



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**INFLUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN Y LA IDENTIDAD CON EL LUGAR EN LA ACTITUD HACIA EL  
ENFOQUE DE SALUD COMUNITARIO E INTERCULTURAL EN FUNCIONARIOS DE ATENCIÓN  
PRIMARIA**

Tesis para optar al grado de magíster en psicología, mención psicología  
comunitaria

**OSCAR GUILLERMO OLIVARES GÓMEZ**

**Directora:  
LORETO LEIVA BAHAMONDES**

**Santiago de Chile, Diciembre 2015**

*Un especial agradecimiento a quienes colaboraron  
en el desarrollo de esta investigación  
e hicieron de esto una realidad...  
Compañeros del Desam de Quellón, Confusam  
y todos los compañeros y amigos de Atención Primaria en Chile.*

*"Dedicado con cariño a mis padres,  
mis hermanos, mi sobrino, mis queridos amigos  
y especialmente a mi compañera de vida".*

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. ANTECEDENTES</b>	<b>3</b>
1.1. Atención Primaria de Salud.	3
1.2. Situación Actual y Proyecciones de la APS en Chile	4
1.3. Modelo de Salud Integral, con Enfoque familiar, Comunitario y pertinencia Intercultural.	5
1.4. Enfoque de Salud Intercultural	6
1.5. Enfoque Comunitario en salud.	10
1.6. Actitud hacia un Enfoque de Salud	14
1.7. Conductas de Participación	15
1.8. Identidad y Apego con el Lugar.	19
2. Objetivos	20
2.1. Objetivo General.	20
2.2. Objetivos Específicos.	21
<b>III. MÉTODO</b>	<b>22</b>
1. Diseño.	22
2. Participantes.	22
3. Técnicas de recolección de datos.	24
4. Análisis de los datos.	25
5. Aspectos Éticos.	26
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>27</b>
1. Elaboración y validación del cuestionario: “Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud”.	27
1.1. Revisión, selección y adaptación de dimensiones e ítems.	27
1.2. Validación del Instrumento	27
1.3. Pilotaje de análisis de estructura de instrumento	28
1.4. Prueba de fiabilidad	30
1.5. Análisis Estructural “Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud” con muestra de Investigación.	31
2. Descripción de las variables de Identidad con el Lugar, Participación y Actitud hacia el Enfoque de Salud Comunitario e Intercultural en funcionarios de APS.	33
3. Relación entre las variables de Identidad con el Lugar, Participación y Actitud hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud.	34
4. Influencia de la Participación y la Identidad con el lugar en la Actitud hacia el Enfoque de Salud Comunitario e Intercultural.	35
<b>V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>37</b>
<b>VI. REFERENCIAS</b>	<b>44</b>
<b>VII. ANEXOS</b>	<b>53</b>

Anexo N° 1: Batería completa de instrumentos para respuestas de funcionarios de APS con carta de descripción.	53
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Participantes por Sexo	22
Tabla N°2: Participantes por Tipo de Establecimiento.	23
Tabla N°3: Participantes por Profesión o función laboral.	23
Tabla N°4: Participantes por Antigüedad laboral.	24
Tabla N°5: Varianza total explicada Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud	29
Tabla N°6: Estructura Factorial Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud	29
Tabla N°7: Varianza total explicada Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud con Muestra de Investigación	31
Tabla N°8: Estructura Factorial Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud con Muestra de Investigación	32
Tabla N°9: Descriptivos de variable de Investigación	33
Tabla N°10: Tabla de Frecuencia variable "Conductas de participación Escala"	33
Tabla N°11: Correlaciones entre variables de Estudio	35
Tabla N°12: Análisis de regresión. Variable dependiente: Actitud Hacia Enfoque comunitario en salud	36

## **RESUMEN**

La Atención Primaria busca cercanía con las personas, familias y comunidad, siendo su fundamento el modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario, de Enfoque participativo e Intercultural, destacando el importante rol de los funcionarios. La presente investigación busca establecer la influencia de la Identidad con el Lugar y la Participación en la Actitud al Enfoque de Salud Comunitario e Intercultural en funcionarios de APS, para ello se elaboró una escala orientada a evaluar la Actitud al Enfoque de Salud Intercultural y Comunitario, se aplicaron también escalas de Identidad y Apego al Lugar y Conductas de Participación a una muestra de 156 funcionarios. Los principales resultados muestran limitaciones del instrumento elaborado y una alta Participación de los funcionarios, existiendo una relación entre la actitud al Enfoque Comunitario con el Apego e Identidad al Lugar y de éstas últimas con las conductas de Participación Total y Asociativa-Opinativa. Respecto a la influencia de estas variables, solo la Identidad al Lugar predice en relación al Enfoque Comunitario. En conclusión, las hipótesis de investigación se responden parcialmente, debido probablemente a las limitaciones del instrumento elaborado para evaluar la actitud hacia los Enfoques de salud; no obstante se presentan algunos resultados esperados teóricamente.

**Palabras Clave:** Participación; Identidad con el Lugar; Enfoque Intercultural; Enfoque Comunitario; Atención Primaria.

Contacto: [Oscarolivaresgo@gmail.com](mailto:Oscarolivaresgo@gmail.com)

## **I. INTRODUCCIÓN**

La atención primaria se presenta como la puerta de entrada a los sistemas institucionales de salud, siendo su aspiración estar al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación. Desde la última reforma sanitaria, Chile ha tomado como fundamento de su quehacer diario el modelo de salud Integral con Enfoque familiar y Comunitario, que tiende a un trabajo horizontal y directo con las comunidades, en un marco participativo y de pertinencia Intercultural (MINSAL, 2013).

Respecto a lo anterior y en vista de la importancia del rol de los funcionarios de Atención Primaria en la implementación del modelo de salud, es importante tener presente cual es el nivel de identificación de los profesionales y funcionarios de salud con su comunidad y con la comuna en la que viven y trabajan; además, es necesario conocer si ellos participan activamente a nivel Comunitario, cívico o político fuera del ámbito laboral. Esto dado que los funcionarios son facilitadores de los procesos de participación en el marco de las instituciones de salud, por lo que es importante saber que tipo de participación tienen y como afecta esto en la ejecución de su trabajo en el modelo de salud que se busca implementar, que tiene como principales Enfoques la salud comunitaria e Intercultural.

En base a ello, el presente trabajo tiene como objetivo establecer cual es la influencia que tiene la Participación y la Identidad con el Lugar de los funcionarios de Atención Primaria en su actitud hacia el modelo de salud con Enfoque Comunitario y pertinencia Intercultural. Para ello se efectuó un estudio de carácter cuantitativo que estableció la relación e influencia entre las variables mencionadas. Para lograrlo se utilizaron instrumentos validados como el Cuestionario de Conductas de participación (CCP) (Hevia de la Jara y Vergara-Lope, 2011) y la escala de Apego e Identidad con el Lugar de Hernández, Hidalgo, Salazar y Hess (2007). Además se elaboró un instrumento orientado a medir las Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud, para funcionarios de Atención Primaria.

La relevancia del presente trabajo está dada por la temática y la población que busca estudiar, pues explora aspectos muy poco estudiados respecto a los funcionarios de salud, como su Identidad con el Lugar, Participación y Actitud hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural. Esto otorga luces para un desarrollo teórico sobre los actores claves del proceso de reforma en la Atención Primaria, quienes deben implementar un modelo de salud que generalmente no conocen, ya sea por una inadecuada formación universitaria (Minoletti y Zaccaria, 2005), sobrecarga por falta de profesionales (Bass, 2012) y énfasis en el trabajo asistencial (Téllez, 2006); lo que conlleva un precario avance en el desarrollo del modelo de salud familiar y Comunitario, como parte integrante de un sistema de seguridad social en salud (Bass, 2012).

A nivel de relevancia práctica se puede establecer que el estudio entrega una evaluación descriptiva y relacional respecto a al nivel de Participación, Identidad con el Lugar y Actitud hacia el Modelo de los funcionarios de Atención Primaria, así como también aporta en el desarrollo de un perfil de profesional que se desempeña en el nivel primario y en el modelo de Salud Comunitario e Intercultural.

## **II. ANTECEDENTES**

### **1.1. Atención Primaria de Salud.**

En el año 1978 en la Conferencia Internacional de Atención Primaria, gran parte de los países del mundo firmaron la declaración de Alma-Ata, que entre otras cosas, explicita el rol clave que debe tener el nivel primario de atención para potenciar el desarrollo de la salud de los pueblos. Este importante gesto político fue refrendado posteriormente por evidencias científicas que confirman que los sistemas de salud con una fuerte Atención Primaria de Salud [APS] son más efectivos, eficientes e igualitarios (Alma Ata, 1978; Starfield, Shi y Macinko, 2002).

Desde entonces se entiende que la APS corresponde al nivel primario de salud, encargada de dar la asistencia sanitaria esencial. Se caracteriza por buscar una amplia cobertura, aunque de mínima complejidad, sus funciones se centran especialmente en atenciones ambulatorias, donde se ejecutan las acciones de los Programas Básicos de Salud de las Personas y Comunidades, que cruzan el ciclo vital individual y familiar (Universidad de Tarapacá [UTA], 2011).

La APS es una estrategia de salud que pretende estar al alcance de todos los individuos, familias y comunidad, a un costo que sea abordable por el país y las comunidades. Forma parte íntegramente, tanto del Sistema Nacional de Salud, como del desarrollo social y económico de una comuna y representa el primer nivel de contacto, la “puerta de entrada”, de los individuos, de la familia y la comunidad con los servicios de Salud, llevando lo más cerca posible las prestaciones sanitarias al lugar donde residen y trabajan las personas (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2013a). Es además, un espacio de trabajo abierto a la comunidad para intervenir de manera co-responsable sobre los procesos de salud-enfermedad, participación y trabajo conjunto (MINSAL, 2008b).



## **1.2. Situación Actual y Proyecciones de la APS en Chile**

Al considerar el funcionamiento y resultados de la APS, los países que tienen una Atención Primaria fuerte, en general, exhiben mejores resultados y a un menor costo (Starfield, 2012). Chile puede ser considerado uno de los países en que esta conclusión se confirma, gracias a sus buenos resultados en mortalidad infantil y expectativa de vida; no obstante en la APS recibe proporcionalmente menos recursos económicos; de hecho, en la reforma sanitaria del año 2005 casi no aparece nombrada en el marco normativo y legal y tampoco se consideran los problemas estructurales crónicos que sufre la Atención Primaria (Téllez, 2006)

En el ámbito de las acciones de salud, se observa nuevamente la ausencia de la mirada de APS, ya que en la reforma predominan las intervenciones individuales curativas por sobre las intervenciones preventivas y promocionales (Téllez, 2006; Montero, Téllez y Herrera, 2010). Lo anterior es reforzado por el creciente aumento del fenómeno del “hospitalocentrismo”, es decir, la tendencia a desarrollar los sistemas sanitarios en torno a hospitales y especialistas, con consecuencias como ineficacia y desigualdad del sistema sanitario (OMS, 2008).

Otros problemas que han ido afectando a la APS en Chile, dicen relación con la mercantilización de la salud y sus consecuencias en la calidad y en el acceso de la población. También la priorización de ciertos programas o afecciones de salud, como el caso de las garantías explícitas en salud (GES), parte importante de la reforma de salud, que finalmente genera la fragmentación de los sistemas de salud y no aborda los problemas de fondo del sistema, como el financiamiento y los recursos humanos, generando además desconfianza de la población (Montero et al., 2010).

Es así como la APS muestra logros que se han quedado fundamentalmente en aspectos básicos, pero que no logran tener impacto en los cambios demográficos y sociales de Chile, como por ejemplo el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas cardiovasculares, el resurgir de enfermedades infecciosas (asociadas generalmente

a factores sociales), las condiciones de salud relacionadas con los cambios de conducta, los determinantes sociales en salud, la desigualdad, la participación y las expectativas de la población respecto a sus necesidades sanitarias, etc. (Téllez, 2006; Brahm, 2014).

Las principales propuestas al respecto están orientadas a fortalecer los logros, especialmente en salud infantil, gestación y vacunación, así como también una política de recursos humanos para retener a profesionales competentes en la APS, particularmente médicos y especialistas en Atención Primaria. Se propone mejorar el acceso y la igualdad, aumentando el financiamiento a partir del monto del per cápita, también los incentivos en base a eficiencia; mejorar la resolutivez en APS; fortalecer el desarrollo tecnológico; consolidar el trabajo con la red intersectorial y con la comunidad. Finalmente todas estas propuestas, que son especialmente relevantes en el escenario sanitario y sociodemográfico actual de Chile, requieren de profundos cambios en el sistema de salud, específicamente en el modelo de atención integral, donde el Enfoque Comunitario e Intercultural son elementos cruciales y los funcionarios de salud los llamados a liderar estos procesos (Téllez, 2006; Montero et al., 2010; Brahm, 2014).

### **1.3. Modelo de Salud Integral, con Enfoque familiar, Comunitario y pertinencia Intercultural.**

Se entiende como modelo de salud a la manera en que se organizan los recursos sociales, especialmente los sanitarios, para enfrentar los problemas de salud, cada modelo implica juicios y valoraciones respecto a la génesis, expresión clínica, curso y pronóstico de la enfermedad; también sobre la persona, sus deberes y derechos, el orden social, las obligaciones de la sociedad para con las personas, etc. (MINSAL, 2011b).

