamiento comunitario cuenta con una plazoleta, una sede deportiva y una cancha multiuso.

Teniente Merino II

Esta población se fundó hace 40 años aproximadamente y recibió su nombre en homenaje al Teniente Merino de Carabineros de Chile. En sus inicios fue una toma de terreno la cual a fines de los años 80 se regularizó, posteriormente se formaron nuevos campamentos en los cerros que colindan con la población, los que fueron erradicados hace 2 años.

A pesar de que el sector es antiguo y la mayoría de los vecinos viven ahí desde su fundación, no existe gran convivencia entre ellos, tampoco se observa solidaridad entre los vecinos, salvo algunas excepciones. De las organizaciones existentes se pueden mencionar el grupo de Adultos Mayores “Las Elenas”, con 36 integrantes que se reúnen en la sede vecinal y Grupo de Adulto Mayor con 22 integrantes que sesionan en la Iglesia Católica. Además hay 2 Clubes deportivos “Alianza de Bellavista” y “Cruz Azul”, ésta última no cuenta con sede social para sus reuniones. Existe además del Grupo de Mujeres “Nueva Alegría” que realiza talleres de manualidades.

El sector cuenta con 540 viviendas del tipo pareadas, de las cuales 305 están dentro del perímetro elegido para la aplicación del programa.

2. Talcahuano

Libertad Norte

El sector Libertad Norte es un polígono ubicado hacia el norte de la calle Alto Horno que divide a la población Libertad en dos sectores. El sector elegido para la aplicación del programa Áreas Metropolitanas, está compuesto por 234 viviendas, que en su mayoría presentan un buen estado de conservación, sin embargo, han sufrido un importante deterioro en sus techumbres debido a la vibración que el alto tránsito de camiones pesados provoca.

El sector nace a partir de una toma de terrenos en los años 50`, con posterioridad a la instalación de la Compañía de Aceros del Pacífico (Huachipato), en unos arenales que mezclaban terrenos bajos inundables



con meseta de escasa altura. En la década de los 80`, por iniciativa del municipio, se llevó a cabo la erradicación de esta población en una tarea titánica que dio solución habitacional con viviendas definitivas a unas 1000 familias aproximadamente: Para ello, fue necesario erradicar hacia Hualpén a una gran cantidad de familias en diversas oportunidades.

Badarán

Villa Badarán posee alrededor de 300 viviendas en su territorio, del tipo pareadas. La mayoría se encuentra en regular estado de conservación. El barrio se funda en Julio 1992, se entregó con calles de tierra y sus vecinos se organizaron para solicitar su pavimentación. Los vecinos relatan haber participado en protestas públicas en defensa del remate de sus viviendas por deuda de dividendos.

La sede fue construida principalmente por mujeres, sus tijerales metálicos y obra gruesa fue apoyada por los varones. Existe un gran sentido de pertenencia hacia la sede, no sólo por haberla construido, sino por las vivencias a lo largo de los años. Los vecinos más antiguos están unidos ideológicamente por haber participado juntos en “luchas sociales”, para lograr beneficios de bien común (pavimentación, servicios de salud y bomberos). Instalados en la periferia de la ciudad, se han visto forzados a generar sus propios servicios públicos con los cuales se sienten identificados (bomberos y jardín infantil).

La sede de la Junta de Vecinos, esta siendo utilizada por diversos grupos y talleres transformándose en el principal punto de encuentro del sector. También se utilizan algunas plazoletas como punto de reunión de jóvenes, para jugar baby fútbol.

Partal

El sector de Partal, cuenta con alrededor de 250 viviendas, construidas entre finales de la década de los 60` y los 70`, en general poseen un regular estado de conservación. Partal, se funda en el año 1969 a través de tomas de terrenos, las viviendas eran construidas por sus vecinos. Posteriormente se regulariza la propiedad de los terrenos en el año 70, construyendo viviendas básicas que constan de ampliaciones. El sector se caracteriza principalmente por el fácil acceso de sus pobladores a los servicios públicos de la comuna de Talcahuano. Desde sus inicios, existe un sentido de unidad y de compromiso por parte de sus pobladores hacia su sector, es por ello que se reúnen y celebran fechas significativas para la comunidad (aniversario del sector, fiestas patrias, día del niño, entre otros).

