

**Universidad de Concepción**  
**Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Geografía**  
**Departamento de Geografía**



**IDENTIFICACIÓN DE LA INEQUIDAD ESPACIAL EN EL ACCESO A  
LOS SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD DESDE  
COMUNAS RURALES: EL CASO DE PENCAHUE Y PELARCO EN  
LA REGIÓN DEL MAULE.**

*MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE GEÓGRAFO*

**Autor:**

**Jordan Esparza Rojas**

**Profesora Guía:**

**Mg. Leticia Astudillo Reyes**

*Concepción, Diciembre de 2021*

*Agradecimientos:*

*A la profesora Leticia Astudillo Reyes por su preocupación, aportes y valiosos consejos que contribuyeron al desarrollo y término de esta memoria.*

*Y a mi familia por ser el soporte incondicional durante este trayecto.*



## **Resumen:**

Este proyecto abordará la accesibilidad a los servicios de salud en la Provincia de Talca, Región del Maule, especialmente hacia los centros de alta complejidad desde algunas de las localidades más rurales entorno a la capital regional, con el fin de expresar las diversas situaciones de desigualdad espacial que se replican y que deben ser enfrentadas de alguna manera por los sectores rurales. En este caso, el problema que parte de la forma en cómo se distribuyen generalmente los servicios a los territorios, se pretende abarcar desde una perspectiva rural, para mostrar las desigualdades socioespaciales y territoriales que se producen más allá de los principales centros urbanos de las regiones, en este sentido se pretende determinar las localidades más excluidas de la red asistencial. Para cumplir con los objetivos propuestos, la investigación se desarrollará con un enfoque metodológico mixto que permita un mejor manejo y procesamiento de la información cuantitativa y cualitativa, posibilitando el estudio del problema desde una noción más completa de las localidades y espacios analizados, en este caso las comunas de Penco y Pelarco. Esta metodología se basa en una revisión sistemática de bibliografía especializada rescatada de repositorios oficiales e información geoespacial obtenida de diversas bases de datos gubernamentales. Esta última será verificada y procesada con ayuda de los Sistemas de Información Geográfica para buscar expresar, a través de cartografías, los resultados finales con los que pretende cumplir esta investigación para demostrar la desigualdad espacial en términos de accesibilidad a los servicios de salud de alta complejidad desde las zonas rurales.

Palabras clave: Accesibilidad, Servicios de salud, Geografía de la Salud, Equidad Espacial, Ruralidad.

**Abstract:**

This project will address the accessibility to health services in the Province of Talca, Maule Region, especially to high complexity centers from some of the most rural localities surrounding the regional capital, with the purpose of expressing the various situations of spatial inequality that are replicated and that must be faced in some way by the rural sectors. In this case, the problem that starts from the way in which services are generally distributed to the territories, is intended to be covered from a rural perspective, in order to show the socio-spatial and territorial inequalities that occur beyond the main urban centers of the regions, in this sense it is intended to determine the most excluded localities from the assistance system. In order to accomplish the proposed objectives, the research will be developed with a mixed methodological approach that allows a better management and processing of quantitative and qualitative information, allowing the study of the problem from a more complete notion of the localities and spaces analyzed, in this case the communes of Penco and Pelarco. This methodology is based on a systematic review of specialized bibliography rescued from official repositories and geospatial information obtained from various governmental databases. The information will be verified and processed with the help of Geographic Information Systems to express, through cartographies, the final results with which this research intends to comply in order to demonstrate the spatial inequality in terms of accessibility to high complexity health services from rural areas.

Key words: Accessibility, Health Services, Health Geography, Spatial Equality, Rurality.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Introducción	1
1.2 Problemática	2
1.3 Hipótesis	4
1.4 Preguntas de investigación	4
1.5 Objetivo General	5
1.6 Objetivos Específicos	5
<b>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1 Salud, Accesibilidad y Nueva Ruralidad: componentes meritorios de ser analizados para contribuir al bienestar de los territorios.	7
2.2 Salud: noción como derecho y su apreciación desde la Geografía de la Salud.	7
2.3 Accesibilidad: consideraciones sobre el acceso a los servicios de salud desde la Geografía.	11
2.4 Ruralidad: una forma de replantear las necesidades de las localidades más excluidas fuera de los núcleos urbanos.	18
2.5 Distribución de los servicios de salud: inequidad espacial como consecuencia de la planificación de los territorios.	21
<b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA</b>	<b>23</b>
3.1 Contextualización del área de estudio	23
3.1.1 Talca: desde la agricultura a la disposición de servicios.	25
3.1.2 Breve análisis sobre el Hospital Regional de Talca.	26
3.1.3 Pelarco: entre los mayores índices de ruralidad.	29
3.1.4 Pencahue: tierra de tradiciones campesinas.	30

3.1.5 Pobreza por comuna: factor protagonista a nivel regional.	31
3.2 Definición del tipo de estudio	35
3.3 Etapas del proceso metodológico	36
3.3.1 Recopilación de la información	36
3.3.2 Revisión bibliográfica	37
3.3.3 Revisión de información geoespacial y territorial	37
3.4 Proceso descriptivo de la problemática	38
3.5.1 Elaboración de cartografías:	39
<b>CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y RESULTADOS</b>	<b>42</b>
4.1 Red de hospitales en la Región del Maule.	42
4.2 Distribución de los servicios de salud de categoría terciaria y la distancia para acceder a ellos.	44
4.3 Distribución de los servicios de salud primarios/secundarios y la distancia para acceder ellos desde las comunas y localidades estudiadas:	46
4.4 Rangos de distancia a la red vial principal en las comunas de Penciahue Pelarco y Talca:	48
4.5 Distribución de la población por localidades en el área de estudio	50
<b>CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES</b>	<b>56</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>59</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

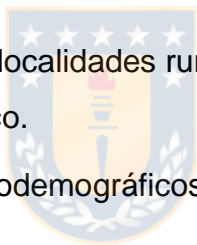
Figura 1. Representación del marco teórico y conceptual en el que se fundamentará la investigación.	6
Figura 2. Conceptualización de la Accesibilidad según Aday y Andersen	14
Figura 3. Tipos de acceso a los servicios de salud.	17
Figura 4. Representación de una metodología de investigación de carácter mixto	36
Figura 5. Representación del procedimiento ejecutado en el software para obtener los resultados	39

## ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Mapa de ubicación de las comunas estudiadas.	25
Gráfico 1. Previsión de Salud en la Región del Maule año 2016.	29
Mapa 1. Red de Hospitales en la Región del Maule.	42
Mapa 2. Distancia desde las comunas de la Provincia de Talca a los hospitales más cercanos en base a la red asistencial de salud.	44
Mapa 3. Distribución de los servicios de salud primarios-secundarios y la distancia para acceder a ellos desde las localidades de las comunas analizadas.	46
Mapa 4. Distancia de acceso a la red vial principal en las comunas estudiadas.	48
Mapa 5. Distribución de la población por localidad en las comunas analizadas.	50

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Comunas y variables de interés para esta investigación.	<b>3</b>
Tabla 2. Otros enfoques sobre Accesibilidad.	<b>16</b>
Tabla 3. Atenciones de Urgencia, Hospital Regional de Talca, 2013 al 2018.	<b>28</b>
Tabla 4. Consultas Médicas por Especialidad Hospital Regional de Talca, 2016 al 2018.	<b>28</b>
Tabla 5. Número de Pabellones, Hospital Regional de Talca, 2013 al 2018.	<b>28</b>
Tabla 6. Problemas principales y específicos en materia de salud a nivel nacional	<b>34</b>
Tabla 7. Descripción de la red asistencial primaria en las comunas estudiadas.	<b>48</b>
Tabla 6. Clasificación estadística para el total de población de las comunas de Penciahue y Pelarco.	<b>51</b>
Tabla 9 y 10. Población de las localidades rurales de mayor tamaño en las comunas de Penciahue y Pelarco.	<b>51</b>
Tabla 9. Síntesis de datos sociodemográficos de las comunas estudiadas.	<b>54</b>





# CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Introducción

Bajo el contexto actual de pandemia global que ha afectado a gran parte de la población, ha sido necesario reevaluar algunos conceptos que yacen más arraigadamente en los pilares de este sistema económico, que particularmente en Chile, ha actuado de manera absolutista y experimental, condicionando especialmente la salud de los habitantes al capital económico del cual dispongan.

Al análisis de estos hechos es que los estudios geográficos pueden ser un gran aporte al considerar elementos como la planificación, localización y gestión territorial al momento de llevar a cabo el estudio de las diversas variables que pueden intervenir sobre el espacio geográfico. Para fines de esta investigación, la variable principal y desde donde derivará la problematización del proyecto será la inequidad espacial en cuanto a la accesibilidad que tiene la población hacia los servicios de salud de categoría terciaria presentes en una de las regiones con mayor índice de ruralidad del país, la Región del Maule con un 56 % en base a criterios determinados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y un 27% según aspectos locales establecidos por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), situándose en el puesto n°4 a nivel nacional (Undurraga, 2018). Si consideramos que el 82% de la superficie del país pertenece a comunas rurales (CENSO, 2017) creemos que se hace necesaria la profundización en el estudio de estas temáticas sobre salud, territorio y accesibilidad desde las vivencias y problemáticas que se van dando en estos espacios y sobre las cuales se puede intentar hacer cargo una ciencia tan multidisciplinaria como la geografía.

## 1.2 Problemática

La Región del Maule, en su calidad administrativa como Gobierno Regional del Maule, representa el 4% de la superficie del país, se encuentra dividida en 4 provincias: Curicó, Talca, Cauquenes y Linares; y 30 comunas, con una población de 1.044.950 habitantes en donde 305.077 viven en áreas rurales. La capital regional es Talca, ciudad y comuna que desde la década de los '80 ha venido experimentado una rápida expansión demográfica y profundos cambios en su sistema productivo tradicional el cual se ha ido transformando desde uno focalizado en el campesinado productor y abastecedor de materia prima, hacia uno de mayor desarrollo y fomento del mercado de servicios e inmobiliario, lo que se ha traducido en que la comuna sea el núcleo central en la red regional de la distribución y accesibilidad a los servicios de salud terciarios que son capaces de prestar atención en los casos de mayor complejidad. Si analizamos la información territorial disponible en la actualidad en las diversas bases de datos oficiales como, por ejemplo, la Infraestructura de Datos Geoespaciales (IDE), el Sistema Nacional de Coordinación de Información Territorial (SNIT), la Biblioteca del Congreso Nacional (BCN), entre otras, nos daremos cuenta que entorno a la ciudad de Talca se encuentran 5 comunas descritas en la Tabla 1 que son: San Rafael, Maule, San Clemente, Pelarco y Pencahue, de las cuales estas dos últimas se encuentran dentro de las comunas con mayor población censada en área rural de la región, además de que el grupo etario predominante es el de 50-60 años y que ninguna de las 5 comunas cuenta con algún servicio de salud de categoría terciaria, supeditando el bienestar de gran parte de la población regional a la capacidad de atención del Hospital Regional de Talca Dr. César Garavagno Burotto, el que en particular ha sido ampliamente criticado a nivel local por una serie de errores y negligencias cometidas en sus dependencias (González, 2009).

Para el desarrollo de la investigación se contemplarán como área de estudio las dos comunas con mayor índice de ruralidad, Pelarco y Pencahue, de las cinco que rodean a la capital regional -Talca- en donde se encuentra uno de los tres recintos

hospitalarios de alta complejidad de la región. Se profundizará en datos demográficos como el total de población, porcentaje de habitantes en área urbana y rural, grupo de edad predominante, y en la información disponible sobre el equipamiento de los departamentos de salud de cada comuna.

Comuna	Población	Hospital	Índice de Ruralidad	Grupo Etario Predominante
Maule	49.721	No	21,9	5-9
Pelarco	8.422	No	69,3	50-54
Pencahue	8.245	No	58,3	50-54
San Clemente	43.269	No	49,9	50-54
San Rafael	9.191	No	45,9	10-24
Talca	220.357	Si – alta complejidad	4,3	20-24

**Tabla 1. Comunas y variables de interés para esta investigación.** Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del CENSO 2017.



### 1.3 Hipótesis

Se dispone que la distribución de los servicios de salud de alta complejidad en la red asistencial de la Región del Maule condiciona la accesibilidad y calidad de vida de los habitantes de aquellas localidades más rurales entorno a la capital regional, debido a la inequidad espacial como consecuencia de la planificación de los territorios.

### 1.4 Preguntas de investigación

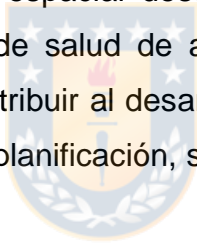
- ¿Es equitativo el acceso de las localidades rurales de la región del Maule a servicios de salud de alta complejidad (tercera categoría)?
- ¿Cuáles son las condiciones que se presentan actualmente entorno a la accesibilidad a los servicios de salud de alta complejidad en la Región del Maule-Provincia de Talca?
- ¿Qué localidades entorno a la capital regional son las más excluidas en la accesibilidad al único hospital de alta complejidad de la provincia?

## **1.5 Objetivo General**

Analizar la distribución espacial de la red asistencial de salud en la Región del Maule y la accesibilidad hacia los servicios hospitalarios de alta complejidad desde las comunas rurales de Penciahue y Pelarco.

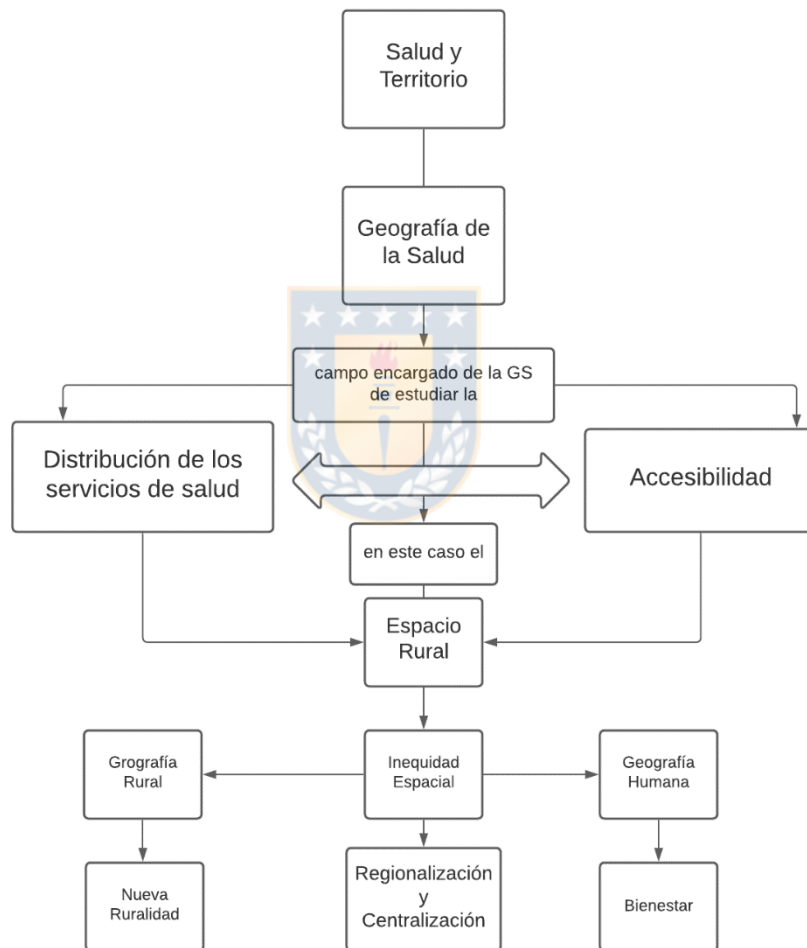
## **1.6 Objetivos Específicos**

- Identificar desigualdades socioespaciales en la distribución de los servicios de salud de alta complejidad desde las comunas de Penciahue y Pelarco.
- Determinar las localidades más excluidas espacialmente en relación al acceso hacia los servicios de salud hospitalarios desde estas comunas.
- Evidenciar la inequidad espacial desde una dimensión geográfica, en el acceso a los servicios de salud de alta complejidad desde los espacios rurales, en vistas de contribuir al desarrollo de nuevas políticas hacia estos territorios en materia de planificación, salud y bienestar.



## CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

A modo de establecer una ruta conceptual en la cual se disponen los ejes teóricos de la investigación, es que se ha elaborado el esquema de la Figura 1. Este busca modelar los conceptos principales que serán Salud y Territorio, estudiados desde algunas de las corrientes que se tratan dentro de la Geografía de la Salud como el análisis de la distribución de las unidades médicas y la accesibilidad hacia estos, en particular, que presentan las localidades de espacios más rurales.