En el marco de la Reforma de salud, en Chile se han venido desarrollando cambios que promueven una salud más equitativa resolutiva y respetuosa. En este sentido son las instituciones de Atención Primaria, basadas en un modelo de atención integral y los principios de la salud familiar, los que han evidenciado una mejora en obtener estos

cambios. Es por ello que desde el año 2001, el estado ha establecido como estrategia central para la Atención Primaria de Salud (APS), un modelo de Atención Integral con Enfoque familiar, Comunitario, que incluya además la pertinencia Intercultural (MINSAL, 2008a; MINSAL, 2008b).

En este modelo se busca mejorar la definición del modelo de salud integral entregado años atrás, poniendo el acento en el usuario y recogiendo la operacionalización del modelo biopsicosocial. En él se entiende la atención de salud, como una relación entre las personas con su entorno y los equipos salubres, en un proceso continuo y co-responsable de cuidado integral de las personas y sus familias. (MINSAL, 2008a). Por ello la importancia también de focalizarse en el Enfoque Comunitario de pertinencia Intercultural, pues permite profundizar en los aspectos clásicos del modelo, pero reconociendo la importancia de las particularidades en su implementación.

#### **1.4. Enfoque de Salud Intercultural**

La salud Intercultural es un concepto utilizado para denominar a las políticas e intervenciones que buscan conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural en el proceso de atención sanitaria es una característica que va más allá de lo puramente étnico, pues implica además el valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. (Alarcón, Vidal y Neira, 2003). A nivel teórico el concepto de Interculturalidad ha sido revisado desde varios puntos de vista, Walsh (2008), lo reconoce como el contacto e intercambio entre diferentes culturas en condiciones de igualdad, que como práctica, proceso y proyecto, no debe ser pensada solo en términos étnicos, sino que debe orientarse a construir un clima de respeto mutuo, el desarrollo pleno de las capacidades y la legitimidad de los individuos y colectivos.

El Ministerio de Salud de Chile ha ido incorporando el Enfoque Intercultural en las acciones de salud de la red asistencial en un proceso que comienza en la Región de la

Araucanía en el año 1996 y que se fortalece con la reforma del año 2005 (MINSAL, 2008). Para la última publicación del Ministerio respecto al modelo de salud, menciona que se incorporan estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades no sólo de los distintos pueblos originarios, sino que también de la población extranjera que vive en el país (MINSAL, 2008; MINSAL, 2012). Es así que el Ministerio en sus políticas de salud y pueblos indígenas, afirma que el Enfoque Intercultural no solo aplica a los pueblos originarios, aun cuando define la Interculturalidad como *“un cambio de actitud y un cambio cultural en el sistema de salud, que permite abordar la Salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural”* (MINSAL, 2006c p.20).

Siguiendo con el concepto de Enfoque Intercultural en salud, este es entendido también como el *“respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus modelos de salud y sus itinerarios terapéuticos (o sistema de medicina indígena) en el diseño e implementación de las políticas de públicas”* (MINSAL, 2008 p. 31), precisando que el concepto de salud indígena, es el aceptado por la Organización Mundial de la Salud y que incorpora como elementos constitutivos, la espiritualidad, lo colectivo y la estrecha relación con el ecosistema de una manera holística, características que lo harían coherente con el modelo de salud integral, familiar y Comunitario (MINSAL, 2008). Menciona además que el modelo de salud Intercultural debe *“conllevar necesariamente un proceso de negociación y mediación permanente con las autoridades tradicionales de un territorio, que permita establecer las bases de los cambios que se desean implementar en las acciones de salud”* (MINSAL, 2008 p. 34), de esto no se extrae claramente un elemento de participación e implementación conjunta, sino que pone énfasis en las necesidades del sector salud, más que las necesidades de las comunidades.

Finalmente el MINSAL (2012) reconoce una latente la discusión sobre la definición de Interculturalidad, ya que esta puede ser entendida más allá de la mera existencia de contacto entre dos culturas diferentes, por lo que se reconoce en la Interculturalidad un

desafío y voluntad, en pos de lograr un diálogo horizontal entre distintos grupos culturales y sus sistemas médicos en interacción.

Si bien las definiciones revisadas contienen aspectos relevantes para un trabajo conjunto y colaborativo, basado en el respeto y fortalecimiento de la salud tradicional indígena, donde además se pueden vislumbrar aspectos relacionados al modelo de salud que se quiere implementar en la Atención Primaria nacional, de salud integral, familiar y comunitaria, sólo en la última publicación relacionada con el modelo, se observan nociones de equiparación de condiciones entre el modelo de salud indígena y el occidental, así como tensiones en cuanto a la definición.

Es por ello necesario agregar a la definición de salud Intercultural el reconocer, que las culturas no son independientes unas de las otras, sino que coexisten en un proceso de construcción mutua, donde se reconocen evidentes desigualdades de derechos y recursos, una realidad histórica y cultural que nos permite distinguir con claridad las tensiones y conflictos de poder que ahí se desatan, así como también la desigualdad, intolerancia y discriminación respecto al acceso de salud, pero también las condiciones de dominación de unas culturas sobre otras (Rozas, 2009; Bengoa, 1999).

Una adecuada definición de salud Intercultural, debe incluir componentes de participación social y ser coherente con el modelo de salud implementado en Atención Primaria (MINSAL, 2012), considerando además el intercambio saberes y prácticas en un contexto de respeto (Walsh, 2008). Para los fines de esta investigación, se acuñará la siguiente definición: *“La salud Intercultural busca que los sistemas de salud indígenas tengan la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, que cuenten con recursos y espacios para el intercambio de conocimiento, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción”* (Cunningham, 2002 p.9).

Al revisar estudios de Salud Intercultural, Alarcón et al (2004), a partir de un trabajo de corte cuantitativo, transversal y comparativo, realizado durante el período 2001-2002,

analiza la Política de Salud Intercultural, desde la Perspectiva de los usuarios mapuches y de los equipos de salud en la IX región de Chile. Los principales resultados apuntan a evidenciar importantes acuerdos y desacuerdos entre proveedores de salud y los usuarios mapuches, así para los usuarios los problemas de acceso, su etnia y la inequidad son razones fundamentales para crear una política especial de salud con pertinencia cultural para las comunidades indígenas de la región. Los proveedores en cambio, no consideran que la población mapuche tenga desventajas frente al resto de la población usuaria no mapuche, por lo tanto, no justifican la implementación de una política de salud especial para la población indígena. Otro punto de desacuerdo tiene que ver con el desarrollo de políticas Interculturales en la región, donde los usuarios mapuches refieren falta de voluntad de los directivos de salud, indiferencia de la población frente a la problemática mapuche y discriminación de los equipos de salud hacia la población indígena; por otro lado los funcionarios postulan que los problemas son la falta de capacitación y conocimiento sobre cultura mapuche, y la escasa formación que proporcionan las universidades (Alarcón et al, 2004).

Los puntos de encuentro entre usuarios y proveedores dicen relación con desarrollar una política de salud Intercultural, donde las acciones y programas deben ser pertinentes a la cultura mapuche, con la completa participación de organizaciones indígenas y ampliamente difundidas en el sistema de salud, para aumentar el conocimiento sobre la cultura y el respeto por la diversidad. Así también concuerdan sobre necesidad de la incorporación de facilitadores Interculturales y de la lengua en el sistema de salud, en la integración de prácticas terapéuticas de la medicina mapuche, y en la incorporación de agentes tradicionales al sistema de atención dirigido a los usuarios mapuches (Alarcón et al, 2004).

Otros estudios han dado cuenta sobre las experiencias de la salud Intercultural en Chile, por ejemplo Boccara (2007) hace un análisis del Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas, denominado *Orígenes*, cuyo objetivo era desarrollar una política de cooperación entre los Pueblos Indígenas y el Estado, contribuyendo al “desarrollo” de las comunidades originarias rurales. El autor apunta a este tipo de estrategia como un caso

de neoindigenismo, que dentro de nuevas distribuciones de de saber/poder dentro del ámbito de la salud pública y la cultura, lo denomina etnogubernamentalidad (Boccaro, 2007).

### **1.5. Enfoque Comunitario en salud.**

El Ministerio de Salud de Chile (2005) reconoce el derecho de las personas a una atención de salud equitativa, resolutive y respetuosa, proponiendo un modelo de carácter integral, que entiende la atención de salud como un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias y también de las comunidades. Define este modelo como un *“conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”* (MINSAL, 2005 p.9).

Posteriormente y haciendo una revisión crítica a la implementación del modelo de salud en los últimos años, se hace necesario aclarar los conceptos relacionados, poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biopsicosocial y el Enfoque Comunitario, es por ello que el Manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario, redefine el modelo y lo plantea como *“Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el*

*intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales” (MINSAL, 2013 p 12).*

Respecto a la definición de salud comunitaria, los documentos institucionales del Ministerio de Salud no ofrecen una descripción adecuada para este constructo, pero entregan directrices que lo relacionan principalmente con la promoción en salud; la importancia del trabajo en red con agrupaciones comunitarias y el intersector; la participación social a través de Consejos de desarrollo y los diagnósticos participativos; y la sectorización, que favorece una relación más cercana entre la comunidad y el equipo de salud, lo que ayuda, pero no asegura un adecuado trabajo Comunitario. Todas estas directrices se formulan a partir de los principios del modelo, por lo que el equipo de salud se compromete con la calidad de vida de la comunidad en la que está inserto y a la cual sirve. Donde además, se mencionan como procesos necesarios la pesquisa de factores protectores, redes de apoyo social y Comunitario de las personas que consultan en el sistema y los recursos existentes en el territorio, todo ello en base a diagnósticos territoriales y mapas epidemiológicos, considerando siempre el Enfoque de género y la Interculturalidad (MINSAL 2005; MINSAL 2008a; MINSAL 2008b; MINSAL 2008c; MINSAL 2013).

A nivel teórico, Martínez (2006) entiende el Enfoque Comunitario como un modelo metodológico, con un paradigma particular de lo psicosocial, que orienta el trabajo de las instituciones con las comunidades. Postula una triple articulación en este Enfoque: i) Teórico-práctica: establece que la relación con la teoría estaría dada por su orientación a la práctica, implica una modalidad reflexiva de construcción teórica sustentada en y controlada desde la práctica; ii) Articulación institucional-comunitaria: que busca lograr una adecuada interpenetración entre el mundo institucional (del sistema) y el mundo de la comunidad (de la vida), especialmente las instituciones calientes, que trabajan de manera directa con las comunidades vulnerables; y iii) Articulación entre encuadre positivo-



encuadre negativo: entendiendo encuadre positivo como el que hace emerger las características, capacidades, habilidades, recursos y potencialidades de las personas, grupos y comunidades, que difiere del encuadre preponderantemente negativo establecido desde las instituciones que evidencia las deficiencias, incapacidades, enfermedades, riesgos vulnerabilidades, etc. El autor plantea además que instituciones chilenas no están preparadas para trabajar con el Enfoque Comunitario y que en general las políticas sociales, programas y proyectos dirigidos a la comunidad están dentro de un encuadre negativo (Martínez, 2006).

Desde el ámbito sanitario, Costa y López (1986), postulan que la salud comunitaria puede ser entendida como la estrategia que trata de aplicar los programas de salud pública en los ámbitos locales de cada comunidad y puede definirse como *“el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación activa de la comunidad”* (Martín y Pastor, 1984, citado en Costa y López, 1986 p. 233).

Se entiende entonces que la salud es siempre comunitaria y pública, esto porque la calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud, la aparición de enfermedades e incluso la muerte, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia de las personas y comunidades. Es así como los estilos de vida, las dinámicas sociales, los riesgos, el trabajo, la distribución desigual de los recursos y, en definitiva, los determinantes sociales que se presentan en el espacio público en el que viven los individuos y comunidades determinarán la salud de éstas. Lo anterior incluye igualmente al sistema político responsable de definir las prioridades de un país y las condiciones que favorecen la promoción de hábitos saludables, infraestructura y todos los aspectos relacionados a una cultura y educación sobre la salud (Costa y López, 1986).

Siguiendo la línea de los determinantes sociales, y a pesar de los constantes llamados de la ciudadanía y las promesas políticas centradas en conseguir más hospitales de alta complejidad, con mayor tecnología y más horas de profesionales cada vez más especializados, tendencia conocida como hospitalocentrismo (OMS, 2008), investigaciones indican que la salud de las poblaciones y comunidades se puede explicar sólo en 25% por el aparato institucional, 10% debido a factores físicos ambientales, 15% de factores biológico-genéticos, siendo el gran responsable del bienestar de la salud, el sistema social y Comunitario con un 50% (Evans et al, 1994).

En el ámbito empírico existen estudios sobre la relación que tienen los profesionales y funcionarios en el modelo de salud Comunitario, así por ejemplo Scharager y Molina (2010), caracterizan el quehacer de los psicólogos que se desempeñan en los centros de salud públicos de Atención Primaria en Chile, haciendo evidente el escaso trabajo Comunitario que actualmente desarrollan los psicólogos chilenos, quienes dedican la mayor parte de su jornada laboral a intervenciones asistenciales, en desmedro de actividades comunitarias y de promoción de la salud mental, contraviniendo las normativas técnicas y recomendaciones del plan nacional de salud mental y psiquiatría (Scharager y Molina, 2010). En esta misma línea Minoletti y Zaccaria (2005) en su artículo de análisis de los principales logros y dificultades obtenidos por el plan de salud mental y psiquiatría aplicado en la salud pública chilena en la trayectoria de 10 años, se observan dificultades como la inadecuada formación de profesionales en la universidad sobre el Enfoque Comunitario, mencionan además que los trabajadores sanitarios con más años de experiencia en el ámbito psiquiátrico tradicional se sienten inseguros con el modelo Comunitario, ya que no ven las ventajas, haciendo difícil el cambio, en este caso los autores atribuyen la causa nuevamente a la falta de capacitación adecuada.