La población se identifica con el fútbol. Las personas adultas y jóvenes son quienes a través de los años han conseguido logros futbolísticos para su comunidad. Ellos se reúnen los días sábado y domingo en la cancha de San Vicente Norte sector colindante a Partal. En lo que se refiere a sus organizaciones el sector presenta Junta de vecinos, clubes de salud, dispensario de salud, agrupación de adultos mayores, y pertenece a red comunales como son la infancia, Vida Chile, entre otros. En cuanto a los espacios públicos, se encuentra la sede social que es utilizada por la mayoría de las agrupaciones existentes en sector para llevar a cabo sus talleres y actividades educativas, recreativas y de esparcimiento. El club Deportivo Estrella de Oro es otro punto de encuentro por parte de los vecinos, ya que es utilizado para televisar los diversos partidos de fútbol siendo esta una instancia para generar recursos para cubrir los gastos del club. La multicancha ubicada entre



las calles Colombia y Schuyler, es utilizada principalmente por los jóvenes del sector, en donde realizan sus actividades deportivas y recreativas.

3. Chiguayante

Leonera Medio

Las primeras familias llegaron alrededor del año 1940. En esa época Leonera era sólo praderas, pastizales y bosques, entre los cuales se comenzaron a construir las viviendas por sus propios dueños con la ayuda de vecinos. En los años 80 el asentamiento se comenzó a constituir como tal, producto de una toma de pobladores que provenían de diferentes lugares de la comuna. En ese momento se tomaron terrenos fiscales ubicados en la ladera norte del río Bío-Bío en la comuna de Chiguayante, constituyendo un asentamiento de muy precarias condiciones de vida. Se establecieron pero con dificultades de lograr consolidar su estadía en el lugar, pues no eran propietarios, además la ocupación de los terrenos era ilegal, por lo que las instituciones gubernamentales no podían invertir en ellos, sobre todo en infraestructura. Existe una fuerte identidad y sentido de pertenencia al sector, a pesar del estigma de “población peligrosa”.

Actualmente el sector se compone de alrededor de 300 viviendas, la mayoría son del tipo SERVIU, que datan de la década de los 80 y se encuentran en general en regulares condiciones.

Chiguayante Sur

El sector es relativamente nuevo en cuanto a construcción de viviendas, formando parte de una de las poblaciones más antiguas de Chiguayante, que en un comienzo era límite sur de la comuna. Las actividades juveniles que se realizaban en el sector (deportivas y musicales) eran reconocidas no tan sólo en la comuna sino en la Región.

Esta situación comenzó a decaer en los años en los años 1990-2000, al disolverse la Unión Comunal Juvenil, viéndose privados de respaldo y recursos; no obstante, está latente en el sector la necesidad de reconstitución organizacional por parte de la población juvenil, dando espacios de participación a eventos artísticos, culturales y deportivos en forma permanente en el sector, siendo una alternativa del uso del tiempo libre en forma sana para los jóvenes y niños en situación de vulnerabilidad social.

Los Boldos

El sector Los Boldos es reconocido como la primera población de la comuna de Chiguayante. Su historia se inicia en las primeras décadas del siglo XX con la llegada de 4 familias provenientes de Concepción. Recién en 1973 se constituye la primera Junta de Vecinos. En ese entonces, la población no contaba con servicios de alcantarillado, luz ni agua potable. Es un sector aislado geográficamente respecto a otros sectores de la comuna, lo que constituye un factor de identidad a lo que se suma el hecho de ser una zona donde todos los vecinos se conocen, conformando importantes lazos de afectividad entre los mismos.



Respecto de las viviendas del sector se puede apreciar que existen alrededor de 200 casas de tipo autoconstrucción, las que son bastante heterogéneas en cuanto a su material. Además existen 10 viviendas de emergencia producto de las inundaciones que han afectado al sector. Según fuente censal, actualmente el 51,3% de la población del barrio “Los Boldos”, corresponde al grupo etéreo menor de 30 años, mientras que el 37,6% corresponde a los adultos que mayoritariamente conforman la fuerza laboral del barrio.

