



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales

Programa de Magíster en Psicología

Mención Psicología Comunitaria

*Un modelo comunitario para explorar la situación de salud de los habitantes de la
comuna de Quilicura.*

Tesis para obtener el grado de Magíster en Psicología Comunitaria

Alumna

Lorena Guelfi Albornoz

Directores de Tesis

Germán Rozas Ossandón

Elda Velásquez Villarroel

Asesora Metodológica

Elisabeth Wenk Wehmeyer

Santiago de Chile, Diciembre 2008.

*“A todos aquellos que luchan día a día por un mundo mejor,
construido con nuestros sueños y afanes.
A quienes hicieron de esto una realidad...
A mis amigos, mis padres, mi pareja
y a mi hijo.”*

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2. OBJETIVOS DEL PROYECTO	11
2.1 Objetivo General	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3. ANTECEDENTES GENERALES	11
3.1 Características Geográficas	11
3.2 Características Demográficas	12
3.3 Indicadores de Salud Comunal	13
4. ANTECEDENTES TEÓRICOS	14
4.1 La Participación como Eje de la Investigación	14
4.2 El Empoderamiento, como un Fin y un Medio	16
4.3 Redes, Mecanismo Catalizador de la Participación Social	19
4.4 Investigación Acción Participativa (IAP), perspectiva integradora de esta propuesta	23
5 MÉTODO	25
5.1 <i>Enfoque Cuantitativo</i>	26
5.1.1 Definición de la Variable	26
5.1.2 Error Estándar	26
5.1.3 Tipo de Muestra	27
5.1.4 Instrumento de Recolección de Información	27
5.1.5 Estrategia General de Análisis	28
5.1.6 Participantes	28
5.2 <i>Enfoque Cualitativo</i>	28

5.2.1 Muestreo	29
5.2.2 Instrumento de Recolección de Información	29
5.2.3 Estrategia General de Análisis	31
6. RESULTADOS	31
6.1 Resultados de la Fase Cuantitativa	31
6.2 Resultados de la Fase Cualitativa	41
<i>6.2.1 Debate Grupal para el Instrumento de Recolección de datos</i>	41
<i>6.2.3 Debate Grupal para el Análisis de la Información Cuantitativa</i>	42
<i>6.2.4 Entrevista Grupal de Cierre</i>	44
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	51
7.1 Situación de Salud Local	51
7.2 Participación Social en Sector Salud	55
7.3 Fortalezas de la Investigación	57
7.4 Debilidades de la Investigación	59
7.5 Sugerencias para Futuras Investigaciones	59
8. REFERENCIAS	60
9. ANEXO 1: ENCUESTA QUILICURA 2006	68
9. ANEXO 2: ENCUESTA HIMMEL	73

Resumen

La investigación que se presenta a continuación implicó la realización de un diagnóstico de salud comunal, por medio de técnicas participativas. Surge como una propuesta de agentes comunitarios vinculados a los Centros de Salud comunales. Responde a procesos de empoderamiento generados en el ámbito local e involucra aspectos participativos que tienden a su fortalecimiento.

El sustento teórico de la investigación se basa, en tres conceptos básicos para el análisis: la importancia de la participación activa de agentes comunitarios en la creación de su propio diagnóstico, el trabajo en red como un recurso para el logro de las acciones planificadas y el empoderamiento como un fin y un medio dentro del proceso investigativo. Estos conceptos guías se enmarcan dentro del paradigma crítico desde el cual se sitúa el proceso de investigación íntegra, dando lugar a la investigación acción participativa que, para el caso de la presente investigación, obtiene como producto, la realización de un diagnóstico comunitario de salud que involucra la mirada de distintos actores relevantes en el ámbito local.

Palabras clave: participación, redes, empoderamiento, comunitario, local.

Introducción

La investigación realizada implicó recabar información acerca de la situación de salud de los/las habitantes de la Comuna de Quilicura, por medio de procesos participativos que incluyeron un sondeo de opinión en el cual se involucró, tanto a dirigentes sociales como a funcionarios públicos que trabajan en instancias locales.

La propuesta presentada toma relevancia al establecer una vinculación entre lo institucional y lo comunitario en el marco de la salud pública. Para ello, se convocó a los dos consejos de desarrollo local (CDL) existentes en la comuna, configurados como espacios participativos impulsados por el Ministerio de Salud en sus compromisos de gestión (Reca, 2006).

El objetivo de esta investigación fue aportar al desarrollo de un diagnóstico, desde una perspectiva comunitaria, que resulta en una aproximación a la situación de salud de la población y la generación de propuestas de trabajo basados en la información recogida por medio de aplicación de encuestas y de debates grupales. A partir del trabajo realizado en el diagnóstico, se elaboró un informe con propuestas de trabajo sugeridas por los participantes en el proceso, este constituye el informe institucional, cuya finalidad ha sido representar un insumo realista y atingente para las programaciones futuras de la comuna.

La relevancia práctica de esta investigación, se basa en la necesidad de contar con un insumo para la planificación quinquenal en salud y en la posibilidad de entregar una aproximación a la realidad de la comuna, posible de profundizar con nuevas investigaciones. Su relevancia teórica se relaciona con el desarrollo de un modelo de trabajo, cimentado en las bases de la Investigación Acción Participativa, que rescata la movilización de recursos existentes en el ámbito local, como un medio que permite el logro de objetivos comunes para distintos actores locales.

Se utilizó un diseño mixto. La fase cuantitativa de la investigación está dada por la finalidad de cuantificar los problemas de salud a nivel comunal, por medio de la aplicación de una encuesta. Para ello, se estableció como unidad de análisis a la manzana censal, y dentro de ella, a la vivienda. El universo muestral, para el proceso de aplicación de encuestas, fue de 297 viviendas elegidas por muestreo no probabilístico, de un total de 1159 manzanas censales. Se optó por describir, en primera instancia, la situación de salud de los

habitantes de la comuna desde una mirada cuantitativa, en respuesta a la intención de contar con un insumo válido para presentar a las autoridades, bajo la premisa de que, la información de este tipo genera mayor interés público. La herramienta de recolección de datos utilizada fue una adaptación de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (Minsal, 2002).

La fase cualitativa de la investigación, comprendió un proceso participativo, en que se han involucrado distintos actores del ámbito local, enfatizando el apoyo y la movilización de la comunidad. El proceso participativo implicó entrevista y debates grupales, realizados en reuniones periódicas entre el equipo de salud y el Consejo de Desarrollo Local de la comuna. La investigación en su totalidad se desarrolló en base a la participación activa de 13 funcionarios públicos y de 45 dirigentes sociales. A ello se suma la participación, por medio de la opinión, de 297 personas representando igual número de familias que habitan en la comuna.

En relación con las técnicas utilizadas para la realización del diagnóstico comunal, se debe considerar que la aplicación de la encuesta, como técnica cuantitativa, queda al servicio de la investigación acción participativa, que representa el sustento de la propuesta que se presentará a continuación.

La presentación de la investigación se realizará en 9 apartados, el primero, destinado al desarrollo del planteamiento del problema, definido como la inexistencia de un diagnóstico de salud comunal que involucre la opinión de las personas acerca de su situación de salud y la participación comunitaria, como recurso local. En el segundo apartado se presentan los objetivos propuestos desarrollados en base al problema descrito con anterioridad, en el tercer apartado se describe antecedentes contextuales, con el fin de identificar territorial y demográficamente a la comuna de Quilicura, lugar en que se desarrolla la investigación. Posteriormente, en el apartado 4 se revisará el sustento teórico de esta tesis, definido como la investigación acción participativa y desarrollada a través de tres conceptos básicos para la investigación: participación, empoderamiento y redes sociales. En el apartado 5 se detalla el diseño y metodologías utilizadas.

El desarrollo de los resultados obtenidos se presentará en el apartado número 6, se optó por dividir en dos la presentación de este tema, con el fin de mostrar, por una parte, los

datos obtenidos por medio de la aplicación de la encuesta adaptada, y por otra complementar con los resultados del proceso participativo que sustentó la investigación.

Se finaliza la siguiente investigación, con el desarrollo de la discusión y conclusiones.

1. Planteamiento del Problema

El concepto de salud ha ido variando a lo largo del tiempo. Una de sus primeras definiciones fue realizada por la Organización Mundial de la Salud, que relaciona la salud con el bienestar físico, mental y social, destacando que no sólo implica la ausencia de enfermedad o afección sino también el bienestar completo del ser humano (OMS, 1946). Más tarde, se complementa dicha definición incorporando aspectos propios del contexto, estableciendo una relación recíproca entre la persona y su medio, lo que implica un proceso continuo en que salud y enfermedad pueden darse de manera alternada (Ferrara, Acebal & Paganini, 1972).

No es posible cuantificar la salud, puesto que se trata de una experiencia subjetiva, por ello se entiende que varíe de persona a persona y de una cultura a otra (Capra, 1985).

Posteriormente aparecen otros elementos relevantes, para referirse al concepto de salud, entre los que destacan: la esencia gregaria del ser humano y aspectos socioculturales (Cantu, 1998).

De la misma manera en que el concepto ha variado a lo largo de los años, también la situación de salud, a nivel mundial, ha sufrido cambios abruptos. En las últimas décadas, nos enfrentamos a una transición epidemiológica, en la cual es posible observar el aumento de las enfermedades crónicas por sobre las enfermedades transmisibles. Es decir, los actuales problemas de salud a nivel mundial responden a aspectos cada vez más relacionados con los estilos de vida de las personas (Bustelo, 2000).

En relación a esto, las estadísticas muestran que la incidencia de enfermedades de transmisión ha disminuido en relación con las enfermedades y muertes por accidentes y otras patologías (Organización Panamericana de la Salud OPS, 1990). Los cambios son observables en el perfil de las enfermedades que afectan a las poblaciones y la organización de las instituciones que prestan servicios en el área de la salud (Fernández, 2006).

A los cambios epidemiológicos se suma la relevancia de los aspectos locales en la generación de información acerca de la salud. A nivel nacional, los informes estadísticos del MINSAL, aportan datos básicos para comprender la situación de salud a nivel general, pero carecen de información acerca de la autopercepción del estado de salud y enmascaran los indicadores de salud locales (Minsal-INE, 2002). Por ello, las políticas públicas en salud a partir de los años 90 enfatizan el desarrollo de estrategias locales para el abordaje de los problemas de los distintos sectores de la población (OPS, 1990).

El desarrollo local se transforma en un instrumento que permite rescatar información específica de cada localidad, potenciando a su vez procesos democráticos, participativos y de justicia social (OPS, 1990), puesto que su importancia radica en el reconocimiento de actores sociales insertos en cada contexto, entendiendo que ellos son *portadores* de propuestas (Arocena, 1992). Se rescata, de este modo, el acervo de conocimientos que cada uno de ellos posee acerca de la situación de salud en que están insertas las comunidades. Lo anterior implica aludir a lo local reconociendo lo heterogéneo y la complejidad de las relaciones que se originan en un contexto determinado, valorando la movilización de actores sociales en torno a propuestas también diversas (Albuquerque, 1997). De este modo, las soluciones van a depender de los recursos existentes en cada localidad.

El desarrollo local puede generar instancias para fortalecer las estructuras urbanas, el aprovechamiento de los recursos disponibles, la movilización ciudadana, entre otros, por medio de estrategias participativas. En relación con las políticas públicas, surge la necesidad de *territorializar* las acciones con el fin de no aplicar diseños estandarizados y homogéneos. Para ello, se debe contar además con ciertos elementos tales como la integralidad, la flexibilidad, la participación y la comunión entre lo público y lo privado (Palma, 2006).

Acercarse a la situación de salud desde el contexto local, es uno de los desafíos de la presente investigación, para ello, se define como tal el ámbito comunal y se considera actores locales a los representantes de las Organizaciones Comunitarias, a las autoridades comunales en salud y a los funcionarios que han participado activamente en el desarrollo de esta propuesta de investigación.

La participación activa de los dirigentes y de funcionarios que trabajan en la comuna, ha implicado la vinculación entre la institucionalidad y la comunidad, entendida la primera como el mundo del sistema y la segunda como el mundo de la vida. El mundo institucional se rige por relaciones de tipo formal, producidas dentro de un sistema burocrático, de lógica digital e instrumental. El mundo de la vida o mundo relacionado con la práctica socio comunitaria, involucra las relaciones informales que se configuran en un *estar en común*, alude a las relaciones que se dan a diario en la vida cotidiana de las personas (Martínez, 2006). Esta alianza entre el mundo del sistema y el mundo de la vida, se ha transformado en un recurso local que ha impulsado el proceso de investigación de manera íntegra.

En síntesis, la situación de salud varía con el tiempo de una cultura a otra, por ello, la actualización de los conocimientos de manera frecuente se hace imprescindible. Un diagnóstico de salud busca resolver la falta de información que se genera con el paso del tiempo y se transforma en una herramienta para la praxis, puesto que se orienta a conocer con el fin de actuar, incorporando la eficiencia en la acción (Ander Egg & Aguilar, 1995).

Abocarse a un contexto específico para la realización del diagnóstico alude, por otra parte, a la importancia de los sistemas locales en salud, rescatando las diferencias que pudieran existir en relación al nivel nacional y regional.

En consideración con lo anterior, la investigación se propone responder al problema de la inexistencia de un diagnóstico de salud, a nivel local, que incorpore la percepción de las personas acerca de su situación de salud y los procesos comunitarios como una estrategia de generación de conocimiento tendiente a aportar al mejoramiento de políticas públicas de salud a nivel local.

Realizar un diagnóstico de salud, con mirada local, por medio de estrategias participativas, de trabajo en red y sobre la base de procesos de empoderamiento, en el marco de la investigación acción participativa, es lo que finalmente define esta investigación como un diagnóstico comunitario de salud. Entendiendo por comunidad al grupo social, que cuenta con un área geográfica determinada, posee características e intereses específicos, sentido de pertenencia y capacidad de identificación con sus propias instituciones y símbolos (Sánchez, 1991).

2. Objetivos del Proyecto

Para la presente investigación se han planteado los siguientes objetivos, que más tarde, se traducirán en acciones operacionales de la propuesta:

2.1 Objetivo General

- Describir y analizar la situación de salud a nivel comunal, por medio de estrategias participativas.

2.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer canales de participación existentes a nivel comunal en el ámbito de la salud pública.
- Adaptar y aplicar, por medio de estrategias participativas, una herramienta de sondeo de opinión que permita describir la situación de salud a nivel comunal.
- Generar propuestas comunitarias para enfrentar problemas de salud evidenciados por medio del sondeo de opinión.
- Elaborar informe que contenga resultados y propuestas para presentar a las autoridades locales.

3. Antecedentes Generales

A continuación se presentan aspectos generales relacionados con el territorio en que se desarrolla la investigación y se describe algunos indicadores básicos de salud.

3.1 Características Geográficas

La comuna de Quilicura, se ubica en la zona noroeste de la Región Metropolitana. Limita, al oriente con las comunas de Huechuraba y Conchalí, al norte con las comunas de Lampa y Colina, al sur con Renca y al poniente con Pudahuel. Su superficie es de 56,6 km², correspondiendo al 0,36% de la superficie Regional Metropolitana. (www.quilicura.cl). La siguiente es una imagen gráfica del territorio descrito.

Figura N° 1
Plano Comunal



3.2 Características Demográficas

Según el último Censo, la población de Quilicura correspondía a 126.372 al año 2002. Proyectándose una población que alcanza a 204.961 habitantes al año 2010. En cuanto al peso poblacional con respecto a la población proyectada para la región metropolitana, al año 2010, la comuna de Quilicura aportará el 3% de población con respecto del total regional (Agüero & Cabrera, 2007).

En relación con antecedentes históricos, Quilicura fue fundada el año 1901. Inicialmente se caracterizó como una comuna rural, carácter que ha perdido en la actualidad, siendo clasificada en cuanto a su densidad poblacional, como una comuna urbana. Esto debido a que ha experimentado un incremento de población acelerado, aumentando en un 207,7 % en los últimos dos periodos censales, con una tasa de crecimiento media anual (exponencial), de 11,23 %, implicando la presencia de 85.397 nuevas personas dentro de la comuna. Según antecedentes de la Secretaría de Planificación Comunal de Quilicura (SECPLAN, 2008), esto ubica a la comuna en el nivel más alto de crecimiento poblacional de todas las comunas del país. Este aumento poblacional acelerado que se vive a nivel comunal, ha significado variaciones en diferentes niveles, ya sea a nivel

del uso de suelos, de la infraestructura y de los servicios comunales, entre otros (www.quilicura.cl).

Considerando la condición económica a nivel comunal, Quilicura presenta un nivel socioeconómico medio bajo, contando con un 6.7% de personas pobres, un 5.9% que está considerado como pobre no indigente y un 0.8% de indigentes (CASEN, 2006).

3.3 Indicadores de Salud Comunal

Según antecedentes del Servicio de Salud Metropolitano Norte, del total poblacional al año 2006, un 49.40% figura como beneficiario de FONASA, mientras que un 44.95% cotizaría en ISAPRE (Agüero & Cabrera, 2007).