En concordancia con lo ya mencionado, Téllez (2006) en su artículo de análisis de la Atención Primaria como un factor clave en la reforma al sistema de salud chileno, plantea nuevamente las resistencias a las reformas y al cambio en el modelo de salud que muestran los funcionarios de Atención Primaria, se menciona además como otro obstáculo, que los

equipos de salud primarios mantienen altas demandas y responsabilidades, muchas de las cuales no están asociadas a la implementación del modelo de salud integral y Comunitario, sino que más bien, a mejorar las coberturas y el acceso a intervenciones tradicionales, por lo que la implementación del nuevo modelo es una tarea más, que debe coexistir con un amplio espectro de exigencias institucionales y de la población. En esta competencia por el quehacer, tiende a postergarse las temáticas relacionadas especialmente con la salud comunitaria, las actividades de promoción, la participación social, la salud Intercultural, entre otras (Téllez, 2006).

### **1.6. Actitud hacia un Enfoque de Salud**

La actitud es concebida como una predisposición del sujeto para pensar, sentir y comportarse ante algún objeto, en este caso el Enfoque de salud Intercultural y comunitaria. Si bien es cierto que no es lo mismo pensar y sentir que comportarse, se debe concebir la actitud como una organización psicológica particular que cuenta con diferentes procesos. De este modo se pueden diferenciar tres dimensiones que configuran la actitud: a) cognitiva; b) afectiva y c) conductual (Sulbarán, 2009).

Al respecto es importante mencionar que son pocas las evidencias empíricas de estudios relacionados con la evaluación de actitudes de funcionarios hacia modelos o Enfoques de salud definidos, siendo uno ellos el estudio efectuado por Llor et al. (2001), quienes buscan determinar cómo es la actitud de los médicos hacia el modelo de Atención Primaria de Salud en España. Los principales resultados apuntan a que en general, la actitud de los médicos es favorable hacia el modelo, aunque es menos favorable en la dimensión de «inclusión de los profesionales del segundo nivel en Atención Primaria», siendo los médicos de familia los que se muestran más de acuerdo. Respecto a las variables sociodemográficas y laborales, quienes trabajan en centros de salud de la periferia y como internos muestran una actitud más positiva hacia el modelo (Llor et al., 2001).

## 1.7. Conductas de Participación

La Participación como concepto es lo bastante amplio como para ser revisado desde aproximaciones teóricas, metodológicas y disciplinarias, generalmente se relaciona con expresiones con el sentirse parte de, involucrarse y colaborar con un determinado proceso (Montecino, 2007), se entiende además como el derecho de las personas y los grupos para incidir en el espacio público (Vergara-Lope y Hevia de la Jara, 2012). También se ha conceptualizado, dependiendo del proceso social, cultural y económico de una sociedad determinada, donde se debe considerar los intereses y necesidades de las personas y comunidades que la conforman. (Jopia, 2012). De esta manera la participación ha sido definida como “...*las acciones colectivas provistas de un grado relativamente importante de organización, y que adquieren sentido a partir del hecho de que se orientan por una decisión colectiva*” (Hopenhayn, 1988 p. 20).

En el ámbito de la salud, la declaración de Alma Ata definió a la participación como una estrategia para garantizar que los servicios de Atención Primaria brinden soluciones a los problemas de salud de los individuos, las familias y comunidades (Alma Ata, 1978). Esta definición de la participación social ha sido interpretada desde dos perspectivas: una utilitarista, donde los estados y la salud institucional, se valen de los recursos disponibles en la comunidad para compensar costos de los servicios de salud; y otra que la ve como una herramienta de empoderamiento que da a la comunidad un papel más activo y de mayor responsabilidad en lo referido a la salud de la población (Méndez, 2002). Así actualmente el MINSAL fija la participación como uno de los principios orientadores de su accionar, junto con la equidad y la descentralización, también como un objetivo sanitario para la década en el fortalecimiento del sector, siendo entonces un eje del desarrollo de un sistema público de salud eficiente y al servicio de las personas, donde las necesidades en salud hacen que las comunidades no exijan beneficios, sino que derechos (MINSAL, 2008d; MINSAL, 2011a).

Se establece también que al integrar la visión de la población, tanto en la definición sectorial, como el análisis de la situación de salud -considerando las características

culturales, Interculturales, históricas, de sentido de pertenencia e Identidad comunitaria-, facilitaría el intercambio de información, reflexión y análisis de la situación de salud local, generando soluciones conjuntas con los equipos de salud, conformación y fortalecimiento de redes locales. Todo ello, para finalmente tener una definición de problemas y prioridades en salud, canastas de prestaciones de acuerdo a perfil de la demanda, en fin una mejora continua de la calidad de los servicios de salud (MINSAL, 2008d).

Ahora bien esta relación entre salud y participación no ha estado exenta de problemas, Pratesi (2005) refiere que la cultura en el ámbito de la salud funciona en base a esfuerzos individuales, donde generalmente no se busca la toma de decisiones conjuntas, lo que sumado a las complejidades políticas locales, los prejuicios del personal de salud, más la sobrevaloración del saber institucional del médico y la infravaloración del saber popular y Comunitario, hacen que la participación sea realmente difícil, o se caiga en la paradoja de la participación, ya que esta debiese ser un acto espontáneo y no debe provenir de una obligación o sugerencia; por ejemplo, cuando es requisito de un programa o modelo de salud institucional (Pratesi, 2005). También se ha criticado los espacios de participación institucional, como el Consejo de Desarrollo Local, donde el estado puede hacer uso del control poblacional (Bolados, 2006).

Con todo, es claro que la noción predominante de participación social, se refiere a la “participación ciudadana”, la cual parece invisibilizar a otras formas de participación, así en la realidad nacional, las diversas formas de participación no necesariamente producen mayor integración social, sino más bien fragmentación tanto de las prácticas, como de los actores sociales. Es por ello que la participación, se mueve entre las tecnocráticas promovidas desde el Estado, que enfatizan el control o las “formas instrumentales” para resolver necesidades, pasando por “reconocimiento de derechos” y formas clientelistas, especialmente en el ámbito local, hasta nuevas formas de participación vinculadas a la cultura de la juventud. Finalmente estas diversas formas de participación promovidas por el estado, muestran débiles organizaciones de base, poca vinculación entre sí y un impacto más bien precario sobre la sociedad (Garcés y Valdés, 1999).

Si bien desde la salud se ha hecho énfasis en la importancia de la participación comunitaria para el desarrollo del sector, para los propósitos de la presente investigación es necesario conocer el tipo de participación de los funcionarios, como personas naturales más que desde su función en la Atención Primaria, por ello el foco está en las conductas de participación que ellos pudieran realizar en el ámbito de su vida no laboral.

De acuerdo a las dimensiones o categorías de Conductas de Participación desarrolladas por Vergara-Lope y Hevia (2012), destacan la dimensión electoral, partidaria, opinativa-asociativa y cívica. (i) Las conductas de participación "electoral", se caracteriza por el ejercicio del derecho político de votar y ser votado de aquellos/as ciudadanos y ciudadanas que cumplen con los requisitos legales para hacerlo, y puede ampliarse también a la inclusión de las y los ciudadanas/os en los procesos de organización de las elecciones. (ii) La segunda dimensión se refieren a las conductas de participación "opinativa", que tienen que ver con el acto de expresar puntos de vista sobre servicios, programas, instituciones, personas, entre otros. (iii) Otro tipo de conductas de participación son la de tipo "asociativa", que se refiere a sumarse a las acciones de un grupo de persona (con o sin personalidad jurídica), agrupaciones sin fines de lucro, que no son parte del Estado, en donde se comparten intereses y objetivos similares en relación al tema que los convoca, buscando beneficios tanto a nivel individual como colectivo. (iv) La cuarta dimensión de conductas de participación, es la "cívica", que corresponde a los comportamientos respetuosos de los ciudadanos con las normas de convivencia pública. Se refiere al respeto de las normas sociales, tanto las escritas como las no escritas, es central para el fortalecimiento democrático, para la construcción de confianza social, y en general para la cohesión social. (v) Finalmente aparecen las conductas de participación "partidaria", la que surge como una categoría diferente de participación e integra aspectos de la dimensión opinativa, electoral y asociativa, se refiere a los vínculos entre participación y partidos políticos, una relación de la sociedad civil y la sociedad política (Vergara-Lope y Hevia, 2012).

Respecto a estudios relacionados con participación social en salud, la mayoría de ellos se orienta como una necesidad institucional de desarrollar mecanismos de participación social y comunitaria como un pilar fundamental para alcanzar una óptima calidad de vida de los usuarios (Méndez y Vanegas, 2010; Sanabria, 2004), en este sentido dejan de lado la perspectiva de los funcionarios, los que solo son vistos como operadores técnicos.

Otras investigaciones revisan críticamente la implementación de los espacios de participación en salud, acusando problemas en la democratización de las decisiones, participación forzada y búsqueda de control desde el estado (Anigstein, 2008; Bolados, 2006; Pratesi, 2005). Finalmente, Peroni (2009) presenta una propuesta de participación en salud basada en experiencias de desarrollo local a escala humana.

Respecto a los funcionarios de salud y su relación con la participación comunitaria, en Chile se han revisado casos donde los funcionarios rehúyen este tipo de trabajo, no se sienten cómodos, menospreciando el trabajo Comunitario en desmedro del asistencial, por lo que prefieren dar una solución institucional antes que trabajar conjunta y participativamente con la comunidad organizada, a la que sienten lejana y amenazante (Jopia, 2012; Leiva, 2013),

Siguiendo esta línea, Vásquez (2002) realizó un estudio que revisó la visión de distintos agentes sobre la participación en salud. Encontrando que en el caso de los funcionarios, estos reducen la participación sólo a facilitar información a la población, y ven que los obstáculos para realizar un trabajo participativo están en la población y en funcionarios municipales; mientras que los dirigentes y usuarios de la comunidad ven los obstáculos en la institucionalidad misma. Además estos refieren que el participar puede traer ganancias como mejorar el acceso al sistema de salud.

En términos generales, la mayor parte de la investigación de participación en salud ha sido tomada desde la perspectiva de los usuarios, las familias y las comunidades, más no se ha

tocado de manera profunda el tema de la participación de los funcionarios como personas, parte integrante de la comunidad y agentes políticos externos a su rol técnico-profesional.

### **1.8. Identidad y Apego con el Lugar.**

La Identidad con el Lugar es definida como una sub-estructura de la Identidad personal que, en términos generales, consiste en las cogniciones que tiene la persona sobre su entorno físico, acá se incluyen las características del lugar y las interacciones que se dan en él. Cabe destacar que no siempre es un constructo coherente e integrado, sino que responde más bien a una mezcla de creencias y sentidos que la persona va elaborando, y son diferentes de acuerdo a las características sociodemográficas y culturales de cada sujeto (Ríos y Moreno, 2009).

La Identidad con el Lugar es entendida entonces como un vínculo socioespacial, el sentimiento de pertenencia o afiliación a un entorno físico concreto, es significativo para la persona y la comunidad que lo habita, adquiriendo el espacio, además una dimensión física, un componente psicosocial, relacionado al sentimiento de pertenencia a un un barrio, un pueblo, o comuna, que a la vez es capaz de simbolizar aspectos y categorías relevantes del lugar que permiten a los individuos identificarse con ellas, sentirse parte como iguales y diferenciarse de otros (Varela, 1996). En otras palabras, tanto la persona, como el colectivo en general se autoidentifica con el lugar como un elemento de continuidad de su propia Identidad (Moreno y Pol, 1999).

El concepto entonces se presenta como una mezcla de creencias y sentidos que la persona va elaborando (Ríos y Moreno, 2009). Así el espacio no es sólo un escenario, sino que se transforma en un elemento activo más en el proceso de interacción social, entregando significados forjados socialmente, que las personas y las comunidades interpretan y elaboran, formando parte del proceso de categorización social (Moreno y Pol, 1999).



Relacionado a lo anterior, el Apego al Lugar hace referencia al vínculo socioespacial afectivo entre las personas y determinados lugares, aquellos sentimientos positivos sobre lo que uno posee y los factores de tipo emocional ante los lugares, es definido además como el vínculo que los individuos establecen con sitios específicos, en los que prefieren permanecer y en los que se encuentran confortables y seguros (Hidalgo y Hernández, 2001).

Estas temáticas en particular cobran relevancia, el Apego e Identidad con la ciudad y/o comuna de los funcionarios puede variar considerando que no todos los profesionales viven y trabajan en la misma comuna, así como muchos crecieron y estudiaron en otras ciudades diferentes a las que desarrollan sus funciones laborales. En este sentido la literatura muestra que en el proceso de Apego e Identidad con el Lugar se van desarrollando vínculos que se ven influidos por el tiempo de residencia, aun cuando se discute en base a la influencia que puede tener la cultura en el desarrollo de los vínculos con el lugar (Casakin et al, 2013). También se ha visto que los niveles Identidad y Apego con el Lugar (de residencia), participación y satisfacción vital en vecinos de un barrio, son mayores en autóctonos en relación a los inmigrantes (Ríos y Moreno, 2009).