4. Hualpén

Aurora de Chile

El sector Aurora de Chile cuenta con alrededor de 160 viviendas pareadas de la década de los 80. Sus pobladores pertenecían a diferentes sectores de Concepción como Chillancito, Barrio Norte y el Cerro la Pólvora. No existe claridad en el origen del sector, algunos creen que fue un basural y otros una toma de terreno. La comunidad no tiene un sentido de pertenencia en el sector. No hay participación ciudadana, tampoco un trabajo en conjunto entre los pobladores en la búsqueda de soluciones. Por tanto, el sector tiene un tejido social deteriorado, uno de los ejes centrales del programa.

Peñuelas

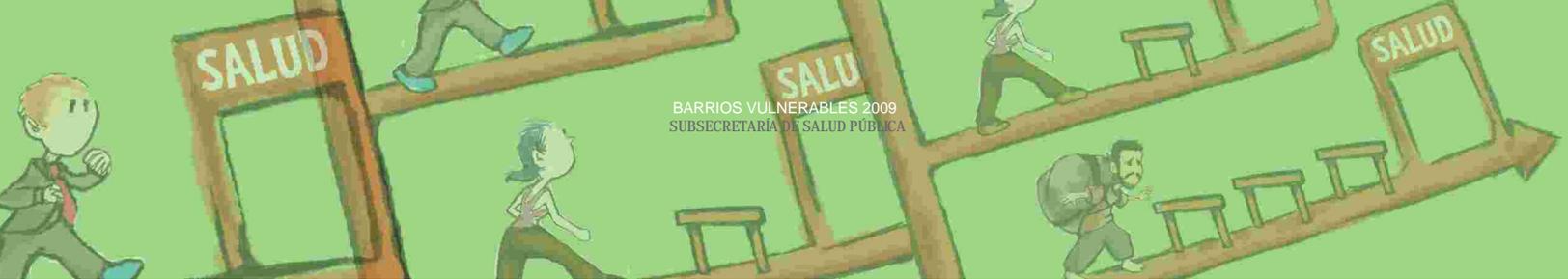
Peñuelas I cuenta con un número aproximado de 240 viviendas del tipo pareada de los años 80, las que se encuentran distribuidas en 13 cuadrantes de diferentes proporciones cada uno. En general el estado de las viviendas es bastante adecuado y uniforme.

La población nació en el año 1988 en una de las zonas cercanas a las orillas del Río Bío Bío. Fue concebida como un proyecto inmobiliario dirigido a los profesores de Talcahuano y a trabajadores de pesqueras, por lo que una considerable proporción de su población pertenece a esta actividad. Sin embargo, también llegaron personas que postularon al beneficio por otras vías, lo que la transformó en una población más heterogénea. Desde entonces Peñuelas I se ha caracterizado por ser un sector bastante apartado del resto de la comunidad (en el pasado Talcahuano y ahora Hualpén) por su ubicación geográfica y por su identidad de barrio “dormitorio”.

Críspulo Gándara

El terreno donde se encuentra la comunidad Críspulo Gándara, en sus inicios correspondía a grandes fundos y áreas verdes, propiedad de particulares que, luego de algunas ofertas, vendieron los terrenos. La comunidad lleva el nombre del payador y compositor Críspulo Gándara Aravena, nacido en Concepción en el año 1885. Las primeras viviendas fueron entregadas por un programa especial de allegados entre 1970 – 1973, viviendas de 45 mts 2 y luego en 1980 – 1985, viviendas de 25 mts 2, que a la fecha algunos de sus pobladores con mucho esfuerzo han logrado ampliar.

La primera Junta Vecinal fue designada por la municipalidad de Talcahuano, ya que en esos años Hualpén no era comuna, si no una población de Talcahuano, llamada Hualpencillo. Una vez llegada la democracia, nace la primera Junta Vecinal elegida a través de sufragio popular, la cual lleva por nombre “44 F Aníbal Pinto”,



que abarcaba toda la población Crispulo Gándara. Debido a la amplitud de la zona, el sector se divide más tarde en cuatro Juntas de Vecinos: 44 F Aníbal Pinto, 44F Alemania, 44 F Sajonia y 44F Sin Fronteras. Es ésta última “44F Sin Fronteras” fue el foco donde se intervino, cuyo perímetro se encuentra ubicado entre calles Bremen y Sajonia, Atenas y reconquista.