En cuanto a la natalidad, Quilicura ha mantenido constantes sus indicadores durante los últimos años, obteniendo una tasa de 47.1, es decir cada 1000 habitantes hay 47.1 nacimientos para el año 2002. Más del doble del promedio del Servicio de Salud Metropolitano Norte (20.0) y casi el triple del promedio nacional (16.1) para el mismo año. En cuanto a la mortalidad general, la comuna presenta indicadores más bajos que el promedio, con una tasa de 4.7 para el año 2002, por debajo del promedio del área norte (5.6) y el indicador nacional (5.0) para el mismo año. Las principales causas de muerte, al año 2003, fueron las enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, cirrosis hepática, infecciones respiratorias, traumatismos y envenenamientos (Campos et al., 2005).

En relación con las enfermedades de notificación obligatoria (hepatitis, fiebre tifoidea, hidatidosis, parotiditis, enfermedad meningocócica, gonorrea y sífilis), la comuna presenta indicadores más altos que el promedio del área norte y nacional.

Por último, en cuanto a la oferta de servicios de salud a nivel comunal, Quilicura cuenta con un Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), dos Consultorios Generales Urbanos en etapa de motivación y compromiso para el cambio de modelo biomédico al de salud familiar, dos Servicios de atención Primaria de Urgencia (SAPU) y un Centro de Salud Vecinal. A ello se suma, entidades de prestaciones especializadas; Hospital San José para atenciones de adultos, Hospital Roberto del Río para atención Infantil e Instituto Psiquiátrico Dr. Jorge Horwitz, para tratar problemas de salud mental de alta complejidad.

4. Antecedentes Teóricos

La investigación realizada representa un insumo para el desarrollo de estrategias posteriores en salud, a nivel comunal. El paradigma crítico subyace a esta propuesta, que se sustenta sobre la base de la investigación acción participativa, entendida como un método que busca no sólo la producción de conocimiento, sino también la intención de generar transformaciones en los contextos (Montero, 2006). Desde esta mirada, se releva el trabajo comunitario como un ámbito que posee recursos suficientes para la producción de conocimientos, generación de procesos de participación, empoderamiento y trabajo en redes. Es en el marco de una investigación acción participativa, impulsada entre el Centro de Salud y el CDL, que se desarrolla el presente diagnóstico participativo. A continuación se revisará cada uno de los planteamientos teóricos que han sustentado la investigación.

4.1 La Participación como Eje de la Investigación

La declaración de Alma Ata, el año 1978, otorgó especial importancia a la participación entendiéndola como un deber y un derecho. Más tarde, ha tomado relevancia, de manera creciente, como mecanismo de control factible de ser utilizado por las personas en cuanto a la entrega de bienes y servicios institucionales (Carta de Ottawa, 1986).

Definir la participación implica aludir a la capacidad de las personas para tomar decisiones acerca de situaciones que pueden afectar su vida a nivel individual o colectivo (Gyamarti, 1992). Cuando una persona se moviliza de manera voluntaria, sin percibir estímulo monetario por una meta común, hablamos de participación ciudadana (Zimmerman & Rappaport, 1998).

Ander Egg (1982) se refiere al concepto de participación popular, como elemento esencial para el desarrollo comunitario, reconociendo que esta supone implicancias políticas e ideológicas que pueden dificultar su ejercicio. Según este autor es posible hablar de participación de libre mercado, entendida como la participación por medio del consumo; de participación por votación, en cuanto a la posibilidad de sufragar o elegir entre alternativas, participación de organización, que alude a la participación que se genera por medio del ser parte de algún tipo de organización, entre otras.

En el ámbito de las políticas públicas, el desarrollo de la ciudadanía, implica enfatizar los derechos de las personas y la justicia (Bustelo, 2000).

En cuanto intervención social, la participación se identifica con iniciativas espontáneas, basadas en la acción y el desarrollo de los recursos comunitarios, reconociendo a los destinatarios como protagonistas activos que se movilizan para generar cambios (Krause, 2002). De este modo, se entiende que las personas poseen conocimientos relevantes y son portadores de cultura. Reconocerlos como un recurso válido implica la potenciación de procesos de empoderamiento a nivel local (Celedón & Noé, 1998).

Cuando la participación se desarrolla desde las instituciones, se requiere que se produzcan vinculaciones basadas en procesos reflexivos entre éstas y la comunidad, en las cuales el control y la toma de decisiones deben considerarse primordiales para el fortalecimiento de esta (Montero, 2004). Para ello, es necesario que los equipos profesionales acepten los conocimientos propios de la comunidad y, sin dejar de hacer valer los propios, se comprometan con ella y el entorno en que ambos se desenvuelven (Dabas, 2001).

En el ámbito específico de la salud, la participación se plantea como un proceso que puede implicar desde aspectos basados en la promoción y la prevención de la salud hasta la ampliación y profundización del ejercicio ciudadano. Pudiendo ser ejercida a nivel individual, grupal y/o comunitario en pos del fomento de la salud (Wenstein, 1997).

En consideración con la ley de autoridad sanitaria, la generación de Consejos Consultivos y de desarrollo local, releva la participación social en el sector salud. No obstante, este marco legal promueve una participación de carácter consultivo, a pesar de esta limitación, permite sociabilizar información respecto a la gestión y logros del sistema de salud (Reca, 2007).

La participación en sí misma no puede ser catalogada de buena o mala puesto que depende primordialmente de los valores que la guíen (Montero 2004). No obstante, a nivel empírico, se reconoce algunos beneficios asociados a la participación, entre ellos se plantea que aporta al mejoramiento de la calidad de los ambientes, reduciendo los problemas de delincuencia e incrementando el sentido de comunidad (Florin & Wandersman, 1984). Además permite, por un lado, que las personas se movilicen para la satisfacción sus necesidades y, por otro, la generación de aprendizajes y desarrollo de los participantes (División de Organizaciones Sociales, 1999). En el ámbito de salud, los reportes aluden al mejoramiento en la visión acerca de la evaluación de gestión en salud y

una ruptura incipiente en las relaciones verticales establecidas por años desde los organismos técnicos (Reca, 2007).

Considerando los reportes acerca de la participación en las intervenciones sociales, algunos autores refieren que se transforma en un mecanismo para desarrollar empoderamiento psicológico, permite aportar a la percepción de autoeficacia. Supone que las personas adquieren experiencia por medio de la organización, identificación de recursos y el desarrollo de estrategias para el logro de metas comunes (Zimmerman & Rappaport, 1988).

Branson & Quigley (1998), reportaron que la participación ayuda al mejoramiento de la calidad del entorno, incrementando, a su vez, el sentido de comunidad (Florin & Wandersman, 1984). Mejora el acceso a bienes y servicios, fortaleciendo, además, las identidades a nivel territorial, incidiendo en la seguridad social y sentido de pertenencia (Sabatini, 1995).

La participación es una condición política y social necesaria para dotar de poder a las personas, puesto que entre otras cosas, permite el sentido de identidad, fomenta la autovaloración y fortalece la sociabilidad (Berger & Nuehaus, 1977).

La participación favorece procesos que tienden a incrementar la movilización de recursos existentes en el ámbito local, el sentido de cohesión social. Además de ofrecer soporte para actividades de autoayuda y sensibilizar a los ciudadanos acerca de los problemas más importantes a nivel comunitario (Piccoli, Colombo & Moso, 2004).

Por su parte, la participación permite vincular a la Psicología Comunitaria y la salud pública, pues en la medida que se generan procesos participativos se posibilita mayor compromiso en cuanto a lograr una sociedad más productiva, justa y equitativa, esto último representa la esencia tanto para la psicología comunitaria como para la salud pública (Restrepo, 2001).

En el ámbito de la investigación, la participación es el elemento que permite poner en marcha las acciones necesarias para el logro de los objetivos comunes, posibilita la discusión y la toma de decisiones concertadas.

4.2 El Empoderamiento, como un Fin y un Medio

El término empoderamiento no alude a un vocablo propio de la lengua hispana, sino más bien a una contribución realizada por autores de habla inglesa, tal es el caso de

Rappaport (1984), quien lo define como un proceso por el cual las personas, los grupos y/o comunidades adquieren dominio sobre sus vidas.

Montero (2004) prefiere prescindir de la noción empoderamiento y usa el concepto de fortalecimiento, entendiéndolo como el proceso mediante el cual, los miembros de una comunidad actúan comprometida, conciente y críticamente, con el fin de transformar su entorno de acuerdo con sus necesidades y aspiraciones, produciendo además procesos de transformación de sí mismos. Involucra aspectos sociales relacionados con las fortalezas, competencias y sistemas de apoyo social existentes (Silva & Martínez, 2004). Desde esta perspectiva, el empoderamiento o fortalecimiento se considera fundamental para el desarrollo y la transformación de las comunidades (Montero, 2003).

Se trata de un fenómeno dinámico, en el cual proceso y resultado se vinculan de manera sucesiva, puesto que éste último puede ser un hito del proceso, ya sea su fin o su inicio (Silva & Martínez, 2004). Requiere el despliegue de capacidades que tiendan a la transformación del entorno de acuerdo con las necesidades y expectativas del individuo, grupo y/o comunidad (Montero, 2003).

A pesar de que empoderamiento y participación se relacionan de manera estrecha, existe una diferencia importante, el empoderamiento no es un medio sino un fin en sí mismo, puesto que implica la generación de procesos que promuevan el desarrollo inclusivo de las personas (Zambrano, 2002).

Poner en marcha procesos de empoderamiento implica cambios a todo nivel, Rappaport (citado en Zimmerman, 1995) alude a la importancia de la utilización del lenguaje, que implica reemplazar términos de cliente y experto, por otros tales como colaboradores o participantes. El rol del profesional sufre un cambio, puesto que se transforma en un recurso para la comunidad, la que a su vez, asume un rol activo en los procesos de cambio. Bajo esta lógica, la evaluación se orienta a rescatar el proceso más que los resultados (Zimmerman, 1995).

Ya sea que se acuñe el concepto de empoderamiento o fortalecimiento, se debe reconocer la existencia de procesos de poder y mecanismos de control en su base. Desde este punto de vista, es posible definir este proceso como el desarrollo del poder de acción, en que se producen relaciones de cooperación entre los profesionales y los participantes, por ello, supone el reconocimiento de “*saberes múltiples*”. De este modo, se generan

relaciones asimétricas desde la intervención, puesto que reconoce la existencia del profesional y el beneficiario, cliente o participante, pero simétricas desde el nivel de experiencias de cada actor que interviene en una acción colectiva (Zúñiga, 2004). En síntesis, considerar el poder como un tema esencial de ser abordado en toda intervención social cuya finalidad sea establecer procesos de empoderamiento, implica asumir la existencia de poder del profesional que interviene y su disponibilidad de compartirlo con otros actores (Sánchez, 2002).

Desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria, “el poder es producto de procesos de reflexión, toma de conciencia y acción, supone el desarrollo de fortalecimiento, por medio de procesos colectivos tendientes a la transformación del entorno” (Montero, 2003, p. 4).

La importancia de los procesos de empoderamiento radica en la posibilidad de rescatar las potencialidades a nivel individual o colectivo tendiendo hacia metas comunes. Una comunidad empoderada repercute de manera positiva en su propio desarrollo, puesto que responde a las amenazas a la calidad de vida y genera escenarios para el ejercicio de la participación (Zimmerman, 1995).

Recientemente se ha planteado que el empoderamiento se caracteriza por tres aspectos esenciales: contemplar múltiples dimensiones (sociológica, psicológica, económica, entre otras), por la posibilidad de darse a nivel individual, grupal y comunitario y por ser un proceso eminentemente social en tanto supone relación con otros. Hay cinco pasos en los cuales se sintetiza el empoderamiento: la existencia de una alteración individual o social, la concientización, movilización, maximización y, por último, la creación de un nuevo orden (Hurt, 2006).

Existen algunas características organizacionales reconocidas como empoderadoras de los miembros de un grupo. Maton (2008), propone las siguientes:

- a) El sistema de creencias del grupo: referido a los valores, normas y prácticas grupales.
- b) Las actividades centrales del grupo: alude a las actividades realizadas para el logro de la misión, deben ser atractivas e involucrar procesos activos de aprendizaje.
- c) Ambiente relacional: calidad y naturaleza de las relaciones en un contexto específico.

- d) Estructura de oportunidad de roles: posibilidad de jugar diversos roles dentro del grupo, entendiendo que la multifuncionalidad de roles permite desarrollar habilidades, responsabilidad y confianza en si mismos.
- e) Liderazgo: permite empoderar por medio de las capacidades e influencias del líder en su grupo. El liderazgo es empoderador si es inspirador, goza de talento, es compartido, comprometido y empoderado.
- f) Mantenimiento y cambio del entorno: permite la sobrevivencia de la organización por medio de la adaptación a los cambios.

La investigación realizada considera el empoderamiento como un medio y un fin. Un medio en tanto es una estrategia desplegada para el logro los objetivos propuestos de manera conjunta entre representantes de la comunidad y las instituciones y un fin, en tanto la investigación busca fortalecer las potencialidades de los participantes dentro de su comunidad.

4.3 Redes, Mecanismo Catalizador de la Participación Social

La red es un concepto que ha sido acuñado y definido de acuerdo con el ámbito específico de que se trate. Desde la perspectiva clínica, se acuña el concepto de intervención en red, para referirse a una modalidad terapéutica centrada en situaciones dolorosas para la persona y/o su grupo familiar, que implica la movilización de personas (amigos, vecinos, familiares, entre otros) con capacidad para otorgar el apoyo necesario a quien o quienes enfrentan la situación de conflicto. De este modo, la intervención en red concibe a los técnicos como un recurso dentro de otros existentes y a los amigos, vecinos, etc. como agentes terapéuticos (Speck, 2000). La importancia de esta práctica radica en el impacto que produce el trabajo grupal frente a una situación crítica, generando nuevos contextos (Elkaim, 2000), la red puede generar transformaciones por el sólo hecho de la cantidad de soluciones posibles (Speck, 2000). En este contexto, Speck define la red como el conjunto de relaciones humanas que establece un individuo con personas significativas para él. De acuerdo al tipo de relación de que se trate, se va a caracterizar por su dimensión espacio - temporal (familia-amigos) y por relaciones informales y móviles, que favorecen el intercambio de información entre sus integrantes (Speck, 2000).

De acuerdo a la tipología, es posible hablar de red relacional o social, familiar o primaria y la red asistencial o institucional. La red relacional o social es la que ha sufrido

mayores transformaciones con la modernidad, puesto que ha sido sustituida por las instituciones. Sin embargo, todas ellas se mezclan al realizar la intervención en red de barrio (Pluymaekerz, 2000).

En consideración con las utilidades de la intervención en red, entendiendo que ésta se trasforma en un recurso, es posible decir que, debido a que las relaciones que establece el individuo con su entorno, tienden a modelar su relación con este, también permite modelar las conductas de la persona. De esta manera, la responsabilidad del afectado disminuye al incorporar su contexto, pues no se trata sólo del fracaso de un sujeto, sino también del fracaso de su red incapaz de contenerlo (Speck, 2000). De esta manera, se integra la condición comunitaria de quienes componen la red, por medio de la generación de apoyos mutuos y toma de conciencia acerca de aquellos problemas que les son comunes (Elkaim, 2000).

Desde el ámbito comunitario, la red se define como el entramado de relaciones en que se produce traspaso de información en distintas direcciones y que implican mediaciones establecidas para el logro de una meta común (Montero, 2003). La red social entendida como estrategia de gestión comunitaria, debe potenciar capacidades de participación, comunicación y organización (Acosta, 2000).

Chadi (2000) define a su vez, la red social como un grupo de personas capaces de prestar apoyo real y duradero a un individuo o familia. Involucra aspectos individuales y colectivos que se encuentran en permanente construcción, posibilitando la potenciación de recursos gracias al intercambio entre el grupo y fuera de él (Dabas, 2001).

La red es un tipo de organización que potencia relaciones horizontales, independientes y complementarias, propicia el respeto a la identidad, la autonomía y permite que se asuman responsabilidades individuales y compartidas (Burgos, 2004).

Hablar de las redes sociales implica asumir la existencia de un proceso de influencia mutua entre el individuo y su entorno, puesto que éste se inserta en redes sociales de diversa complejidad. Desde el ámbito familiar al ámbito mundial, todas esas redes producen influencia en el individuo en cuestión y éste, a su vez, influye en ellas. Por ello, las soluciones a algunas de las necesidades del individuo, pueden depender del uso de sus redes y relaciones (Villasante, 1998).

La actualidad del tema red se basa en su importancia como correlato de la vida moderna, puesto que cobra relevancia el entramado de relaciones sociales que se establezcan para la resolución de problemas (Martínez, 2006). Desde este punto de vista, cumple un rol instrumentalista, pues su principal función es el apoyo social (Krause, 2002). Sin embargo, también se destacan otras funciones relacionadas con la compañía social, el apoyo emocional, ayuda material y servicios, regulación social y guía cognitiva (Sluzki, 1989).