**Figura 1. Representación del marco teórico y conceptual en el que se fundamentará la investigación.** Fuente: elaboración propia.

## **2.1 Salud, Accesibilidad y Nueva Ruralidad: componentes meritorios de ser analizados para contribuir al bienestar de los territorios.**

A través de esta investigación se pretenden evidenciar aquellas diferencias que se materializan sobre los diversos territorios en cuanto al acceso a los servicios de salud de alta complejidad, que son aquellos capacitados para el desarrollo de un mayor número de funciones y atender cierto nivel de emergencias.

Para una mejor presentación del marco teórico de este trabajo se ha decidido establecer tres ejes principales que guiarán su ejecución, estos son Salud, Accesibilidad y Nueva Ruralidad. En relación al primero, se ha considerado la aplicación de corrientes ideológicas propuestas dentro de la Geografía de la Salud para hacerse cargo de los estudios de distribución de los servicios sobre los distintos espacios que se pueden habitar. En cuanto a la accesibilidad, se busca evidenciar la relevancia de esta para el bienestar de la población y su capacidad de condicionar la calidad de vida. Y con respecto a la Nueva Ruralidad, pues es como se decide aproximarse al espacio y concepción de lo rural, a modo de contrarrestar las antiguas nociones tradicionales y residuales que se tenía, planteando una nueva ruralidad más integral en donde convergen aspectos sociales, económicos y culturales.

## **2.2 Salud: noción como derecho y su apreciación desde la Geografía de la Salud.**

El concepto de salud se analizará desde la perspectiva y con las herramientas de estudio que propone la Geografía de la Salud en su afán por abordar la dimensión espacial de las distintas variables y condiciones que se interrelacionan sobre los territorios en materia del bienestar físico y mental de la población. Esta rama de la geografía se constituye sobre dos componentes fundamentales: La Geografía Médica que se focaliza en la distribución espacial de las enfermedades y La Geografía de los Servicios Sanitarios que aborda aspectos espaciales de la

accesibilidad a la atención médica (Olivera, 1993). Lo importante del desarrollo de estos estudios es el eventual aporte en materias de políticas públicas para el ordenamiento territorial que se puede generar y llegar a aplicar sobre los territorios beneficiando la calidad de vida de las comunidades.

Una de las definiciones de salud más importantes para los marcos normativos de gran parte de los países del mundo es la que dispone la Organización Mundial de la Salud (1994) que establece el concepto de salud como *“el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Con esta definición se busca acordar el alcance del concepto y noción de salud el cual en esencia es un enunciado subjetivo y estático pero que al momento de ser estudiado debe ser considerado como un proceso dinámico permanente, el cual refleja el funcionamiento de los sujetos como entes dependientes de las relaciones que se producen en la sociedad (Sánchez-Torres, 2015). En este sentido, el concepto y la idea que pueda generarse cada uno de los individuos sobre la salud, dependerá siempre de las interacciones de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Sobre esta misma línea es que autores como Briceño-León (1999) han planteado que la salud responde a una *“multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía”*. A causa de esta multiplicidad de procesos que intervienen en el desarrollo de la salud de las poblaciones es que el bienestar de estas estará determinado por los diversos elementos que se ven envueltos y que, como señala Frenk (1985) son predominantemente sociales, ya que se vinculan con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, dado que involucra a todos los agentes de la comunidad.

Parte fundamental del funcionamiento de todo sistema de salud son los recursos humanos, técnicos y de infraestructura de los cuales se dispondrá para atender las necesidades de la población, por estas limitaciones es que autores como Alcántara-



Moreno (2008) se han referido a la salud como *“un hecho social que puede ser tratado como cosa, y es extenso y coercitivo al individuo”*.

Que la salud de la población como hecho social sea coercitivo sobre el individuo tiene que ver con los elementos y componentes de los cuales debe valerse para poder ser eficaz, se requiere de recursos humanos, técnicos, infraestructura hospitalaria adecuada e insumos según las necesidades y demandas que presente la sociedad. En este sentido es que la Geografía de la Salud puede brindar un apoyo teórico y práctico-territorial en vistas de la planificación de los territorios y la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de la población para poder reducir las brechas y exclusiones que se materializan sobre los diversos espacios que se habitan, y de esta manera buscar que la distribución de los servicios sea equitativa y de calidad de tal manera que su ayuda sea más efectiva y su alcance menos excluyente. Haciendo referencia a la exclusión que se suele producir en la distribución de los servicios de salud es que autores como Daniels (1985) plantean que las políticas aplicables en materia de salud deben ser concebidas como parte de la estructura básica de la sociedad y que por lo mismo debe regirse por principios de justicia ya que son capaces de intervenir directamente en la capacidad de realización de los proyectos de vida de las personas.

Es importante que se disponga de estos elementos mencionados previamente como parte de la primera etapa de reacción en cuanto a las necesidades que pueda presentar la población respecto a la salud, pero no se debe olvidar que el ofrecer un servicio no siempre es sinónimo de que las personas puedan realmente hacer uso de este, ya que en este caso en particular, influirá fuertemente la accesibilidad de la cual disponga la población hacia los servicios de salud, la que considera variables como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y otras cualidades individuales que puedan ser demandadas, es así como serán diferentes las necesidades y variables entre las comunidades de los sectores más urbanizados y de aquellas que habitan los sectores más rurales del territorio.

Bajo esta noción de las necesidades acordes a los territorios es que podemos considerar que la geografía determina el estado de salud de sus poblaciones en la medida que logra resolver los problemas de accesibilidad a la misma y a sus servicios, además de que influye de manera importante -más en el contexto global actual- sobre las transiciones epidemiológicas, demográficas y nutricionales. En este sentido, se plantea que la geografía ha limitado de cierta manera la integración política y económica, razón por la cual las inequidades y la exclusión social continúan (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Cuando se estudia la accesibilidad a los servicios de salud se debe tener en cuenta otro concepto de suma importancia ya que entrega gran cantidad de información, como es la atencionalidad, el cual busca expresar la proporción de los afiliados de cada sistema que efectivamente usa los establecimientos públicos de salud en un determinado periodo de tiempo equivalente a los últimos tres meses (División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, 1997).

En Chile la cuantificación de la atencionalidad se encuentra a cargo de la Encuesta Nacional de Caracterización Social y Económica (CASEN) la cual se lleva a cabo por el equipo del Ministerio de Planificación con una periodicidad bianual. A través del análisis de los estudios realizados sobre la red asistencial de salud en Chile se pueden dilucidar ciertos comportamientos de la Población Usuaría, entendiéndose esta como la población que efectivamente utiliza las instalaciones de salud, independientemente del sistema de seguro al que pertenece y es que se ha visto que no todos los beneficiarios públicos (adscritos a FONASA) hacen uso de los establecimientos ambulatorios del sector público, esto porque el sistema otorga ciertas opciones de elección como la modalidad libre, en la cual es posible acceder a centros médicos privados, y por otra parte se encuentra la población que si bien figura dentro del sistema de salud privado, hace uso de la infraestructura pública para reducir los costos de atención (Arteaga *et al*, 2002).

Estas desigualdades y diferencias que se presentan entre la red asistencial pública y privada en Chile tienen lugar dado que su corrección estructural se hace

muy difícil por asuntos normativos que rigen a la autoridad sanitaria nacional la cual tiene funciones meramente administrativas para la red proveedora pública, situación que complica y subordina la toma de decisiones de la autoridad por la presión de grupos de interés con mayor poder político y económico, lo que termina debilitando su capacidad de racionalizar el funcionamiento del conjunto de la red asistencial (CLAISS, 1999; Solimano & Vergara, 2000).

Es necesario que toda gestión de la red asistencial de salud a la cual tiene acceso la población se desarrolle bajo acciones que prevean la equidad como principio fundamental, en materia de salud se han dado a conocer ya propuestas definitorias como plantea Whitehead (1990) quien señala que la equidad en salud se refiere a las diferencias innecesarias, evitables e injustas que pueden intervenir en la operabilidad del sistema de salud.

### **2.3 Accesibilidad: consideraciones sobre el acceso a los servicios de salud desde la Geografía.**



Cuando se habla de accesibilidad a los servicios de salud se hace referencia al grado de disponibilidad espacial de los servicios de salud, lo cual está estrechamente relacionado con la cobertura de los servicios de salud, que se entiende como el grado de influencia y capacidad de respuesta social y territorial de los servicios según su distribución (Phillips, 1990). En Chile y en la gran mayoría de los países la accesibilidad a los servicios de salud se encuentra regulada a través de la normativa impuesta en el sistema de salud, el cual en palabras de la OMS (2013) *“debiese cumplir con la oferta de servicios equitativos y de calidad que protejan de modo no excluyente ni desigual a los ciudadanos de enfermar y de la desprotección financiera y las implicaciones que pueden generar, buscando que se logre a través de la eficiencia”*.

En este sentido, Sánchez-Torres (2017) propone que es posible abordar el estudio de la accesibilidad bajo tres vertientes:

1. Como parte de un proceso de implementación de la política pública:

Es importante que en los procesos de gestión y desarrollo de la política pública se contemple la accesibilidad a la red asistencial de salud ya que de no considerarla sólo se estaría aportando a que la brecha de implementación entre servicios y territorios se amplíe, como señala, por ejemplo, Maerilee Grindle en el artículo “La brecha de la implementación” del año 2009.

2. Como un componente de la política pública integral de salud propuesta por la OMS:

La Organización Mundial de la Salud en la Convención de Ginebra del año 2013 establece que el derecho a la salud debe considerar cuatro elementos claves con los cuales se garantizará que la gestión política y pública sea integral con un impacto completo en la atención de las necesidades sanitarias de la población. Los cuatro elementos fundamentales son los siguientes:

- A. **Disponibilidad:** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud.
- B. **Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva.
- C. **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par de sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida.
- D. **Calidad:** Deberán proporcionar una atención apropiada y con una condición adecuada a la necesidad de la población. Se rescata el concepto como el medio oportuno para que se haga realidad el

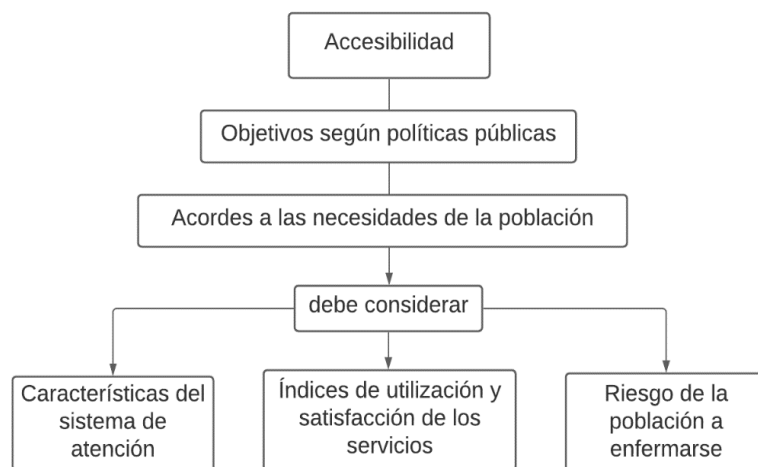
cumplimiento de la satisfacción de la persona por recibir la atención que requiere.

3. Como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda:

Bajo esta tercera vertiente teórica, no basta solo con la existencia de una infraestructura que sostenga a los servicios de salud, sino que además se hacen necesarias las condiciones para que parte importante de la población demande el servicio determinado.

En torno al concepto de accesibilidad y su alcance es que se han dado varios debates teóricos sobre el mismo para ir adaptándolo y se han logrado definir dos líneas teóricas para su definición. Por una parte, se considera el acceso a los servicios de salud según datos como el ingreso familiar, la cobertura del seguro, actitud hacia la atención médica y, por otra parte, se consideran variables como el desempeño del sistema revisando la distribución y organización de la mano de obra e infraestructura. Para otras investigaciones también se ha definido el acceso en base a los indicadores de resultado del paso de los individuos en el sistema, como son las tasas de utilización o bien los patrones de demanda de la población (Sánchez-Torres, 2017).

De esta forma es que el acceso -o la accesibilidad- puede ser conceptualizado como se expresa en la Figura 2, a partir de los objetivos que exponga cada política pública de salud acorde a las necesidades de su población, considerando las características del sistema de atención, el riesgo de la población a enfermarse, la utilización actual de los servicios y la satisfacción del consumidor con estos.




**Figura 2. Conceptualización de la Accesibilidad según Aday y Andersen.** Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de Aday y Andersen (1974), *A theoretical framework for the study of Access to Medical Care. Health Services Research.*

Otros autores han abordado la accesibilidad de acuerdo a sus posiciones académicas y epistémicas, como por ejemplo Moseley (1979) quien entiende la accesibilidad desde una noción física o geográfica en donde el destino puede comprenderse como un atributo relacionado intrínsecamente con la población y por lo que ciertos servicios resultan accesibles a unos individuos pero inaccesibles para otros aún si estos presentan la misma distancia al servicio, aquí intervienen los atributos y condiciones personales de cada individuo que determinan las diferentes oportunidades de acceso que presenta cada uno. Estas diferencias se pueden clasificar según Joseph y Phillips (1984) de la siguiente manera:

1. **Barreras sociales:** considera la distancia social existente entre el usuario potencial y el servicio, en donde se incluye la clase social, educación, valores culturales, percepciones y creencias.
2. **Barreras económicas:** son aquellas que impiden la accesibilidad, sea por falta de recursos para el transporte o para la compra de determinados insumos que se hacen necesarios.

3. **Barreras administrativas:** manifiestan la dificultad de la organización misma de los servicios, como, por ejemplo, el ajustar los horarios de atención o los turnos del personal calificado, como también la distribución territorial de los servicios.
  
4. **Barrera cultural:** son las diferencias entre las culturas que convergen en determinadas situaciones, en este caso, entre el personal de los servicios de salud y la población. Las dificultades para entender mutuamente el idioma que se habla puede ser el mejor ejemplo.

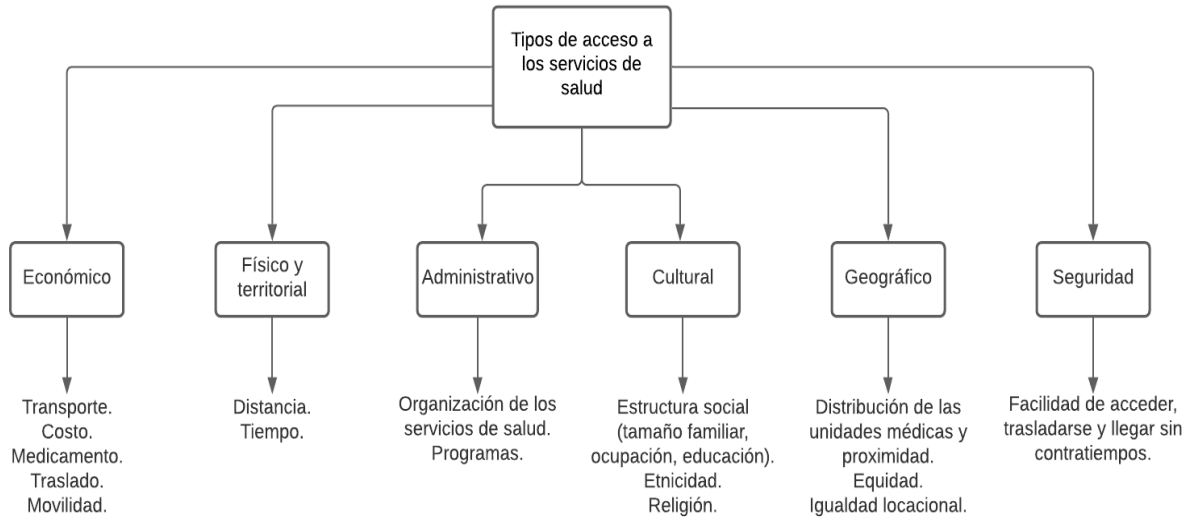
La realización de esta investigación se irá dando en torno a esta noción geográfica de la accesibilidad, en donde Moseley (1979) la abarca desde una perspectiva más física considerando principalmente la relación espacial entre la población y el acceso a la red asistencial de salud, atendiendo los atributos y condiciones de cada individuo o comunidad. De igual forma, es importante exponer otros fundamentos sobre la accesibilidad en virtud de la integridad del estudio que se pretende realizar. En la Tabla 2 se exponen algunos otros diferentes enfoques sobre la accesibilidad que podrían ser relevantes para este desarrollo.