III. Región de Valparaíso

1. Valparaíso

Laguna Verde

Ubicado en la parte sur de Valparaíso, zona compuesta por un sector turístico, y en su parte alta por parcelas, o sitios irregulares, dentro de los cuales se ubica la Población Progreso. Laguna Verde es un sector aislado de Valparaíso, cuenta con movilización cada 30 o 40 minutos y sólo hasta las 22:00 horas, ello implica que, los jóvenes que estudian en el centro a veces se deben quedar fuera de sus casas. Además por estar tan alejados, los servicios públicos no siempre llegan allí, y existe un sentimiento de abandono entre los vecinos.

Cuenta con una Unidad Vecinal para todo Laguna Verde; una posta rural dependiente del consultorio Puertas Negras; un retén de Carabineros dependiente de la Primera Comisaría de Playa Ancha; una Escuela; un Jardín Infantil; Iglesia; Cancha; una Cooperativa de agua potable; una protectora de animales; juegos infantiles y un centro de cultura.

Rodelillo – Población Santa Teresa

La Población Santa Teresa se ubica al término de la Avenida Rodelillo, limitando por sus costados con la población el Folklore y la Población Básica, y en su parte posterior deslinda con una quebrada. Es un barrio con una alta densidad poblacional, alrededor de 5.000 personas, quienes se distribuyen en edificios de cuatro pisos, sumando un total de 868 departamentos, el conjunto consta de tres etapas, tienen relativo control en el acceso, por tener cierres perimetrales en el frente.

Son viviendas sociales habitadas en un principio por pescadores de la Caleta Portales. Se caracteriza por ser una población con predominio de niños, adolescentes y adultos jóvenes. La comunidad, en función de sus necesidades, se ha organizado y ha realizado reuniones con Carabineros e Investigaciones para impulsar acciones de seguridad ciudadana. La población cuenta con la Unidad Vecinal N° 198, Centro de Madres Nuevo Amanecer, 4 Comités de Mejoramiento de Vivienda, y un Comité de Administración Interna, además cuenta con un grupo de mujeres dueñas de casa que conformaron una organización en defensa de los animales. Participan en el Consejo Local de Salud del Consultorio Rodelillo. Este último concentra acciones en el sector por lo cual se puede coordinar actividades con ellos.



San Roque – Población Chilectra

Corresponde a una población cercana al Consultorio Reina Isabel, ubicado en el Cerro O'Higgins en la parte baja de San Roque. Comprende viviendas del sindicato de trabajadores de Chilectra, de bajos ingresos. Es una población de aprox. 600 habitantes, en su mayoría envejecida, en la que falta asociatividad entre ellos. Existe un grupo juvenil con personalidad jurídica, que ha organizado actividades deportivas.

Este es un barrio pequeño en cuanto a sus habitantes y existe desconocimiento de derechos sociales, ello implica que estas personas desconozcan aspectos de la reforma previsional, y de otros derechos que los puede beneficiar, al existir desconocimiento, implica poco acceso a dichos beneficios, lo que limita y agrava la situación de vulnerabilidad de las familias.

Playa Ancha 5º sector

Este sector está ubicado entre las calles Federico Santa María e Iquique. Se caracteriza por tener una alta densidad poblacional. Las manzanas que abarca esta zona son dos y en ella se encuentran 36 blocks distribuidos en 16 departamentos cada uno con un total de 576 viviendas, con una antigüedad de 35 años.

El 5º sector comprende 3 partes, Original, Los Pinos y Ampliación, siendo este último el que limita con el acceso sur hacia los acantilados. En este sector existe asentamiento humano precario con crianza de animales mayores. El barrio está integrado por distintas organizaciones comunitarias, entre las cuales se destacan, la Junta de Vecinos Teniente Ignacio Carrera Serrano, Agrupación de Copropietarios, Club social y Deportivo Teniente Ignacio Serrano, Comité de Pavimentación. Actualmente, estos barrios están siendo abordados por programas barriales de la SUBDERE (Áreas Metropolitanas), donde abordan el mejoramiento de infraestructura, promoción de la organización y participación.

Dentro del equipamiento comunitario cuentan con una multicancha, juegos infantiles y una sede social en regular estado de conservación. Los principales accesos están pavimentados y los pasajes se encuentran con surcos y tierras sin estabilizar, provocando graves problemas de anegamiento durante los inviernos.