Las redes pueden ser de carácter institucional; público o privado, temporales; cuando se reúnen personas por un proyecto específico o bien de mayor duración cuando se integran con objetivos de más largo plazo (Burgos, 2004). En cuanto a la relación entre las personas y las instituciones, la red se transforma en un elemento que favorece el intercambio de conocimientos, experiencias y recursos, produciendo procesos de integración, entre las instituciones y las comunidades, para el logro de un fin común (Arévalo, 2002).

Villasante (1998) en su propuesta del mejor-vivir, realiza una descripción de redes, amparándose en las existentes en la praxis, señalando la existencia de redes locales, asociativas y del tercer sector. Las primeras se relacionan con estrategias de resolución de problemas generados en un territorio específico, entendiendo el territorio como un ecosistema caracterizado por la compleja diversidad de relaciones. Las redes asociativas de carácter regional, son definidas por Villasante como el entramado de relaciones de cooperación inter-institucional tendientes a lograr acuerdos y generar cambios en el ámbito local. Las redes del tercer sector, son características de organizaciones que gozan de escaso poder económico y alto poder comunicacional y son más relevantes en el contexto de la cotidianidad.

En América Latina, el enfoque de redes toma relevancia además como una estrategia de desarrollo. Desde esta perspectiva la red favorece la potenciación de capacidades y movilización de recursos existentes en cada localidad. Para este enfoque, el territorio ocupa un rol protagónico y se lo entiende cargado de simbolismos, concreto e integrado a partir de sus características específicas (Arteaga, 2004).

La red es un mecanismo que se relaciona de manera directa con la participación, pues tiende a potenciar la participación, comunicación y organización, además de propender al poder político democrático de la sociedad (Acosta, 2000).

Según Montero (2006), la solidaridad y las redes de apoyo, son centrales para la acción concertada entre los miembros de la comunidad, esta movilización se realiza en base a una mirada crítica de la sociedad que pretende interpelarla y transformarla.

En el marco del desarrollo local, tanto la red como la participación, se proponen como condiciones necesarias para generar poder social y político capaz de orientar a la sociedad de acuerdo con los intereses ciudadanos (Coraggio, 1989). Un proyecto puede estar muy bien trabajado por expertos, sin embargo, si no es asumido como propio por parte de la población y no considera las redes de comunicación cotidiana, no pasará de ser meramente administrativo o empresarial (Villasante, 1998).

La importancia de considerar las redes sociales se basa en la contingencia, puesto que la gente cada vez vive menos en comunidad, cuyos lazos se han ido sustituyendo por la red (Martínez, 2006), que toma vigencia como estrategia que permite superar problemas ante recursos generalmente escasos y debido a la inexistencia de una institución única capaz para resolver los problemas de la población por si misma (Burgos, 2004).

Otra posibilidad que otorga la red, es que contribuye al reconocimiento del individuo- persona, por ende, es esencial para experiencias individuales de identidad y bienestar, incluye hábitos para el cuidado de la salud y estrategias para el enfrentamiento de situaciones de crisis (Sluzki, 1989). Supone que las identidades siempre son construidas, coexistiendo en la individualidad diversas redes de identificación (Villasante, 1998)

Por otra parte, la unión de esfuerzos en que se basa la organización en red, permite un mejor impacto, facilitando la movilización de recursos, el establecimiento de normas y acuerdos y la elaboración de planes de trabajo (Burgos, 2004).

No obstante, las funcionalidades y contribuciones descritas, debe mencionarse que cabe la posibilidad de que la red sea nociva, lo que puede generarse cuando las personas que se encuentran en situaciones de poder, o las instituciones que lo poseen, tienden a mantener el *status quo* de la situación problemática o agravan las situaciones estableciendo un inadecuado control social (Pluymaekers, 2000).

La presente investigación releva la red como el entramado de relaciones que se produce dentro de la agrupación formada por los agentes comunitarios y, de ellos, con los agentes institucionales, implicando una vinculación necesaria para que opere un cambio epistemológico que genere una tendencia hacia la comprensión de la comunidad como interlocutor válido en la implementación de programas y proyectos (Martínez, 2006). De este modo, se concibe a la red social, como el entramado de relaciones entre las personas, en este caso, entre Dirigentes Sociales, equipos profesionales y las instituciones comunales participantes. La red se transforma, en un recurso para el cumplimiento de los logros estipulados como objetivos que guían la investigación realizada.

4.4 Investigación Acción Participativa (IAP), perspectiva integradora de esta propuesta

La participación, el empoderamiento y las redes, se constituyen como los conceptos que sirven de base para sustentar la investigación. Todos ellos refieren a procesos comunitarios, comprendidos en el marco de la *Investigación Acción Participativa*, que se constituye en el elemento integrador del proceso desplegado para la puesta en marcha de las acciones realizadas, en pos de generar el diagnóstico de salud como producto de la participación, el empoderamiento y las interacciones en red.

La investigación participativa es un enfoque de la investigación social que busca la transformación por medio de la participación comunitaria. Como proceso involucra permanentemente la observación, el análisis y la acción. Implica, de algún modo resolver la tensión que se produce entre la generación del conocimiento y el uso que se da a este, entre los intelectuales y la gente común, entre la teoría y la práctica (Grossi, 1981).

La investigación clásica considera la población encuestada como pasiva, da origen a resultados que son para el uso de los investigadores sin darlos a conocer a dicha población, por el contrario la IAP busca que la población participe en la identificación, el análisis crítico de sus problemas y la búsqueda de soluciones posibles (Le Boterf, 1981).

La Investigación Acción Participativa, también conocida como IAP, es un método que se sustenta en la investigación social, la participación, educación y la acción, tendiendo a procesos de reflexión basados en la transformación. El problema a investigar surge de la comunidad, por ello, enfatiza aspectos de la vida cotidiana como base para la resolución de problemas. Implica un proceso continuo en que el conocimiento se modifica por la acción,

transformando la situación inicial y abriendo nuevas posibilidades para la acción (Ander Egg, 1995).

La IAP es una metodología que releva el protagonismo de los participantes en cuanto al diagnóstico, la intervención y la evaluación en los procesos psicosociales (Krause, 2002). Valora a los participantes, quienes asumen el rol de co-investigadores, ante una postura que apuesta por acercar a quienes deciden y quienes ejecutan.

La participación otorga la posibilidad de acercamiento a la realidad no sólo desde el conocimiento de datos, sino también de los simbolismos presentes en dicha realidad, entendiendo que es posible comprender el sentido sólo cuando se es partícipe de su generación (Contreras, 2004).

Implica, por una parte, aspectos éticos como el respeto mutuo y el reconocimiento de la diversidad y, por otra parte, aspectos políticos, puesto que enfatiza una mirada crítica del entorno y la posibilidad de transformación. En síntesis, la IAP es un método ética y socialmente comprometido (Montero, 2006).

El aporte de la investigación crítica se basa en una clase de conocimiento surgido de procesos de reflexión y acción, posibilitando que las personas, dotadas de confianza en sí mismos y autodeterminación, se movilen en cuanto al planteamiento de sus problemas, las causas y las acciones necesarias para el o los logros que esperan alcanzar como seres sociales (Park, 1992).

Es posible establecer una relación directa entre este tipo de investigación y la participación, puesto que esa es una de sus características, se basa en la importancia de que las personas se reúnan no sólo para plantear sus problemas sino también las soluciones posibles, implica un compromiso de acción (Park, 1992).

La IAP se dirige a las personas como un nosotros. De este modo, se rescata lo subjetivo desde la consideración del respeto a la objetividad, pues se entiende a la persona como un conocedor. El investigador, a su vez, es entendido como sujeto y objeto inmerso en un proceso crítico y auto reflexivo. El fin de este proceso participativo y de investigación, es generar cambios por medio de la emancipación hacia los obstáculos de la justicia, opresión, entre otros (Kemmis, 1992).

La IAP supone influencias recíprocas entre el conocimiento popular y el científico, posibilitando un saber integrado y relevante para los distintos agentes que participan (Del Valle, 2002).

Realizar una investigación que incorpore a las personas como sujetos, permite el despliegue de acciones que tienden al reconocimiento de las potencialidades de la comunidad en el ámbito local, las redes sociales surgen como un recurso válido para el logro de los objetivos o meta común, posibilitando que el flujo de información enriquezca los resultados, favoreciendo el desarrollo y mantenimiento de procesos de empoderamiento. En este proceso, el investigador y la comunidad comparten sus conocimientos, de tal modo que la IAP se transforma en un modo de hacer ciencia a través de la vinculación de actores que se necesitan mutuamente (Falabella, 2004).

La investigación acción opera por medio de un proceso cíclico o espiral, en el cual la acción y la reflexión se alternan sistemáticamente, desde el inicio de la investigación, permitiendo perfeccionar los métodos, los datos y las interpretaciones en base al entendimiento producido en etapas previas (Mella, 2003).

Las bases conceptuales de la presente investigación se integran gracias a la Investigación Acción Participativa, relevando los procesos participativos y de empoderamiento a nivel local, para ello las redes sociales han significado un recurso válido, en tanto el trabajo en red permitió la diversidad en los actores sociales participantes del estudio.

5 Método

La investigación Acción Participativa, es la metodología que se encuentra a la base de esta propuesta de investigación, en tanto propone la aplicación del método científico para el diseño de la investigación, los objetivos, recolección de datos, entre otros. Valiéndose de la existencia de un equipo técnico y la participación de la comunidad en alguna de las fases de la investigación. De este modo, la IAP se transforma en la herramienta para la generación de *vínculos virtuosos de reflexión-dialogo-acción-aprendizaje*, entre los participantes con miras al empoderamiento de la comunidad (Contreras, 2002).

En relación con el enfoque metodológico, la siguiente investigación se desarrolló con diseño mixto, puesto que se ha propuesto contar con información cuantitativa acerca de la situación de salud a nivel local. Sin embargo, los acuerdos para la puesta en marcha de la investigación surgen de un proceso participativo, que es relevante en el desarrollo de esta propuesta. La descripción de las técnicas utilizadas será descrita posteriormente.

En cuanto al nivel de profundidad, la investigación es de carácter exploratorio, pues a pesar de la existencia de otros diagnósticos de salud, no hay antecedentes de un diagnóstico de salud comunitario en la comuna de Quilicura. Sin embargo, también se alcanza un nivel descriptivo, puesto que se busca entregar una descripción acerca de los problemas de salud identificados por habitantes de la comuna. En cuanto diseño de investigación, se constituye en un diseño no experimental transversal, dado que la evolución de la información se llevará a cabo en un momento único de las personas.

El paradigma crítico subyace al desarrollo de la propuesta de investigación. Específicamente la Investigación Acción Participativa es utilizada como elemento integrador, representando la mirada desde la cual se puede entender el proceso desplegado en relación con los datos obtenidos en la fase cuantitativa y los procesos que dieron resultado al total de la información generada.

A continuación se detalla aspectos relevantes de los enfoques utilizados en la investigación:

5.1 Enfoque Cuantitativo

El carácter cuantitativo se basó en la aplicación de 297 encuestas en la comuna de Quilicura, la utilización de este instrumento posibilitó la obtención de resultados cuantitativos acerca de los principales problemas de salud que los pobladores de la comuna identifican como prioritarios.

5.1.1 Definición de la Variable

La variable en estudio es la percepción acerca de la existencia de determinados problemas de salud que afectan a las personas a nivel individual, familiar y/o comunitario.

5.1.2 Error Estándar

Se ha definido para la investigación, un margen de error igual a 2.5% ($\alpha= 0.025$), implicando un 97,5% de confianza.

5.1.3 Tipo de Muestra

Muestreo probabilístico, aleatorio simple. Es decir, todas las manzanas tuvieron la misma posibilidad de ser elegidas. De este modo, con el nivel de confianza y una varianza de la muestra definidas, se obtuvo una muestra de **297** manzanas, realizándose una encuesta por manzana.

Se identificó la manzana censal como unidad de análisis, y dentro de ella, el grupo familiar que habita la vivienda elegida para cada manzana.

La encuesta se aplicó a 297 personas, mayores de edad y residentes en la comuna. La opción de no considerar otros aspectos demográficos tales como sexo, situación económica, entre otros, responde a la necesidad de obtener una muestra elegida al azar.

5.1.4 Instrumento de Recolección de Información

Se optó por la utilización de una encuesta como herramienta para la recolección de datos cuantitativos. Luego de la revisión bibliográfica acerca de otras investigaciones descriptivas realizadas en el ámbito de la salud, se consideró apropiado adaptar la Encuesta Nacional Calidad de Vida y Salud 2000, elaborada en conjunto por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística (www.minsal.cl). No obstante, se utilizó parte de este instrumento, el que se adaptó para efectos de la presente investigación. Se optó por algunas preguntas del módulo individual y familiar según se consideraron relevantes para el estudio. Se incorporaron tres nuevas preguntas con el fin de evaluar el funcionamiento de los Centros de Salud con cobertura local, como respuesta a la petición expresa de los agentes comunitarios y de las autoridades locales en salud. Por último, en acuerdo con los participantes se decidió agregar una pregunta que indagara acerca del nivel socioeconómico de los encuestados, para esto se utilizó la Escala de Himmel (1981) en versión modificada (Wenk, 2006). Esta última alude a la escolaridad y la ocupación del jefe de familia.

El instrumento final resultó, según lo acordado localmente, compuesto por 13 preguntas:

- a) Las primeras cinco preguntas aluden a problemas de salud en el ámbito de la familia: problema de salud de algún miembro del grupo familiar, acciones seguidas para resolver los problemas de salud que se les presentan, entre otras. Por ejemplo: ¿Cuáles de estos problemas de salud han estado presentes en este hogar durante este último año? ¿qué hacen para enfrentar el problema más serio?

- b) Se incorporaron preguntas que aludían al nivel individual: se consultó por el grado de satisfacción acerca de la situación personal de salud, el sistema de protección en salud (previsión) y la percepción acerca del ejercicio institucional en salud para las entidades de cobertura local, esto último, implicó que evaluaran con escala de 1 a 7, según estamento e institución. Por ejemplo: ¿Usted diría que en general, su situación de salud es buena, regular o mala?
- c) A nivel de contexto, se consultó por los problemas presentes en el barrio donde residen los encuestados, solicitándose ordenarlas por prioridad. Por ejemplo ¿cuáles son los problemas que están presentes en su barrio o localidad?
- d) Para describir la situación socioeconómica del grupo familiar se consultó por escolaridad y situación ocupacional del jefe de familia. Por ejemplo: ¿cuál es la situación ocupacional del jefe de hogar?
- e) Se finalizó con dos preguntas que aluden a la situación habitacional en cuanto material de construcción y orientación de la vivienda con respecto del sol, preguntas incorporadas para estudios posteriores.

5.1.5 Estrategia General de Análisis

El análisis cuantitativo de los datos obtenidos se realizó, bajo un enfoque de análisis estadístico descriptivo. Una vez aplicada la encuesta, se ingresó los resultados obtenidos a una planilla de base de datos SPSS versión 11.5, con el fin de generar resultados descriptivos en términos de frecuencias absolutas y relativas, promedios y desviaciones estándar, además de gráficos de las mismas.

5.1.6 Participantes

En relación al sondeo de opinión, se consideró la participación de 297 personas a quienes se aplicó la encuesta, mayores de edad y residentes en la comuna de Quilicura. Sin restricción en cuanto al sexo, nivel económico, entre otros.

5.2 Enfoque Cualitativo

Dado que esta investigación se enmarca en un proyecto mayor orientado al protagonismo de los participantes, se optó por una estrategia de investigación acción participativa, que implicó una serie de discusiones a nivel local para la adaptación del instrumento a aplicar, la organización del proceso de investigación, la reflexión acerca de los datos obtenidos tras la aplicación de la encuesta y la elaboración de propuestas

comunales para la elaboración del informe institucional. A continuación se detalla elementos del enfoque cualitativo utilizado:

5.2.1 Muestreo

Debido a que se trata de IAP, las personas que participaron en la investigación fueron principalmente agentes comunitarios, quienes asumieron un rol activo ante su entorno. Estos actores se involucraron desde el diseño hasta la evaluación del proceso.

El proceso global que implicó la realización de la investigación involucró la participación de los siguientes actores sociales:

- Autoridades locales: los Directores de ambos Consultorios de atención primaria, el Director del Centro Comunitario de Salud Mental de la comuna, el Director del Departamento de salud comunal.
- Funcionarios de entidades locales y equipo de salud: participaron activamente 13 funcionarios.
- Dirigentes Sociales: participaron en total 45 dirigentes sociales, ya sea en la formulación del instrumento, la aplicación de encuestas y/o del análisis y elaboración de propuestas comunitarias.

Se detalla en la siguiente tabla la asistencia a las entrevistas/ debates grupales.

Tabla 1:

Promedio de asistencia a entrevista y/o debate grupal según temas.

Trabajo grupal	Hombres	Mujeres	Total
I	3	7	10
II	3	13	16
III	4	8	12
IV	4	3	7
Totales	14	31	45

5.2.2 Instrumento de Recolección de Información

La recolección de información de carácter cualitativo incluyó una serie de debates grupales, realizados en base a tres temas: instrumento de recolección de datos, proceso de aplicación de encuestas y elaboración de propuestas en base a los resultados. Además se realizó entrevista grupal aludiendo a los conceptos ejes de la investigación.