Finalmente y en base a todos los elementos revisados surge la siguiente pregunta ¿la Participación y la Identidad con el Lugar influyen en la Actitud hacia el Enfoque de Salud Comunitario e Intercultural en funcionarios de Atención Primaria?

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General.**

Establecer la influencia de la participación social y la Identidad con el Lugar en la Actitud hacia el Enfoque de Salud Comunitario e Intercultural en funcionarios de Atención Primaria.

## **2.2. Objetivos Específicos.**

- Elaborar y validar la Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud.
- Describir las variables de Identidad con el lugar, Participación y Actitud hacia el Enfoque de Salud Comunitario e Intercultural en funcionarios de Atención Primaria.
- Determinar la relación existente entre la Identidad con el lugar, la Participación y su Actitud hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud.
- Determinar la influencia de la Participación y la Identidad con el Lugar en la Actitud hacia el Enfoque de Salud Comunitario e Intercultural.

A partir de lo anterior se plantean las siguientes Hipótesis de investigación:

**Hi1:** Existe una relación entre la Participación y la Identidad con el Lugar con la Actitud hacia el Modelo de Salud en los funcionarios de Atención Primaria

**Hi2:** La Participación y la Identidad con el Lugar influyen en la Actitud hacia el Modelo de Salud con Enfoque Comunitario e Intercultural en funcionarios de Atención Primaria.

### III. MÉTODO

#### 1. Diseño.

Esta investigación es de carácter cuantitativo, transversal y no experimental, (Briones, 2002). Específicamente se busca saber cuáles son las características de las Conductas de Participación e Identidad con el Lugar de los funcionarios y como éstas se relacionan con su Actitud hacia el Modelo de Salud Comunitario e Intercultural. El alcance del estudio es correlacional y explicativo, ya que además de describir las variables mencionadas, busca establecer si existe relación entre ellas y cuál es el tipo de dicha relación. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

#### 2. Participantes.

La muestra estuvo constituida por 156 funcionarios de Atención Primaria de Salud (APS) de distintas comunas a lo largo del país, la mayoría de ellas mujeres (119), representando un 76,3% del total.

*Tabla N°1: Participantes por Sexo.*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Femenino	119	76.3
Masculino	37	23.7
Total	156	100

Respecto al área de trabajo, la mayoría de los funcionarios trabajaban en el sector urbano (83.3%; N=130) y el resto en el sector rural (16.7%; N=26). En relación al tipo de establecimiento, la mayor parte de los participantes trabajaba en Cefam o consultorio (64.1%; N=100), luego porcentajes cercanos al 10% realiza sus actividades laborales en CECOSF, postas y estaciones rurales y departamentos de salud. El restante 5.8% corresponde a otro tipo de establecimientos como centros de rehabilitación, consultorios adosados a hospital, etc. (Ver tabla N°2).

*Tabla N°2: Participantes por tipo de establecimiento.*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Cesfam o Consultorio	100	64.1
Cecosf	16	10.3
Posta y/o estación de Salud Rural	14	9.0
Departamento de Salud	17	10.9
Otros	9	5.8
Total	156	100

La mayor parte de los participantes se desempeña como matronas y enfermeras (28.8%), un 26,3% son administrativos y otro tipo de funcionarios y un 23.1% son psicólogos y trabajadores sociales, en la Tabla N°3 se detallan el resto de los porcentajes de otras profesiones y funciones en el ámbito de Salud Primaria.

*Tabla N°3: Participantes por profesión o función laboral.*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Médicos y odontólogos	23	14.7
Matronas y Enfermeras	45	28.8
Psicólogos y trabajadores sociales	36	23.1
Técnicos paramédicos y TENS	11	7.1
Administrativos y Otros funcionarios	41	26.3
Total	156	100

Respecto a la antigüedad laboral, se observa que el 42.9% de los participantes lleva de 1 a 5 años en Atención Primaria, un 28.2% de 6 a 10 años y un 16.7%, el restante 12.2% lleva más de 11 años de experiencia (Ver Tabla N°4).

*Tabla N°4: Participantes por Antigüedad laboral.*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Menos de un año	26	16,7
De 1 a 5 años	67	42,9
De 6 a 10 años	44	28,2
De 11 a 14 años	9	5,8
De 15 a más años	10	6,4
Total	156	100,0

Respecto al tipo de muestreo este es de tipo intencionado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Para la recolección de datos se realizó un trabajo de coordinación a nivel nacional con contactos de colegios profesionales, funcionarios y directivos de distintas instituciones de Atención Primaria, siendo la estrategia a utilizar las respuestas de los instrumentos vía on-line con el fin de obtener una muestra más grande y representativa.

Los criterios de inclusión corresponden a funcionarios que estén trabajando actualmente en Atención Primaria de Salud, en distintos tipos de establecimientos urbanos y rurales, como Cesfam, Cecosf, postas y estaciones de salud rural, no importando si realizan funciones clínicas de atención a usuarios, de tipo técnico o administrativas y que practiquen cualquier oficio o profesión al servicio de la Salud Primaria, como médicos, enfermeras, matronas, psicólogos, trabajadores sociales, etc. Quedan fuera de la investigación profesionales o funcionarios que realicen sus funciones en Servicios de Salud o establecimientos del nivel de complejidad secundario o terciario.

### **3. Técnicas de recolección de datos.**

Para medir la Identidad y Apego con el lugar se utilizó la escala de Hernández, Hidalgo, Salazar y Hess (2007), un instrumento con respuestas tipo Likert, que oscilan de 1 (nada) a 6 (muchísimo). Cuenta con dos subescalas, la primera que mide el **Apego con el Lugar** (AL), que incorpora los aspectos de la relación afectiva hacia el lugar, consta de 8 ítems, siendo el puntaje mínimo 8 y el máximo 48 puntos. La segunda subescala de **Identidad de Lugar** (IL) se relaciona con los aspectos más representacionales, como la identificación y la pertenencia con el lugar, consta de 4 ítems, donde el puntaje mínimo es 4 y el máximo 24 puntos (Moreno y Ríos, 2009). Respecto a la confiabilidad del instrumento, la escala Apego al Lugar presenta un Alfa de Cronbach de .94, mientras que la escala de Identidad con el Lugar .95 (Ruiz, Hernández y Hidalgo, 2011).

Para evaluar la Participación de los funcionarios se utilizó el Cuestionario Conductas de Participación (CCP), este instrumento está orientado a medir conductas que determinan los

niveles de participación. El CCP posee 37 reactivos que miden las **Conductas de participación total (CPT)**, con un puntaje mínimo de 0 y máximo de 100, asignándole también valores categoriales, que pueden ser baja, media o alta participación. El instrumento además evalúa cuatro dimensiones de la participación, a saber: a) **Conductas de Participación Electoral (CPE)**, que posee calificación mínima 0 y máxima de 12; b) **Conductas de Participación Partidaria (CPP)**, que presenta una calificación mínima 0 y máxima de 15, **Conductas de Participación Asociativa-Opinativa (CPAO)**, que muestra una puntuación mínima 0 y máxima de 63 y finalmente; d) **Conductas de Participación Cívica (CPC)**, que muestra un mínimo de 0 y un máximo de 10 puntos. Respecto a la confiabilidad del instrumento, este posee un Alfa de Cronbach total de .85; mientras que la dimensión electoral un Alfa de Cronbach de .98; la dimensión partidaria de .85; la asociativa-opinativa de .72 y la cívica de .72 (Hevia de la Jara y Vergara-Lope, 2011).

Para la evaluación de la **Actitud hacia el Enfoque de Salud Comunitario e Intercultural** fue necesario construir un instrumento, una escala para la medición de actitudes tipo Likert, que diera cuenta de la disposición de los funcionarios hacia la salud Intercultural y comunitaria (Sulbarán, 2009). Dicho instrumento, su elaboración y validación es presentado en el apartado de resultados.

Finalmente y para que los funcionarios de Atención Primaria respondieran los instrumentos, se utiliza una batería que incluye, además de los tres instrumentos mencionados anteriormente, preguntas orientadas a conocer aspectos sociodemográficos de los sujetos encuestados, como, sexo, comuna de residencia, comuna laboral, área de trabajo, tipo de establecimiento, profesión o función y antigüedad laboral. La batería de instrumentos se puede apreciar en el Anexo N°1.

#### **4. Análisis de los datos.**

El análisis de los datos se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS versión 19.0. Se estudiaron las propiedades psicométricas del instrumento "Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud" mediante Análisis Factorial Exploratorio

para estructura y de fiabilidad para consistencia interna antes de la aplicación con una prueba piloto y posteriormente con la muestra de investigación. Se realizaron correlaciones paramétricas para las variables continuas y regresión lineal simple para analizar la posibles influencias que pueden tener las variables Apego e Identidad con el Lugar y las Conductas de Participación con la actitud hacia Enfoque Intercultural y Comunitario en salud.

### **5. Aspectos Éticos.**

Respecto a los aspectos éticos, para realizar la recolección de información con los funcionarios de APS, junto con la encuesta se entrega una pequeña descripción de la actividad a realizar, dando cuenta de los instrumentos a contestar y explicitando que se trata de una encuesta confidencial, solo con fines de investigación (Ver Anexo N°1), quienes aceptan estas condiciones responden la encuesta y quienes no estén de acuerdo simplemente no la responden.

## **IV. RESULTADOS**

### **1. Elaboración y validación del cuestionario: “Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud”.**

#### **1.1. Revisión, selección y adaptación de dimensiones e ítems.**

Para la elaboración del Instrumento se buscaron reactivos que tuviesen relación con las temáticas del Enfoque de Salud Comunitaria y Salud Intercultural, utilizando como base el documento “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria” (MINSAL, 2013). Para el Enfoque Comunitario en Salud se utilizaron especialmente los capítulos I, III y IV, de las orientaciones señaladas, los que tratan temas sobre Conceptos y elementos claves en la implementación del modelo; Promoción y Prevención de la Salud; y Participación Social, respectivamente. Para la elaboración de la segunda parte, de Enfoque Intercultural, se utilizó al capítulo I del texto mencionado, en su apartado de “Enfoque Intercultural” (MINSAL, 2013).

De este ejercicio se construyen 27 reactivos, que pretendían evaluar la actitud de los funcionarios de salud hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural, en el modelo de salud integral que propone el Ministerio de Salud de Chile, como base para el trabajo en Atención Primaria.

#### **1.2. Validación del Instrumento**

Para corroborar la pertinencia de los ítems, se procedió a una evaluación de jueces expertos por dos profesionales psicólogos que se desempeñaban en el área de la salud, uno como profesional del departamento de salud mental del Servicio de Salud Metropolitano Norte y la otra como encargada del programa de salud familiar en el Centro Comunitario de salud familiar "Rukalaf" de la comuna de Quellón. Después de esta etapa se seleccionaron 21 reactivos, 11 en la dimensión Enfoque Comunitario y 10 sobre el Enfoque Intercultural, los



restantes seis reactivos fueron considerados poco apropiados para medir las dimensiones Comunitaria e Intercultural, según el criterio de los profesionales evaluadores.

### **1.3. Pilotaje de análisis de estructura de instrumento**

Con el fin de determinar el número de factores que subyacen al instrumento se decidió realizar un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) (Méndez y Rondón, 2012), considerando la totalidad de los ítems de la escala (21). Para ello se utiliza una muestra piloto de 44 funcionarios de diferentes Servicios de Salud del país, entre ellos Arica, Atacama, Coquimbo Metropolitano Norte, Metropolitano Occidente, Metropolitano Sur, O'Higgins, Ñuble, Concepción, Talcahuano, Arauco, Araucanía sur, Osorno, Chiloé y Magallanes. Este grupo comparte las características de ser funcionarios de salud como los sujetos que finalmente fueron parte de la muestra, aun cuando no se desempeñan en el ámbito de la Atención Primaria.

En el análisis se observa que tanto el índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,493) como la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2$  [210, N = 44] = 432.779  $p < .01$ ) indican que la matriz de correlaciones no es apropiada para realizar un AFE. No obstante se realizó este procedimiento para observar cómo se agruparían hipotéticamente los factores. Para ejecutarlo se empleó el método de factorización de ejes principales (*principal axis factoring*), al ser altamente recomendado en la literatura (Fabrigar et al, 1999; Pérez y Medrano, 2010). Se realizó una rotación oblicua de la matriz factorial, usando el método Oblimin. Utilizando los criterios descritos previamente, se seleccionó la solución de 2 factores. Para interpretar la estructura de las dimensiones se consideraron cargas factoriales iguales o superiores a 0.53 en la matriz factorial rotada (Hogarty, Hines, Kromrey, Ferron y Mumford, 2005).

Además, se siguió la recomendación de evaluar si cada factor posee al menos cuatro ítems con correlaciones iguales o superiores a 0.4; en orden a ser interpretado teóricamente,

atendiendo a las correlaciones ítem-factor más elevadas para corroborar el nombre teórico de cada factor (Glutting, 2002, en Pérez y Medrano, 2010).

De este modo, el modelo de 2 factores logra explicar un 31.1% de la varianza (Ver Tabla N°5). Al evaluar la configuración de los ítems, se observa que la mayoría de ellos obtiene cargas altas, siendo el valor mínimo 0.554. Además, las dimensiones resultan teóricamente consistentes, ya que el contenido (enunciado) de los ítems incluidos en cada factor es altamente coherente entre sí. La tabla N°6 muestra la estructura factorial del cuestionario, con los factores y las cargas factoriales correspondientes a cada ítem seleccionado.