Enfoque Social	Enfoque Económico	Enfoque Cultural
<p>Ofrece una mirada con enfoque social al analizar la accesibilidad y la adherencia, la cual constituye un factor determinante en la accesibilidad. Hacer uso de los servicios denota accesibilidad, pero esta se interrumpe si no existe adherencia a los mismos por parte del usuario; es decir, si no identifica los servicios médicos como el medio para satisfacer la necesidad de atención y se establece un sentido de pertenencia (Carracedo, 2006).</p>	<p>Se hace una clasificación de barreras y estiman los determinantes del acceso en tres niveles: el primero, presentar un problema de salud; el segundo, utilizar el sistema formal; el tercero, la percepción de la calidad del servicio. En base a ello, marcan los determinantes que más influyen en la accesibilidad (Aday y Andersen, 1974 ).</p> 	<p>La accesibilidad cultural se refiere a la concepción de los beneficiarios del sistema, a fin de establecer si pueden o no ser considerados como aceptables por sus destinatarios, esto es, los servicios deben calificarse como apropiados a las necesidades prioritarias y, por tanto, deben ofrecer asistencia de calidad. (Sánchez-Torres, 2017)</p>

**Tabla 2. Otros enfoques sobre Accesibilidad.** Fuente: Elaboración propia

Es importante considerar, al momento de plantear problemáticas entorno a la accesibilidad, aquellas categorías o dimensiones que influyen sobre la población al momento de hacer uso de los servicios de salud. Si bien anteriormente se nombraron las barreras planteadas por Joseph y Phillips (1984), es necesario incorporar a estas las distintas dimensiones que aportan a la comprensión de los problemas en cuanto a la accesibilidad se refiere. Sánchez-Torres (2017) plantea que estas dimensiones pueden manifestarse en distintos tipos de acceso los cuales se pueden agrupar de la siguiente manera: Económico, Físico y Territorial, Administrativo, Cultural, Geográfico y de Seguridad. En la Figura 3 se pueden ver representados los seis tipos de acceso a los servicios de salud propuestos por los autores y las principales variables a considerar en cada uno.





**Figura 3. Tipos de acceso a los servicios de salud.** Fuente: elaboración propia a partir de Sánchez-Torres (2017), *Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud.*

Si se quiere hablar, en sentido de una concepción integral de la accesibilidad, se deberán contemplar todas las dimensiones expuestas en la figura anterior y la forma en que estas convergen en la realidad, en donde la tipología de accesos a los servicios de salud se manifiesta como parte de un todo, en el cual si bien pueda existir la disponibilidad de servicios de salud, no bastará con ello ya que es imprescindible que se pueda cumplir con la posibilidad de que las personas puedan asistir al servicio determinado, situación que a su vez se verá influenciada por diversas variables como el costo de traslado y el cobro de atención, condiciones que finalmente terminan profundizando las inequidades sociales entorno a la accesibilidad a los servicios de salud en el país ya que se termina limitando y diferenciando a parte importante de la población, entre quienes no pueden costear los medios para efectivamente acceder al servicio y aquellos que si bien pueden acceder o accedieron, deberán prescindir de otros elementos fundamentales en su bienestar personal.

Las dificultades entorno a la implementación de políticas públicas que aporten realmente a mejorar la accesibilidad a los servicios de salud surgen principalmente de las complejidades derivadas de las diferentes necesidades y condiciones que

debe afrontar la población, las que además cambiarán según el tipo de asentamiento en el cual habiten. No podrán implementarse las mismas políticas para comunidades urbanas y localidades rurales ya que en las ciudades es más probable que exista una disponibilidad mayor de centros de salud, sean públicos o privados independiente de su disposición. Mientras que en las localidades rurales la mayor problemática en cuanto a la accesibilidad se refiere tendrá que ver con la distancia al servicio de salud más próximo y las formas de traslado, además de considerar que al momento en que logren los habitantes de los sectores rurales llegar al servicio puedan ser atendidos, de forma tal que se haga efectiva la accesibilidad y su derecho a la salud.

#### **2.4 Ruralidad: una forma de replantear las necesidades de las localidades más excluidas fuera de los núcleos urbanos.**

En Chile y en gran parte de Latinoamérica desde el siglo XX se han llevado a cabo procesos migratorios importantes, en un principio, desde las áreas rurales hacia los centros urbanos en busca de una mejor calidad de vida, que se promovía por el desarrollo que significaba en aquellos años la localización y establecimiento de los núcleos urbanos. Hoy en día se siguen experimentando estos cambios con relación entre los grandes espacios urbanos y las áreas rurales, pero se manifiestan con características un poco diferentes.

En la actualidad aquella parte de la población con mayores recursos busca migrar hacia el campo en busca de un bienestar especial que ya no es posible encontrar en las grandes ciudades dado el gran hacinamiento que se ha provocado por el sistema económico y de desarrollo implementado durante los años. Esto ha llevado a que las antiguas zonas rurales en donde se desarrollaban esencialmente actividades del sector primario y de abastecimiento para las ciudades, se hayan visto perjudicadas por lo rápido que estos nuevos procesos migratorios se han ido dando, interviniendo los diversos escenarios sociales, demográficos, culturales y económicos que han de suscitar la configuración del espacio rural.

La Organización Mundial de la Salud en la VII Conferencia Iberoamericana de ministras y ministros de salud (2006) constituye que la mayoría de las comunidades rurales que habitan América Latina cuentan con condiciones de vulnerabilidad en lo que al acceso a los servicios de salud se refiere y denota la relevancia que conllevan las barreras geográficas, culturales y socioeconómicas que le impiden a la población rural acceder a la atención por parte de profesionales y hacer uso de su legítimo derecho a la salud.

En los sectores rurales muchas veces las condiciones geográficas del territorio significan una barrera importante en cuanto a la accesibilidad por parte de la población para desenvolverse en sus actividades diarias, son cuantiosos los ejemplos de comunidades que no cuentan con líneas de transporte público cercanas, hecho que profundiza la inequidad social ya que se termina excluyendo, por falta de políticas públicas, a los habitantes de los espacios rurales. El problema de la accesibilidad a los servicios de salud desde los espacios rurales se desprende de un problema mayor, que es el profundo centralismo que tiene lugar en Chile y la inequidad regional que existe entre los recursos, especialmente en materia de salud donde el funcionamiento de las instituciones se ha ido ejecutando en base a las necesidades en salud-enfermedad y no en las necesidades de cada grupo poblacional (Soto *et al*, 2016).

Entre las principales definiciones sobre ruralidad en este marco teórico y conceptual, se considerará la propuesta de los autores Carvajal *et al* (2007) quienes se refieren a ella “...*en un modo de habitar un territorio, es la construcción social y cultural realizada tanto por los habitantes del territorio (zonas rurales) como por aquellos que piensan y actúan sobre lo rural.*” Este trabajo pretende abordar este concepto desde las corrientes de la Nueva Ruralidad, repensando el antiguo paradigma reduccionista que ha predominado durante décadas, el cual genera la idea sobre que el espacio rural es exclusivamente agrícola y cuya relación con lo urbano es únicamente residual como resultado de la construcción social de lo que positivamente se considera como urbano y moderno (Gómez, 2004). Se busca

desarrollar una visión territorial de lo rural en la cual se adhieran los aspectos económicos, ambientales, sociales, históricos y políticos que se han dado en los sectores rurales y que son fundamentales para contribuir al desarrollo de este espacio y del paradigma de construcción social que conlleva (Echeverri y Ribero, 2002).

En la complejidad del espacio rural, donde convergen y se desarrollan relaciones y tradiciones especiales producto de la permanencia de imaginarios socioculturales sobre los procesos de salud –y el vivir mismo- y lo que significa el tratamiento de las enfermedades, es que parte considerable de estos habitantes prefiere utilizar o hacer caso a los saberes tradicionales para buscar satisfacer la necesidad de la cual requieran (Montoya, 2014).

Esta situación suele verse “apoyada” en ocasiones por los inconvenientes que se dan en la relación de atención entre las instituciones de salud y quien solicita el cumplimiento de una necesidad, en donde muchas veces se vulneran las consideraciones culturales, económicas y sociales de los habitantes de las áreas rurales, esto por la falta de preparación de las mismas instituciones las cuales no consideran la situación de origen y el contexto en el cual se pueden desenvolver las personas que habitan estos espacios. Es necesario que se desarrollen políticas públicas encargadas del acceso efectivo a los servicios de salud en las áreas rurales del país y frente a ello es que esta investigación pretende ser un aporte al buscar evidenciar tales problemáticas. El desarrollo de políticas que mejoren la calidad de vida de los habitantes de las zonas rurales debe encargarse de desmitificar el campo como menciona Farrington y Farrington (2005) a modo de esclarecer que *“las diferencias entre los grupos sociales son la clave para interpretar las experiencias de los habitantes de las zonas rurales”,* y que *“en ningún lugar es esto más evidente que en lo que respecta a la accesibilidad”*. De esta manera se deberán hacer cargo de la percepción errónea que se tiene hoy en día sobre este asunto, el cual se suele considerar sólo como un problema de transporte rural en donde la

mejor solución se enfoca en una suposición en la cual de mejorar el transporte el problema se dará por resuelto.

Este tipo de resolución del conflicto ha sido ampliamente criticado por autores como Moseley (1979) y Cloke (1984) desde el paradigma geográfico de la accesibilidad, en donde señalan que es sumamente difícil ofrecer un transporte con alta frecuencia a bajo costo que pueda disminuir las diferencias y la inequidad de acceso en las zonas rurales. Las verdaderas soluciones deben surgir desde una perspectiva más integral y holística de la accesibilidad en la cual se considera un espectro teórico y metodológico mucho mayor que considera el tiempo de las personas, los compromisos de la vida diaria, las capacidades físicas y las actitudes que se tengan hacia la participación y el uso de los servicios, desplazando un poco a aquellos paradigmas puramente basados en la movilidad y el transporte.



## **2.5 Distribución de los servicios de salud: inequidad espacial como consecuencia de la planificación de los territorios.**

Desde la geografía humana la distribución de los servicios de salud puede ser considerado en relación al bienestar y la calidad de vida de los habitantes ya que la forma en que esta se va materializando conforme a la ejecución de determinadas políticas públicas, es capaz de condicionar, como señala Smith (1977), “los beneficios y penalidades de la vida”, situación que depende a su vez de la eficiencia en el uso de los recursos y de la equidad que se promueva a través de los hechos, en donde la accesibilidad cumple un rol primordial en cuanto a la sensación de bienestar de la población.

Al buscar evidenciar la inequidad espacial en cuanto a la distribución de los servicios de salud sobre cualquier territorio, se estará abordando la justicia social desde una perspectiva geográfica del acceso hacia los servicios, el cual depende de una serie de complejas relaciones de causa-efecto que se sostienen día a día por medio de la ejecución de las actividades diarias que se encuentran limitadas

económica y socialmente según las oportunidades de vida, que en muchos casos pueden no prosperar por la falta de acceso y de integración de las áreas excluidas de un esquema desarrollado fundamentalmente para los sectores urbanos. Una sociedad que busca responder a la justicia social debe garantizar las oportunidades de participación en la planificación a las personas que habitan los territorios, estos procesos deberían ejecutarse de manera inclusiva, reconociendo la validez de la elección personal y colectiva en donde la accesibilidad se tome en cuenta de forma equitativa buscando garantizar las necesidades básicas de cada grupo de personas, principalmente en materia de seguridad física, salud y educación.



## CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

### 3.1 Contextualización del área de estudio

La séptima región se extiende entre los 34°41' y 36°33' de latitud Sur. Al Norte limita con la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, al Sur con la Región de Ñuble, al Oeste con el Océano Pacífico y al Este con el límite internacional de la república de Argentina. La superficie regional es de 30.469,1 km<sup>2</sup>, que representa el 4.0% de la superficie Nacional, excluyendo el territorio Chileno Antártico (Biblioteca del Congreso Nacional, 2021). Esta se divide en cuatro provincias apreciables en la Imagen 1: Talca, Curicó, Linares y Cauquenes con un total de 30 comunas, para fines de este estudio consideraremos tres comunas que pertenecen a la Provincia de Talca:

- Constitución, Curepto, Empedrado, Maule, Pelarco, Penciahue, Río Claro, San Clemente, San Rafael y Talca.

Las de interés en este caso serán Talca, Penciahue y Pelarco y su selección será basada en el nivel de ruralidad de las comunas entorno a la capital regional y a la ubicación del hospital de alta complejidad más cercano.

Según el último Censo realizado el año 2017 la Región del Maule contaría con una población de 1.044.950 habitantes, siendo la cuarta región más poblada del país y la que lidera los índices de población censada en zonas rurales con un 32%, presentando el porcentaje de ruralidad más alto del país por delante de las regiones de La Araucanía (31,6%), Los Lagos (30,1%), Los Ríos (31,0%) y O'Higgins (28,1%) (Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, 2017). Su capital regional es la ciudad de Talca, principal núcleo urbano, fundada en 1692, que, tras ser destruida por un terremoto, se volvió a levantar en 1742.

La población se distribuye principalmente en la depresión intermedia, lo que permite la existencia de numerosos poblados pequeños en las zonas rurales y una

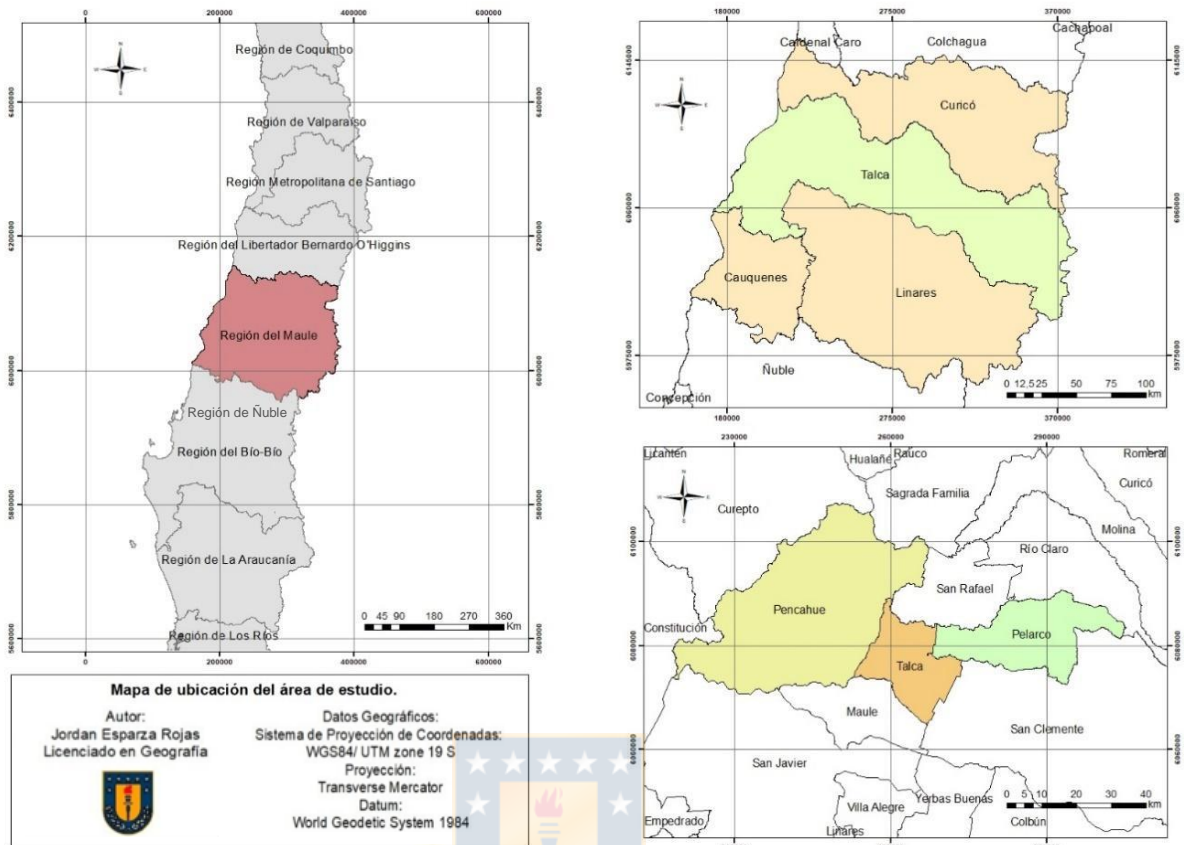
mayor dispersión de los asentamientos contando con una densidad cercana a 34,7 habitantes por kilómetro cuadrado.