La entrevista grupal se basa en las narraciones comunes de los entrevistados para la construcción de la realidad social, dentro de las ventajas de esta técnica se destaca su bajo costo, la riqueza de los datos que proporciona y que promueve la estimulación de los entrevistados en el recuento de acontecimientos (Flick, 2007). En la investigación se realizó una entrevista grupal final en torno a la discusión de los conceptos considerados clave en la investigación y los procesos de empoderamiento de los participantes.

La entrevista grupal se diferencia del debate de grupo, en cuanto al propósito perseguido, pues las primeras buscan conocer las opiniones de los participantes en relación con ciertos tópicos, mientras que los debates grupales se centran en los procesos comunes de resolución de problemas, dentro de sus ventajas se destaca como mecanismo de corrección, pues en la dinámica grupal se moderan las opiniones extremas o no aceptadas socialmente (Flick, 2007). En la investigación, tras los debates grupales, se logró tomar acuerdos que permitieron: la elección del instrumento a aplicar en la fase cuantitativa, la organización de la tarea de aplicación de encuestas, la reflexión en base a los resultados cuantitativos y la elaboración de propuestas locales. Los debates incluyeron la participación de profesionales de distintas instituciones locales y dirigentes sociales. Se detalla a continuación el tema específico de cada una de ellas:

- a) Debate grupal para acordar las características y adaptación del instrumento de recolección de datos: Se realizó debates grupales, con duración de una hora y media aproximadamente, con la asistencia de un promedio de 10 personas.
- b) Debate grupal para organizar la aplicación de encuestas a nivel local: Incluyó la participación de 8 personas en cada uno.
- c) Debate grupal para el análisis de la información cuantitativa: se realizó debate grupal posterior a la exposición de los resultados cuantitativos, con el fin de conocer la percepción de los participantes acerca de los hallazgos encontrados y la elaboración de propuestas comunitarias. Participaron 12 personas.
- d) Entrevista grupal de evaluación: Se realizó entrevista para evaluar el proceso. Se abordaron tópicos básicos para la investigación, tales como conceptualización de salud, empoderamiento, participación, entre otros. Se contó con la participación de 7 personas.

5.2.3 Estrategia General de Análisis

Se consignó la información en cuaderno de campo y en relación a ello, se fue tomando acuerdos en base al comportamiento espiral de la investigación, que alude al proceso cíclico en que se alternan acción y reflexión (Mella, 2003).

Para el análisis de la información cualitativa obtenida, se utilizó el método comparativo constante aportado por la Teoría Empíricamente Fundamentada o Grounded Theory (Glaser y Strauss, 1967). En base a las anotaciones en cuaderno de campo, se realizó codificación abierta, con el fin de encontrar identificaciones y categorías a la base de los discursos para el desarrollo de categorías iniciales, por medio de procesos deductivos e inductivos. Finalmente, se integró las categorías para establecer las proposiciones resultantes del análisis, considerando las condiciones sociales en que se han generado los fenómenos encontrados en esta fase de la investigación.

Finalmente el análisis fue triangulado, con los profesionales que formaron parte del equipo asesor en la investigación, con la finalidad de validar la información recogida y las interpretaciones generadas.

6. Resultados

Dado que la investigación realizada implicó la utilización de técnicas cuantitativas y cualitativas, se ha optado por mantener la presentación por separado, sólo para efectos ilustrativos. El instrumento utilizado para recabar la información cuantitativa se consigna en el Anexo 1.

6.1 Resultados de la Fase Cuantitativa

Con respecto a los resultados obtenidos por medio de la aplicación de la encuesta adaptada tras el proceso participativo, se obtuvo los siguientes resultados estadísticos producto de la aplicación de la encuesta comunal de salud. A continuación se muestran los datos generales obtenidos del análisis estadístico a nivel descriptivo:

6.1.1 Integrantes por Grupo Familiar

El grupo familiar en un 62.3% de los hogares encuestados, está compuesto por un total de 4 a 5 integrantes.

6.1.2 Problemas de Salud presentes en el Grupo Familiar

En cuanto a los problemas de salud, la siguiente tabla muestra el porcentaje del total de encuestados que reconoce la enfermedad de la columna derecha como un problema de

salud presente en su grupo familiar. Es posible apreciar que los problemas de salud odontológicos presentan mayor mención en cuanto a presencia dentro de las familias encuestadas, representando al 59% de los encuestados. Dentro de los otros dos problemas de salud con mayor porcentaje de mención, se encuentran los trastornos gástricos y oftalmológicos, representando el 57.9% y el 51.4% respectivamente, ambos aluden a problemas de salud que pudieran requerir atenciones de salud del nivel secundario (Hospitales, CDT, entre otros).

Tabla 2.

Problemas de salud identificados en el grupo familiar

Problema de salud	%
Problemas de salud odontológica	59.0
Trastornos gástricos	57.9
Problemas oftalmológicos	51.4
Hipertensión arterial	50.8
Sobrepeso u obesidad	43.1
Depresión	40.7
Enfermedades respiratorias agudas	36.0
Trastornos traumatológicos	34.4
Hipercolesterolemia	32.0
Trastornos reumáticos	31.3
Trastornos ansiosos	24.9
Consumo sustancias	24.9
Problemas ginecológicos	20.0
Trastornos Conductuales de la infancia	18.5
Problemas cardiacos	17.2
Diabetes mellitas	16.8
Problemas a la piel	16.7
Hernias	13.7
Epilepsia	7.7
Cáncer	6.1
Otros	5.2
Accidente Vascular Encefálico (AVE)	4.4
Trastornos alimentarios	3.7
Enfermedades de transmisión sexual	1.4
Demencia, alzheimer	1.0
Tuberculosis	1.0
Esquizofrenia/ psicosis	0.7

6.1.3 Prioridades a nivel comunal

En cuanto a los problemas de salud mencionados con anterioridad, los encuestados priorizan la salud bucal u oral por sobre los demás problemas de salud frecuentes en su grupo familiar, ver detalle en la siguiente tabla:

Tabla 3.

Problemas de salud priorizados

Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad 3
Problemas Odontológicos	Hipertensión Arterial	Problemas Gástricos
Hipertensión Arterial	Problemas Odontológicos	Hipertensión Arterial
Enfermedades Respiratorias	Problemas Oftalmológicos	Problemas Oftalmológicos

De acuerdo con los resultados contenidos en la Tabla 2, se desprende que los cinco problemas de salud considerados más importantes por los encuestados son los siguientes:

- a) Problemas odontológicos
- b) Hipertensión arterial
- c) Enfermedades respiratorias
- d) Problemas oftalmológicos
- e) Problemas gástricos

6.1.4 Acciones seguidas para resolver los problemas de salud

En cuanto a la forma de resolver los problemas de salud del grupo familiar, el 87.5% acude a consulta de salud de médico u otro profesional de la salud. Hay, por tanto, un 12.5% de personas que buscan otras alternativas distintas a la medicina alopática.

El 80.5% de los encuestados refiere haber recibido atención de salud, en cualquier tipo de institución prestadora de servicios, durante el último año. Acerca del lugar en que han recibido atención encontramos lo siguiente:

Tabla 4.
Lugar en qué ha recibido atención durante el último año

Institución	Porcentaje
Servicio de Atención Primaria de Urgencia	47.9%
Consultorios de Atención primaria de la comuna	49.8%
Centro Comunitario de Salud Mental	1%
Hospitales	24.9%
Institución Privada	23.2%
Farmacia, Comunidad u otro lugar	0.7%

Se debe mencionar que los encuestados tenían opción de responder más de una opción, por ello los porcentajes no completan el 100%.

En caso de enfermedad grave, se mantiene la misma tendencia mencionada con anterioridad, pues un 59.2% acudiría al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) para buscar solución a su problema de salud.

Tabla 5.
Institución a la que acude en caso de enfermedad grave

Institución	Porcentaje
Servicio de atención Primaria de Urgencia,	59.2
Consultorios Atención Primaria	11.4
Hospitales	14.5
Sector Privado	14.9

Si consideramos los porcentajes expuestos en la Tabla 5, el 85% de la población encuestada acude al sector público de salud en caso de enfermedad grave.

6.1.5 Evaluación de los centros de salud con cobertura comunal

La posibilidad de ponerle nota a la institución implicó evaluar con escala de 1 a 7. La pregunta realizada permitió la evaluación a la atención por estamento y la infraestructura. La siguiente tabla muestra el promedio de la evaluación por institución, con el fin de obtener una nota única que diera cuenta del grado de conformidad en cuanto a la atención que se brinda en cada centro, diferenciándola de la infraestructura, con la finalidad

de conocer cuáles son las instancias que deben intervenir para mejorar la percepción de la población.

En cuanto a la evaluación que realizan los usuarios acerca de cada centro de salud, es posible observar la semejanza entre los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y los Consultorios de Atención Primaria de Salud (APS) comunal. La mejor evaluación fue realizada al Centro comunitario de Salud Mental, que obtuvo una evaluación de 6.43.

Tabla 6.

Evaluación de la atención promediada y a la infraestructura.

Institución	Evaluación promedio a la atención de salud	Evaluación de la infraestructura	Evaluación Promedio
SAPU ¹ 1	5.62	4.85	5.23
SAPU ¹ 2	5.59	5.67	5.63
Consultorio 1 ²	5.71	5.57	5.64
Consultorio 2 ³	5.56	6.23	5.89
COSAM ⁴	6.43	6.25	6.34
Hospitales ⁵	5.59	5.66	5.62
Institución Privada ⁶	6.22	6.25	6.23

1 Servicio de Atención Primaria de Urgencia

2 Consultorio Irene Frei de Cid

3 Consultorio Manuel Bustos

4 Centro Comunitario de Salud Mental

5 Roberto del Río, San José e Instituto Psiquiátrico Dr. Jorge Horwitz

6 Centros Médicos, Clínicas, Cruz Roja, etc.

La siguiente Tabla muestra las evaluaciones por estamentos y Centro de salud:

Tabla 7.

Evaluación por estamento e institución

Institución	Recepción	Equipo médico	Profesionales no médicos	Auxiliares Paramédicos
SAPU 1	5.23	5.89	5.64	5.72
SAPU 2	5.26	5.81	5.79	5.50
Consultorio 1	5.32	5.76	6.00	5.79
Consultorio 2	5.17	5.92	5.65	5.51
COSAM	6.50	6.38	6.43	No corresponde
Hospitales	5.14	5.94	5.77	5.54
Promedios	5.43	5.95	5.88	5.61
Sector Público				
Institución	6.19	6.31	6.25	6.14
Privada				

En cuanto a la evaluación que se realiza de las instituciones públicas en comparación con las instituciones privadas, encontramos que las primeras promedian 5.7, mientras que el sector privado es, con un 6.2.

6.1.6 Grado de satisfacción individual

Si consideramos el grado de satisfacción de los encuestados acerca de su propia situación de salud, encontramos que un 33% percibe que su propia situación de salud es buena, un 45.3% opina que su situación de salud es regular y un 21.6% opina que es mala, detalle en la siguiente tabla:

Tabla 8.

Situación de salud a nivel individual

Percepción salud individual	Porcentaje
Buena	33.1
Regular	45.3
Mala	21.6
Total	100.0

6.1.7 Problemas del Entorno

En relación con los problemas que están presentes en el barrio y afectan la situación de salud de la población, los más mencionados son: seguridad pública, presencia de perros vagos, ratones, moscas, etc. y transporte público.

Tabla 9.
Problemas presentes en el barrio o localidad

Problemas del Barrio	Porcentaje
Seguridad Pública	80.4
Presencia de perros vagos, ratones y moscas	69.5
Transporte público	66.1
Falta de plazas y áreas verdes	60.2
Falta de Participación Social	59.0
Falta de espacios para la cultura	57.5
Iluminación	52.9
Limpieza de calles y veredas	47.6
Presencia de malos olores	46.6
Falta de servicios básicos de salud	46.6
Falta de identificación con la comuna	44.4
Falta de locales comerciales para compras diarias, semanales, etc.	43.2
Falta de medios de comunicación	42.9
Contaminación acústica y atmosférica	42.5
Pavimentación	37.8
Falta de escuelas	36.1
Aislamiento	25.3
Otro problema no mencionado en esta lista	16.4
Comercio sexual	9.3

A nivel comunal, en cuanto a los problemas del barrio mencionados con anterioridad, priorizan de la siguiente manera:

Tabla 10.
Problemas prioritarios del entorno

Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad 3
Seguridad Pública	Seguridad Pública	Seguridad Pública
Alcoholismo y Drogadicción	Transporte Público	Transporte Público
Transporte Público	Presencia de perros vagos,	Perros vagos, ratones,

Los cinco problemas más priorizados de los que están presentes en su barrio, son los siguientes:

- a) Seguridad pública
- b) Alcoholismo y drogadicción
- c) Transporte público
- d) Presencia de perros vagos, ratones y moscas
- e) Iluminación

5.1.8 Situación Previsional

En cuanto a la previsión de salud de los encuestados, encontramos que el 71.2% de los encuestados adscribe a FONASA en el tramo A, B, C o D. No obstante, hay un 3.4 % que perteneciendo al Fondo Nacional de Salud desconoce su tramo. Por tanto, del total de encuestados hay un 74.6% que se reconoce como beneficiario de dicho fondo. En contraste con un 15.1% de encuestados que refieren estar adscritos a Isapre. Un 2.4% refiere no contar con situación previsional al día. Los detalles se muestran en la siguiente Tabla:

Tabla 11.
Adscripción a Sistema de Salud

Sistema Previsional	Porcentaje
FONASA A	14.7
FONASA B	25.0
FONASA C	17.5
FONASA D	14.0

FONASA (desconoce en que tramo)	3.4
Isapre	15.1
FFAA	0.3
No tiene	6.5
Otro	1.0
No conoce su situación previsional	2.4

6.1.9 Nivel educacional del Jefe de familia

En cuanto al nivel de escolaridad del Jefe de familia, un 48,9% de los encuestados no ha terminado su Enseñanza Media o Técnica Profesional. Un 27.5% ha finalizado dichos estudios. Un 4.6% tiene estudios universitarios incompletos, un 8.6% ha finalizado estudios superiores (universitarios) y un 0.4% de los encuestados refiere que el jefe de familia posee estudios de post grado.

Tabla 12.

Situación educacional del jefe de hogar

Nivel educacional	Porcentaje válido
1° a 4° básico	2.1
5° a 6° básico	3.6
7° a 8° básico	15.7
Media incompleta	20.7
Técnica Profesional Incompleta	6.8
Media completa	22.5
Técnica Profesional Completa	14.6
Universitaria incompleta	4.6
Universitaria completa	8.6
Postgrado	0.4
Nivel educacional desconocido	0.4

6.2.10 Situación Ocupacional del Jefe de Familia

En el 13.1% de los hogares encuestados, el jefe de familia se encuentra cesante, mientras que un 49.5% cuenta con empleo, con oficio de obrero especializado o no especializado. La moda y la mediana son iguales a 4.

Tabla 13.

Situación ocupacional del jefe de familia

Situación Ocupacional	Porcentaje
Cesante sin auxilio	7.6
Cesante con auxilio	5.5
Obrero no especializado	7.2
Obrero especializado	42.3
Empleado publico sin personas a cargo	17.5
Pequeño empresario o con personas a cargo	13.1
Profesional sin personas a cargo	6.2
Mediano empresario o directivo medio	0.3
Profesional independiente	0.3
Total	98

En cuanto a las condiciones de la vivienda de los encuestados, relacionada con aspectos físicos o infraestructura, el 94% refiere contar con piso cerámico, baldosín cerámico o fléxit, 83.7% cuenta con vivienda de construcción sólida.

Por último, en cuanto a la ubicación espacial de las viviendas, de acuerdo a la puerta de entrada con respecto al sol, podemos revisar los detalles en la Tabla N° 14. Esta pregunta se incorporó a petición de profesional de SECPLAN para estudios posteriores con énfasis geográfico.

Tabla 14.
Orientación de la puerta de entrada respecto del sol

Orientación espacial	Porcentaje
Norte	21.5
Sur	30.0
Oeste	21.9

Este	26.6
Total	100.0

6.2 Resultados de la Fase Cualitativa

A continuación se describe los resultados obtenidos tras la realización de debate y entrevista grupales.

6.2.1 Debate Grupal para el Instrumento de Recolección de datos

Se realizó debates grupales para la definición del instrumento de recolección de datos a utilizar, para ello se revisó material bibliográfico, analizando la entrevista de calidad de vida 2000, la encuesta nacional de salud, la encuesta CASEN y la Escala de Himmel adaptada. Se optó por trabajar en base a la encuesta de calidad de vida y agregar, para fines de conocer situación socioeconómica, la escala de Himmel adaptada, además se agregó algunas preguntas destinadas a conocer la percepción de la población en cuanto a los servicios prestados por entidades locales de salud. El resultado fue la encuesta de salud utilizada en la comuna, la cual se ha adjuntado en los anexos de la investigación presentada.