*Tabla N°5: Varianza total explicada Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud*

<i>Factor</i>	<i>Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción</i>		
	<i>Total</i>	<i>% de la varianza</i>	<i>% acumulado</i>
1	4.139	19.709	19.709
2	2.379	11.330	31.038

Método de extracción: Factorización de Ejes principales.

a. Cuando los factores están correlacionados, no se pueden sumar las sumas de los cuadrados de las saturaciones para obtener una varianza total.

*Tabla N°6: Estructura Factorial Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud.*

<i>Ítems</i>	<i>Factor</i>	
	<i>1</i>	<i>2</i>
3) La Educación y participación en salud son estrategias claves para que las comunidades logren estilos de vida saludables.	.557	
7) Las prácticas de la salud indígena son interesantes, pero menos necesarias que las atenciones que entregan los profesionales en un hospital o consultorio.*	.574	
9) Al aparecer la enfermedad, los aspectos culturales y sociales pasan a un segundo plano.*	.604	
10) La sectorización en salud permite que los equipos tengan un territorio de trabajo definido, que los acerca a la comunidad.	.774	
11) Es preciso identificar los recursos existentes en el territorio, las redes de apoyo sociales y comunitarias de las personas, explorando también los factores de riesgo y protectores.	.886	

17) Lo ideal es mantener los sistemas de salud indígena separados de los hospitales y consultorios, ya que cada uno conoce sus propias prácticas de trabajo.*	.592
18) Es necesario que los programas de salud se modifiquen de tal forma que sean coherentes con la cosmovisión y prácticas de salud propias de los pueblos indígenas.	.715
19) Es importante que representantes tradicionales y autoridades indígenas se incorporen en instancias de participación propias del sector salud.	.772
21) Se deben incorporar estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades de los distintos pueblos originarios y de la población extranjera que vive en el país.	.751

---

Método de extracción: Factorización del eje principal.  
Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

#### **1.4. Prueba de fiabilidad**

Considerando que aunque estadísticamente los datos no eran adecuados para realizar un análisis factorial y que la varianza explicada no era la esperada, igualmente se observa que existe consistencia teórica en los constructos de Enfoque Comunitario y Enfoque Intercultural. El siguiente paso es realizar pruebas de fiabilidad con la muestra de 44 funcionarios de servicios de salud antes de utilizar el instrumento con la muestra de investigación.

Para lograr óptimos niveles fiabilidad y consistencia interna del cuestionario, se eliminó el ítem 9, quedando 4 ítems en la dimensión de Enfoque Comunitario, con un coeficiente de Alfa de Cronbach de .744. La dimensión de Enfoque Intercultural quedó con los 4 ítems extraídos en el análisis factorial y cuenta con un Alfa de Cronbach de .777. Ambos resultados exceden el valor mínimo de ,70 para determinar la confiabilidad de la prueba (DeVellis, 2003). Por que se establece que existe una adecuada consistencia interna en ambas dimensiones (Enfoque Comunitario e Intercultural). El instrumento final quedó compuesto por tanto con 8 ítems, con dos subescalas, con respuestas tipo Likert que oscilan de 1 (Muy en Desacuerdo) a 5 (Muy de acuerdo).

A pesar de que el análisis factorial no entrega los resultados esperados a partir de los constructos teóricos de Enfoque Comunitario y Enfoque Intercultural en salud, se decide

utilizar el instrumento con los 8 ítems ya mencionados, considerando su consistencia interna e importancia teórica, las cuales resultan útiles para cumplir con los objetivos de la investigación. No obstante, considerando el mayor número de la muestra de investigación se realizó nuevamente el análisis factorial con el fin de explorar si habían cambios en los valores previamente obtenidos y poder establecer así la validez y confiabilidad del instrumento.

### **1.5. Análisis Estructural “Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud” con muestra de Investigación.**

Considerando que el análisis factorial exploratorio en la prueba piloto no tuvo los resultados esperados, se vuelve a realizar con la muestra final de investigación. Los resultados muestran que la matriz de correlaciones es apropiada ya que el índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) presenta un valor de .669, y la prueba de esfericidad de Bartlett es muy significativa ( $\chi^2$  [55, N = 156] = 197.492  $p < .01$ ) (Fabrigar et al, 1999; Pérez y Medrano, 2010). Se realiza entonces factorización con el método de ejes principales con rotación oblicua de la matriz factorial (Método Oblimin). La interpretación teórica del instrumento resulta posible, ya que el instrumento logra 4 ítems con correlaciones superiores a 0,4 (Glutting, 2002, en Pérez y Medrano, 2010), agrupados en los dos factores esperados, logrando explicar un 44,87% de la varianza (Ver Tabla N°7).

*Tabla N°7: Varianza total explicada Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud con Muestra de Investigación*

<i>Factor</i>	<i>Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción</i>		
	<i>Total</i>	<i>% de la varianza</i>	<i>% acumulado</i>
1	2,282	28,520	28,520
2	1,309	16,357	44,877

---

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a. Cuando los componentes están correlacionados, las sumas de los cuadrados de las saturaciones no se pueden añadir para obtener una varianza total.

Las dimensiones resultan teóricamente consistentes, ya que el contenido (enunciado) de los ítems incluidos en cada factor es altamente coherente entre sí, aun cuando los ítems 3 y 5 aparecen con una carga factorial algo más baja en la estructura factorial (ver Tabla N°8).

*Tabla N°8: Estructura Factorial Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud con Muestra de Investigación*

Ítems	Factor	
	1	2
1. La Educación y participación en salud son estrategias claves para que las comunidades logren estilos de vida saludables.		.693
2. Es una buena estrategia conocer el área de influencia de un sector de salud, así como las características del territorio y la población.		.757
3. La sectorización en salud permite que los equipos tengan un territorio de trabajo definido, que los acerca a la comunidad.		.497
4. Es preciso identificar los recursos existentes en el territorio, las redes de apoyo sociales y comunitarias de las personas, explorando también los factores de riesgo y protectores.		.682
5. Lo ideal es mantener los sistemas de salud indígena separados de los hospitales y consultorios, ya que cada uno conoce sus propias prácticas de trabajo.*	.473	
6. Es necesario que los programas de salud se modifiquen de tal forma que sean coherentes con la cosmovisión y prácticas de salud propias de los pueblos indígenas.	.691	
7. Es importante que representantes tradicionales y autoridades indígenas se incorporen en instancias de participación propias del sector salud.	.727	
8. Se deben incorporar estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades de los distintos pueblos originarios y de la población extranjera que vive en el país.	.623	

---

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

Respecto a la prueba de fiabilidad, en este caso se obtiene un Alfa de Cronbach de .520 en la subescala de Enfoque Comunitario en salud y de .482 en la subescala de Enfoque Intercultural, estos estadísticos no alcanzan el mínimo para una prueba de fiabilidad, por lo

que el instrumento si bien recoge una estructura factorial coherente a nivel teórico debe ser utilizado con cautela en cuanto a su consistencia interna.

## 2. Descripción de las variables de Identidad con el Lugar, Participación y Actitud hacia el Enfoque de Salud Comunitario e Intercultural en funcionarios de APS.

La Tabla N°9 presenta los descriptivos de la variables de investigación, mostrando los datos de puntaje mínimo y máximo obtenido, la media y la desviación estándar. Se observan los altos puntajes en las escalas de Apego e Identidad con el Lugar, así como el bajo puntaje de Participación Partidaria y el alto puntaje de Participación Cívica en los funcionarios de APS. La escala de Actitud hacia el Enfoque Comunitario resalta también por su alto puntaje.

*Tabla N°9: Descriptivos de variable de Investigación*

<i>Variables de investigación</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
Apego con el lugar (AL)	8	48	36.13	10.09
Identidad con el lugar (IL)	3	24	17.64	6.06
Conductas de Participación Total (CPT)	3	64	27.72	10.70
Conductas de Participación Asociativa-Opinativa (CPAO)	0	37	13,87	7,11
Conductas de Participación Electoral (CPE)	0	12	6.63	4.33
Conductas de Participación Partidaria (CPP)	0	8	1.06	1.56
Conductas de Participación Cívica (CPC)	0	10	7.86	1.69
Actitud Enfoque Intercultural (AEI)	8	20	17.20	2.87
Actitud Enfoque Comunitario (AEC)	14	20	19.13	1.36

La variable Conductas de Participación Total, como escala, presenta frecuencias donde la mayoría de los funcionarios, un 59.6%, presenta alta Participación, un 21.8% Participación media y un 18.6% Participación baja (ver tabla N°10).

*Tabla N°10: Tabla de Frecuencia variable "Conductas de participación Escala".*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Participación Baja	29	18.6
Participación Media	34	21.8
Participación Alta	93	59.6
Total	156	100

### **3. Relación entre las variables de Identidad con el Lugar, Participación y Actitud hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud.**

Con el fin de determinar la existencia de relación lineal entre las variables se realizó un análisis paramétrico mediante el coeficiente de correlación de Pearson, entre las variables continuas (ver Tabla N°11). Se aprecian relaciones significativas, pero débiles entre la Actitud hacia el Enfoque Comunitario y la Escala de Identidad con el Lugar ( $r = .217$ ;  $p < .01$ ), además de una relación significativa y débil con la escala de Apego al Lugar ( $r = .200$ ;  $p < .05$ ). La escala de Actitud hacia el Enfoque Intercultural solo tiene una relación moderada altamente significativa con la escala de Enfoque Comunitario ( $r = .309$ ;  $p < .01$ ). El análisis arroja también resultados de relación significativa y débil entre las Conductas de Participación como escala Total y las escalas de Identidad ( $r = .180$ ;  $p < .05$ ) y Apego con el Lugar ( $r = .161$ ;  $p < .05$ ). En el caso de la sub-escala de Conductas de Participación Asociativa-Opinativa, ésta tiene una relación débil y muy significativa con la escala de Identidad ( $r = .208$ ;  $p < .01$ ) y una relación débil y significativa Apego con el Lugar ( $r = .190$ ;  $p < .05$ ).

El análisis de las variables dentro de las escalas, nos muestra una relación fuerte y altamente significativa entre las variables de Apego y la variable Identidad con el Lugar ( $r = .849$ ;  $p < .01$ ). La variable Conductas de Participación como escala Total obtiene una relación muy fuerte y muy significativa con la sub-escala de Participación Asociativa-Opinativa ( $r = .884$ ;  $p < .01$ ), fuerte y muy significativas con las sub-escalas de participación electoral ( $r = .645$ ;  $p < .01$ ) y partidaria ( $r = .642$ ;  $p < .01$ ) y una relación moderada y muy significativa con la sub-escala de Participación Cívica ( $r = .389$ ;  $p < .01$ ).

Tabla N°11: Correlaciones entre variables de Estudio

	Correlaciones							
	AL	IL	AEC	AEI	CPT	CPAO	CPE	CPP
IL	.849**							
AEC	.200*	.217**						
AEI	.064	.083	.309**					
CPT	.161*	.180*	.090	.149				
CPAO	.190*	.208**	.069	.132	.884**			
CPE	.038	.044	.075	.129	.645**	.258**		
CPP	.119	.109	.041	.092	.642**	.566**	.264**	
CPC	-.052	-.005	.058	.011	.389**	.225**	.239**	.103

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Finalmente se efectuó un análisis correlacional no paramétrico, mediante Chi-cuadrado, entre las variables sociodemográficas y la variable categórica de Participación Total como escala, no habiendo relaciones significativas. La Participación Total relacionada con el Sexo obtiene como resultado  $\chi^2(2, N = 156) = 1.354, p > .05$ ; con el Área de trabajo se obtiene  $\chi^2(2, N = 156) = 2.501, p > .05$ ; Con el Tipo de establecimiento  $\chi^2(2, N = 156) = 9.505, p > .05$ ; y finalmente con la Antigüedad Laboral  $\chi^2(2, N = 156) = 15.019, p > .05$ .

A la luz de los resultados, la primera hipótesis de investigación puede aceptarse de manera parcial, ya que si bien existe una relación entre la Actitud hacia el Enfoque Comunitario con el Apego y la Identidad con el Lugar, ésta no se da con la Participación. Además no hay relaciones significativas con la Actitud hacia el Enfoque Intercultural en Salud.

#### **4. Influencia de la Participación y la Identidad con el lugar en la Actitud hacia el Enfoque de Salud Comunitario e Intercultural.**

Para responder al último objetivo y la segunda hipótesis de investigación, que busca establecer la influencia de la Participación y la Identidad con el Lugar en la Actitud hacia el Enfoque de Salud Comunitario e Intercultural, se realizaron dos modelos predictivos, uno para cada Enfoque, mediante un análisis de regresión. Se utiliza el método de pasos



sucesivos, siendo las variables predictoras el Apego e Identidad con el Lugar, la Participación Total, así como la Participación Asociativa-Opinativa, Cívica, Electoral y Partidaria. Se establece que en el caso de la actitud hacía el Enfoque de salud Comunitario, sólo la variable Identidad con el lugar, alcanza una predicción de 4.70% (ver tabla N°13). Respecto a la actitud hacia el Enfoque Intercultural en salud no existe un modelo predictivo con las variables disponibles.

*Tabla N°12: Análisis de regresión. Variable dependiente: Actitud Hacia Enfoque Comunitario en salud*

	<i>Beta</i>	<i>R<sup>2</sup> Corregida</i>
Total Identidad con el lugar	,217	0,47

En vista de los resultados obtenidos, la segunda Hipótesis de este estudio, se acepta parcialmente, al no existir un modelo predictivo para la variable dependiente de actitud hacia el Enfoque Intercultural en salud. En el caso de la actitud hacia el Enfoque Comunitario solo la Identidad con el lugar fue una variable predictora.