Playa Ancha 6º sector

Es el sector ubicado entre las calles Luís Emilio Recabarren con calle Laja, es un sector dividido en 41 blocks separados en dos sectores, por una barrera natural, la quebrada de "las Animas". El sexto sector La Cantera es el más grande con 27 edificios que cuentan con 16 departamentos constituyendo un total de 432 hogares. Las construcciones tienen una antigüedad de 35 años.

Dentro del 6º sector existe un Asentamiento Humano Precario, llamado Villa Esperanza, en el cual se han realizado intervención para reubicación.

Tiene escaso equipamiento comunitario, cuenta con una sede en buen estado de uso y los accesos principales cuentan con pavimentación. No existen áreas verdes ni juegos infantiles. Existen organizaciones sociales comunitarias como: Junta de Vecinos Alemania Federal N° 147, Club Deportivo "Los Pinos", Club de Adultos Mayores "Golondrinas Viajeras", Club de Adultos Mayores "Último Rayito de Sol", Centro de Madre "La Cantera".



Placilla

Se ubica en el sector Oriente de Placilla, en frente de la avenida España, no tienen movilización directa a su barrio. Corresponde a un asentamiento humano precario, con hacinamiento, son 23 familias sin servicios básicos sanitarios, comparten 3 baños químicos para todo el barrio, sus desechos son retirados 3 veces a la semana, esta situación provoca enfermedades infecciosas, tampoco tienen alumbrado público ni empalmes domiciliarios de electricidad. Para el consumo de agua, extraen agua de una cámara de ESVAL. Para el tema del alumbrado de la calle, tienen solo un medidor de luz, que distribuye a todas las familias y les cobra, esta última solución, ha generado conflictos entre la población, lo que ha impactado en una mala convivencia entre las familias.

En el ámbito de las acciones realizadas en la comunidad, existe un trabajo con personal de la delegación municipal y consultorio, que realizan visitas y ayudas asistenciales. En cuanto a existencia de organizaciones, existe un comité de mejoramiento, el que está trabajando actualmente con Un Techo para Chile, con el que ya se había realizado, reparación, ampliación y colocación de mediaguas, este comité de mejoramiento cuenta con sede, además el club deportivo se encarga de realizar actividades deportivas, como campeonato de fútbol, femenino y masculino, contando con una cancha para realizar sus actividades.

2. Villa Alemana

Villa San Enríquez

Es el sector está ubicado entre las calles San Enrique con San Agustín, y se constituye por tres bloques de 72 departamentos y 20 casas de 2 pisos. La población está compuesta por alrededor de 284 personas. El conjunto habitacional tiene una antigüedad de 13 años y los edificios en la actualidad se encuentran en mal estado, producto de los constantes anegamientos por lluvia.

El barrio no cuenta con plaza, posee una pequeña multicancha que al igual que los juegos infantiles están deteriorados. Las mayores problemáticas corresponden a la convivencia entre los vecinos y el alto consumo de drogas, violencia intrafamiliar y en general disfunciones familiares. En la actualidad la presidenta de la Junta de Vecinos del Sector, pretende formar legalmente un taller femenino, para que las mujeres de una manera más activa aborden las problemáticas sentidas, compartan experiencias, y les permita emprender nuevos desafíos y posibilidades.

En cuanto a los actores de la comunidad se destaca: Unidad Vecinal N° 19, Centro de Adultos mayores que asumen un rol participativo en las actividades propuestas.



3. Viña del Mar

Achupallas

La población se ubica geográficamente en el sector alto de Viña del Mar, entre las calles General Ibáñez hasta Los Gladiolos en el paradero 3 ½ de Achupallas y desde el Parque Caupolicán hasta Avenida Alessandri. En cuanto a las características geográficas del sector, cabe destacar la existencia de múltiples quebradas, la mayoría de las calles están pavimentadas, sin embargo, es de difícil acceso llegar al sector, por lo mismo la población tiene dificultad en la utilización del transporte público que incide directamente en la calidad de vida.

La población Caupolicán se caracteriza predominantemente por poseer una alta presencia de adultos mayores y niños con vulnerabilidad social. En general, se señala de la junta de vecinos que se desconocen los beneficios del asociarse formalmente, como la diversidad de fondos públicos a los cuales se puede postular para solucionar algunas necesidades o proyectos.