6.2.2 Debate Grupal para la Organización del Proceso de Aplicación de Encuestas

Se realizó debates grupales en que se acordó la distribución de roles y tareas para la realización de la investigación, se definió que los dirigentes sociales asumirían el rol de encuestadores, el equipo profesional asumiría la tarea de organizar el material requerido y proveer los recursos necesarios para el logro del objetivo. Se acordó la fecha y la cantidad de encuestas a aplicar por cada participante.

Luego de cumplir con los acuerdos señalados con anterioridad, se realizó nuevamente un debate grupal, considerando que no se logró conseguir el total de las encuestas respondidas debido a las características del proceso de aplicación (participativo), específicamente lentitud en la aplicación y falta de tiempo de los agentes comunitarios que aplicaron la encuesta. Junto con ello, las encuestas respondidas no contaban con toda la información requerida.

El debate permitió el acuerdo de considerar la aplicación realizada como un plan piloto y destinar una carpeta con 10 encuestas por sector, para los agentes comunitarios que se comprometieran con la tarea. Se decidió que cada uno de ellos aplicaría las encuestas de acuerdo con sus posibilidades de tiempo.

6.2.3 Debate Grupal para el Análisis de la Información Cuantitativa

Luego de la aplicación de encuestas y la tabulación de datos, se logra obtener información cuantitativa acerca de la situación de salud a nivel local. En base a ello, se realiza debate grupal tendiente a tratar los problemas de salud propiamente tales, los problemas del barrio y el uso de los servicios de salud. Este encuentro permitió conocer la opinión de los participantes en cuanto a los resultados, cuya opinión coincidió con la información cuantitativa encontrada.

Se acuerda propuestas ante los problemas manifestados y se profundiza en aquellas que implican mayor incidencia de los participantes en su rol de agentes comunitarios. De este modo, los acuerdos tomados y la discusión generada permitieron la formulación de la propuesta que se presenta a continuación:

a) En relación con los problemas de salud presentes en el grupo familiar.

Los participantes concuerdan con la importancia del problema odontológico o de salud bucal, en la comuna. Aluden a la falta de horas de Cirujanos Dentistas en ambos Centros de salud y a la escasa resolución del nivel primario en cuanto al problema dental. Proponen el aumento de horas dentales, mejoramiento de la capacidad resolutive de atención primaria en relación con la salud odontológica y mejoramiento de los sistemas de red, en cuanto a la gestión de derivaciones al nivel secundario.

b) En relación con el uso de los servicios públicos.

En consideración con la utilización de los servicios públicos de salud, los participantes concuerdan con que se hace mal uso del Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), refieren que este problema se debe al desconocimiento que posee la población acerca de las enfermedades urgentes. Por ello, proponen la realización de cartillas informativas y de películas grabadas por distintos profesionales del Centro de salud y del Consejo de Desarrollo. Plantean que esos videos educativos, debieran presentarse en los televisores ubicados en la sala de espera, sustituyendo los contenidos de las teleseries y otras programaciones televisivas que no aportan al fomento de la salud. Acuerdan movilizar los recursos, que cada uno de ellos posee para poner en marcha dichas acciones.

c) En relación con los problemas del barrio.

En cuanto a los problemas del barrio, concuerdan con la relevancia de la seguridad pública, por ello proponen solicitar mayor apoyo de Carabineros: aumento de rondas por

los sectores, mayor vinculación con la población, entre otros. Para ello, sugieren invitarlos a las reuniones del Consejo de Desarrollo Local (CDL) en salud, puesto que aluden que la seguridad pública y otros tipos de problemas que afectan a la población se relacionan directamente con la situación de la misma. En este contexto, sugieren visitas sorpresivas de Carabineros por cada una de las villas. Además agregan la importancia de la aprobación de proyectos sociales para cada una de las villas independiente del nivel de riesgo en cuanto a seguridad ciudadana, puesto que refieren que en la actualidad se centran los esfuerzos en aquellos sectores en que se dan situaciones de mayor riesgo en desmedro de los lugares que presentan menos problemas de seguridad, esto llevaría sólo a tratar los problemas y no a prevenirlos. Solicitan aumento de rondas por las noches y operativos de seguridad para evitar consumo y micrográfico de drogas.

En el mismo ámbito de la seguridad ciudadana, plantean la necesidad de buscar apoyo en las autoridades para la organización de campeonatos deportivos, realización de más eventos culturales a nivel comunal, entre otros.

En relación con problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas, proponen tomar medidas en cuanto a la venta de alcohol, restringiendo la entrega de patentes de expendio de alcohol.

Se genera discusión en relación a una villa caracterizada por la presencia de micrográfico de drogas, dirigentes comunitarios de dicha villa, plantean su dificultad para trabajar solos el tema, pues hay amenazas y una historia compleja de los anteriores dirigentes que han intentado realizar labores preventivas. Ante ello, plantean la necesidad de realizar actividades conjuntas en que vecinos de otras villas visiten los lugares más conflictivos, presentando actividades artísticas y deportivas de acuerdo a sus posibilidades.

En cuanto a los problemas relacionados con el transporte público no realizan un análisis más detallado, puesto que plantean que se ha generado una agrupación local para tratar los problemas derivados del *Transantiago*.

Otro de los problemas ambientales identificados se relaciona con la falta de aseo en las plazas, áreas verdes, etc. La solución propuesta es organizar a los vecinos para asear los espacios públicos: “limpieza en el barrio”.

Para enfrentar el problema ambiental derivado de la alta presencia de perros vagos, ratones y moscas, focalizan la discusión en los perros vagos y proponen aumentar la

esterilización de mascotas, sobretodo de los perros sin dueño. Hay interés por interiorizarse más en la temática medioambiental, para ello establecer una relación con la Unidad de Higiene Ambiental pudiera implicar que obtengan mayor información, pues ante los resultados evidencian interés por profundizar en el tema ambiental.

Otro de los problemas mencionados, que les preocupa de manera especial se relaciona con la iluminación, la cual refieren es insuficiente en algunos sectores de la comuna, para resolver dicho problema proponen postular a proyectos “Iluminando mi barrio”, con el objetivo de apoyar en cuanto a la infraestructura de las luminarias de cada villa.

A nivel general proponen realización de Talleres preventivos en que se trabajen los temas precedentes.

6.2.4 Entrevista Grupal de Cierre

La evaluación implicó convocar a dirigentes comunitarios que participaron en diferentes fases de la investigación, quienes discutieron acerca de los temas centrales para la investigación, entre los que destacan las concepciones de salud, la importancia del diagnóstico y la participación, los que se detallan a continuación:

a) *Definición de salud*

Los participantes tienen una noción amplia de salud, que agrupa aspectos relacionados con la calidad de vida de las personas, es decir, van más allá de aspectos puramente biológicos. Conducen con la definición de la Organización Mundial de la Salud que alude al bienestar completo del ser humano (OMS, 1946): “*Bienestar*” (*hombre, 58 años*).

La literatura alude a la salud como una experiencia subjetiva, que puede variar de persona a persona (Capra, 1985). Los participantes resaltan algunos de estos aspectos subjetivos aludiendo a la tranquilidad, al sentirse bien, a la posibilidad de mejorar las condiciones de vida: “*Tranquilidad*” (*mujer, 52 años*); “*La persona descansa, se siente bien, hay deseos de tirar para arriba*” (*hombre, 45 años*).

Definen también salud por oposición, pues refieren aspectos relacionados con lo no saludable, poniendo acento en los problemas actuales de movilización: “*No vamos a hablar de la salud del transantiago*” (*hombre, 45 años*); “*Mal, muy mal si uno tiene que esperar mucho rato*” (*mujer, 53 años*).

La participación ligada al ámbito de la salud se relaciona con una serie de aspectos que van desde la prevención a la promoción (Wenstein, 1997). Los participantes reconocen estos elementos, advierten distintos estadios en cuanto al nivel de prestaciones otorgadas en salud: *“Salud asistencial, familiar y promoción (conversar)” (hombre, 55 años)*.

La salud, para los participantes implica acciones recíprocas entre las personas, por tanto involucra intencionalidad en cuanto a dar y recibir, relacionan la salud con aspectos del entorno en tanto relación con otros *“Escuchar y ser escuchado” (hombre, 45 años)*. De este modo, se vincula salud y redes sociales, en tanto esta última potencia relaciones horizontales, independientes y complementarias y que permite asumir responsabilidades individuales y compartidas (Burgos, 2004).

b) Diagnóstico, definición y funciones.

Al evaluar el proceso de investigación, por parte de los agentes comunitarios participantes, se puede dar cuenta de que el diagnóstico se configura como una herramienta que permite obtener una aproximación a la realidad, obteniendo de ella el conocimiento requerido para la toma de decisiones posibles que guiarán la acción: *“sacar radiografía para saber como continuar” (mujer, 57 años)*. El conocimiento poseído por los participantes se relaciona de manera estrecha con el desarrollo del concepto de diagnóstico en la literatura, entendiéndolo como una herramienta para la acción, puesto que se orienta a conocer con el fin de actuar (Ander Egg & Aguilar, 1995).

La aproximación a la realidad, supone obtener una visión general acerca de los recursos y las insuficiencias existentes a nivel local: *“Saber que es lo que hay, las carencias” (Mujer, 53 años)*

Consistente con la teoría, para los participantes el diagnóstico es visto como el punto de partida de cualquier intervención: *“Es lo primero” (hombre, 58 años)*; *“Punto de partida para formar algo” (mujer, 57 años)*. Además cumple la función de entregar información necesaria para que los cursos de acción sean coherentes en relación a las necesidades de las personas, desde esta perspectiva, la información obtenida al realizar un diagnóstico se transforma en una guía para las estrategias a utilizar en la praxis: *“Para marchar en un sentido” (mujer, 57 años)*.

De acuerdo con la metodología empleada, el diagnóstico realizado tiene un enfoque participativo, que permitió que los participantes se transformaran en actores esenciales en el

proceso de elaboración de la propuesta, desarrollo de la investigación, recolección de datos y diseño de cursos de acción generados a partir del diagnóstico. De acuerdo con la metodología empleada, el muestreo al azar y la elección de las personas a encuestar, los participantes defienden su propuesta valorando la importancia de haber consultado la opinión de los vecinos, sin hacer mayores diferenciaciones de acuerdo a su género, edad, entre otros: *“les preguntamos a todos, sin importar su color”* (hombre, 45 años); *“hicimos un diagnóstico abierto”* (hombre, 55 años).

La valoración que realizan a la propuesta de investigación de la cual son actores relevantes, recuerda la importancia del espacio local, caracterizado por la heterogeneidad y la complejidad de las relaciones que se originan en un contexto determinado y cimentado en la valoración a la movilización de actores sociales en torno a propuestas también diversas (Alburquerque, 1997).

Por último, en relación con las dificultades relacionadas con el proceso diagnóstico, los participantes aluden que el proceso participativo implicó un trabajo colectivo, en que hubo que discutir las ideas personales, respetando los puntos de vista de otros participantes, con la finalidad de tomar acuerdos. Consistente con la Investigación Acción Participativa, la evaluación que los dirigentes hacen de este proceso, da cuenta de las dificultades implícitas en el proceso participativo, a pesar de esta noción de dificultad, el tiempo involucrado fue valorado de manera positiva, puesto que el logro obtenido es la realización de una investigación que incorpora diversas miradas y procesos reflexivos, en palabras de una Dirigente:

“Están las ideas de todos nosotros. Eso es lo más complicado que hay, acuérdense que estuvimos trabajando seis meses...” (Mujer, 53 años).

c) Relación con la comunidad.

La creación colectiva por medio de la cual se adaptó el instrumento de recolección de datos, pretendía generar una vinculación con la comunidad basada en la confianza. Los dirigentes sociales reportan que se generó una vinculación positiva entre ellos y los encuestados, aunque con roles diferentes, pobladores de la comuna: *“La psicología que emplearon para que los recibieran”* (hombre, 58 años); *“Yo no tuve ninguna persona que rechazó, que pasan el jugo, el helado”* (hombre, 55 años); *“Me quedé callado, la gente se entregó, dio la facilidad que se soltaran”* (hombre, 45 años).

La vinculación a la que se alude se basó principalmente en la confianza, valorada positivamente por los participantes de la investigación diagnóstica realizada: *“Les pedí la firma, me firmaban el documento” (hombre, 55 años); “Aprendí de la familia, cuando le llega de verdad una cosa, se entregan” (hombre, 45 años).*

La confianza señalada se relaciona con dos fenómenos, el primero de ellos se refiere al cambio social del cual se sienten responsables, el segundo al compromiso sentido acerca de la importancia de devolver esta información a la comunidad. En síntesis, la intencionalidad buscada fue conocer la situación de salud para mejorarla y, desde este punto de vista, masificarla a la población interesada, permitiría cerrar esta etapa diagnóstica y a la vez, fortalecer los lazos creados, en palabras de un dirigente: *“Si logramos llevar los resultados a la comunidad, la gente va a empezar a creer, el trabajo poblacional la gente lo ha recibido muy bien” (hombre, 58 años).*

Los párrafos precedentes responden a la participación definida como un mecanismo que favorece la adquisición de experiencia por medio de la organización, identificación de recursos y el desarrollo de estrategias para el logro de metas comunes (Zimmerman & Rappaport, 1998).

Por último, otro aspecto considerado relevante se relaciona con los aprendizajes adquiridos como resultado de la interacción con los pobladores encuestados: *“Cada persona se empapó de los problemas porque dialogó con las personas” (mujer 57 años).*

d) Relevancia del proceso global.

Consecuentemente con lo expuesto, los participantes consideran que el diagnóstico, ha implicado inversión de tiempo para la generación de procesos colectivos basados en la discusión y reflexión, como base para la realización de los logros propuestos. Junto con ello, es posible observar la valoración positiva que se realiza acerca del tiempo invertido: *“Trabajamos hartos meses para saber cómo hacer la pregunta” (mujer, 52 años); “Se pudo elaborar una propuesta en común, una participación colectiva, nos dimos el trabajo de varios meses” (hombre, 55 años).*

Esta inversión de tiempo significó que los compromisos adquiridos por los participantes, se cumplieran cabalmente. Según definen los agentes comunitarios: *“Participamos todo, la discutíamos, todo se hizo y todo impecable” (hombre, 55 años).*

En cuanto a los aspectos negativos que los dirigentes comunitarios consideraron al evaluar el proceso, aluden a la resistencia de algunas personas a ser encuestadas: *“gente que no quería encuestarse” (mujer, 53 años)*.

En cuanto a los aspectos positivos del proceso, junto con valorar los espacios de discusión y reflexión grupal, refieren la importancia en la toma de acuerdos para el logro de los fines estipulados: *“[en el grupo] Nos pusimos de acuerdo, persigue un fin” (mujer, 53 años)*; *“El trabajo grupal para ponerse de acuerdo” (hombre, 55 años)*.

Igualmente se considera positiva la discusión generada en el desarrollo de la investigación realizada: *“El debate ha sido maduro” (hombre, 55 años)*.

El rol asumido por los participantes, en tanto actores sociales, y los aprendizajes que han resultado del intercambio generado, han sido aspectos valorados de manera positiva, en el marco de la integralidad de la investigación diagnóstica: *“Un rol activo, de todo un poco, hemos aprendido” (mujer, 57 años)*; *“[el que participó] Aprendió a desenvolverse mejor con otras personas” (hombre, 45 años)*. Lo anterior, se relaciona con aspectos propios de la metodología empleada, pues la investigación sentó sus bases en la IAP como eje central, para la cual las personas son vistas como sujetos, reconociendo sus potencialidades y favoreciendo el empoderamiento por medio de los flujos de información (Falabella, 2004).

Las implicancias del proceso, como una experiencia vivida para los participantes, generó expectativas relacionadas con la transformación, esta última representa una de las finalidades de la IAP (Montero, 2006): *“Como quedas tu con la esperanza de que esto va a cambiar” (hombre, 58 años)*.

e) Participación

En la evaluación realizada, es posible diferenciar tipos de participación y la valoración que los dirigentes hacen de ella. Evalúan de manera negativa la participación utilitaria, ejercida con el fin de conseguir arreglos individuales sin una intencionalidad de mantener procesos colectivos, ese tipo de participación se relaciona con favores políticos y, se manifiesta, según el parecer de los asistentes, en algunas entidades más que en otras: *“allá consiguen cosas y no siguen, por eso no me gusta” (mujer, 53 años)*; *“Nosotros les preguntamos a todas las personas, no le preguntamos que color tenía” (hombre, 45 años)*.

Es posible vincular lo anterior con el uso de las redes institucionales, rescatando los planteamientos que aluden que la red cumple un rol instrumental (Krause, 2002).

En consideración con aspectos ligados a la participación, los dirigentes aluden a los límites del grupo, al sentido de pertenencia y a la diferenciación con el grupo formado por dirigentes sociales del otro Centro de Salud de la comuna: *“El problema es que acá son más humildes que allá”* (mujer, 57 años).