Esta región es una de las más características respecto de las costumbres y tradiciones propias de la ruralidad campesina del país. En sus territorios aún es posible encontrar una amplia gama de manifestaciones populares que forman parte del legado cultural nacional, lo que, asociado con una histórica agricultura de tipo tradicional que se sigue manteniendo aún en algunos sectores, conforman el paisaje del Maule (Biblioteca del Congreso Nacional, 2021).

En materia económica, la región representa el 3,4% del PIB Nacional con un equivalente a \$6.798 miles de millones, la distribución del PIB regional en tanto, está liderado los servicios personales con un 16%, luego las industrias manufactureras con un 14% y en por último la agricultura, ganadería y pesca con un 13%, en cuanto a las empresas se establece que el 35% corresponden al rubro comercial, entre restaurantes y hoteles; un 22% a la agricultura, ganadería y pesca; y un 14% a los servicios personales (Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, 2021). Al año 2015 el total de la población rural correspondía a 336.294 habitantes de los cuales 73.884 estarían bajo la incidencia de la pobreza (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

En cuanto a las condiciones geofísicas que caracterizan al área de estudio destacan su clima templado de tipo mediterráneo con temperaturas estivales entre 19°C y 30°C y en invierno una media de 7°C. En relación a la vegetación se determina que hacia el sector cordillerano dominan los espinos, mientras que en los sectores más húmedos los matorrales esclerófilos, en donde la extensa depresión intermedia domina el área de interés para esta investigación.





**Imagen 1. Mapa de ubicación de las comunas estudiadas.** Fuente: elaboración propia en base a la información territorial recuperada de la Biblioteca del Congreso Nacional.

### 3.1.1 Talca: desde la agricultura a la disposición de servicios.

En principio había sido fundada en 1692 por el gobernador Tomás Marín de Poveda, perdurando hasta el alzamiento indígena de 1717 donde se destruye por completo. Su refundación se remonta al año 1742 bajo el mandato del gobernador Manso de Velasco. Su origen respondió a propósitos políticos, administrativos y territoriales estratégicos en vistas de facilitar la comunicación entre la capital, Santiago, y la frontera mapuche.

Por el año 1840 alcanza un nivel importante en cuanto a la dotación de sus servicios ya que el sistema agrícola que se encontraba en la cuenca del Maule se expandió considerablemente gracias a las exportaciones de trigo, de esta forma la ciudad se consolidó como eje administrativo y núcleo poblacional de una región pionera en el cultivo y exportación de cereales y agricultura en general logrando que

al año 1873 ya se consolidara un importante sector comercial acompañado de plantas de tratamiento de los cereales. Los tiempos de prosperidad se verían interrumpidos repentinamente por el terremoto de 1928 que destruye gran parte de la ciudad, impidiéndole volver a acceder durante años a su antigua relevancia (Biblioteca Nacional de Chile, 2021). Desde los años 2000, Talca comienza a vivir nuevos tiempos de crecimiento gracias a la oferta progresiva de servicios, ya contando con universidades de renombre y gran potencial agroindustrial, consolidando su carácter de capital regional. Al 2017 según el último censo la población era de 220.357 habitantes, predominando el grupo entre 20-24 años y en donde el principal sector económico es el terciario con un 88% siendo el principal aporte regional en materia de servicios materiales no productivos de bienes que se ofrecen a los ciudadanos (Censo, 2017).

### **3.1.2 Breve análisis sobre el Hospital Regional de Talca.**

Como pieza fundamental del Servicio de Salud Del Maule, el cual cuenta con más de 30 años de trabajo, formando parte de una red asistencial de 13 hospitales y 30 departamentos de salud, se encuentra el Hospital Regional de Talca, servicio de salud de categoría terciario capaz de hacerse cargo de necesidades más especializadas y complejas como pueden ser las intervenciones quirúrgicas. En la actualidad es uno de los únicos tres hospitales (Talca, Curicó, Linares) que, en teoría, pueden cumplir con los requerimientos más graves de la población regional que lo requiera. A lo largo de su trayectoria, el Hospital de Talca se ha visto inmerso en situaciones poco convenientes para su reputación, en donde se han constatado una cantidad importante de negligencias que culminaron en procedimientos mal realizados de los cuales en algunos casos llevaron al deceso de los atendidos o en situaciones irreversibles.

Desde el año 2013 al 2018 las atenciones de urgencia que ha realizado el Hospital Regional de Talca presentan una clara tendencia al alza según los datos expuestos en su Plan de Desarrollo Estratégico (PDE) publicado el año 2019. Esta

tendencia puede ser respaldada con el rápido crecimiento demográfico que ha experimentado la región, lo que se traduce en una demanda cada vez mayor del servicio, como lo constatan los datos de la Tabla 3. Dentro del mismo periodo de años, en particular desde el 2016 al 2018 las atenciones nuevas que demandan el cumplimiento de alguna necesidad en el hospital aumentaron de 85.324 a 114.506 en tres años, así como los controles de personas ya registradas se incrementaron en cerca de 30.000 solicitudes (Tabla 4). En cuanto a la dotación de instrumentos del hospital, por ejemplo, de pabellones, se puede observar en el PDE que ha pasado de 9 en 2013 a 22 el 2018, los cuales se dividen según especialidades como cirugía electiva, obstetricia y de urgencia (Tabla 5). Otro aspecto que se puede destacar de esta red asistencial es el tipo de previsión de salud predominante de los usuarios del hospital, en base a los datos apreciables en el Gráfico 1 y expuestos en los Diagnósticos Regionales en Salud del 2016, es el Grupo B el que más ha frecuentado con un 36%, en este se encuentran las personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a \$250.000 y/o beneficiarios de pensiones, a este grupo se le asegura la gratuidad en el Sistema Público y la facilidad de comprar bonos. El segundo grupo más atendido es el A con un 34,5%, en este clasifican las personas indigentes o carentes de recursos y causantes de subsidio familiar otorgándoles gratuidad en el Sistema Público de Salud (Superintendencia de Salud, 2016).

TIPO DE ATENCIÓN	2013		2014		2015	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
Atención Médica Adulto	41.228	45,45	44.458	47,00	45.215	46,70
Atención Médica Pediátrica	36.500	40,23	36.053	38,09	37.752	38,99
Atención Médica Gineco-Obstetra	12.994	14,32	14.134	14,93	13.854	14,31
<b>TOTAL</b>	<b>90.722</b>	<b>100%</b>	<b>94.645</b>	<b>100%</b>	<b>96.821</b>	<b>100%</b>

TIPO DE ATENCIÓN	2016		2017		2018	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
Atención Médica Adulto	43.394	47,16	47.241	47,38	56.205	48,62
Atención Médica Pediátrica	34.129	37,09	36.407	36,51	39.905	34,52
Atención Médica Gineco-Obstetra	14.486	15,75	16.067	16,11	19.482	16,86
<b>TOTAL</b>	<b>92.009</b>	<b>100%</b>	<b>99.715</b>	<b>100%</b>	<b>115.592</b>	<b>100%</b>

Fuente: [www.ssmatle.cl](http://www.ssmatle.cl) - Departamento Información para la Gestión, Bioestadística, Registros Estadísticos Mensuales (REM A00) y Cuentas Públicas HRT

**Tabla 3. Atenciones de Urgencia, Hospital Regional de Talca, 2013 al 2018.** Recuperado del Plan de Desarrollo Estratégico del Hospital Regional de Talca (2018).

ATENCIÓNES	2016	2017	2018
Consultas nuevas	85.324	86.867	114.506
Controles	140.232	145.770	178.395
<b>TOTAL</b>	<b>225.556</b>	<b>232.637</b>	<b>292.901</b>

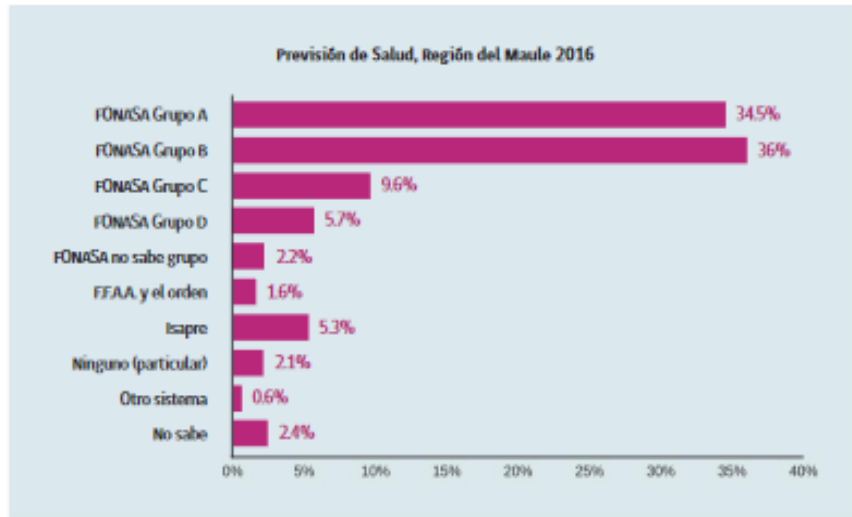
Fuente: HRT, Cuenta Pública 2018

**Tabla 4. Consultas Médicas por Especialidad Hospital Regional de Talca, 2016 al 2018.** Recuperado del Plan de Desarrollo Estratégico del Hospital Regional de Talca (2018).

TIPO DE QUIRÓFANOS	PABELLONES HOSPITAL REGIONAL DE TALCA					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
De cirugía electiva	8	8	8	14	16	19
De urgencia	1	1	1	2	2	2
Obstétrico	0	0	0	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>22</b>

Fuente: HRT, Departamento de Estadística e Información de la Producción, 2013 al 2018 y Cuentas Públicas

**Tabla 5. Número de Pabellones, Hospital Regional de Talca, 2013 al 2018.** Recuperado del Plan de Desarrollo Estratégico del Hospital Regional de Talca (2018).



Fuente: Diagnósticos Regionales en Salud con Enfoque en Determinantes Sociales 2016

**Gráfico 1. Previsión de Salud en la Región del Maule año 2016.** Recuperado del Plan de Desarrollo Estratégico del Hospital Regional de Talca (2018).

### 3.1.3 Pelarco: entre los mayores índices de ruralidad.

Comuna ubicada 26 kilómetros al norte de Talca, en ella se trabajan principalmente empresas ganaderas, avícolas y productoras de semillas y diversos frutos. Al año 2017 según el último censo, su población era de 8.422 habitantes establecidos en 3.282 viviendas. De estos los principales grupos etarios van desde los 15 a los 64 años con un 65,8%, la población censada en área rural alcanzó el 69,3% siendo la segunda comuna de la región con el más alto índice por detrás de Vichuquén. En relación a la empleabilidad, esta se sustenta principalmente por actividades ligadas al sector terciario con un 53% y en segundo lugar con actividades del sector primario con un 42%, siendo las principales la ganadería y agricultura.

En cuanto al departamento de salud de la comuna, este se ha encontrado operativo desde diciembre de 1981, colocando hoy en día a disposición de la comunidad un Centro de Salud Familiar y tres Postas de Salud Rural las cuales se encuentran en los sectores de Huencuecho, El Manzano y Santa Rita. El equipo del departamento de salud comunal dispone de especialidades como odontología,

psicología, obstetricia, kinesiología, enfermería, nutrición, y personal administrativo. El año 2004 el Ministerio de Salud consideró acreditar el modelo de Salud Familiar del departamento, convirtiendo a la comuna en la primera de la provincia de Talca en obtener tal reconocimiento que le ha significado poder trabajar de manera integral con las 2.100 familias que se encuentran inscritas en la comuna. Su capacidad técnica, según el propio Departamento de Salud de Pelarco (2021), para emergencias actualmente es de dos ambulancias de urgencias, dos ambulancias de traslado y dos vehículos de terreno los cuales se disponen a recorrer los lugares de difícil acceso en el territorio.

#### **3.1.4 Penciahue: tierra de tradiciones campesinas.**

La comuna de Penciahue se encuentra a 15 Km al poniente de Talca, posee una superficie de 956,8 Km<sup>2</sup> y su población es de 8.245 habitantes en base al último censo del año 2017 que se reparten en 6.278 habitantes en población rural y 2.037 en población urbana. El porcentaje de población censada en áreas rurales se encuentra entre los más altos de la región con un 58,3% formando parte de las 10 comunas, de las 30 de la región, con índices de ruralidad más altos. En el aspecto económico se mantiene la tendencia al sector terciario prevista en las otras dos comunas estudiadas, en este caso un 46% de las actividades son de este tipo, un 43% al sector primario en el que destaca el cultivo de plantas y hortalizas y solo un 11% al sector secundario.

En cuanto a los servicios de salud disponibles en la comuna no es mucha la información que está disponible en medios digitales oficiales, en el sitio del Servicio de Salud del Maule al año 2021 se establece que en la comuna de Penciahue existe un Centro de Salud Familiar de tipo Consultorio General Urbano con dependencia municipal y nivel de atención primario ubicado en la dirección Fernando Parot Silva S/N.

Por otra parte, en el sitio web de la Ilustre Municipalidad de Penciahue (2013) se puede acceder a uno de los convenios firmados en materia de salud resuelto el 18

de marzo del año 2013 denominado “Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural”. En este se deja constancia de que los aportes estatales mensuales se verán incrementados en vistas de la Atención Primaria de Salud Municipal para buscar instaurar una mayor Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, como también mejoras en la modernización del equipo de Salud Rural. Por medio de este convenio se buscaba favorecer las condiciones de atención en las Postas de Salud Rural, sea equipamiento, transporte, comunicaciones y personal de la Red Asistencial. De esta manera se favorecería la calidad y frecuencia del trabajo en terreno en las localidades rurales y se implementarían estrategias innovadoras acorde a las necesidades familiares y comunitarias presentes en la comuna.

### **3.1.5 Pobreza por comuna: factor protagonista a nivel regional.**

En Chile desde el año 1987 se levanta la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) por parte del -hoy en día- Ministerio de Desarrollo Social y Familia con el fin de proporcionar información sobre la realidad económica y social del país. En este sentido, y buscando aplicar métodos de mayor confiabilidad es que desde el año 2012 el ministerio decide, bajo el asesoramiento de expertos y con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) comenzar a ejecutar una metodología de estimación para áreas pequeñas (SAE) a partir de los resultados de la encuesta Casen. Esta metodología favorece la calidad de las estimaciones que se realicen para contar el porcentaje de personas en situación de pobreza sobre las áreas o poblaciones más pequeñas en base a una estimación sintética construida con información de diversas fuentes como el censo y registros administrativos (Alvarado, 2015). Para levantar esta información las estimaciones consideran la pobreza en dos dimensiones:

- **Pobreza por ingresos:** Se mide pobreza y pobreza extrema en términos indirectos cuando se utiliza el ingreso como indicador de la capacidad de satisfacción de las necesidades básicas



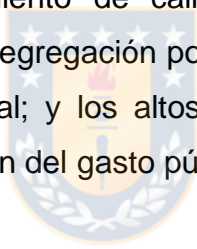
multidimensionales; y absoluto al tener en cuenta un nivel de ingresos fijos. En este caso, la línea de la pobreza extrema se define a partir del ingreso mínimo establecido por persona para ser capaz de satisfacer necesidades alimentarias básicas. En relación al nivel de pobreza por ingresos para las comunas estudiadas, este es equivalente al año 2017, a un 16,0% para Pelarco y un 8,5% para Penciahue.

· **Pobreza Multidimensional:** se identifica a las personas pobres considerando el nivel de privaciones o carencias que deben enfrentar más allá de lo monetario. Para esto, se definen cinco dimensiones en la metodología para determinar las carencias a nivel hogar que son: Educación; Salud; Trabajo y Seguridad Social; Vivienda y Entorno; Redes y Cohesión Social. Para caracterizar la pobreza multidimensional en materia de salud la metodología SAE contempla una serie de problemas principales y específicos a nivel nacional, expuestos en la Tabla 6, que debieran ser atendidos por medio de políticas públicas. Entre los problemas principales se encuentran: problemas de salud; salud reproductiva; salud conductuales; salud mental; salud dental; bajo desarrollo y/o valorización del deporte. En relación a la pobreza multidimensional por comuna, según las estimaciones ejecutadas a partir de la metodología SAE, información administrativa y el CENSO 2017, considerando las dimensiones ya mencionadas, se define un índice de 29,1% para la comuna de Pelarco, y 31,7 % para Penciahue liderando a nivel provincial. Es necesario mencionar la diferencia con la capital regional situada entre ambas comunas, Talca la cual presenta un índice de pobreza multidimensional de 17,1% siendo la tercera minoría a nivel de la región (luego de Curicó y Molina).