4. Quilpué

7º Sector A y B (Belloto Sur)

7º sector A es el sector ubicado entre las calles el Ocaso, La Aguada, Fuente Clara Oriente y pasaje sin nombre. Esta constituida por 8 blocks con un total de 128 departamentos, los que tienen una antigüedad de 37 años y donde se observan daños estructurales. Dentro de los márgenes geográficos funciona la Junta de Vecinos Pasajes Unidos, con alta participación dentro de la comunidad.

Por su parte 7º sector B está ubicado entre las calle Ocaso, Fuente Clara Oriente, Fuente Clara norte y pasaje sin nombre. Comprende una manzana con 8 blocks y 128 departamentos, que tienen una antigüedad de 37 años y que se encuentran en mal estado, y hay un continuo anegamiento.

En la actualidad la SUBDERE a través de su programa de Áreas Metropolitanas Vulnerables en ambos sectores, esta realizando actividades de infraestructura, como veredas, y 2 multicanchas; en cuanto a tejido social, están potenciando la creación de organizaciones comunitarias. Además la SUBDERE esta trabajando en coordinación con la oferta pública, Chilecalifica, Sence, y recientemente se ha planteado realizar un trabajo con Sernam.

5. Quintero

Loncura

Los límites geográficos del barrio son los siguientes: por el poniente limita con el camino a Loncura bajo, que finaliza en camino Costero, por el oriente con línea férrea y avenida el bosque, por el sur con carretera de



acceso a Quintero, por el Norte con camino la Unión y sector industrial. Loncura Alto es un sector urbano con características de ruralidad, sin pavimentación en sus calles. El barrio está distante de la ciudad de Quintero y de todos los servicios básicos que requiere la población. Por otra parte, esta emplazado al lado del sector industrial, y de la Base de la Fuerza Aérea de Chile.

En cuanto a su población es posible mencionar que Loncura cuenta con un alto porcentaje de adultos mayores, provenientes de distintas ciudades que viene a pasar su vejez a este barrio. Además existe un mayor porcentaje de población adulta, que se ha trasladado a vivir a Loncura junto con su familia, y que se encuentran en situación de vulnerabilidad social.

6. Con Con

Villa Primavera

Se ubica entre las calles Magallanes, Nueva RPC, Circunvalación, y José Yáñez hacia el poniente. Se caracteriza por ser un condominio de viviendas sociales, que se compone por 23 edificios, de aproximadamente 10 años de antigüedad, que llega a un total de 1030 departamentos, en los cuales habitan alrededor de 5000 personas. Tiene una administración central, y cada block tiene una sub administración. La tercera parte de los habitantes tiene una edad que fluctúa entre los 15 y 64 años, con una baja proporción de adultos mayores.

La escolaridad promedio es enseñanza media (completa/incompleta). En cuanto a actividad laboral, principalmente es trabajo dependiente, labores de hogar y estudiantes en proporción decreciente. La villa contempla una sede comunitaria, una multicancha y organizaciones sociales que organizan diversas actividades para la comunidad.

7. Zapallar

Catapilco

Catapilco corresponde a un valle interior de la comuna de Zapallar, constituyendo los principales centros poblados. A sus alrededores se encuentra El Blanquillo, Retamilla, El Pangué, Tierras Blancas, San Alfonso, Las Represas y Sociedad Agrícola Catapilco.

La comuna se une a través de la ruta E-30F Papudo-Ventanas que los conecta con la Capital regional Valparaíso, y la ruta E-46, que los comunica a la carretera Panamericana Norte, Ruta 5N a 159 km. de distancia de la capital del país.

La población esta constituida en gran número por adultos mayores y niños. Según antecedentes entregados por el Departamento de Salud hay un total de 2.767 beneficiarios.



BARRIOS VULNERABLES 2009
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

El sector de Catapilco, se han realizado actividades de promoción de la salud como la Feria de Vida Saludable, Cicletada de Salud, Caminata Vida Sana, etc. todas actividades organizadas por el Departamento de Salud Comunal, las que han tenido aceptación por la población y la comunidad en general, pues apuntan a mejorar la calidad de vida de las personas.