## V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se estableció como primer objetivo de investigación el desarrollo de la "Escala de Actitudes hacia el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud", ya que en la literatura revisada no existía un instrumento válido y confiable para medir estas variables en profesionales de Atención Primaria. La escala resultante pasó por todos los pasos necesarios para elaborar y validar un instrumento (Grau, 1995) y su estructura fue coherente con los factores esperados a nivel teórico (Intercultural y Comunitario), tanto en la muestra piloto, como en la muestra de investigación. Sin embargo en la etapa de pilotaje la matriz de correlaciones no era apropiada para realizar un Análisis Factorial Exploratorio ( $KMO = .493$ ) (Méndez y Rondón 2012), mientras que en la muestra de investigación no logró niveles adecuados de confiabilidad (Alfa de Cronbach de  $.520$  en Enfoque Comunitario y de  $.482$  Enfoque Intercultural) (DeVellis, 2003). Se concluye entonces que si bien el instrumento fue útil para los objetivos de la investigación, las propiedades psicométricas tienen un alcance limitado, lo que puede deberse a múltiples factores, entre ellos, la escasa aceptación que tiene el Enfoque Intercultural en los profesionales de la salud (Alarcón et al., 2004). A la luz de estos resultados, es que se hace importante utilizar otras estrategias para conocer y aproximarse a las actitudes de los profesionales respecto al modelo o enfoque de salud, ya sea estructurando nuevos instrumentos en base a otras referencias, o bien, utilizando metodologías de exploración cualitativa como se ha hecho en otras investigaciones (González, 2000).

Dentro de los principales resultados del segundo objetivo de investigación, se aprecian puntajes en Identidad (media = 36,13 ) y Apego con el Lugar (media = 17,64), que sugieren que la mayoría los funcionarios que respondieron a la encuesta se sienten pertenecientes y vinculados emocionalmente al territorio en el que viven (Hidalgo y Hernández, 2001; Varela, 1999). Además un 59% de los funcionarios presentan altas Conductas de Participación, por lo que se deduce que este grupo ejerce de manera efectiva su derecho a incidir en el espacio público (Vergara-Lope y Hevia de la Jara, 2012), destacando la dimensión de Participación Cívica (Media = 7,86 ), que corresponde a las conductas

respetuosas con las normas públicas, el bien común, - lo esperado socialmente- y la colaboración con la comunidad (Vergara-Lope y Hevia, 2012), este tipo de resultado es esperable, ya que es una escala con ítems muy sensibles a la deseabilidad social (Crowne y Marlowe, 1960). También se presenta una Participación Partidaria con un puntaje promedio de solo 1,06, que probablemente está relacionada con la crisis de representación política, basada en la desconfianza transversal hacia los partidos políticos y la política en general, por parte de la ciudadanía (Dosek y Freidenberg, 2009).

Finalmente los resultados descriptivos presentan resultados sobre la Actitud hacia el Enfoque Comunitario con una media de 19,13, y un poco más bajo, la Actitud hacia el Enfoque Intercultural (media = 17,20), estos resultados son esperables si se considera que el primer enfoque forma parte central del modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario, que plantea el Ministerio de Salud para realizar el trabajo en Atención Primaria, por lo que sería social y laboralmente deseable responder favorablemente a estos ítems (MINSAL, 2008a; MINSAL, 2013). Por otro lado la Salud Intercultural, si bien es un Enfoque a considerar dentro del Modelo, no es una característica del mismo (MINSAL, 2013). Otra posible causa puede estar relacionada con la ya mencionada resistencia de los funcionarios hacia este enfoque, en este sentido Alarcón et al. (2004), en su investigación de la Perspectiva de usuarios mapuches y de los equipos de salud en la IX región de Chile, observa importantes desacuerdos entre ambos grupos, donde los últimos no reconocen la necesidad y justificación de una política de Salud Intercultural. Los mismos autores mencionan también el acuerdo entre usuarios y funcionarios, sobre la escasa capacitación y formación universitaria que tienen los profesionales de salud en esta temática (Alarcón et al., 2004). Coinciden en este punto Painemilla, Sanhueza y Vanegas (2013), quienes al revisar ocho Universidades chilenas del Consejo de rectores en distintas carreras de salud, mencionan que solo una tiene incorporado de manera adecuada el concepto y la práctica del Enfoque de Salud Intercultural (Painemilla et al., 2013).

La primera hipótesis y tercer objetivo de la investigación, establecía que existe relación entre la Participación, la Identidad con el Lugar y la Actitud hacia el Enfoque Intercultural

y Comunitario en los funcionarios, los resultados solo respaldan esta hipótesis de manera parcial. Así, la Actitud hacia el Enfoque Comunitario se relaciona solo con la Identidad con el Lugar ( $r = ,217$ ;  $p < 0.01$ ) y el Apego al Lugar ( $r = ,200$ ;  $p < 0.05$ ). Estas relaciones positivas son esperables, ya que la comunidad -como concepto central de lo Comunitario- es entendida como un grupo en constante transformación, que genera un sentido de pertenencia e Identidad social, que implica además un territorio, frecuentemente el barrio o un lugar de la ciudad (Montero, 2004). Se entiende, además, el Apego con el Lugar como el afecto que le tienen las personas a este territorio (Hidalgo y Hernández, 2001). En la misma línea Moreno y Pol (1999) también analizan la fuerte relación entre Identidad y territorio, entendiendo los aspectos psicológicos y de significado que portan los espacios, que "*actúan como elementos vertebradores de la comunidad y su Identidad*" (Moreno y Pol, 1999 p.50), así mismo Rozas (2006) postula que "*la comunidad se desarrolla en la medida que se va generando un sentido de pertenencia, el cual se fortalece cuando hay Identidad*" (Rozas, 2006 p. 170).

Por otro lado la Actitud hacia el Enfoque Intercultural solo se relaciona con el Enfoque Comunitario ( $r = ,309$ ;  $p < 0.01$ ), que son sub-escalas del mismo instrumento y elaboradas a partir de las orientaciones que entrega el ministerio para que los funcionarios de Atención Primaria de Salud puedan desarrollar el Modelo con Enfoque Comunitario e Intercultural en su quehacer (MINSAL, 2013). Un resultado no esperado, es que ambas variables no se relacionan con las Conductas de Participación, ya que esta última aparece como un aspecto central en el Enfoque Comunitario de Salud (MINSAL, 2013; Méndez y Vanegas, 2010; Costa y López, 1986), que estimula a que las personas de la comunidad tomen parte y sean activos en las acciones de salud (Piper, 2008; Saforcada, Lellis y Mozobancyk, 2010). Para explicar estos resultados, además de las limitaciones del instrumento ya mencionadas, es posible remitirse a las investigaciones de la participación en el contexto de salud comunitaria -desde la perspectiva de los funcionarios-, quienes en general no se sienten cómodos en este rol, que tendría un reconocimiento más bajo que el posee la práctica clínica asistencial, por parte de la comunidad, los pares y los jefes (Leiva, 2013), también se postula que los funcionarios evitan el trabajo participativo, ya que perciben a la

comunidad como lejana y amenazante (Jopia, 2013). En la misma línea, Vásquez (2002) menciona que los funcionarios de salud reducen la participación sólo a facilitar información y que ven a la misma comunidad, junto con los funcionarios municipales, como los principales obstáculos para desarrollar un trabajo participativo.

Otra relación que muestra la investigación y que es coherente con los postulados teóricos es la relación entre las Conductas de Participación y las escalas de Identidad ( $r = .180$ ;  $p < .05$ ) y Apego con el Lugar ( $r = .161$ ;  $p < .05$ ). Así como la relación entre las Conductas de Participación Asociativa-Opinativa con la Identidad ( $r = .208$ ;  $p < .01$ ) y el Apego con el Lugar ( $r = .190$ ;  $p < .05$ ). Al respecto Vidal et al. (2013) presentan en su investigaciones sobre el programa “Quiero mi barrio” en Valparaíso e Illapel, que la Participación local está relacionada con el Apego al Lugar a través del sentido de comunidad. Esto es coherente también a nivel teórico, si se considera especialmente la dimensión Asociativa-Opinativa, que se refiere a las acciones que genera un grupo de personas en búsqueda de un bien común (Vergara-Lope y Hevia, 2012).

El Apego e Identidad con el lugar también tienen una fuerte relación, resultado esperable, considerando que ambas variables son sub-escalas del mismo instrumento. Se infiere entonces los funcionarios que se sienten pertenecientes a su lugar de residencia, también tienen una relación afectiva con ella. En este sentido las investigaciones apuntan a que el Apego antecede a la Identidad, explicando que la formación de la Identidad como un proceso más largo que del Apego, como resultado de las interacciones continuadas con el lugar y quienes lo habitan, que se dan a lo largo del tiempo de residencia (Hernández et al., 2007; Hidalgo y Hernández, 2001).

Respecto a la segunda hipótesis y cuarto objetivo de investigación, que planteaba que la Participación y la Identidad con el Lugar influyen en la Actitud hacia el Modelo de Salud con Enfoque Comunitario e Intercultural, también se acepta parcialmente, al no existir un modelo predictivo para el Enfoque Intercultural como variable dependiente. Estos resultados se pueden explicar, como ya se mencionó, tanto por las limitaciones del

instrumento, así como por la resistencia y carencia en la formación de los funcionarios de salud en relación a este Enfoque (Alarcón et al., 2004; Painemilla, Sanhueza y Vanegas, 2013).

En el caso de la Actitud hacia el Enfoque Comunitario de Salud, el modelo sólo muestra a la variable de Identidad con el Lugar como variable predictiva, que alcanza un 4.60%, este resultado es coherente con las investigaciones sobre Identidad con el Lugar (Casakin y Bernardo, 2012; Droseltis y Vignoles, 2010), que evidencian los vínculos que tienen las personas con el entorno y las relaciones comunitarias que ahí se dan. De todas maneras un resultado no esperado es que el Apego con el Lugar no aparezca como una variable predictora, sobre todo considerando aparece en una relación persona-entorno incluso más fuerte que la Identidad en la literatura (Scannell y Gifford, 2010). Respecto a las variables de Participación, estas tampoco aparecen como predictoras en la Actitud hacia el Enfoque Comunitario, un resultado inesperado, ya que como fue mencionado previamente, es parte esencial del Modelo Comunitario en Salud (MINSAL, 2013), además junto con el Apego han aparecido relacionadas a conceptos similares, como el sentido de comunidad (Vidal et al., 2013).

En síntesis, los resultados del estudio apuntan a altas Conductas de Participación, donde se pudo describir el Apego e Identidad con el lugar de los funcionarios de APS y su Actitud hacia los Enfoques de Salud comunitario e intercultural. Las principales relaciones se producen entre las variables de un mismo instrumento, como la Identidad y el Apego y las diferentes dimensiones de la Participación. Existe también una relación entre la Actitud hacia el Enfoque Comunitario y el Apego e Identidad con el lugar, estas últimas además se relacionan con las conductas de Participación Total y con la Participación Asociativa-Opinativa. El Enfoque Intercultural solo se relaciona con el Enfoque Comunitario, resultado posiblemente determinado por las limitaciones del instrumento para medir estas variables. Respecto a si la Identidad con el lugar y la Participación influyen en la Actitud hacia el Enfoque de Salud Intercultural y Comunitario, se puede establecer que solo la Identidad con el Lugar actúa como variable predictora, en relación al Enfoque Comunitario.

Finalmente y en consideración de las implicancias del presente estudio, Téllez (2006) plantea que los logros de la salud pública chilena son, en gran medida, el resultado del aporte de la Atención Primaria y el trabajo de sus equipos cercanos a la comunidad, en ello estriba uno de los principales aportes de la presente investigación, el estudiar a los funcionarios de APS, más allá de sus funciones técnicas, describiendo sus conductas participativas y vínculos socioespaciales, para posteriormente relacionar estos aspectos en su Actitud hacia el Modelo de Salud que el Ministerio de Salud propone para su quehacer diario (MINSAL, 2013).

Se buscó profundizar en aspectos poco estudiados en esta población, como son el Apego e Identidad con el Lugar, factores que pueden influir en estas personas y su relación con el entorno, en el ámbito personal y también en sus funciones institucionales. Similar situación ocurre con la Conductas Participación, que en Salud implican un desafío de democratización, corresponsabilidad y mejora de las políticas a nivel nacional y local (Méndez y Vanegas, 2010), pero que pocas veces ha sido revisada desde la óptica de los funcionarios fuera de su marco institucional, situación relevante, sabiendo que son ellos quienes deben (o pueden) abrir las puertas a nuevas prácticas de trabajo colaborativo, horizontal y participativo con las familias y comunidades de un territorio.

También se hace necesario la elaboración un instrumento válido y confiable para medir las Actitudes hacia los Enfoques de Salud Intercultural y Comunitario, considerando que el primero está regido por el artículo 7 de la ley 20.584 de deberes y derechos en salud, que actualmente está en proceso de consulta ante las comunidades indígenas y que busca entregar atención con pertinencia cultural (MINSAL, 2015), mientras que el segundo Enfoque es parte constituyente del modelo de salud que el MINSAL establece como el necesario para trabajar en APS, pero que teóricamente en Chile no podría aplicarse por las características de sus instituciones (Martínez, 2006).