Entre las principales carencias que se reconocieron luego de realizadas las estimaciones en base a los resultados de la encuesta Casen 2020 por parte del ministerio, calculando pobreza por ingresos y multidimensional, para esta investigación son relevantes aquellas en materia de salud y las relacionadas a la



accesibilidad y cohesión social de cada comuna. En ese sentido, entre las principales carencias en salud que deben enfrentar estas localidades como áreas rurales, se encuentran los problemas de acceso a inmunización universal entendiéndose como el acceso de las personas a inmunización de enfermedades altamente transmisibles e inmunoprevenibles; problemas de acceso a la atención y tratamiento en salud dental cuando las personas con problemas odontológicos no pueden acceder a una atención preventiva, recuperativa o de rehabilitación dental; y problemas de acceso a la atención y tratamiento de salud que se dan cuando no existe la atención médica hacia una necesidad promovida por una alta desigualdad en el acceso, sea por poca cobertura, altos tiempos de espera, distancia, transporte, costos, organización, equidad, entre otros. En cuanto a la accesibilidad y cohesión social de las comunas también se reconocieron diferencias principales como el deterioro de infraestructura y espacios públicos por el déficit de áreas verdes, entornos urbanos, y equipamiento de calidad; segregación territorial a nivel subnacional, definida como la segregación por nivel socioeconómico que existe en las comunas a nivel residencial; y los altos niveles de centralización política y administrativa por la polarización del gasto público a nivel nacional y regional.



DIMENSIÓN	PROBLEMA PRINCIPAL	PROBLEMA ESPECÍFICO
Salud, deporte y vida sana	Problemas de salud	Problemas de acceso en atención y tratamiento en salud
		Falta de especialistas en salud
		Altos costos de medicamentos
		Altos costos en atención de salud, hospitalización, procedimientos, exámenes y tratamientos
		Problemas en la calidad de la atención de salud
		Prevención y/o promoción de salud
		Problemas de acceso a inmunización universal
		Provisión de ayudas técnicas y servicios de habilitación y rehabilitación
	Problemas de salud reproductiva	Falta de prevención y educación en salud sexual y reproductiva
		Falta de acceso a métodos anticonceptivos
		Falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva
	Problemas de salud conductuales	Prevención y/o tratamiento del consumo de alcohol, drogas y/o tabaco
		Prevención y/o tratamiento de malnutrición, sobrepeso y obesidad
		Falta de promoción y patrones de alimentación saludable
		Prevención y/o tratamiento VIH
	Problemas de salud mental	Falta de prevención de problemas de salud mental
		Alto costo de tratamiento y medicamentos de salud mental
		Problemas de acceso a la atención y tratamiento de salud mental
	Problemas de salud dental	Falta de prevención de salud dental
		Alto costo de tratamiento de salud dental
Problemas de acceso a la atención y tratamiento de salud dental		
Bajo desarrollo y/o valorización del deporte	Baja práctica y/o valorización de actividad física y deporte	
	Falta de infraestructura y oferta para el desarrollo de actividades físicas y deporte	
		Falta de apoyo al desarrollo de deportistas de alto rendimiento

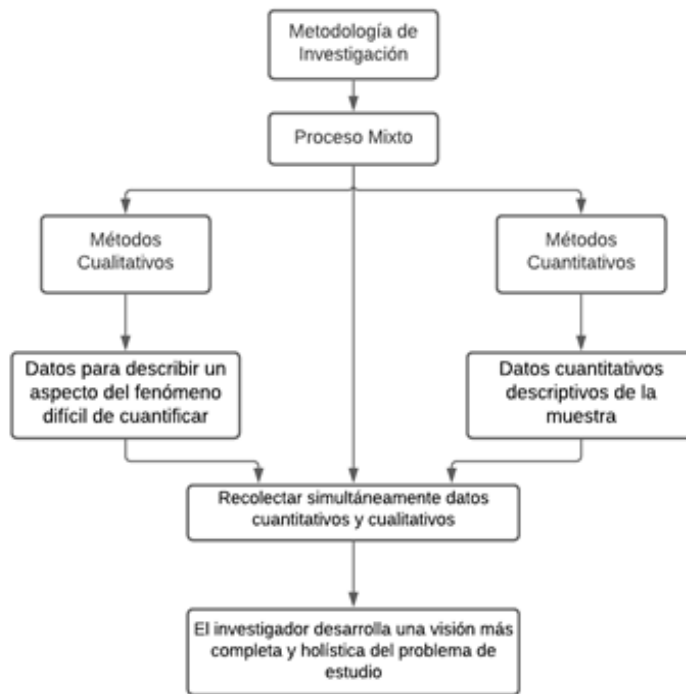
**Tabla 6. Problemas principales y específicos en materia de salud a nivel nacional.** Fuente: Rescatado del Informe de Desarrollo Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2020).

### 3.2 Definición del tipo de estudio

Esta propuesta investigativa, que se busca sostener como estudio exploratorio para evidenciar un fenómeno socioespacial, tal como la equidad y la accesibilidad a los servicios de salud en la Región del Maule. Para ir cumpliendo con los objetivos planteados en esta investigación se considera necesaria la implementación de metodologías de carácter mixto, focalizadas en los aspectos descriptivos, bibliográficos y analíticos de la problemática planteada. Estas han sido ampliamente tratadas por autores como Hernández Sampieri *et al* (2014) en el libro “*Metodologías de la Investigación*”. Estos las definen como:

*“Un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación que implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio”.*

Con esta metodología se pretende ampliar el espectro de datos e información a revisar de forma sistemática durante el primer paso metodológico, comprendido como la revisión de literatura especializada, y poder hacer uso, además, de evidencia numérica, verbal, textual, visual, simbólica, entre otras para lograr entender la problemática desde las ciencias como plantea Creswell (2013). Cuando se busca estudiar fenómenos un tanto complejos como en este caso puede ser la accesibilidad a los servicios de salud, las metodologías deben ser integrales ya que no deben ser limitados a métodos exclusivamente cualitativos o cuantitativos. En vistas del trabajo interdisciplinario que busca desarrollar la investigación, es a través de una metodología mixta, como se resume en la Figura 4, que se pueden cumplir los objetivos propuestos ya que permite una perspectiva más amplia y profunda del problema al considerar diversas fuentes, tipos de datos, contextos, ambientes y análisis (Todd, Nerlich y McKeown, 2004).



**Figura 4. Representación de una metodología de investigación de carácter mixto.** Fuente: elaboración propia en base al trabajo de Hernández Sampieri et al (2014), Metodología de la Investigación.

### 3.3 Etapas del proceso metodológico

#### 3.3.1 Recopilación de la información

Para los fines que pretende cumplir esta investigación la información utilizada ha sido atentamente analizada y rescatada de repositorios oficiales pertenecientes a instituciones reconocidas oficialmente en el ámbito académico. En cuanto a la información territorial, esta se ha obtenido a partir de bibliotecas digitales de gobierno especializadas en este tipo de recursos, y que forman parte de la gran base de datos de información territorial a la cual se puede tener acceso en la actualidad gracias al potenciamiento y desarrollo de los recursos tecnológicos.

### **3.3.2 Revisión bibliográfica**

La ejecución de la metodología se irá dando a través de diversos momentos, los cuales se han definido siguiendo la propuesta metodológica de Montoya Sanabria (2014) quien aborda una problemática similar entre salud y ruralidad. La primera fase metodológica consistirá en la realización de una revisión sistemática de la literatura especializada sobre materias de geografía de la salud, accesibilidad y ruralidad, la cual debe intentar responder dos preguntas:

- ¿Qué métodos se han utilizado a nivel global para estudiar la accesibilidad a servicios de salud en poblaciones rurales?
- ¿Existen indicadores que midan la accesibilidad a servicios de salud?

Para resolver estas interrogantes la autora mencionada recomienda hacer una búsqueda por sitios especializados, a continuación, se exponen aquellos a los que se acudió principalmente durante el transcurso de esta investigación:

- Bases de datos bibliográficas: Scielo, Dialnet, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc).
- Repositorios Institucionales: Repositorio de bibliotecas de la Universidad de Concepción, Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Nacional de Colombia.
- Fuentes de información nacional: Biblioteca del Congreso Nacional (BCN), Informe de Desarrollo Social (IDS) elaborado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), además de sitios web de municipalidades y gobernaciones.

### **3.3.3 Revisión de información geoespacial y territorial**

Una segunda fase, que está comprendida dentro del proceso de recopilación de información, es la búsqueda de información geoespacial y territorial la cual

posteriormente será analizada y procesada con la ayuda de herramientas tecnológicas como son los Sistemas de Información Geográfica (SIG) a través de un determinado software que permita la óptima realización de cartografías que manifiesten los objetivos con los cuales se pretende cumplir. A continuación, se mencionan las fuentes de información geográfica utilizadas y los principales recursos tecnológicos que se emplearán:

- Fuentes de información geoespacial: Infraestructura de Datos Geoespaciales de Chile (IDE), Mapas vectoriales de la Biblioteca del Congreso Nacional, Centro de Desarrollo Urbano Sustentable (CEDEUS)
- Bases de datos: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Censo 2017, Repositorio de datos abiertos centralizado del Estado (datos.gob), Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen).
- Programas utilizados para el procesamiento de la información: Microsoft Excel, QGis, ArcGIS.



### **3.4 Proceso descriptivo de la problemática**

Una vez archivada la información bibliográfica y geoespacial, se dará lugar al segundo momento de mayor importancia dentro de esta metodología y que tiene relación con el proceso descriptivo de la problemática y el área de estudio. Por medio de este proceso descriptivo se pretenderá evidenciar la inequidad espacial en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud de alta complejidad en la Región del Maule y contribuir a la realización de los siguientes objetivos:

- Identificar desigualdades socioespaciales en la distribución de los servicios de salud dentro de las comunas más rurales de la región.
- Determinar las localidades o sectores más excluidos espacialmente en cuanto a la accesibilidad hacia los servicios de salud.
- Realizar un análisis comparativo de las variables de interés entre las localidades estudiadas.

### 3.5 Procesamiento de la información geoespacial

#### 3.5.1 Elaboración de cartografías:

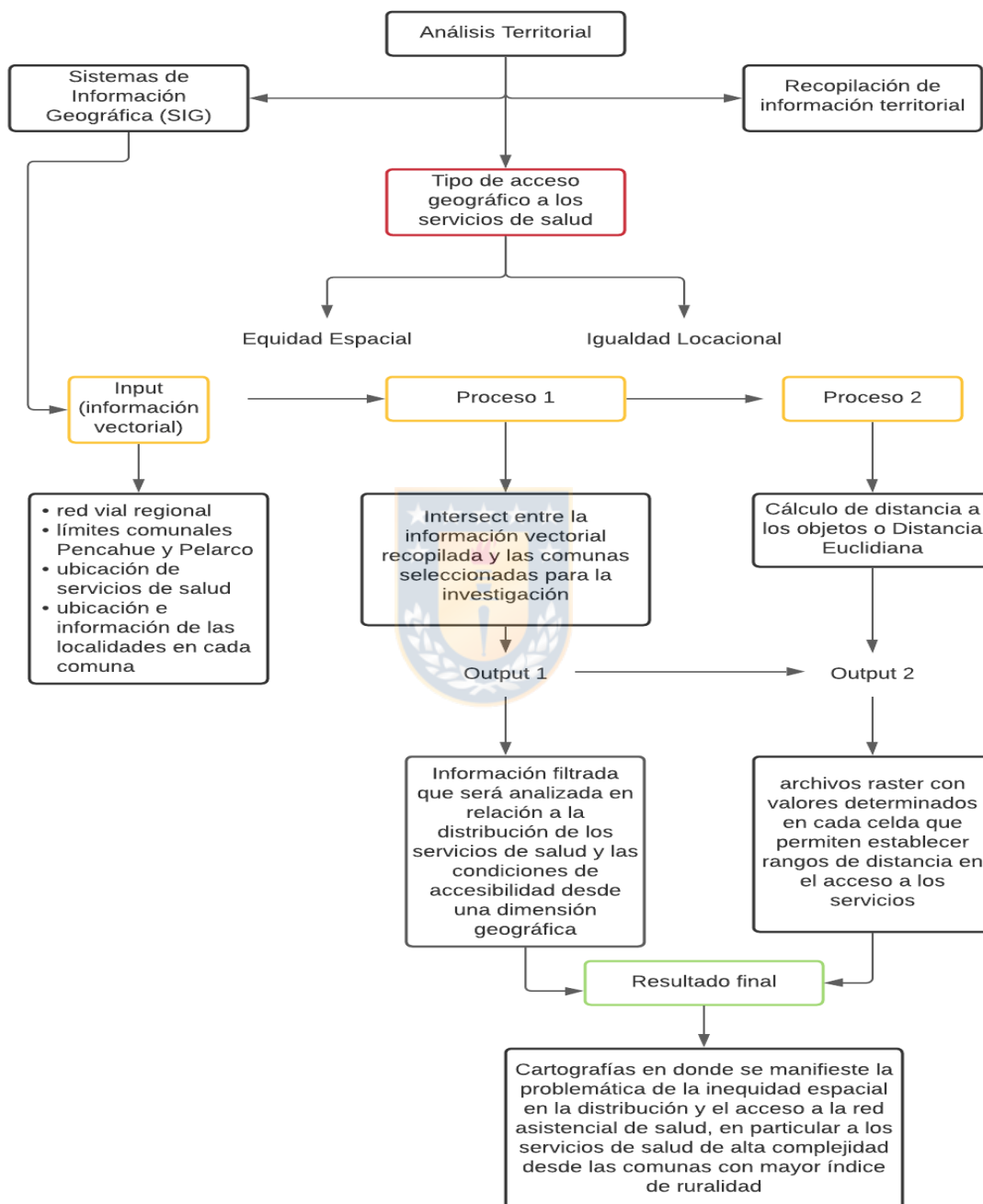


Figura 5. Representación del procedimiento ejecutado en el software para obtener los resultados. Fuente: elaboración propia.

Desde la última década los sistemas de información geográfica (SIG) se han considerado herramientas de gran apoyo para el análisis de diversas situaciones que se dan lugar sobre el espacio habitado en el cual convergen un importante número de relaciones de todo tipo siendo principalmente económicas, sociales y culturales. En este sentido, para el estudio de la situación de salud de los territorios, los SIG han sido de gran utilidad ya que permiten el trabajo con un mayor volumen de información la cual puede ser procesada por medio de metodologías estadísticas que van desde un nivel básico hasta otras más complejas que permiten identificar por ejemplo, la distribución de los servicios de salud y de esta forma poder contribuir a una mejor planificación de la red asistencial, o estudiar el comportamiento espacial de una enfermedad en epidemiología (Castillo, 1996).

La información que puede ser trabajada por medio de los sistemas de información geográfica se presenta en forma de puntos, líneas, polígonos, imágenes o datos y han resultado esenciales para el trabajo investigativo de los últimos años desde la geografía de la salud al poder representarse además por medio de la cartografía, herramienta que permite expresar de manera gráfica y universal distintos procesos, eventos y fenómenos que tienen lugar sobre los territorios sean del área físico o social. En este caso, a través de la realización de una serie de mapas se buscará expresar la inequidad espacial en la distribución y el acceso a los servicios de salud de alta complejidad, esto con fines de poder identificar aquellas localidades más excluidas en relación al tipo de acceso geográfico a los servicios.