Otro aspecto valorado de manera negativa, fue la participación parcial de algunos dirigentes del CDL, quienes participaron activamente de las discusiones grupales para la adaptación del instrumento de recolección de datos o bien, sólo de la aplicación de encuestas: *“Compromiso de algunos de nosotros que estuvieron sólo en el debate y no en el encuestaje”* (hombre, 45 años); *“Vinieron una vez no más, no participó”* (mujer 53 años); *“No entendieron pa’ donde iba la cuestión”* (hombre, 55 años); *“Vinieron y fuimos”* (mujer, 52 años).

f) Redes

Los participantes logran identificar dos sectores que presentan distintos tipos de calidad en su situación de salud. Desde este punto de vista, relacionan de manera directa salud con la calidad y amplitud de las redes sociales que establecen las personas, aluden a las diferencias observadas en la comuna de acuerdo al nivel socioeconómico, reconociéndose entre el sector de más bajos ingresos: *“El sector de allá está más estresado, porque se encierran”* (hombre, 45 años). De acuerdo a la literatura, los participantes aluden a la importancia de la red relacional, entendida como las relaciones sociales que establecen las personas (Pluymaekers, 2000).

Valoran el trabajo en red de manera positiva, sin embargo, son capaces de entender que cuando las redes no actúan eficientemente, se transforman en obstáculos para la participación, hacen referencia a una instancia pública: *“En todos lados hay sapos, fueron a acusarme”* (mujer, 53 años); *“ahí te están coartando”* (mujer, 57 años). Este representa un claro ejemplo de la influencia nociva que puede ejercer la red cuando utiliza sus mecanismos para mantener o agravar la situación problemática al establecer un inadecuado control social (Pluymaekers, 2000).

La realización del diagnóstico participativo, involucró procesos que favorecieron el conocimiento de las redes locales. Considerando que la realización del diagnóstico de salud como proceso colectivo y las acciones posteriores para resolver los problemas descubiertos no podrían ser resueltos sólo por la institución de salud. De este modo, el trabajo en red supuso una estrategia para superar problemas ante recursos escasos y la imposibilidad de

asumir la tarea desde una única institución (Martínez, 2006): *“Hemos conocido el trabajo de otras personas” (mujer, 57 años); “lo positivo es que estuvieron” (hombre, 45 años); “Todos aprendimos de todos, COSAM, Previene” (mujer, 52 años)*. Junto con lo anterior, se relevan los conocimientos generados gracias al traspaso de información en distintas direcciones con miras al logro de un objetivo en común (Montero, 2003).

g) Empoderamiento

El trabajo comunitario previo realizado entre el equipo de salud del consultorio Irene Frei de Cid y los dirigentes sociales del sector, sentó las bases para que se pudiera realizar esta investigación. Esta última, surge a raíz de la importancia que ellos otorgan al diagnóstico, solicitado expresamente por ellos en respuesta a que consideraban falta de información para la realización de acciones comunitarias en salud. De este modo, se cumple con uno de los planteamientos de la IAP, que alude a que el problema a investigar surge de la comunidad (Ader Egg, 1995). El desarrollo de la investigación con el nivel de participación que implicó, permitió sustentar procesos incipientes de empoderamiento, prueba de ello es la importancia que le han dado a la obtención de la personalidad jurídica como un medio para formalizar el espacio participativo del que forman parte: *“Si alguno las para, yo lo paro al tiro” (hombre, 55 años); “La personalidad jurídica la merecemos” (hombre, 58 años); “Les molesta que nos tomen como líderes y no somos monigotes” (mujer, 53 años)*. Se evidencia la existencia de implicancias políticas de la IAP, pues tiende a la mirada crítica del entorno (Montero, 2006).

Otro aspecto que permite destacar que la investigación ha permitido favorecer el desarrollo de empoderamiento en los participantes, se relaciona con la importancia otorgada a la independencia de la agrupación en cuanto a la unión comunal. En sus inicios, se formó una comisión de salud, nacida al alero de ésta última, posteriormente fue creciendo la agrupación y asumió la forma de Consejo de Desarrollo Local en salud. Esta denominación responde a la importancia de ser reconocidos como una instancia de colaboración en cuanto a temas de salud comunal. Los dirigentes se plantean de manera crítica el rol y la representatividad de la organización, aludiendo a un Dirigente que se ha propuesto representarlos sin asistir a las reuniones, por tanto desconociendo el quehacer del CDL: *“[ella] no puede venir a enterarse en una reunión de lo que estamos haciendo, [algunos] confunden el Consejo con la Comisión” (hombre, 58 años)*.

En cuanto al rol que asumen como dirigentes frente a las personas de las organizaciones que representan, se otorga una importancia al mejoramiento de las condiciones de vida de sus vecinos, para ello están dispuestos a tomar acciones que obliguen a las instituciones a reaccionar favorablemente: *“Revertir esas situaciones, uno debe ir con el poblador, si le va mal me meto a hacer la exigencia”* (mujer, 53 años).

Por último, consideran primordial difundir la información obtenida a la población interesada en conocerla, con el fin de mantener y dar continuidad a la investigación diagnóstica realizada. Si bien, valoran lo realizado, plantean la importancia de cerrar el proceso iniciado por medio de un evento masivo con participación de las autoridades locales, los encuestados y a la población en general: *“Voy a quedar satisfecho cuando le entreguemos a la comunidad los resultados, cuando lo que propusimos se concrete”* (hombre, 55 años).

7. Discusión y Conclusiones

La investigación realizada se propuso entregar una descripción local en cuanto a la situación de salud de la población. Para ello, involucró procesos comunitarios relacionados con la participación, el empoderamiento y las redes sociales. De esta manera, ha significado la oportunidad para la realización de un informe cuantitativo que contiene información relevante acerca de la salud a nivel personal, familiar y comunitario. Este trabajo surgió como producto de un proceso investigativo que incorporó la mirada de diversos actores en las distintas etapas de la investigación realizada, implicando traspaso de información diversa, aportando al aprendizaje colectivo por medio de la instalación de espacios de acción y reflexión. Por ello, la valoración de la investigación debe considerar el proceso como el elemento central para el trabajo comunitario desplegado a nivel local.

7.1 Situación de Salud Local

En relación con los principales hallazgos a nivel cuantitativo, es posible establecer la presencia de problemas cardiovasculares como enfermedades presentes en algún miembro de la familia, patologías tales como la hipertensión arterial son mencionadas por la mitad de los encuestados. Este hallazgo concuerda con las principales causas de muerte a nivel comunal, dentro de la que se destacan enfermedades cardiovasculares y problemas respiratorios (Campos et al, 2005), ambas priorizadas por los encuestados. Es posible

mencionar que a nivel comunal se presentan problemas de salud relacionados con estilos de vida de las personas más que con otras enfermedades infecto-contagiosas. Esta información concuerda con el cambio epidemiológico sufrido a nivel latinoamericano, desde una patología infecto contagiosa a patologías no transmisibles relacionadas con hábitos y estilos de vida de las personas (Solimano, Vergara & Isaacs, 2000).

Los antecedentes encontrados podrían implicar la posibilidad de que la población comunal conoce, de uno u otro modo, los riesgos que implica una enfermedad cardiovascular, bajo el supuesto de que las políticas públicas han logrado sensibilizar a la población acerca de la importancia de los problemas de salud crónicos de carácter cardiovascular. La oferta que realizan las entidades de salud a nivel primario, han incorporado dentro de las prestaciones de salud para el adulto, un programa especial para la atención de enfermedades cardiovasculares, otorgando oportunidad para el tratamiento de las mismas, se le ha dado especial importancia desde el Ministerio de Salud a la prevención de problemas de salud crónicos, de modo tal que el 01 de julio 2007, se incorpora un examen médico preventivo (EMP) como prestación AUGE, cuya finalidad es reducir la morbilidad y mortalidad (Superintendencia de Salud, 2008).

Lo mencionado con anterioridad tiene su correlato en los planteamientos de la OPS (1990) en cuanto se ha producido un cambio en el perfil epidemiológico, en que los problemas de salud crónicos toman mayor relevancia en cuanto a enfermedades transmisibles. Esto implica, según la Organización Panamericana de Salud, que las entidades que realizan prestaciones de salud deban readaptarse para responder a los cambios producidos. Es decir, se ha generado una transformación en el qué hacer y en el cómo hacer (Solimano et al, 2000).

Es relevante el grado de importancia otorgado a nivel comunal a la salud odontológica, que por un lado se transforma en el problema con mayor presencia en alguno de los integrantes del grupo familiar y, por otro lado, en el más prioritario en cuanto a la importancia otorgada por la población encuestada. El grado de relevancia que alcanza la salud odontológica a nivel comunal, responde probablemente a una realidad a nivel nacional, pues un 66% de la población presenta caries (Encuesta Nacional de Salud, 2003). De este modo, es posible aseverar que la salud bucal es un problema nacional, que se manifiesta de igual modo en el ámbito local (en este caso, en la comuna).

En cuanto a las evidencias obtenidas en el análisis de la información con los agentes comunitarios, se debe admitir que el problema de salud oral se manifiesta como un reclamo permanente de la población, en cuanto a la oferta (que no permite cubrir satisfactoriamente la demanda de salud bucal) ofrecida por los servicios de atención en salud a nivel primario y a nivel secundario. Junto con ello se alude a la falta de capacidad de resolución del trabajo en red entre estas últimas instancias de salud.

Esta información, obliga a expresar la urgencia con que se debe abordar el problema de salud bucal, desde las políticas públicas, en cuanto a la prevención, las oportunidades de atención en las entidades de salud que entregan prestaciones dentales, la resolución y el tratamiento adecuado.

En consideración con la conducta seguida por las personas para resolver los problemas de salud una vez que estos se presentan. Los datos obtenidos aluden que, en su mayoría, la población recurre a la atención médica, la que se releva por sobre otro tipo de solución tal como medicina alternativa, entre otras. En general, se acude indistintamente a la atención primaria (Consultorios o Centros de salud) o al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) para resolver sus problemas de salud. No obstante, al presentar enfermedades graves, la demanda de salud se dirige de manera preferente a esta última institución. Hay una serie de discusiones que se abren frente a estos antecedentes, por una parte, la desinformación existente en la población en cuanto a diferenciar una enfermedad grave de una urgencia, por otra parte, estos datos dan respuesta de la alta demanda a la que se enfrentan los servicios de salud que entregan las prestaciones de salud de urgencia, tanto a nivel comunal como del área norte. Según datos del Servicio de Salud Metropolitano Norte, hay un alto porcentaje de personas que acuden a los servicios de urgencia de los Hospitales sin que su estado de salud presente un riesgo de deterioro. El análisis cualitativo realizado con los dirigentes participantes alude a la desinformación existente en cuanto al uso de los servicios de urgencia, los que se ven enfrentados a una alta demanda repercutiendo en largos tiempos de espera para quienes solicitan atención, como solución se plantea la importancia de masificar las instrucciones básicas para el uso las entidades públicas que brindan atención en salud.

No obstante la alta demanda que enfrentan las entidades de salud con cobertura local (al decir local se alude también a la atención secundaria que presta atención de salud a

la población de la comuna), existe una valoración positiva a nivel general acerca del desempeño de los funcionarios públicos que entregan las atenciones de salud, el nivel de valoración disminuye levemente en cuanto a la infraestructura de las entidades de salud. Hallazgos similares fueron encontrados en el año 2000, tras la aplicación del instrumento CASEN, cuyo análisis alude a que la población que recibió algún tipo de atención en las entidades de salud pública, evaluó de manera positiva la atención.

Por tanto, la inversión en salud debe considerar mejorar la calidad de las edificaciones y su buen mantenimiento. Sorprende la alta valoración que se realiza acerca de las atenciones recibidas en el Centro Comunitario de Salud Mental de la comuna (COSAM). Se desconoce las razones acerca de esta valoración, las evaluaciones realizadas no dan cuenta de la razón de este fenómeno, aún se ha explorado poco el impacto entre estructuras organizaciones y el desempeño y eficiencia de los servicios de salud (Pedersen, 1991).

En relación con la percepción acerca de la salud individual, a nivel comunal se observa que casi la mitad de los encuestados refiere percibir su situación de salud como regular. A nivel nacional, según los resultados obtenidos en la Encuesta Calidad de Vida y Salud (2006), la media en cuanto al grado de satisfacción relacionado con la salud, corresponde a 5.3, es decir, el promedio aritmético en cuanto a la evaluación realizada de acuerdo a notas de 1 a 7, es 5.3, mientras que la mediana es 6.0. No es posible establecer una comparación exacta entre los datos precedentes, puesto que no es aplicable establecer medidas de tendencia central para esta pregunta de la encuesta comunal, por tratarse de variables ordinales. No obstante, es presumible que a nivel local, considerando que casi un 50% alude que su situación de salud es regular, hay una percepción un poco más negativa acerca de su situación de salud que a nivel nacional.

En relación con los antecedentes obtenidos acerca de los problemas del barrio o entorno, a nivel comunal se destaca problemas relacionados con la seguridad pública, presencia de perros vagos, ratones y moscas y problemas con el transporte público. Según datos nacionales, los problemas más percibidos por la población se relacionan con la presencia de perros vagos, ruidos molestos y malos olores (Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud). Es posible observar que los problemas del entorno muestran una manifestación similar en relación al problema de los perros vagos, ratones y moscas. Sin

embargo, existe una diferencia en relación a problemas tales como ruidos molestos y malos olores, los que no se manifiestan como prioritarios a nivel local. En relación con lo anterior, existen diferencias entre el nivel nacional y el nivel local. Por ende, es posible coincidir con los planteamientos del Ministerio de Salud, en cuanto al reconocimiento de que los indicadores nacionales enmascaran las situaciones de salud a nivel local (Minsal, 2002), pues en relación con los problemas del entorno se observan las diferencias según la percepción de la población, por ende, la planificación local debe sustentarse en lo micro, reconociendo las diferencias con el nivel nacional y asumiendo las prioridades de la población de Quilicura.

En relación con la situación previsional de la población local, según antecedentes obtenidos tras la aplicación de la encuesta de salud local, más del 70% de los encuestados se encuentran adscritos al Fondo Nacional de Salud (FONASA), implicando que el nivel de atención demandada se realiza, ya sea, a los servicios públicos de la comuna, o bien, por medio de modalidad institucional. Los hallazgos encontrados difieren de los consignados por el servicio de Salud Metropolitano Norte (Agüero & Cabrera, 2007) que plantean que casi un 50% de la población de la comuna cuenta con certificación FONASA.

En relación con la escolaridad del jefe de familia, en casi la mitad de los hogares encuestados encontramos estudios medios no finalizados, la otra mitad se ubica en estudios medios y universitarios, disminuyendo los porcentajes de manera importante de acuerdo con el aumento de estudios.

Al relacionar la escolaridad con la situación ocupacional, casi el 50% de los encuestados alcanzan una puntuación 5 en la Escala de Himmel, correspondiendo a nivel socioeconómico bajo. Datos que concuerdan con las cifras entregadas por la encuesta CASEN (2006) en que se ubica a la comuna como nivel socioeconómico medio bajo. Por ende, las políticas locales deben considerar la ampliación de posibilidades para la regularización de estudios orientadas a los adultos, iniciativas que ya se están implementando a nivel comunal por medio del Organismo Técnico Capacitador (OTEC).

7.2 Participación Social en Sector Salud

Describir la situación de salud a nivel comunal ha implicado la utilización de técnicas cuantitativas, proveyendo de datos numéricos que han dado origen a un informe institucional. La obtención de dicho producto, deja en evidencia la motivación y

compromiso de los dirigentes sociales, que por medio de acciones surgidas de la aplicación de técnicas cualitativas, se dieron a la tarea de realizar el ejercicio de movilizarse por un objetivo común sin percibir estímulo monetario, se generó de esta manera, participación ciudadana según la definición otorgada por Zimmerman (1998).

El informe institucional a que ha dado lugar la investigación ya ha sido presentado ante la primera autoridad local y ha sido utilizado como una posibilidad para lograr la personalidad jurídica para uno de los dos Consejos de Desarrollo Local vigentes en la comuna. Este informe alude a la capacidad de los participantes para ejercer control sobre los bienes y servicios recibidos desde el sistema de salud (Alma Ata, 1986). Desde esta perspectiva, la propuesta de investigación surgió de procesos participativos conjuntos entre funcionarios locales y dirigentes sociales, sirviendo de base para el mantenimiento de procesos de empoderamiento de los participantes frente a las autoridades locales. De este modo, se han visto favorecidos procesos que fortalecen la participación en salud.

El análisis cualitativo realizado de manera conjunta entre el equipo de salud y los representantes de la comunidad, evidencia que la mayoría de los problemas reconocidos a nivel individual, familiar y comunitario, son posibles de transformar de manera positiva dependiendo del trabajo conjunto entre la comunidad y los centros de salud locales. No obstante, el problema odontológico es identificado por los agentes comunitarios como una responsabilidad de las políticas de salud locales y nacionales, puesto que se evidencia una preocupación de la población por su salud oral, la cual no es resuelta de manera satisfactoria para la población consultada, la solución involucraría aumento de recursos e inversiones.