Es indispensable entonces seguir realizando investigación en la población funcionaria de Atención Primaria, ya que son ellos los responsables de ejecutar los programas de salud más cercanos a la comunidad, quienes deben garantizar los derechos de acceso y calidad, en un modelo comunitario, con pertinencia cultural y de plena participación.



## VI. REFERENCIAS

- Alarcón A M, Vidal A, Neira J. (2003). Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Méd. Chile 131 (9): 1061-1065.
- Alarcón M, Ana María, Astudillo D, Paula, Barrios C, Sara, y Rivas R, Edith. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. Revista médica de Chile, 132(9), 1109-1114
- Anigstein, M S. (2008). Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. Rev. Mad. N° 19, Septiembre de 2008. pp. 77-88
- Arteaga, E.L.; Sebastián, M.S.; Amores, A. (2012). Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud Intercultural del cantón Loreto, Ecuador. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 402-413, jul./set. 2012.
- Bass C. (2012). Family health model in Chile and greater resoluteness of primary health care: contradictory or complementary?. Medwave 2012 Dic;12(11) Extraído de: /medwave.2012.11.557
- Biblioteca del Congreso Nacional (2012). Guía Legal: Convenio 169 OIT. Actualizado al 7 de septiembre de 2012. Extraído el 01 de diciembre de: <http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/convenio-169-oit>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2013). Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud, Ley 20.584.: Promulgada en Octubre 2012
- Boccaro, G B (2007). Etnogubernamentalidad. La Formación Del Campo De La Salud Intercultural En Chile. Chungará, Revista de Antropología Chilena. Volumen 39, N°2, 2007 pag 185-207
- Bolados, P. (2006). ¿Participación o pacificación social? La lógica neoliberal en el campo de la salud Intercultural en Chile: el caso atacameño. Revista estudios atacameños arqueología y antropología surandinas. N° 38, pp. 93 – 106.

- Brahm, S. ed. (2014) Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Temas de la Agenda Pública Año 9 / No 67 / abril 2014: Pontificia Universidad católica, Centro de Políticas Públicas UC.
- Briones, G (2002) Metodología de la Investigación Cuantitativa En Las Ciencias Sociales. ARFO Editores.
- Bustos, R. (2008). La reforma de la salud en América Latina: ¿Qué camino seguir? (la experiencia chilena). Colegio Médico de Chile [En línea], Disponible en <http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/saludalatina.pdf>
- Casakin, H; Ruiz, C. y Hernandez, F. (2013). Diferencias en el desarrollo del Apego y la Identidad con el lugar en residentes no nativos de ciudades de Israel y ciudades de Tenerife. *Estudios de Psicología*, 2013, 34 (23), 287-297.
- Casakin, H. y Bernardo, F. (Eds.) (2012). *The Role of Place Identity in the Perception, Understanding, and Design of Built Environments*. Oak Park, IL: Bentham Science Publishers. doi: 10.2174/97816080541381120101
- Costa, M y Lopez, E (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Crowne, D. P. y Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349- 354.
- Declaración de Alma Ata (1978, septiembre). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: OMS y UNICEF.
- Devellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications* (2ªed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Dosek, T y Freidenberg, F. (2009). Voto hacia nuevos candidatos en sistemas de partidos (des)institucionalizados: el caso de Marco Enríquez-Ominami en Chile 2009. *Revista SAAP* [online]. 2014, vol.8, n.1 [citado 2015-11-19], pp. 11-42 .
- Droseltis, O. y Vignoles, V. L. (2010). Towards an integrative model of place identification: Dimensionality and predictors of intrapersonal-level place preferences. *Journal of Environmental Psychology*, 30 (1), 23-34.
- Evans, R., Barer, M. y Marmor ,T. (1994) *Why are some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. New York: Aldine de Gruyter.

- Fabrigar, L. R.; Wegener, D. T.; MacCallum, R. C. y Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299
- Garcés M. y Valdés, A. (1999). “El Estado del Arte de la Participación Ciudadana en Chile” Documento preliminar para Oxfam-GB.
- Gonzales C. Expectativas y disposición respecto a la implementación del modelo de salud familiar. En: *Globalización y Medicina Familiar*, III Congreso Chileno de Medicina Familiar, libro Resumen. 2000. p. 47-49.
- Grau, G (1995). Metodología para la validación de cuestionarios. *Medifam*, 5 (1995), pp. 351–359
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ta. Ed.). México D.F.: Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- Hernández, B., Hidalgo, M. C., Salazar-Laplace, M. E. y Hess, S. (2007). Place attachment and place identity in natives and non-natives. *Journal of Environmental Psychology*, 27 (4), 310-319.
- Hevia, F y Vergara-Lope, S (2011). ¿Cómo medir la participación? creación, validación y aplicación del cuestionario conductas de participación. México DF: Ciesas – Indesol.
- Hidalgo, M. y Hernández, B. (2001). Place Attachment: conceptual and empirical questions. *Journal of Environmental Psychology*, 21, 273-281.
- Hogarty, K. Y., Hines, C. V., Kromrey, J. D., Ferron, J. M. y Munford, K. R. (2005). The quality of factor solutions in exploratory factor analysis: The influence of sample size, communality, and overdetermination. *Educational and Psychological Measurement*, 65, 202-226.
- Hopenhayn, M., (1988): “La Participación y sus Motivos”, Ponencia en el sexto congreso de Trabajo Social. Bucaranga, Colombia.
- Horwitz, N. (1986). *Consideraciones sociológicas acerca de la relación entre familia y atención primaria en salud*. En R. Florenzano, N. Horwitz, I. Ringeling, G. Venturini y P. Villaseca, *Salud familiar*. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria.

- Jopia, P (2012) “La Participación en el Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, Comuna de Cerro Navia”, Tesis para optar al Título de Trabajador social, Escuela de Trabajo Social, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.
- Leiva, E. “Posibilidades de la Participación Comunitaria en Salud Mental: Análisis de la Experiencia en un CESFAM de la Zona Sur-Oriente de Santiago de Chile”: Estudios Comunitarios Latinoamericanos N°1, Universidad de Chile: Noviembre 2013: 17-25
- Luz Marina Vargas, Fernando Pérez y Alejandra Ayancán (2005, abril). Aplicación del modelo de salud familiar en la comuna de Quellón. Trabajo presentado en el Programa de diplomado en salud pública y salud familiar, Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción, Universidad Austral de Chile, Osorno, Chile.
- Llor, E; Saturno, PJ; Gascón, JJ; Sáez, C y Sánchez, M. (2001). Actitudes y clima organizacional en APS: ¿Cuál es la actitud de los médicos hacia el actual modelo de atención primaria?. Rev. Aten. 28 (9): 595-601
- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007) La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2/3):73–84.
- Marmot M. Closing the health gap in a generation (2009): The work of the Commission on Social Determinants of Health and its recommendations. Glob Health Promot. 2009; Suppl 1:23-7.
- Martínez, Víctor (2006), El Enfoque Comunitario. Ed Magíster Psicología Comunitaria Universidad de Chile.
- Méndez, C y Rondón, M. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 41, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 197-207
- Méndez CA, Vanegas López JJ. (2010) La participación social en salud: el desafío de Chile. Rev. Panam. Salud Pública. 27(2):144–8.
- Ministerio de desarrollo social. (2009). Encuesta CASEN 2009. Santiago

- Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial. (2005). Santiago: Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1.
- Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública. (2006) (a). Elementos para un diagnóstico epidemiológico con Enfoque sociocultural. Guía básica para Equipos de salud (Serie de análisis de situación de salud de los pueblos indígenas, N°002). Santiago: Oyarce, A M., Pedrero M-m.
- Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública. (2006) (b). Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Arica (Serie de análisis de situación de salud de los pueblos indígenas, N°001). Santiago: Oyarce, A. M., Pedrero M. M., Chiu, M.
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud y Pueblos Indígenas. (2006) (c). Política de salud y Pueblos indígenas (2da edición). Santiago: Sáez, M.
- Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, (2008) (a). Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria: Dirigido a Equipos de Salud de Atención Primaria. Santiago: Aguayo, E.; Rojas, V.
- Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2008) (b). En el camino a centro de salud familiar. Santiago: Depaux, R.; Campodónico, L.; Ringeling, I.; Segovia I.; Depaux, R. (ed)
- Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, Departamento de diseño y gestión de APS (2008) (c). Manual de apoyo a la implementación de Centros Comunitarios de Salud Familiar: dirigido a equipos de salud de atención primaria. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública. (2008) (d). Participación Social en Salud: Reflexiones y herramientas para la acción desde Chile. Santiago: MINSAL, CIMAS.
- Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaria de Redes Asistenciales, Departamento de APS y Redes Ambulatorias. (2009). Pauta de certificación centros de salud familiar. Santiago: Unidad de diseño y gestión en APS.

- Ministerio de Salud de Chile. (2011) (a). Estrategia Nacional De Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Salud Mental. (Septiembre, 2011) (b). El Mito De La Dicotomía Entre Lo “Clínico” Y Lo “Comunitario” En La Atención De Salud Mental. Santiago: Rojas, I.
- Ministerio de Salud de Chile, Departamento de estadísticas e Información de salud - DEIS (2012) (a). Manuales Series: Manual de instrucciones Registro estadístico mensual REM 2012 – 2013. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, (2012) (b). Orientaciones Para La Planificación y Programación en Red Año 2013. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. (2013) (a) Orientaciones Para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Dirigido A Equipos De Salud: MINSAL y OPS, Santiago Chile
- Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaria de Salud Pública. (2013) (b). Perfil epidemiológico básico de la población Williche del Servicio de Salud Chiloé - Palena (Serie de análisis de situación de salud de los pueblos indígenas, N°010). Santiago: Pedrero M. M.
- Ministerio de Salud de Chile. (2015). Propuesta Medida Administrativa del Ministerio de Salud que se Somete a Proceso de Participación y Consulta a los Pueblos Indígenas: "Reglamento que establece el Derecho de las Personas Pertenecientes a Pueblos Indígenas a Recibir una Atención de Salud con Pertenencia Cultural" (Borrador). Santiago.
- Minoletti, Alberto And Zaccaria, Alessandra. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Publica [online]. 2005, vol.18, n.4-5 [cited 2014-07-26], pp. 346-358 . Available from: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000900015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900015&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1020-4989. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000900015>.

- Montecino (2007) “Organizaciones Comunitarias y trabajo en Salud: Tensiones y Aprendizajes en el Centro de Salud Carol Urzúa” Tesis para optar al grado De Magíster en Estudios de Género y Cultura, Mención Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Montero, J; Téllez, A y Herrera, C. (2010). Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Santiago: Pontificia Universidad católica, Escuela de Medicina.
- Moreno, E. y Pol, E. (1999): “Nociones Psicosociales para la intervención y la gestión ambiental”, Editorial Universidad de Barcelona, España.
- Organización Mundial de la Salud (2008) Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca: OMS.
- Organización Internacional del Trabajo (1989). Convenio sobre pueblos indígenas y tribales C169: OIT. Extraído el 01 de diciembre de 2014 de:  
[http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312314:NO#A6](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312314:NO#A6)
- Painemilla, A., Sanhueza, G. y Vanegas, J. (2013). Abordaje cualitativo sobre la incorporación del Enfoque de salud Intercultural en la malla curricular de universidades chilenas relacionadas con zonas indígenas. Revista Chilena de Salud Pública, 17 (3), 237-244
- Pérez, E. y Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 2(1), 58- 66.
- Peroni, A. (2009). El desarrollo local a escala humana: experiencias de desarrollo Comunitario en el sector salud. Revista de la Universidad Bolivariana, Volumen 8, N° 22, 2009, p. 99-120
- Piper. I. (2008). La institucionalización de dos prácticas de la psicología en Chile: la psicología Comunitaria y la psicología de los Derechos Humanos. Revista de Psicología, XVII (2), pp. 39-58.