La empleabilidad de herramientas de análisis espacial en esta investigación busca elaborar un diagnóstico territorial, desde una perspectiva geográfica, de la accesibilidad a los servicios de salud desde los espacios rurales en vistas de contribuir a la investigación estructural, organizacional y funcional de estos territorios. Este diagnóstico del área de estudio permitirá, basado en el supuesto de Gómez Orea (2008) sobre que el futuro se puede decidir y construir, predecir el comportamiento probable del sistema territorial enfocado en este caso en la red asistencial de salud disponible, de forma tal que se puedan identificar las

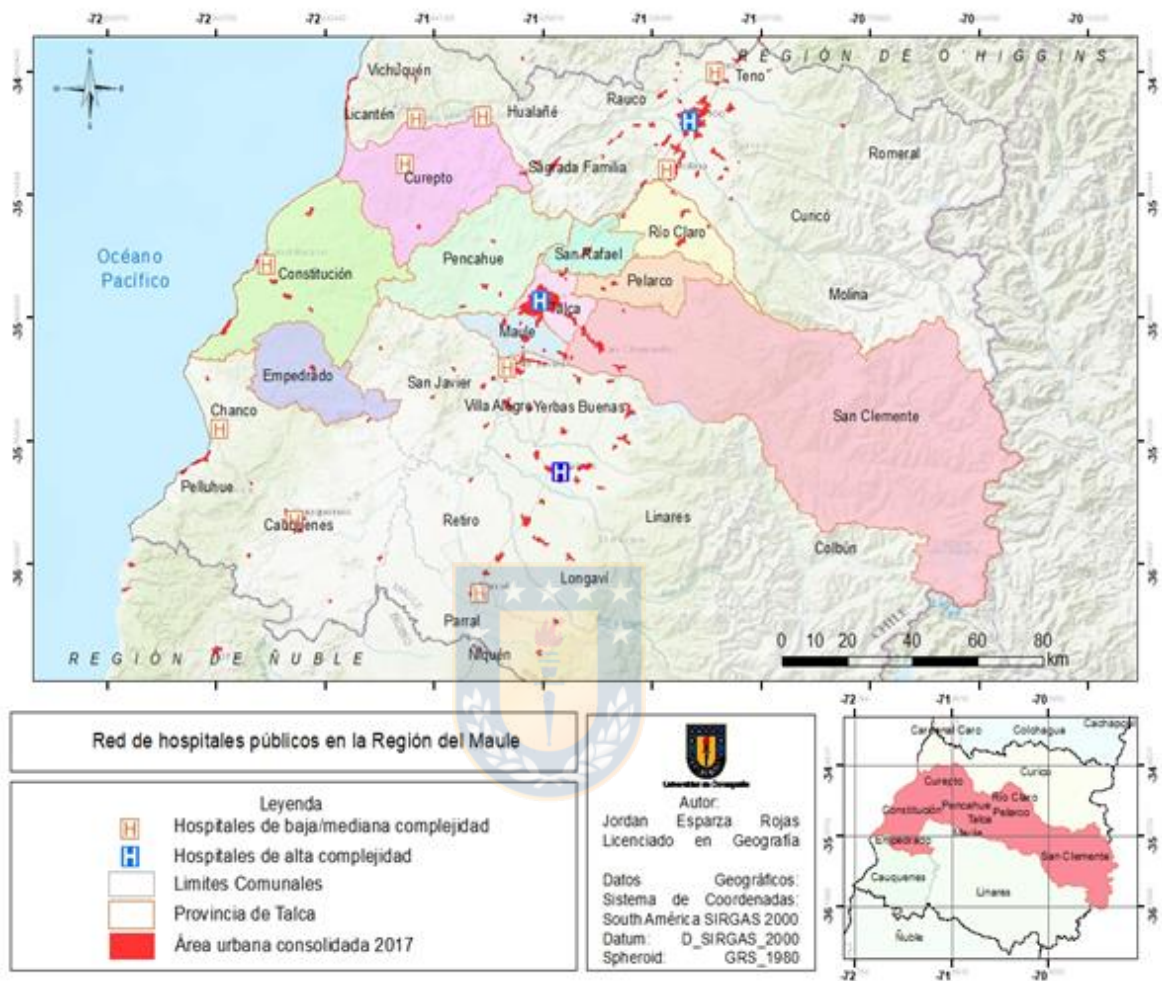


limitaciones y potencialidades de las comunas estudiadas para lograr consolidar aquellas configuraciones espaciales deseables y viables para la comunidad.



## CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y RESULTADOS

### 4.1 Red de hospitales en la Región del Maule.



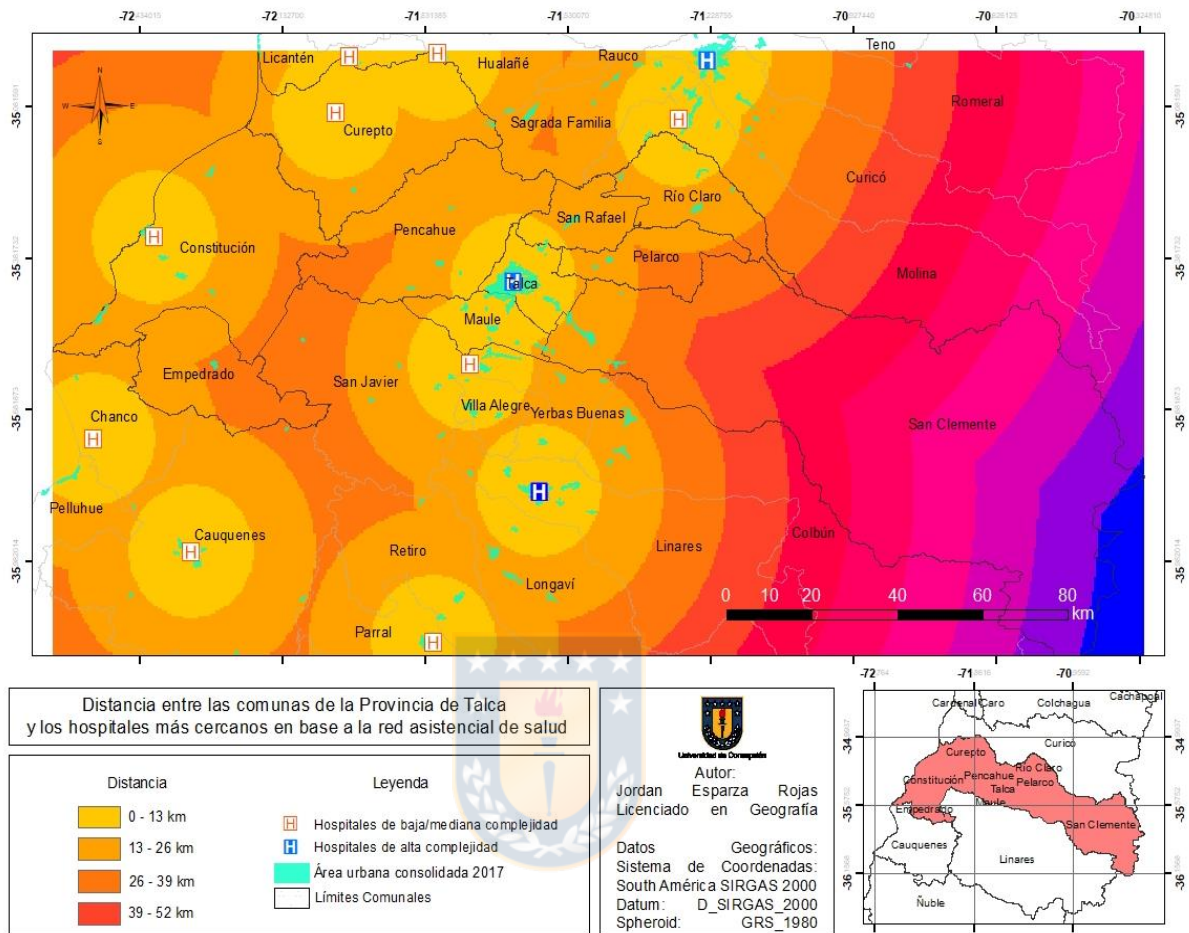
**Mapa 1. Red de Hospitales en la Región del Maule.** Fuente: elaboración propia.

Los primeros resultados expuestos en el Mapa 1 muestran la distribución de los servicios de salud hospitalarios en la Región del Maule. La red asistencial de salud de esta región se compone de 13 hospitales, de estos, 3 son de tercera categoría lo que significa que en teoría están preparados para atender situaciones alta complejidad, y cuando las circunstancias lo ameriten, participar en el traslado y recepción de pacientes desde otras regiones que se encuentren en condiciones graves. Los tres hospitales de alta complejidad se distribuyen entre las provincias

de Curicó, Talca y Linares, siendo el más capacitado hasta la fecha el Hospital Regional de Talca. En base a esta distribución de los servicios de salud, se pueden identificar tres hospitales dentro de la Provincia de Talca, dos de mediana complejidad en las comunas de Curepto y Constitución, y uno de alta complejidad en la comuna de Talca. Como gran núcleo urbano de la provincia y capital de la región está la ciudad de Talca principalmente por la cobertura de servicios básicos que es capaz de ofrecer como, escuelas, universidades, y servicios de salud, pero qué pasa más allá, en las localidades rurales, que tienen gran protagonismo en esta región ya que lidera los índices de ruralidad a nivel nacional. En las proximidades de la ciudad de Talca -y del Hospital Regional- están las dos comunas con mayor índice de ruralidad de la provincia, y entre las mayores de la región, que son Pelarco (69,3%) y Pencahue (58,3%) que se constituyeron como área de estudio para esta investigación.



## 4.2 Distribución de los servicios de salud de categoría terciaria y la distancia para acceder a ellos.



**Mapa 2. Distancia desde las comunas de la Provincia de Talca a los hospitales más cercanos en base a la red asistencial de salud.** Fuente: elaboración propia.

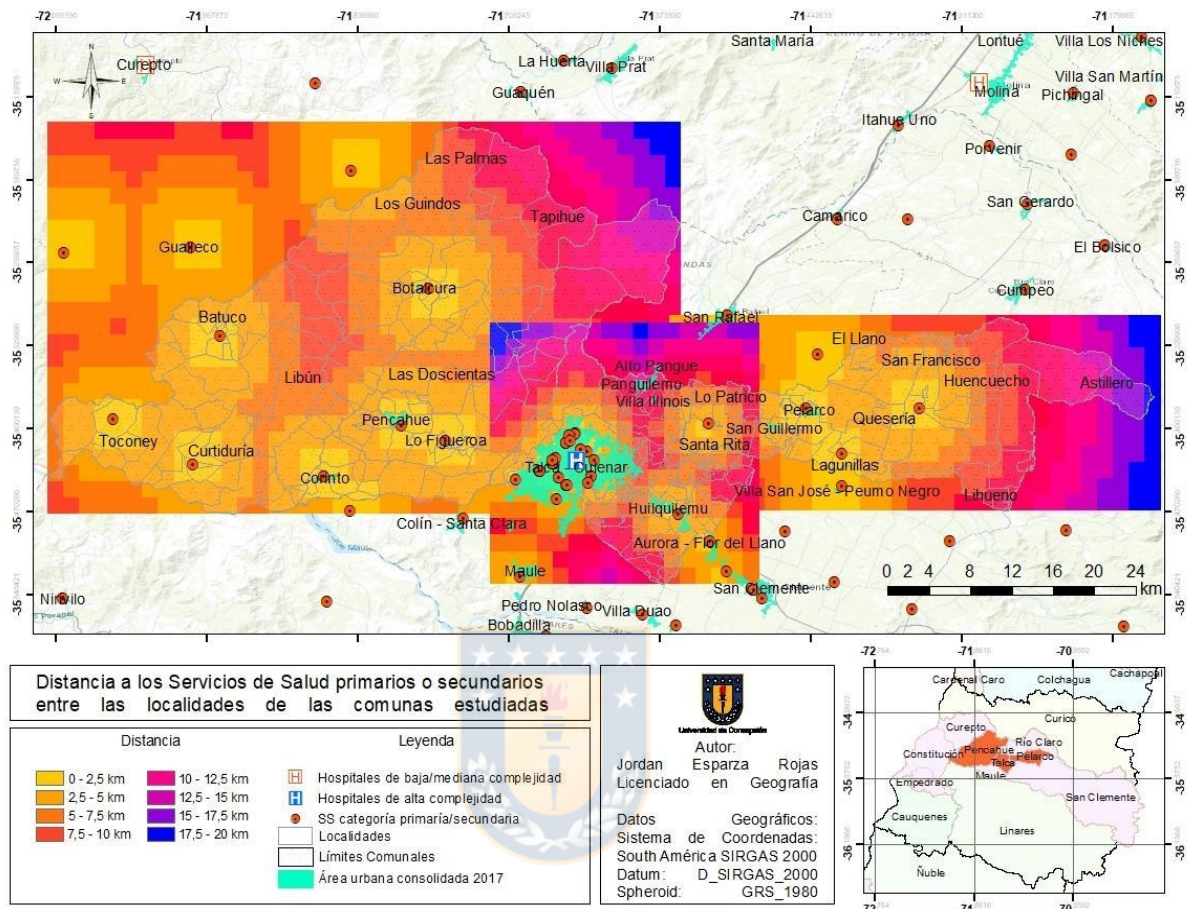
El Mapa 2, resultado de la ejecución de la metodología descrita previamente en la investigación sobre el cálculo de la distancia euclidiana o distancia hacia los objetos desarrollado en el software de análisis territorial ArcGis, muestra de manera gráfica la distancia para acceder a la red asistencial de salud hospitalaria en la Provincia de Talca a escala comunal. Se establecieron cuatro rangos de distancia de manera automática por el software al momento de determinar el tamaño de celda del archivo *raster* final la cual sería equivalente a 1,5 km x 1,5 km. A nivel provincial se puede observar una distribución de los hospitales entre el valle central de la provincia y las comunas costeras. Las áreas más próximas a los hospitales son los

núcleos urbanos principales situados en las comunas de Talca, Curepto y Constitución, a partir de los cuales se determinaron los rangos de distancia en el acceso a los hospitales, un primer rango se determinó en 13 km cubriendo principalmente las áreas urbanas de las comunas, el segundo rango comprende hasta los 26 km en donde ya se abarcan localidades rurales, el tercero se establece hasta los 39 km y el último hasta los 52 km. Entre el segundo y tercer rango de distancia se puede identificar gran parte del área de las comunas estudiadas, Péncahue y Pelarco, en donde se sitúan las localidades con mayor índice de ruralidad dentro de la región. A partir de esta distribución de los servicios de salud hospitalarios y en base a los resultados expresados en el Mapa 2, se puede determinar que las zonas más alejadas o excluidas de la red asistencial de salud hospitalaria en la Provincia de Talca son aquellas localidades rurales situadas en el interior de los paisajes de la cordillera de la costa en las comunas de Péncahue, Constitución y Empedrado, y aquellas cercanas a los sectores de paisajes precordilleranos y cordilleranos de las comunas de Pelarco y San Clemente.





### 4.3 Distribución de los servicios de salud primarios/secundarios y la distancia para acceder ellos desde las comunas y localidades estudiadas:



**Mapa 3. Distribución de los servicios de salud primarios-secundarios y la distancia para acceder a ellos desde las localidades de las comunas analizadas.** Fuente: Elaboración propia.