El proceso participativo que implicó la toma de acuerdos para la realización de la actual investigación: la elección del instrumento a utilizar para la obtención de la información, las estrategias para la aplicación de encuestas, el análisis de la información y la elaboración de propuestas en torno a los hallazgos encontrados, se basó en entrevista y debates grupales, instancias de reflexión tendientes a generar acuerdos para ir planificando las acciones posteriores. Esto permitió aportar a la potenciación de recursos locales y favoreció procesos de aprendizaje conjunto para los participantes. Es decir, la investigación se sustentó en procesos participativos al involucrar aspectos basados en la promoción, la prevención y la profundización del ejercicio ciudadano (Wenstein, 1990) y sobre la base del

empoderamiento al considerar la participación de miembros de la comunidad de modo comprometido, conciente y crítico, con el fin de transformar su entorno de acuerdo con sus necesidades y aspiraciones (Montero, 2005).

La participación, fue la característica primordial en el desarrollo de la investigación, esta surgió del Consejo de Desarrollo Local en Salud, una de las instancias sociales impulsadas desde el Ministerio de Salud para promover la participación social en el sector salud. No obstante, el trabajo de los profesionales fue decisivo en cuanto a la motivación y el compromiso, lo que se ilustra en los distintos niveles de participación ejercida por cada uno de los dos Consejos de Desarrollo existentes a nivel comunal. La participación se mantuvo a lo largo de todo el proceso de investigación en el Centro de salud en que los profesionales se mostraron más activos en cuanto al despliegue de acciones para la investigación.

La obtención de información cuantitativa, suele ser valorada por las instituciones. Las evaluaciones a nivel público, aún más en temas de salud, suelen basarse en aspectos relacionados con indicadores, por ello contar con una base de datos cuantitativos, fue un requerimiento expreso realizado por los Dirigentes al realizar la propuesta de investigación. Para cumplir con ello, se realizó el informe institucional entregado a los Dirigentes del consejo local, el que contiene la información cuantitativa obtenida por medio de la aplicación de encuestas.

7.3 Fortalezas de la Investigación

La realización de esta investigación diagnóstica, realizada en base a técnicas participativas, ha permitido que los dirigentes sociales participantes, se transformen en agentes de cambio conocedores de la realidad en que ellos y otros pobladores de la comuna se insertan, incidiendo de manera positiva en la consolidación de procesos de empoderamiento, que se vislumbran en sus propios discursos: *“Les molesta que nos tomen como líderes y no somos monigotes” (hombre, 55 años)*.

La importancia de basar la investigación en la participación de dirigentes sociales que habitan en la comuna, ha significado relevar sus conocimientos cotidianos acerca del contexto local en que se desenvuelven diariamente, devolviendo la información obtenida con un orden lógico que, en tanto entrega indicadores estadísticos, ha permitido a los participantes sentirse empoderados frente a las autoridades locales y de salud.

La investigación permitió acotar acciones a un territorio específico relevando el aspecto local con sus especificidades propias: gobierno local, participación comunitaria y sistema institucional, factor importante si consideramos que la gestión local cumple un rol relevante al redefinir lo público, llamando a favorecer la descentralización y la participación social (Palma, 2006).

Otro aspecto relevante se relaciona con los costos de la investigación, para la entidad municipal, la participación de los dirigentes implicó que los costos de la realización del diagnóstico comunal fuesen mínimos. La investigación se llevó a cabo básicamente con el trabajo voluntario de los dirigentes sociales y la readaptación del tiempo de los profesionales participantes, por lo tanto, no reportó un costo adicional por recurso humano. La información adquirida se analizó de tal modo que los agentes involucrados compartieron sus conocimientos, así el entramado de relaciones entre las entidades y las personas permitió el traspaso de información en distintas direcciones e implicó mediaciones destinadas al logro de una meta común (Montero, 2003), en este caso, la meta alcanzada ha sido la realización de la investigación.

Contar con agentes comunitarios o actores sociales provenientes de distintas organizaciones e instituciones presentes en ámbito local, personas motivadas y capaces de desenvolverse en el ámbito comunitario e institucional, puede ser visto como capital humano (Martínez, 2006).

En consideración con lo anterior, el trabajo en red, se transformó en un recurso local, este implicó un despliegue a nivel de las personas y las instituciones, basándose en el conjunto de relaciones establecidas entre los dirigentes como grupo, los profesionales y las autoridades. Relevando el trabajo que conjuga interés común entre las personas y las instituciones, dentro de estas últimas se establecieron nexos entre el Centro de Salud, el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), PREVIENE y la Secretaría de Planificación Comunal (SECPLAC).

Para esta investigación diagnóstica, se había propuesto inicialmente un año, es decir, se esperaba realizar la investigación durante el año 2006. No obstante, al tratarse de un trabajo colectivo, debió dedicarse más tiempo del estipulado para la toma de acuerdos. En este aspecto, es necesario concluir que el trabajo comunitario debe ser flexible, capaz de

adaptarse y renovarse las veces que los participantes lo consideren necesario. Esta capacidad de flexibilidad se identifica como una fortaleza de la investigación.

7.4 Debilidades de la Investigación

Es posible señalar algunas debilidades de la investigación, relacionados con el instrumento. La herramienta de recolección de datos, fue trabajada en detalle por los participantes, se basó en una encuesta con validez a nivel nacional, sin embargo, los participantes, decidieron adaptarla a su lenguaje y realidad comunal, este proceso implicó una serie de reuniones en que se discutía acerca de las preguntas a realizar. A pesar de la discusión y de que el instrumento utilizado fue analizado en detalle por los participantes, al momento de aplicarlo, se presentaron errores en cuanto a respuestas no anotadas, preguntas con doble respuestas, entre otros. Ello implicó volver a completar algunas encuestas para lograr contar con la información acordada previamente, y en algunos casos, perder algunos datos. Un aspecto a considerar para otras investigaciones similares es que la motivación de los participantes no necesariamente se relaciona con sus capacidades de lecto-escritura y el manejo del estrés, que en algunos casos implicaba aplicar la encuesta.

Otro tema identificado como una debilidad es que al adaptar el proceso de aplicación de encuestas a los tiempos de los dirigentes sociales, se generó mucha diferencia entre las primeras encuestas entregadas y las últimas. Esto puede haber interferido de algún modo en los resultados, tal es el caso de las respuestas por el transporte público, con los resultados de las encuestas aplicadas previo a la puesta en marcha del Transantiago, no aparecía como un tema relevante, lo cual cambió abruptamente al tabular datos posteriores que lo posicionaron como una de las prioridades en relación a los problemas del entorno.

7.5 Sugerencias para Futuras Investigaciones

La presente investigación abre una serie de interrogantes acerca de la influencia del territorio y la ubicación de las viviendas con respecto al sol, en cuanto a los problemas de salud. Algunas de esas interrogantes son: ¿cómo influye la exposición de la vivienda al sol en la presencia de problemas de salud en el grupo familiar?, ¿hay diferencias sustanciales entre el estado de salud de la población atendida en los Centros de salud comunales?. Un estudio posterior que fuese capaz de profundizar en aquellos aspectos permitiría complementar la información desarrollada.

Por otro lado, se abre una nueva interrogante acerca de la evaluación de las entidades que prestan servicios de salud, se ha descubierto una diferente valoración acerca de las entidades evaluadas por medio de la aplicación de la encuesta local. Sin embargo, se desconoce las razones a las que responde esta percepción, una investigación que se proponga conocer cuáles son los factores que influyen de manera positiva en la valoración dada por los usuarios, permitiría plantear posibilidades para mejorar la percepción de la población en cuanto a los establecimientos que prestan servicios en salud.

Por último, profundizar en los resultados obtenidos realizando cruces de variables en base a las respuestas obtenidas, es otra posibilidad para desarrollar una nueva investigación, puesto que debido a limitaciones de tiempo y el objetivo de la presente investigación, este análisis no ha sido posible de realizar.

8. Referencias

- Acosta, B. (2000) *Redes sociales: una estrategia de gestión comunitaria. Trabajo social. Año XLV, N° 20.*
- Agüero, J. & Cabrera, L. (2007). *Evaluación de un dispositivo de salud en la comuna de Quilicura. Fase inicial.* Servicio de Salud Metropolitano Norte. Salud Pública Universidad de Chile.
- Albuquerque, F. (1997). *Espacio, territorio y desarrollo económico local.* Revista Persona y Sociedad, 11(1). Páginas 23- 37.
- Ander Egg, E. (1982). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad.* Buenos Aires. Humanitas.

- Ander Egg, E. & Aguilar, M. J. (1995). *Diagnóstico social: conceptos y metodología*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Arévalo, E. (2002). *Redes sociales*. Fundasalva. El Salvador.
- Arocena, J. (1992). *El estado, la descentralización y la iniciativa local en Uruguay*. Políticas sociales, mujeres y Gobierno local. CIEPLAN. Santiago de Chile.
- Arteaga, C. (2004). Gestión local y participación ciudadana. Política Social y Trabajo Social. *Las redes asociativas como alternativas de desarrollo para América Latina*. Buenos Aires: Espacio.
- Berger, P. L. & Neuhaus (1977). *The empower people*. Washington, American enterprise Institute for public policy research.
- Branson & Quigley (1998). The role of civil education. The communitarian network. Disponible en http://www.gwu.edu/ccps/pop_civic.html.
- Burgos, N. (2004). Gestión local y participación ciudadana. *Las redes sociales: una alternativa para las mujeres*. Buenos Aires: Espacio.
- Bustelo, E. (2000). Salud y ciudadanía. Una mirada a la salud en el futuro. *La salud en América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos*. Santiago de Chile. Sudamericana.
- Campos, D., Camacho, T., Cárcamo, M., Coronado, L., Diez, M., Muñoz, A. (2005). Tesis para optar a grado de Magíster en salud pública. *Diagnóstico de salud comuna de Quilicura*. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Cantu, P. (1998). *Apreciación Ecológica de la salud*. Disponible en <http://www.uacj.mx/publicaciones/sf/num11-12/artpri1.htm>. Extraído el 10 de septiembre 1996.
- Capra, F. (1985) *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Barcelona. Integral.
- Carta de Ottawa, 1986. Extraída el 05 de noviembre de 2006. Disponible en www.pahoo.org/spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf.
- Chadi, M. (2000). *Redes sociales en el Trabajo Social*. Buenos Aires. Espacio.

- Chile, Municipalidad de Quilicura (2003). *Documento sin título*. Disponible en http://www.quilicura.cl/interior/txt_analisispoblacion.html. Extraído el 13 de abril de 2008.
- Chile, Superintendencia de Salud (2008). *Examen de medicina preventiva*. Disponible en <http://supersalud.cl/568/article-3336.html>. Extraído el 13 de abril de 2008.
- Chile, Ministerio de Planificación (2003). *Encuesta CASEN 2006*. Disponible en <http://www.mideplan.cl/casen/rgistro/epcomunal/php>. Visitado el 25 de octubre de 2007.
- Chile, Ministerio de Salud (2002). *Encuesta calidad de vida y salud 2000*. Resultados Descriptivos Modulo Familiar. Dpto. Epidemiología. Dpto. Promoción. Modulo Familiar. Abril 2002. Disponible en <http://epi.minsal.cl/ep/html/sdesalud/calidadevida2006/II20%encuesta%20de%calidad%20de%20vida%20y%20salud%202006.pdf>. Visitado el 10 septiembre 2006.
- Chile, Servicio de salud Metropolitano Norte. *Policonsulta y servicio de urgencia en adultos*. Disponible en <http://www.ssmn.cl/documentos/policonsulta1.pdf>. Visitado el 28 de Julio de 2008.
- Contreras (2004). La investigación acción participativa (IAP): revisando sus metodologías y sus potencialidades. En J. Durston & Martínez (cps). *Experiencias y metodología de la investigación participativa*. Santiago de Chile. ONU.
- Coraggio, J. (1989). Procesos socioculturales y participación. Sociedad civil e instituciones democráticas. *Poder local, poder popular*. Madrid. Popular.
- Celedón, C. & Noé M. (1998). *Participación y gestión en salud*. XII Concurso de ensayos del CLAD. Caracas.
- Celedón, C. & Noé M. (2000). Reformas en el sector de la salud y participación social. *Revista Panamericana salud pública*. Disponible en www.pahoo.org.
- Dabas, E. (2001). *Red de redes. Las Prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Del Valle, A. (2004). *Psicología comunitaria europea: comunidad, poder, ética y valores*. Construyendo juntos un nuevo significado de participación: una iniciativa para la creación y el cambio social desde la psicología social comunitaria. Barcelona. España.

- Didier, M. (1985). *Diseño y evaluación de programas sociales*. Santiago. Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile.
- División de Organizaciones Sociales (1999). *Lineamientos para construir una matriz de indicadores de participación social en programas sociales*. Ministerio Secretaría Regional de Gobierno. Santiago de Chile.
- Duarte, D. (1991). Sistemas Locales de Salud: los qué, por qué y los cómo de una estrategia. *Enfoques en Atención Primaria*.
- Duarte, D. & Zuleta, M. (1999). *La situación de salud primaria en Chile*. Santiago de Chile. Corporación de Promoción universitaria. CPU.
- Durston, J. & Miranda F. (2002). *Experiencias y metodología de la investigación participativa*. Serie políticas sociales. ONU- CEPAL. Santiago de Chile.
- Elkaim, M. (2000). *Las prácticas de la red. Salud mental y contexto social*. Gedisa. Barcelona.
- Falabella (2004). *Experiencias y metodología de la investigación participativa. Investigación participativa: Nacimiento y relevancia de un nuevo encuentro ciencia-sociedad*. ONU. Santiago de Chile.
- Fernández, J. (2006) *El Futuro de la Profesión Médica: análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI*. Documento de trabajo n° 7. Disponible en [http://www.fundsis.org/Actividades/publicaciones/Documentode trabajo7.pdf](http://www.fundsis.org/Actividades/publicaciones/Documentode%20trabajo7.pdf).
- Ferrara, A; Acebal, E. & Paganini, J. M. (1972) *Medicina de la comunidad*. Buenos Aires: Intermédica.
- Flick, V. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Capítulo X. Madrid. Morata.
- Florin, P. & Wandersman, A. (1984). *Cognitive Social Learning and participation in community development*. American Journal of Community Psychology. 12, 689-708.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies of qualitative research*. New York: Aldine.

- Grossi (1981). *La investigación participativa: Contexto político y organización popular*. En Investigación participativa y praxis rural: nuevos conceptos en educación y desarrollo comunal. Orlando Fals Borda y otros. Investigación participativa y praxis rural. Lima. Mosca azul.
- Gyarmati, G. (1992). *Salud, poder y democracia: Hacia una teoría de atención primaria*. Documento Instituto de Sociología. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Gyarmati, G. (1993). *Notas para una estrategia de participación*. Corporación de Promoción Universitaria (CPU). Santiago de Chile.
- Kemmis (1992). *La investigación acción participativa. Inicios y desarrollos. Mejorando la educación mediante la investigación acción*. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Krause, M (2002). *Experiencias y metodología de la investigación participativa. Investigación-acción-participativa: una metodología para el desarrollo de autoayuda, participación y empoderamiento*. Santiago de Chile. ONU.
- Le Boterf, G. (1981). *La investigación participativa como proceso de educación crítica. Lineamientos metodológicos*. En Investigación participativa y praxis rural: nuevos conceptos en educación y desarrollo comunal. Orlando Fals Borda y otros. Investigación participativa y praxis rural. Lima. Mosca azul.
- Mella, O. (2003). *Metodología cualitativa en ciencias sociales y educación*. Orientaciones teórico metodológicas y técnicas de la investigación. Santiago de Chile. Primus.
- Martínez, V. (2006) *El Enfoque Comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales*. Magíster Psicología comunitaria. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago. Chile.
- Ministerio de Salud & Instituto Nacional de Estadística (2002). *Encuesta Calidad De Vida 2000. Resultados Descriptivos Modulo Familiar*. Dpto. Epidemiología. Dpto. Promoción. Modulo Familiar. Centro de Documentación del Ministerio de Salud. Santiago de Chile.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires. Paidós.

- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paídos.
- Montero, M (2006). *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidos.
- OPS (1990). *Los Sistemas Locales De Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de Salud*. Editores: J. M. Paganini y Roberto Capote Mir.
- Paganini, J. M. & Capote, R. (1990). *Los sistemas locales de salud*. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Organización Panamericana de la Salud.
- Palma, A. (2006). *Desarrollo local y la gestión local*. Revista electrónica. Agenda pública. Año V. N° 10. (2).
- Pan American Health Organization (1978). *Declaración de Alma Ata*. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
- Park, P. (1992). *La investigación acción participativa. Inicios y desarrollos*. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Pedersen, D. (1991). *Evaluación de los servicios de salud: El punto de vista de la gente*. Enfoques en atención primaria 6 (2). Lima. OPS.
- Piccoli, N., Colombo, M. & Moso, C. (2004). *Psicología comunitaria europea: comunidad, poder, ética y valores. Active participations as an expresion of the sense of community*. Barcelona. España.
- Rappaport, J. (1984). *Studies in empowerment: Introduction to the issue*. En: J. Rappaport, Hess & Swift (Eds.) *Studies in Empowerment*. New York: The Haworth Press.
- Reca, I. (2007). *Participación ciudadana en salud: ¿procesos de cambios en desarrollo? Una aproximación diagnóstica en la Región Metropolitana*. OPS/OMS. Santiago. Chile.
- Restrepo, E. (2001). *Conceptos y definiciones. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Málaga.