- Pratesi, A. R. (2005) Participación y salud pública. Extraído el 19 de diciembre, 2013 del Sitio web de Red de adultos mayores de Argentina: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DCRAM042.pdf>
- Ríos, M L y Moreno, M P. (2009). Influencia de la participación comunitaria y la Identidad con el lugar en la satisfacción vital en inmigrantes. *Escritos de Psicología*, Vol. 3, n° 2, pp. 8-16
- Rozas, G: “Identidad, Cohesión Social e Interculturalidad”, Tesis de Magíster en Psicología Comunitaria Vol II, 2009.
- Rozas, G. (2006). Lo Social y la Identidad en las Políticas Sociales. En Rozas, G. y Arredondo, J. (comp), *Identidad, Comunidad y Desarrollo Identidad, Comunidad y Desarrollo* (pp.167-187). Santiago, Chile: MIDEPLAN y FACSIO Universidad de Chile.
- Ruiz C, Hernández B y Hidalgo M C (2011) Confirmation of the factorial structure of neighbourhood attachment and neighbourhood identity scale. *Psychology: Bilingual Journal of Environmental Psychology*, 2:2, 157-165
- Saforcada, E., Lellis, E., Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós, (1ª Ed.) Buenos Aires.
- Sanabria, G. (2004). Participación social en el campo de la salud. *Rev. Cubana de Salud pública*, 30 (3). La Habana, Cuba.
- Scannell, L. y Gifford, R. (2010). Defining place attachment: A tripartite organizing framework. *Journal of Environmental Psychology*, 30 (1), 1-10.
- Scharager, J y Molina, ML. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(3):149–59
- Servicio De Salud Metropolitano Sur Oriente (2010). Orientaciones Para La Constitución De Consejos De Desarrollo Local De Salud Red Pública De Salud Sur Oriente. Puente Alto, Chile.
- Starfield, B., Shi, L., y Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x



- Starfield, B. (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26 (1), 20-26.
- Sulbarán, D. (2009). *Medición de Actitudes*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Facultad de Humanidades y Educación, Escuela de Psicología, Departamento Metodológico, Cátedra de Psicología Experimental.
- Téllez, A (2006). *Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud*. Santiago: Pontificia Universidad católica, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Familiar.
- Universidad de Tarapacá. (2011). *Salud Pública en Chile; Generalidades y Particularidades* Apuntes N° 1. Extraído el 23 de Octubre, 2013 del sitio Web de Universidad de Tarapacá: <http://chitita.uta.cl/cursos/2011-1/0000431/recursos/r-5.pdf>
- Valera, S. (1996) Análisis de los aspectos simbólicos del espacio urbano. *Perspectivas desde la Psicología Ambiental*, *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 18(1), 63-84.
- Vázquez, M L; Ferreira, M; Siqueira, E; Campos, A P; Da Silva, A; Leite, I y Kruze, I (2002). Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil: una aproximación cualitativa. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 585-594.
- Vergara-Lope, S; Hevia de la Jara, F. (2012). Para medir la participación. Construcción y validación del Cuestionario Conductas de Participación (CCP). *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, Año LVII, núm. 215, mayo-agosto de 2012, pp. 35-67.
- Vidal, T. , Berroeta, H. , Di Masso, A., Valera, S. y Perú, M. (2013). Apego al lugar, Identidad de lugar, sentido de comunidad y participación en un contexto de renovación urbana. *Estudios de psicología*, 2013, 34 (23), 275-286
- Walsh, C. (2008). *Interculturalidad, Estado, Sociedad: luchas (de) coloniales de nuestra época*. Quito: UASB/AbyaYala, 2008.

## **VII.- ANEXOS**

### **Anexo N° 1: Batería completa de instrumentos para respuestas de funcionarios de APS con carta de descripción.**

#### **Estimado/a Funcionario/a de la Atención Primaria de Salud:**

Mi nombre es Oscar Olivares y soy estudiante de Magíster en psicología, mención psicología Comunitaria, me dirijo a usted para pedirle pueda completar la siguiente encuesta.

El documento que contestará a continuación está compuesta por algunas preguntas que darán cuenta de datos sociodemográficos y otros necesarios para completar la investigación. Posteriormente se encuentra La Escala Apego e Identidad con el lugar de Hernández, Hidalgo, Salazar y Hess (2007), donde la idea es responder la opción que más se acerque a su realidad.

En seguida encontrará preguntas de la Escala de Actitudes Sobre el Enfoque de Salud Comunitario e Intercultural, donde se debe responder que tan de acuerdo está con cada pregunta.

Finalmente está el Cuestionario Conductas de Participación (CCP), donde se debe responder la opción que más lo represente respecto a sus conductas participativas.

La encuesta no le tomará más de 15 minutos. Sus respuestas serán completamente anónimas y solamente serán publicados los resultados generales, exclusivamente con fines investigativos.

Agradecido de su colaboración,

Y desde ya muchas Gracias,

Saluda atentamente,

**Oscar Olivares Gómez**

**Magister (c) Psicología Comunitaria**

**Universidad de Chile**

### **I. Datos Sociodemográficos**

**Por favor Conteste las siguientes preguntas eligiendo sólo una opción o escribiendo cuando sea necesario.**

1) **Sexo:** F\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_

2) **Área de Trabajo:** Urbano \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_

3) **Comuna de residencia (Comuna donde ud. vive):** \_\_\_\_\_

4) **Comuna laboral (comuna donde ud. Vive):** \_\_\_\_\_

5) **Tipo de establecimiento (Lugar donde desempeña usted sus funciones laborales):**

a) CESFAM

b) CECOSF

c) Posta y/o estación de Salud Rural

C) Departamento de Salud

e) Otro: \_\_\_\_\_

**6) Profesión o función laboral**

A) Médico – cirujanos

B) Enfermera/o

C) Matrona/matrón

D) Trabajador/a Social

E) Psicólogo/a

F) Odontólogo/a

G) Paramédico o TENS

H) Kinesiólogo/a

I) Nutricionista

J) Otro: \_\_\_\_\_

**II. Escala Apego e Identidad con el lugar de Hernández, Hidalgo, Salazar y Hess (2007).**

**(Conteste solo una de las opciones en cada pregunta).**

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1. Me gusta vivir en este barrio						
2. Me siento apegado/a a este barrio						
3. Lamentaría tener que mudarme a otro barrio						
4. Cuando llevo tiempo fuera, tengo ganas de volver						
5. En este barrio me siento como en mi casa						
6. Cuando estoy fuera, echo de menos este barrio						
7. Este es mi barrio favorito para vivir						
8. Cuando estoy lejos, me alegra volver						
9. Me siento identificado/a con este barrio						
10. Este barrio forma parte de mi Identidad						
11. Siento que pertenezco a este barrio						
12. Siento que soy de este barrio						

**III. Escala de Actitudes Sobre el Enfoque Comunitario e Intercultural en Salud**

**(Conteste solo una de las opciones en cada pregunta).**

	Muy Desacuerdo	en	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Educación y participación en salud son estrategias claves para que las comunidades logren estilos de vida saludables.						
2. Es una buena estrategia conocer el área de influencia de un sector de salud, así como las características del territorio y la población.						

3. Las personas y comunidades son integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo.					
4. Al aparecer la enfermedad, los aspectos culturales y sociales pasan a un segundo plano.*					
5. La sectorización en salud permite que los equipos tengan un territorio de trabajo definido, que los acerca a la comunidad.					
6. Es preciso identificar los recursos existentes en el territorio, las redes de apoyo sociales y comunitarias de las personas, explorando también los factores de riesgo y protectores.					
7. Lo ideal es mantener los sistemas de salud indígena separados de los hospitales y consultorios, ya que cada uno conoce sus propias prácticas de trabajo.*					
8. Es necesario que los programas de salud se modifiquen de tal forma que sean coherentes con la cosmovisión y prácticas de salud propias de los pueblos indígenas.					
9. Es importante que representantes tradicionales y autoridades indígenas se incorporen en instancias de participación propias del sector salud.					
10. Los instrumentos de diagnóstico y las guías de práctica clínica, deben ser iguales para toda la población, no importando si existen comunidades indígenas en el territorio.*					
11. Se deben incorporar estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades de los distintos pueblos originarios y de la población extranjera que vive en el país.					

### III. Cuestionario de Conductas de Participación (CCP).

		No, nunca	Sí, algunas Veces	Sí, muchas veces	
1	Para algún fin social, colectivo o Comunitario, ¿ha solicitado alguna vez información a alguna oficina gubernamental sobre presupuestos y gastos del gobierno?				
2	Para resolver un problema colectivo, social o Comunitario que afectaba a usted y a otras personas, ¿alguna vez usted ha solicitado apoyo a un partido político?				
3	¿Ha solicitado información a alguna asociación, grupo, club u organización social sobre cómo participar o ser parte de ella?				
4	¿Suele usted votar en las elecciones para diputados o federales?				
5	Para resolver un problema que afectaba a usted y a otras personas, ¿alguna vez se ha organizado con otras personas afectadas?				
6	¿Le molesta ver cuando alguien más tira basura en la calle?				
7	Para algún fin social, colectivo o Comunitario, ¿ha solicitado alguna vez información a alguna oficina de gobierno sobre programas de gobierno?				
8	¿Alguna vez usted ha donado sangre?				
9	Para resolver un problema colectivo, social o Comunitario que afectaba a usted y a otras personas, ¿alguna vez usted ha pedido ayuda a diputados o senadores?				
10	Para dar su opinión, quejarse, denunciar o resolver un problema colectivo, social o Comunitario que afectaba a usted y a otras personas ¿alguna vez usted ha repartido circulares o manifiestos?				
11	¿Suele usted votar en las elecciones para gobernador del estado?				
12	¿Cuida usted de las áreas verdes de su ciudad?				
13	Para dar su opinión, quejarse, denunciar o resolver un problema colectivo, social o Comunitario que afectaba a usted y a otras personas, ¿alguna vez usted ha enviado cartas o llamado a algún periódico?				
14	Para dar su opinión, quejarse, denunciar o resolver un problema colectivo, social o Comunitario que afectaba a usted y a otras personas, ¿alguna vez usted ha colocado mantas, carteles o fotografías?				
15	¿Alguna vez usted ha recaudado fondos para una causa social?				

16	Para dar su opinión, quejarse, denunciar o resolver un problema colectivo, social o Comunitario que afectaba a usted y a otras personas (ya sea a través de: sitios Web, visitas personales, e-mails, cartas u otros medios), ¿alguna vez usted contactó al presidente?				
17	¿Participa en actividades o reuniones de algún partido o movimiento político?				
18	¿Ha solicitado información a alguna asociación, grupo, club u organización social sobre cómo resolver un problema social, Comunitario o colectivo que afectaba a usted y a otras personas?				
19	¿Alguna vez ha organizado manifestaciones, plantones, marchas, protestas o paros?				
20	¿Suele usted votar en las elecciones para senadores?				
21	Para dar su opinión, quejarse, denunciar o resolver un problema colectivo, social o Comunitario que afectaba a usted y a otras personas, ¿alguna vez usted ha firmado cartas para apoyar una causa (en papel o vía internet)?				
22	¿Usted suele cuidar el agua?				
23	Para dar su opinión, quejarse, denunciar o resolver un problema colectivo, social o Comunitario que afectaba a usted y a otras personas (ya sea a través de: sitios Web, visitas personales, e-mails, cartas u otros medios), ¿alguna vez usted contactó a los diputados o senadores?				
24	¿Suele usted votar en las elecciones para presidente de la República?				
25	Para dar su opinión, quejarse, denunciar o resolver un problema colectivo, social o Comunitario que afectaba a usted y a otras personas (ya sea a través de: sitios Web, visitas personales, e-mails, cartas u otros medios), ¿alguna vez usted contactó a presidentes municipales?				
26	¿Asiste usted, por su propia voluntad, a mítines, marchas o manifestaciones de algún partido político?				
27	Para dar su opinión, quejarse, denunciar o resolver un problema colectivo, social o Comunitario que afectaba a usted y a otras personas, ¿alguna vez usted ha enviado cartas o llamado a algún programa de radio o televisión?				
28	¿Alguna vez usted ha donado alimentos, medicina, ropa en caso de un desastre?				
		<b>Nunca tuvo contacto</b>	<b>Asistió a reuniones o</b>	<b>Pagó cuotas</b>	<b>Dirigió</b>



			<b>actividades</b>		
29	Durante los tres últimos años, con partidos políticos, usted...				
		<b>No, nunca</b>	<b>Sí, algunas Veces</b>	<b>Sí, muchas veces</b>	
30	¿Suele usted votar en las elecciones para presidente municipal?				
31	Para dar su opinión, quejarse, denunciar o resolver un problema colectivo, social o Comunitario que afectaba a usted y a otras personas (ya sea a través de: sitios Web, visitas personales, e-mails, cartas u otros medios), ¿alguna vez usted contactó al gobernador?				
32	¿Participa como observador electoral o representante de casilla de un partido político?				
33	¿Ha solicitado información a alguna asociación, grupo, club u organización social sobre cómo participar o ser parte de ella?				
34	¿Suele usted votar en las elecciones para diputados o federales?				
35	Para resolver un problema colectivo, social o Comunitario que afectaba a usted y a otras personas, ¿alguna vez usted ha pedido apoyo a alguna asociación civil?				
36	¿Alguna vez usted ha dado dinero a alguna institución u organización social (como la Cruz Roja, asociaciones contra el cáncer, etcétera)?				
37		<b>Nunca tuvo contacto</b>	<b>Asistió a reuniones o actividades</b>	<b>Pagó cuotas</b>	<b>Dirigió</b>
37a	Durante los tres últimos años, con organizaciones comunales, vecinales, colonos o condóminos, usted...				
37b	Durante los tres últimos años, con organizaciones de adultos mayores o jóvenes, mujeres, indígenas, homosexuales, discapacitado, etcétera, usted...				
37c	Durante los tres últimos años, con organizaciones religiosas como grupos pastorales, para preparación de fiestas religiosas, mayordomías, etcétera, usted...				
37d	Durante los tres últimos años, con organizaciones de arte y cultura como coros, grupos musicales o de teatro, amigos del arte, de la sinfónica, etcétera, usted...				
37e	Durante los tres últimos años, con organizaciones deportivas como clubes, grupos de personas aficionadas a algún				

	deporte, etcétera, usted...				
37f	Durante los tres últimos años, con organizaciones laborales como sindicatos o cooperativas, grupos de pensionados o jubilado, colegios o asociación de profesionales, usted...				
37g	Durante los tres últimos años, con organizaciones de autoayuda como alcohólicos, neuróticos o drogadictos anónimos, grupos de personas con alguna enfermedad, etcétera, usted...				
37h	Durante los tres últimos años, con organizaciones a favor de ciertos derechos o grupos de ayuda social, como por ejemplo en defensa de personas indígenas, niños de la calle, del ambiente, o comités de vigilancia y contraloría social, usted...				
37i	Durante los tres últimos años, con organizaciones de educación como asociaciones de madres y padres de familia, alumnos o egresados, usted...				