Aplicando la misma metodología de cálculo de distancia euclidiana o distancia hacia los objetos, pero a una capa de información diferente, que en este caso sería la ubicación de los establecimientos de salud primarios y secundarios, se puede obtener la distancia por celda a los servicios de salud primarios y secundarios de las comunas de Penco y Pelarco para lograr identificar y determinar las localidades más excluidas espacialmente en el acceso a la red asistencial en su totalidad, comprendiendo de esta forma las tres categorías de servicios de salud disponibles. El Mapa 3 muestra la distribución y distancia de acceso hacia los servicios de salud primarios y secundarios disponibles en ambas comunas estudiadas, siendo estos Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros

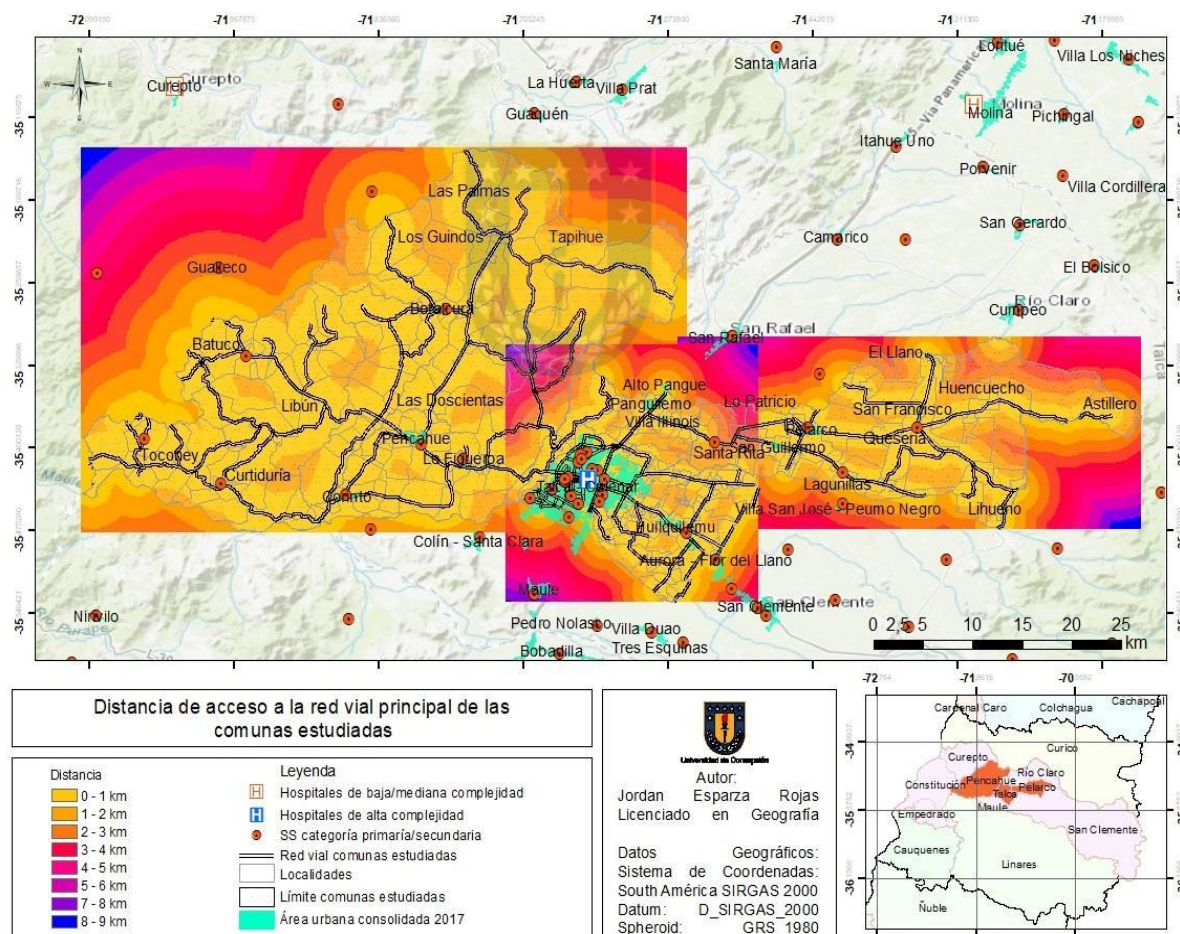
Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas de Salud Rural (PSR) y Servicios de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolución (SAR). Para cuantificar la distancia hacia estos centros de atención primarios/secundarios se establecieron ocho rangos de distancia de 2,5 km cada uno, al expresarlos de manera gráfica sobre las comunas estudiadas se pueden observar las celdas que significarán desde una menor a mayor distancia hacia el servicio, de esta forma es posible identificar aquellas localidades más lejanas a la red asistencial. En la Tabla 7 se registra que, en el caso de Pencahue, comuna con 8.245 personas y 158 localidades al último CENSO 2017, se pueden reconocer 7 centros de salud distribuidos en el área comunal de las cuales 5 son postas rurales que se distribuyen en las localidades de Botalcura, Batuco, Toconey y Corinto, y otros 2 centros de salud familiar en el área urbana de las localidades Pencahue y Lo Figueroa. Por otra parte, en la comuna de Pelarco, se reconocen 4 servicios de salud de los cuales 1 corresponde al centro de salud familiar situado en el área urbana de la localidad de Pelarco y los otros 3 son postas rurales dispuestas en las localidades de Santa Rita, Lagunillas y Huencuecho.

Al examinar las llamadas *zonas de calor* del Mapa 3 se pueden identificar las localidades que presentan una mayor distancia para acceder a las postas rurales, respecto a la comuna de Pencahue esta distancia aumenta considerablemente en aquellas situadas al interior de la cordillera de la costa como es el caso de Libún, Los Guindos y parte de Botalcura, así como las localidades emplazadas en el noroeste de la comuna, como son Tapihue y Las Palmas. Mientras que en la comuna de Pelarco la distancia aumenta proporcionalmente hacia los sectores precordilleranos, resultando más excluidas de esta red asistencial las localidades de Lihueno, Astillero y El Llano (438 hab.).

Comuna	N° de Centros de Salud Familiar (CESFAM)	N° Postas Rurales	N° Total de Población	N° de localidades
Pencahue	2	5	8.245	158
Pelarco	1	3	8.422	82

**Tabla 7. Descripción de la red asistencial primaria en las comunas estudiadas.** Fuente: Elaboración propia en base a la información geoespacial rescatada de la Infraestructura de Datos Geoespaciales y los datos poblacionales del CENSO 2017.

#### 4.4 Rangos de distancia a la red vial principal en las comunas de Pencahue Pelarco y Talca:



**Mapa 4. Distancia de acceso a la red vial principal en las comunas estudiadas.** Fuente: elaboración propia.

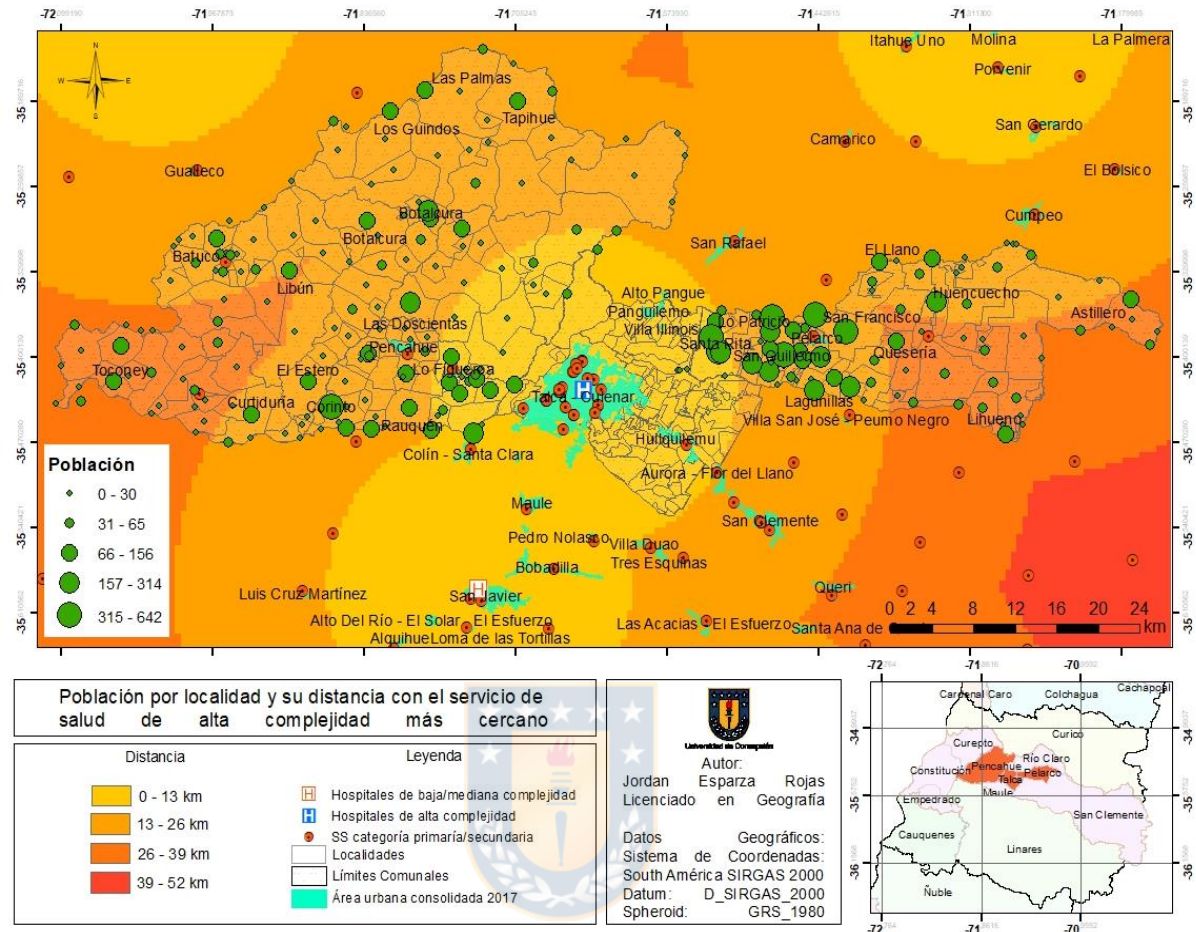


Respecto a la distancia de acceso a la red vial principal de las comunas estudiadas también se obtuvieron resultados ejecutando la metodología ya conocida. En este caso la capa de información a partir de la cual se obtienen los ocho rangos de distancia es la Red Vial de cada comuna rescatada de la Infraestructura de Datos Geoespaciales de Chile.

Para los rangos se determinó, por medio del cálculo de distancia hacia los objetos, de 1 kilómetro cada uno abarcando de 0 a 9 kilómetros en total. En ambas comunas aquellas localidades que tienden a estar más lejanas a la red vial principal son las periféricas, asentadas más hacia los límites comunales, en el caso de la comuna de Pelarco vienen siendo más afectadas aquellas localidades precordilleranas como sería el caso de Astillero y el sector de El Llano (149 hab.), mientras que en Penciahue, los sectores más alejados a la red vial se encontrarían adentrados en lo que sería la cordillera de la costa en localidades como El Estero, Libún, Batuco y Los Guindos (640 hab.).



## 4.5 Distribución de la población por localidades en el área de estudio



**Mapa 5. Distribución de la población por localidad en las comunas analizadas.** Fuente: elaboración propia.

En el Mapa 5 se muestra la distribución de la población por localidad dentro de las comunas analizadas y la distancia hacia el hospital más cercano. Con respecto a la comuna de Penco, esta se encuentra organizada en 158 localidades en base a la información territorial trabajada. La localidad rural registrada con mayor población en esta comuna correspondería a Corinto, con un total de 697 personas, luego Botalcura con 435 y Bato con 307 personas al año 2017 según el último CENSO (Tabla 9). La población media de las once localidades de mayor cantidad de personas registradas en la comuna de Penco sería de 242 habitantes y la población en conjunto de estas localidades comprende un total de 2.662 personas equivalente al 32,12 % de la población comunal. En este mismo sentido, pero en la

comuna de Pelarco, la localidad rural de mayor población sería Lagunillas con 1.441 personas, seguida por Santa Rita con 1330 y San Francisco con 578, también en base al último CENSO del 2017. La población media de las nueve localidades de mayor número de personas consignadas en Pelarco sería de 526 habitantes, siendo la población total de estas localidades igual a 4.734 habitantes que corresponden al 56,20% del total comunal (Tabla 10). En la Tabla 8 se clasifican las estadísticas principales de cada comuna.

	Pencahue	Pelarco
N° total de localidades	158	82
Máximo de población	697 (máx. sin localidades urbanas)	1441 (máx. sin localidades urbanas)
Suma	8245 (suma censo)	8422 (suma censo)
Media	242	526

**Tabla 6. Clasificación estadística para el total de población de las comunas de Pencahue y Pelarco.** Fuente: elaboración propia.

Comuna de Pencahue				Comuna de Pelarco			
Localidades	Población	Hombres	Mujeres	Localidades	Población	Hombres	Mujeres
Batuco	307	156	151	Santa Rita	1330	656	674
Libún	131	70	61	Lo Patricio	382	192	190
Toconey	189	105	84	Lagunillas	1441	725	716
Curtiduría	125	64	61	Quesería	196	108	88
Corinto	697	348	349	El Llano	94	47	47
Rauquén	146	87	59	Huencuecho	369	179	162
El Estero	172	91	81	Lihueno	289	153	136
Las Doscientas	251	123	128	Astillero	55	32	23
Botalcura	435	236	199	San Francisco	578	292	286
Los Guindos	30	13	17	<b>Total</b>	<b>4734</b>	<b>2384</b>	<b>2322</b>
Tapihue	82	47	35				
<b>Total</b>	<b>2664</b>	<b>1388</b>	<b>1276</b>				

**Tabla 9 y 10. Población de las localidades rurales de mayor tamaño en las comunas de Pencahue y Pelarco.** Fuente: elaboración propia.

En la Región del Maule, se encuentran distribuidos trece hospitales que son parte de la red asistencial de salud encargada de asegurar en cierta forma el derecho a la salud consagrado en el artículo 19 N° 9 inciso primero de la Constitución Política

de Chile el cual establece el Rol del Estado como “*protector del libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo*”. De estos trece hospitales, tres de ellos se catalogan de alta complejidad, es decir, que están más capacitados y preparados para brindar la atención especializada en los casos de mayor gravedad que no pueden ser revisados en los servicios de salud primarios y secundarios, entendidos como los Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Atención y las Postas Rurales. Uno de los objetivos de esta investigación era determinar las localidades o sectores más excluidos espacialmente en cuanto a la accesibilidad hacia los servicios de salud de alta complejidad presentes en la Provincia de Talca, específicamente en las comunas de Pelarco y Penco por sus índices de ruralidad. Los resultados obtenidos luego de todo el procesamiento de la información son los expresados en las cartografías descritas previamente, a través de las cuales se busca dar respuesta a los objetivos generales y específicos planteados en un principio. Se logró espacializar la información geo-territorial necesaria para identificar desigualdades socioespaciales en la distribución de los servicios de salud dentro de las comunas más rurales y determinar aquellas localidades más excluidas geográficamente de la red asistencial de salud.

Al analizar los datos obtenidos y la información generada por comuna, se da cuenta en primer lugar de lo graficado en el Mapa 2: la distancia entre las comunas de la Provincia de Talca y los hospitales más cercanos en base a la red asistencial de salud. En él se definieron 4 rangos de distancia a partir de los cuales es posible identificar aquellas comunas con localidades más apartadas geográfica y físico-territorialmente de la red asistencial hospitalaria. En relación a esta información producida, se determinó la población por localidad y su distancia con el servicio de alta complejidad más cercano, graficado en el Mapa 5, a partir del cual se pueden identificar aquellas localidades de mayor población, superior a treinta personas censadas, y su distancia hacia el Hospital Regional de Talca. Es posible reconocer en este mapa aquellas localidades situadas a una distancia de hasta 39 km del hospital, desde las comunas estudiadas, como es el caso de las expuestas en las

tablas 8 y 9, en donde destacan con mayor población las localidades de Corinto con 697 en Pencahue y Lagunillas con 1441 en Pelarco respecto al último CENSO del año 2017, y en lo relativo a las localidades más apartadas sobresalen Toconey y Libún al interior de Pencahue entre la cordillera de la costa clasificadas dentro del tercer rango de distancia hacia el hospital entre 26 y 39 km, mientras que en Pelarco, serán Lihueno, Astillero y Quesería, clasificadas en el mismo rango. Se identifica en el mismo mapa, que la población tiende a concentrarse en aquellas localidades clasificadas en el segundo rango de distancia hacia el hospital y la comuna de Talca que comprende de 13 a 26 km, aquí se encuentran las localidades de Corinto, El Estero, Lo Figueroa y Botalcura en la comuna de Pencahue y en la comuna de Pelarco serán Santa Rita, San Guillermo, Lo Patricio, Lagunillas, San Francisco, El Llano y Huencuecho. En total, en la comuna de Pencahue se definen 11 localidades rurales como las de mayor población -de las 158 en general- en donde sus habitantes según las cifras trabajadas representarían el 32,12% (2.649) de la población comunal (8.245). Mientras que en Pelarco, se definirían 9 localidades como las de mayor población -de las 82 en general- en las que sus habitantes significarían el 56,20% (4.734) de la población total comunal (8.422).

Desde el análisis enfocado en las dimensiones geográfica, físico-territorial y cultural de los tipos de acceso a los servicios de salud al que pretende dar espacio esta investigación, uno de los aspectos que termina influyendo en mayor medida en la materialización del acceso efectivo al derecho a la salud en los territorios, es la falta de equidad, la cual se ve promovida por componentes geográficos, culturales, étnicos, laborales y normativos frente a los cuales la red asistencial de salud debe intentar sobreponerse en vistas de garantizar un acceso igualitario y de calidad médica como plantea la Organización Mundial de la Salud (2011). Entre los desafíos a resolver en virtud de una mejor equidad espacial en general para la sociedad, se encuentran las diferencias entre áreas urbanas y rurales que suelen ser profundas y complejas en donde las primeras tienden a concentrar los aspectos más importantes en cuanto a calidad de vida y bienestar, provocando una serie de disposiciones y consecuencias hacia las áreas rurales las cuales en este caso

posicionan por ejemplo, a Pencahue por un lado entre las comunas a nivel provincial con mayor índice de pobreza multidisciplinaria, 31,7%, y a Talca entre las comunas con menor índice a nivel regional, 17,1%. En cuanto al nivel de pobreza por ingresos también se pueden observar ciertas diferencias entre estas áreas, resumidas en la Tabla 11, como ocurre entre Pelarco y Talca en donde la capital cuenta con un 8% posicionándose entre los niveles más bajos a nivel provincial y regional, mientras que Pelarco presenta un 16% situándose entre los índices más altos al mismo nivel.

Comuna	Población	Población Área Urbana	Población Área Rural	Índice de Pobreza por Ingresos	Índice de Pobreza Multidimensional	Grupo de edad predominante
Talca	220.357	95,7%	4,3%	8,0%	17,1%	20-24
Pelarco	8.422	30,7%	69,3%	16,0%	29,1%	50-54
Pencahue	8.245	41,7%	58,3%	8,5%	31,7%	50-54

**Tabla 9. Síntesis de datos sociodemográficos de las comunas estudiadas.** Fuente: elaboración propia en base a la información y estimaciones del CENSO 2017

Existe una relación indisoluble entre accesibilidad y calidad como establece Ruelas-Barajas (2011) en la cual se constituye que *“la calidad en abstracto, sin tener acceso, es un absurdo y que el acceso, sin calidad, es una falta de ética”*. Con estas palabras busca plantear de cierta manera la importancia que significa un modelo universal de salud el cual para materializarse y actuar de manera práctica en conjunto con los territorios requeriría necesariamente de un acceso universal a los servicios de salud, los cuales debieran ser distribuidos de manera equitativa sobre los espacios habitados buscando contemplar y facilitar los diversos tipos de acceso que convergen entorno a la prestación de servicios de salud.

Es importante que la accesibilidad hacia y la calidad de la cual disponga la red asistencial de salud a cualquier escala no agudice las condiciones y atributos

negativos que presenta cada individuo para decidir sus diferentes oportunidades de acceso, como sugieren Joseph y Phillips (1984), y así enfrentar de mejor manera las barreras sociales, económicas, administrativas y culturales que dificultan además el derecho a la protección de la salud, interviniendo en la debida protección de la salud, la prevención de enfermedades y la adecuada atención sanitaria. Es imprescindible fortalecer la relación entre salud y territorio con las herramientas que puede brindar el estudio de la geografía de la salud sobre los espacios rurales para buscar de mejor manera una convergencia armónica-efectiva entre accesibilidad y la distribución equitativa de los servicios de salud, en vistas de garantizar una mejor calidad de vida a las localidades que resultan más excluidas como consecuencia de la falta de consideración y planificación al momento de la toma de decisiones que promuevan o beneficien condiciones de bienestar más allá de los núcleos de población urbana o centralizada.





## CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

En esta investigación se busca reflexionar sobre una de las problemáticas a consideración personal del autor, que ejerce mayor influencia sobre los territorios, como es la distribución de los servicios de salud, el acceso efectivo a los mismos y la equidad espacial. Desde la geografía, la serie de herramientas que se pueden utilizar para desarrollar estudios de análisis territorial relacionados a la mejora de la red asistencial de salud a cualquier escala logran ser bastantes, en este caso, se buscó tratar la hipótesis haciendo uso de metodologías mixtas para ampliar el espectro de información, en este sentido se recopiló información bibliográfica, territorial y geoespacial de las comunas estudiadas, Penciahue y Pelarco, y sobre las cuales se logró identificar la distribución de los servicios de salud primarios y secundarios, la red vial existente y la distribución de la población por localidades para determinar aquellas con mayor número de habitantes, al analizar la información producida se pudo determinar además aquellas localidades más excluidas de la red asistencial de salud a través de la configuración de rangos de distancia, los cuales sirvieron para reflejar una mayor inequidad hacia las localidades interiorizadas en el complejo paisaje de la cordillera de la costa en la comuna de Penciahue y en los sectores precordilleranos de la comuna de Pelarco.

Se debe reconocer el avance en materias de disponibilidad de los servicios de salud en los últimos años en el país, políticas orientadas a la promoción de la ampliación de la red asistencial y su mejora en infraestructura dotándola de nuevos hospitales, postas rurales, operativos móviles, centros de salud familiares y comunitarios. En sincronía con estos avances, es que se debe seguir fortaleciendo la planificación de la red asistencial entendiéndola de forma sistémica para lograr asegurar una buena calidad de vida y un acceso efectivo al derecho a la salud al mayor número de habitantes de los territorios, sobre todo en aquellos más rurales. Sin duda es uno de los retos más complejos de resolver que requiere del estudio en profundidad de los territorios para intentar reconocer en lo posible inconvenientes sociales, económicos, administrativos y culturales que se deben enfrentar en materia de salud y de esta forma evidenciar las diversas problemáticas, en vistas



de contribuir al desarrollo de nuevas políticas en materia de accesibilidad y calidad de vida hacia estos territorios, principalmente rurales y regionales, beneficiando más allá de los grandes núcleos urbanos en donde tradicionalmente se han concentrado los servicios. En este sentido, dentro de las conclusiones de esta investigación, se considera que los ánimos en materia de planificación y análisis territorial deben ir concentrados en disminuir los impedimentos personales, organizacionales, económicos y socioculturales para alcanzar gradualmente una equidad espacial entorno al derecho efectivo a la salud, el cual desde la geografía puede ser ampliamente estudiado teniendo en cuenta por un lado las múltiples relaciones y variables que significan necesidades o problemáticas para los habitantes de los territorios y por otro la evidencia empírica de las capacidades reales de, en este caso, los servicios de salud, para homologarlos a la realidad social, demográfica y epidemiológica del país.

Se trata de proponer al menos, ideas que busquen aportar a la calidad de vida de las poblaciones rurales las cuales tienden a enfrentar carencias multidisciplinarias que en materia de salud se constituyen principalmente como: (i) problemas de acceso a la atención y el tratamiento de necesidades de nivel primario, de urgencias, enfermedades no transmisibles, entre otros, lo que suele ocurrir cuando no se incluyen determinados factores en los programas de gestión pública; (ii) problemas de acceso a la inmunización universal determinada por la ineficiencia en el control de enfermedades altamente transmisibles o inmunoprevenibles; (iii) falta de especialistas para los números de pacientes existentes; (iv) altos costos de tratamiento considerando eventualmente una hospitalización, los procedimientos y exámenes dado que la distribución de los servicios de salud depende de la capacidad de pago de los hogares; (v) falta de provisión de ayudas técnicas en el tratamiento y rehabilitación hacia las personas facilitándoles la superación de las barreras de su entorno. Esta identificación de problemas es importante ya que permite una aproximación del cómo actuar conforme a las necesidades específicas de cada comuna y así buscar garantizar en este caso de manera efectiva y sistemática el acceso al derecho a la salud

contemplando más allá del financiamiento promovido desde su consagración en la constitución política vigente en la cual el Estado cumple un rol subsidiario de derechos civiles, políticos y sociales con fundamento en las capacidades individuales de cada sujeto, despreocupándose en gran parte del interés general y colectivo de la población subordinándolo al cumplimiento de intereses privados. Es por esto, que algo tan importante como la salud de las personas, debe ser visto primordialmente desde la esfera pública, ejerciendo el debido control, apoyo y resguardo sobre el sector privado en vistas de garantizar el acceso efectivo y protección a los derechos, buscando de esta forma reducir las restricciones económicas, geográficas y físico-territoriales a las cuales debe hacer frente día a día la población.



## REFERENCIAS

1. Aday L, Andersen R. (1974). A theoretical framework for the study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3):208-222. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/Pmc1071804/>
2. Alcántara Moreno G. (2008). La definición de salud de la organización mundial de la salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens* 2008, 9 (1); 93-107. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
3. Allard Soto, Raúl, Heñir Leal, Minia Clarissa, & Galdámez Zelada, Liliana. (2016). EL DERECHO A LA SALUD Y SU (DES)PROTECCIÓN EN EL ESTADO SUBSIDIARIO. *Estudios constitucionales*, 14(1), 95-138. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002016000100004>
4. Arteaga, O., Astorga, I., & Pinto, A. M. (2002). Inequalities in public health care provision in Chile. *Cadernos de saude publica*, 18(4), 1053-1066. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/t6CTXCgdFsNcjHwjLkQ6GYw/?lang=es>
5. Briceño-León, R. (1999). Las ciencias sociales de la salud. En Briceño-León, R. (Comp.) *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance* (pp. 17-24). Caracas: Fundación Polar. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cam-1519>
6. Biblioteca Del Congreso Nacional, Chile. (2021). Información Territorial de la Región del Maule. Recuperado de <https://www.bcn.cl/siit/nuestropais/region7>
7. Biblioteca Nacional de Chile. (2021). Territorio y Medio Ambiente. Economía agrícola y sociedad tradicional: Talca (1742-1928). Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-804.html>

8. Carvajal Y, Carvajal J, Figueroa E, Ibacache J, Jaramillo F, Winkler M. (2007). Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural. Cuadernos médicos sociales, 47(3). Recuperado de <https://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=07161336&AN=29980379&h=f7ikHcBE1VsfsLq4Kzbl5dHG4EJ%2bnphWyRx1XX6NNRHRURlbdMtkEYBwWW%2b7QgRdq4QulRWW%2b5X1xjyj8%2bs8w%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrINotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d07161336%26AN%3d29980379>
9. Carracedo E. (2006). Utilización de un servicio de salud. Accesibilidad y adherencia. Argentina: Universidad de Rosario.
10. Castillo C. Uso de los sistemas de información geográfica en epidemiología. Bol Epidemiología OPS, 1996;17(1):1-6.
11. Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud, CLAISS. (1999). Análisis Conceptual de la Necesidad y Factibilidad de Introducir Mecanismos de Ajuste de Riesgo en el Contexto de Portabilidad de los Subsidios Públicos en el Sistema de Seguros de Salud de Chile. Informe Final. Santiago de Chile: CLAISS
12. Cloke, PJ. (Ed.), (1984). Wheels Within Wales. St David's University College, Lampeter.
13. Consejo Nacional de la Cultura y las Artes. (2017). Plan de la Lectura, Región del Maule 2017-2022. Gobierno de Chile. Recuperado de <https://www.cultura.gob.cl/wp-content/uploads/2017/12/pdl-maule.pdf>

14. Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing among Five Approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Jacob-Owusu-Sarfo/publication/320551698\\_A\\_Book\\_Review\\_Qualitative\\_Inquiry\\_Research\\_Design\\_Choosing\\_Among\\_Five\\_Approaches/links/59eb9d4baca272cddddefbcd/A-Book-Review-Qualitative-Inquiry-Research-Design-Choosing-Among-Five-Approaches.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jacob-Owusu-Sarfo/publication/320551698_A_Book_Review_Qualitative_Inquiry_Research_Design_Choosing_Among_Five_Approaches/links/59eb9d4baca272cddddefbcd/A-Book-Review-Qualitative-Inquiry-Research-Design-Choosing-Among-Five-Approaches.pdf)
15. Daniels N. (1985). *Justice, Health, and Healthcare*. Cambridge (U.K.): Cambridge University. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1162/152651601300168834>
16. Departamento de Salud de Pelarco. (2021). Ilustre Municipalidad de Pelarco. Recuperado de <https://www.saludpelarco.cl/portal/index.php/nosotros/historia>
17. División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, DINRED. (1997). *Estudio de Red Asistencial: Guía Metodológica*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
18. Echeverri Perico, Rafael; Ribero, María Pilar (2002): *Nueva Ruralidad. Visión del Territorio en América Latina y el Caribe – Corporación Latinoamericana Misión Rural- Centro Internacional de Desarrollo Rural – IICA*. Recuperado de <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=iicacr.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=000870>
19. Farrington, J., & Farrington, C. (2005). Rural accessibility, social inclusion and social justice: towards conceptualisation. *Journal of Transport geography*, 13(1), 1-12. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0966692304000675>

20. Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., & Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la Investigación. Editorial McGraw Hill.
21. Frenk J. (1985). El concepto y la medición de la accesibilidad. Salud pública México, 27(5):127-148. Recuperado de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422>
22. Gómez E., Sergio (2004). Nueva Ruralidad: Notas para el Debate – Mesa Redonda: Desarrollo Rural en el Chile de Hoy. Un desafío para la Superación de la Pobreza – Área de Desarrollo Estratégico - Fundación para la Superación de la Pobreza
23. Gómez Orea, D. (2008). Ordenación territorial. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa.
24. González, I. (29 de abril de 2009). Calidad de la salud pública y errores en el Hospital de Talca. La Tercera. Recuperado de <https://www.latercera.com/noticia/calidad-de-la-salud-publica-y-errores-en-el-hospital-de-talca/>
25. Grindle, M. (2009). La brecha de la implementación. Política pública y democracia en América Latina. Del análisis a la implementación, 33-51.
26. Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Síntesis De Resultados Censo 2017. Chile. Recuperado de <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
27. Joseph, A. E., & Phillips, D. R. (1984). Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery. New York: Harper and

Row. Recuperado de Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery — Macquarie University (mq.edu.au)

28. Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Informe de Desarrollo Social. Gobierno de Chile. Recuperado de [http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/pdf/upload/IDS\\_INAL\\_FCM\\_3.pdf](http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/pdf/upload/IDS_INAL_FCM_3.pdf)
29. Ministerio de Economía, Fomento y Turismo. (2021). Fichas de Afectación Regional. Recuperado de <https://www.economia.gob.cl/wp-content/uploads/2021/07/Fichas-de-afectacio%CC%81n-regional-15-07-2021.pdf>
30. Montoya, S. (2014). Salud y ruralidad: una mirada a la utilización de servicios de salud en el segundo nivel de atención. Universidad Nacional de Colombia. Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/21658>
31. Moseley M. (1979). Accessibility: the rural challenge. Londres: Methuen and Co. Ltd. Recuperado de <https://trid.trb.org/view/148143>
32. Organización Mundial de la Salud. (2006). VIII Conferencia Iberoamericana de ministras y ministros de Salud. In Memorias. Montevideo.
33. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (2013). Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México, Ginebra.
34. Organización Mundial de la Salud. (1948). Preámbulo de la Constitución. Ginebra: OMS.

35. Phillips D. (1990). Health and health care in the Third World. Nueva York, USA: Langman Scientific and Technical. Recuperado de <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19906710098>
36. Plant, R., (1998). Why Social Justice. In: Boucher, D., Kelly, P. (Eds.), Social Justice From Hume to Walzer. Routledge, London.
37. Ruelas-Barajas E. La calidad del sistema de salud en un modelo universal. Hacia un sistema de salud con calidad, rectoría, financiamiento y provisión de servicios universales de salud. Memorias, Simposio Internacional Conamed, Seminario sobre Medicina y Salud UNAM; Hacia un sistema de salud con calidad, rectoría, financiamiento y provisión de servicios universales de salud. México: UNAM-OPS, 2011.
38. Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 55(1), 82-89. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457749297021/457749297021.pdf>
39. Servicio de Salud del Maule. (30 de Enero de 2013). Convenio "Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural". Ley 13.378. Recuperado de <https://www.mpencahue.cl/transparencia/documents/SALUD/convenios/MEJORIA%20DE%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20RURAL.PDF>
40. Servicio de Salud del Maule. (2021). Centros de Salud Familiar ubicados en la Provincia de Talca. Ministerio de Salud. Recuperado de [https://www.ssmaule.cl/minsal/?page\\_id=415](https://www.ssmaule.cl/minsal/?page_id=415)
41. Smith, D.M. (1977). Human Geography: A Welfare Approach. Arnold, London.



42. Solimano G. y Vergara M. (2000). "Diseño de una Política de Salud para Chile. Una visión para el Siglo XXI". *Revista Chilena de Salud Pública* 4 (1):35-57. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-277973>
43. Todd, Z., Nerlich, B. & McKeown, S. (2004). Introduction. En Z. Todd, B. Nerlich, S. McKeown & D. Clarke (Eds.), *Mixing methods in psychology* (pp. 3-16). Brighton/Hove, Sussex, UK: Psychology Press.
44. Undurraga, M. (2018). Seminario Nuevo Desarrollo Rural: Una oportunidad para construir un Chile diverso e integrado [diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de [https://www.odepa.gob.cl/wp-content/uploads/2018/10/Desarrollo-Rural\\_Expo.pdf](https://www.odepa.gob.cl/wp-content/uploads/2018/10/Desarrollo-Rural_Expo.pdf)
45. Whitehead, M. (1990). *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: World Health Organization.