- Park, P. (1992). *La investigación acción participativa. Inicios y desarrollos*. Buenos Aires. Hvmánitas.
- Petralanda, I. (2004). *Salud pública y ética ¿bien-estar o bien-ser?* Venezuela, extraído desde <http://www.voltairenet.org>. Extraído el 9 de septiembre 2006.
- Pluymaekers, J. (2000). *Las prácticas de la red. Salud mental y contexto social. Red y práctica de barrio*. Barcelona. Gedisa.
- Rahman, M & Fals Borda, O. (1992). *La investigación acción participativa. Inicios y desarrollos*. La situación actual y las perspectivas de la investigación-acción participativa en el mundo. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Reca, I. (2006). *Participación ciudadana en salud: ¿procesos de cambio en desarrollo? Una aproximación diagnóstica en la región metropolitana*. OPS/OMS. Santiago de Chile.
- Sabatini, F. (1995). *Barrio y participación. Mujeres pobladoras de Santiago*. Santiago de Chile: Ediciones Sur
- Sánchez, E. (2002). *Todos para todos: la continuidad de la participación comunitaria*. Instituto de Psicología. Caracas. Universidad Central de Venezuela.
- Sánchez, V. (1996). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona.
- Silva & Martínez (2004). *Empoderamiento: Proceso, nivel y contexto*. Psyke. 13(2). Disponible en <http://www.scielo.cl>. Visitado el 10 de septiembre 1996.
- Sluzki, C. (1989). *Disrupción de la red y reconstrucción de la red en el proceso de migración*. The bulletin, Journal of Berkshire Medical Center, 3.
- Sojo, A. (1996). *Reformas de gestión en la salud pública en Chile*. Organización de Naciones Unidas (ONU)
- Solimano, G., Vergara, M., Isaacs, S. (2000). *Salud y ciudadanía. Una mirada a la salud en el futuro. La salud en América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos*. Santiago de Chile. Sudamericana.
- Speck, R. (2000). *Las prácticas de la red. Salud mental y contexto social. La intervención de red social: las terapias de red, teorías y desarrollo*. Barcelona. Gedisa.
- Velásquez, E., Martínez, M. & Cumsille, P. (2004). *Expectativas de autoeficacia y actitud prosocial asociada a la participación ciudadana en jóvenes*. Psykhe, 13 (2).

- Villasante, T. (1998). *Cuatro redes para mejor vivir. Del desarrollo local a las redes del mejor vivir*. Buenos Aires: Lumen- Hvmánitas.
- Wenk, E. (2006). *Escala de estratificación Himmel modificada*. Apuntes docentes asignatura Metodología de la Investigación Científica en Psicología, carrera de Psicología, Universidad de Chile.
- Wenstein (1997). *Participación social en el sector salud. Acciones en curso*. Santiago, Chile. FLACSO.
- Zambrano, A. (2002). *Psicología comunitaria europea: comunidad, poder, ética y valores. Reflexiones y propuestas en torno al trabajo comunitario con jóvenes chilenos en desventaja social*. Universidad de la Frontera. Temuco.
- Zimmerman, M. (1995). Psychological Empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 581-599.
- Zimmerman & Rappaport (1998). *Citizen Participation, Perceived Control, and psychological Empowerment*. *American Journal Community Psychology*, 16 (5).
- Zúñiga, R. (2004). *La evaluación en la acción social. Autonomías y solidaridades*. Documento Magíster Psicología comunitaria. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Disponible en <http://homepage.mac.com/ricardo.b.zuniga>.

9. ANEXO 1: Encuesta Quilicura 2006

Ilustre Municipalidad de Quilicura
Departamento de Salud/ SECPLAN/Previene
Consejo de Desarrollo Local

Encuesta Investigación en Salud “Situación actual de Salud de la comuna de Quilicura desde la perspectiva de los habitantes de la comuna”

Sector : _____ Manzana censal : _____
Villa : _____ Domicilio : _____
Nº integrantes del hogar: _____ Fecha: _____

1.- ¿Cuáles de estos problemas de salud han estado presentes en este hogar durante este último año?
(Marque con una cruz).

	Problema de salud	Si	No	No sabe
1	Hipertensión o presión alta			
2	Diabetes o azúcar en la sangre			
3	Hipercolesterolemia o Colesterol alto			
4	Problemas cardiacos (insuficiencia cardiaca, infartos etc.)			
5	Enfermedades respiratoria crónicas (bronquitis, asma, enfisema			
6	Derrame cerebral o accidente vascular encefálico			
7	Tuberculosis			
8	Epilepsia			
9	Depresión			
10	Trastornos ansiosos (crisis de pánico, angustia, etc.)			
11	Trastornos alimentarios (anorexia, bulimia)			
12	Trastornos conductuales de la infancia (hiperactividad, déficit atencional, problemas de conducta en la casa y el colegio, etc.)			
13	Dependencia de sustancias (alcohol, drogas, tabaco, medicamentos)			
14	Esquizofrenia o Psicosis			
15	Demencia, Alzheimer			
16	Sobrepeso u obesidad			
17	Trastornos reumáticos (articulaciones)			
18	Trastornos traumatológicos (a los huesos)			
19	Trastornos gástricos (ulcera, gastritis, colon irritable)			
20	Problemas ginecológicos			
21	Problemas oftalmológicos (miopía, estrabismo, catarata etc.)			
22	Problemas a la próstata			
23	Hernias			
24	Enfermedades de transmisión sexual (no es necesario mencionarlas)			
25	Cáncer			
26	Problemas a la piel			
27	Problemas de salud odontológica			
28	Otros			

2.- De los problemas que usted identifica como presentes en su grupo familiar: ¿Cuáles son, a su juicio, los más serios? (1: más prioritario)

1	2	3

3.- ¿Qué hacen o hicieron para enfrentar el problema más serio?

Ítemes	Si	No	No sabe
Tomo remedios por su cuenta			
Consultó a un componedor, hierbatero, meico, iriólogo, naturista, homeopatía			
Consulta a un médico u otro profesional de la salud			
Acudió a un centro de urgencia (posta)			
Tuvo que guardar reposo por su cuenta			
Otra			

4.- Durante los últimos 12 meses ¿algún miembro de su hogar se ha realizado algún chequeo de salud por algún profesional de la salud? y ¿dónde?

		Si	No
Institución pública local	SAPU 1		
	SAPU-Consultorio		
	Consultorio 1		
	Consultorio 2		
	COSAM		
	Hospitales		
Institución privada			
Farmacias, comunidad u otro lugar			

5.- Si en el futuro algún miembro de su hogar tuviera alguna enfermedad grave ¿Dónde sería el **primer lugar** en que pediría ayuda?

		Si	No
Institución pública local	SAPU 1		
	SAPU-Consultorio		
	Consultorio 1		
	Consultorio 2		
	COSAM		
	Hospitales		
Institución privada			
En farmacias, comunidad u otro lugar			

6.- ¿Qué nota le pondría a la atención que le brindan las instituciones de salud de la comuna? Las notas van desde 7 (si la atención es excelente) hasta nota 1 (si ha sido muy mala). **Se aceptan solo números enteros.**

		SOME Recepción	Equipo Médico	Otros Profesionales	Auxiliares Paramédicos	Infraestructura/ Equipamiento
Institución publica	SAPU 1					
	SAPU- Consultorio					
	Consultorio 1					
	Consultorio 2					
	COSAM					
	Hospital					
Institución Privada						

Sugerencias:

7.- Usted diría que en general, su situación de salud es:

Buena	Regular	Mala

8.- En relación a la situación de salud. Del listado siguiente: ¿Cuál o cuáles es (son) los problemas que están presentes en su barrio o localidad?

Contaminación (acústica y atmosférica)	Si	No	No sabe
Malos olores			
Presencia de perros vagos, ratones, moscas y otros			
Limpieza de calles y veredas			
Falta de plazas, áreas verdes y canchas			
Falta de locales comerciales para compras diarias o semanales			
Falta de servicios básicos de salud (hospital, postas, consultorios)			
Falta de escuelas, liceos o jardines infantiles			
Trasporte publico			
Seguridad publica			
Alcoholismo y drogadicción			
Iluminación			
Pavimentación			
Aislamiento			
Medios de comunicación			
Prostitución			
Falta de espacios para la cultura			
Falta de participación social			
Falta de identificación con la comuna			
Otro			
Ninguno			

9.- De los problemas que identifica presentes en su barrio: ¿cuáles son, a su juicio, los más prioritarios? (1: más prioritario)

1	2	3

10.- ¿Cuál es la previsión en salud que tiene el encuestado? Marque con una X el sistema previsional que mencione el encuestado. **Si es Fonasa pedir que explicité a que tramo corresponde.**

Fonasa	A	Isapre	
	B	FFAA	
	C	Otros	
	D	No sabe	
	No sabe	No tiene	

10.- ¿Cuál es el nivel educacional alcanzado por el jefe de hogar?

Sin estudios	
1° a 4° básico	
5° a 6° básico	
7° a 8° básico	
Educación Media Incompleta	
Educación Técnica, Profesional, Comercial incompleta	
Educación Media completa	
Educación Técnica, Profesional, Comercial completa	
Educación universitaria incompleta	
Educación universitaria completa (título universitario)	
Estudios de Postgrado (Magíster, Master, Doctorado)	

11.- ¿Cuál es la situación ocupacional del jefe de hogar?

Cesante sin auxilio de cesantía y sin trabajo alguno; Dueña de casa	
Cesante con auxilio de cesantía, sin trabajo fijo (pololos)	
Obrero(a) estable no especializado(a); empleada doméstica	
Obrero especializado; empleado sin responsabilidad (auxiliar, estafeta); Trabajador con oficio independiente estable (ej.: carpintero, gasfiter, taller de reparaciones, vendedor); Suboficial de las Fuerzas Armadas o de Carabineros de grado bajo; Jubilado o pensionado de INP con grado bajo	
Empleado Publico o Privado sin personas a su cargo (Ej.: Administrativos, auxiliar de contabilidad)	
Pequeño empresario o Comerciante (dueño de almacén, librería); Empleado de gradación media (jefe de...implica tener gente a su cargo); Jubilados o pensionados de nivel medio (de AFP)	
Profesional Universitario sin cargo directivo u Oficiales de grado medio de las Fuerzas Armadas y Carabineros.	
Mediano empresario o Directivo Medio	
Profesional Universitario independiente u oficiales de alto grado de las Fuerzas Armadas y Carabineros (Generales, Coroneles)	
Directivo de alto nivel (públicos o privados, gerentes, directores) ejecutivos, dueños de empresas grandes, dueños de fundo, profesionales independientes (médico, cuyo mayor ingreso es la consulta privada, abogado, ingeniero, arquitecto, etc.)	

12.- Condiciones de habitabilidad: ¿Que tipo de construcción tienen los componentes de la casa en que se realiza la encuesta?

	Ligero	Sólido	Mixto
Piso			
Techo			
Paredes			

13.- Orientación espacial de la casa. (Corresponde a qué dirección apunta la puerta de entrada de la casa). **Marque con una X la opción correspondiente**

Norte	
Sur	
Oeste (poniente- costa)	
Este (oriente- cordillera)	

Observaciones: _____

Nombre Encuestador: _____

Firma Encuestador: _____

9. ANEXO 2: ENCUESTA HIMMEL

ENCUESTA HIMMEL DE N. S. E. VERSION ADULTOS
(Versión modificada por Wenk, E., Depto. Psicología U. de Chile, 2006)

Nombre:			
Edad:		Fecha de Nacimiento:	
		Sexo:	Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/>
VIVE CON:			
Cónyuge o pareja: <input type="checkbox"/> Ambos padres: <input type="checkbox"/> Sólo con madre: <input type="checkbox"/> Sólo con padre: <input type="checkbox"/> Otras personas o familiares: <input type="checkbox"/>			
Actividad que desempeña (estudio o trabajo):			

INSTRUCCIONES:

A continuación le presentamos una lista con frases que describen distintos niveles educacionales y ocupacionales. Ud. debe **marcar con una cruz el casillero** que esté frente a la frase que refleje con más exactitud su propia situación educacional y ocupacional, o la de su cónyuge o pareja, o de sus padres, familiar u otra persona, en caso que Ud. no sea económicamente independiente y esté a su cargo.

Conteste con la mayor honestidad posible. En esto no hay respuestas buenas ni malas. Los datos que Ud. proporcione se mantendrán en absoluta reserva. Si tiene alguna duda, solicite ayuda al examinador.

Cuál es el nivel educacional alcanzado por:	Usted	Padre o Madre:	Otra persona o familiar a cargo
Sin estudios			
1° a 4° Básico			
5° a 6° Básico			
7° a 8° Básico			
Educación Media incompleta			
Educación Técnica, Profesional, Comercial incompleta			
Educación Media completa			
Educación Técnica, Profesional, Comercial completa			
Educación universitaria incompleta			
Educación universitaria completa (Título universitario)			
Estudios de postgrado (Magíster, Master, Doctorado)			
Cuál es la situación ocupacional de tu:	Usted	Padre o Madre:	Otra persona o familiar a cargo
Cesante sin auxilio de cesantía y sin trabajo alguno; Dueña de casa			
Cesante con auxilio de cesantía, sin trabajo fijo (pololos)			
Obrero(a) estable no especializado(a); empleada doméstica			
Obrero especializado; Empleado sin responsabilidad (auxiliar, estafeta); Trabajador con oficio independiente estable (Ej.: Carpintero, gáster, taller de reparaciones,			

vendedor); Suboficial de las Fuerzas Armadas o de Carabineros de grado bajo; Jubilado o pensionado del INP con grado bajo.			
Empleado Público o Privado sin personas a su cargo (Ej.: Administrativos, auxiliar de contabilidad)			
Pequeño Empresario o Comerciante (dueño de almacén, librería); Empleado de gradación media (jefe de... implica tener gente a su cargo); Jubilados o pensionados de nivel medio (de AFP)			
Profesional Universitario sin cargo directivo u Oficiales de grado medio de las Fuerzas Armadas y Carabineros.			
Mediano Empresario o Directivo medio			
Profesional Universitario independiente u Oficiales de alto grado de las Fuerzas Armadas y Carabineros (Generales, Coroneles)			
Directivo de alto nivel (públicos o privados, gerentes, directores) ejecutivos, dueños de empresas grandes, dueños de fundo, profesionales independientes (médico, cuyo mayor ingreso es la consulta privada, abogado, ingeniero, arquitecto, etc.)			

Otro:

PAUTA PARA LA ASIGNACIÓN DE PUNTAJES EN LA ESCALA DE NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Cuál es el nivel educacional alcanzado por tu:	Puntaje Asignado a la Categoría:
Sin estudios	0
1° a 4° Básico	1
5° a 6° Básico	2
7° a 8° Básico	3
Educación Media incompleta	3
Educación Técnica, Profesional, Comercial incompleta	4
Educación Media completa	4
Educación Técnica, Profesional, Comercial completa	4
Educación universitaria incompleta	4
Educación universitaria completa (Título universitario)	5
Estudios de postgrado (Magíster, Master, Doctorado)	6
Cuál es la situación ocupacional de tu:	
Cesante sin auxilio de cesantía y sin trabajo alguno; Dueña	0

de casa	
Cesante con auxilio de cesantía, sin trabajo fijo (pololos)	1
Obrero(a) estable no especializado(a); empleada doméstica	1
Obrero especializado; Empleado sin responsabilidad (auxiliar, estafeta); Trabajador con oficio independiente estable (Ej.: Carpintero, gáster, taller de reparaciones, vendedor); Suboficial de las Fuerzas Armadas o de Carabineros de grado bajo; Jubilado o pensionado del INP con grado bajo.	2
Empleado Público o Privado sin personas a su cargo (Ej.: Administrativos, auxiliar de contabilidad)	3
Pequeño Empresario o Comerciante (dueño de almacén, librería); Empleado de gradación media (jefe de... implica tener gente a su cargo); Jubilados o pensionados de nivel medio (de AFP)	4
Profesional Universitario sin cargo directivo u Oficiales de grado medio de las Fuerzas Armadas y Carabineros.	5
Mediano Empresario o Directivo medio	6
Profesional Universitario independiente u Oficiales de alto grado de las Fuerzas Armadas y Carabineros (Generales, Coroneles)	7
Directivo de alto nivel (públicos o privados, gerentes, directores) ejecutivos, dueños de empresas grandes, dueños de fundo, profesionales independientes (médico, cuyo mayor ingreso es la consulta privada, abogado, ingeniero, arquitecto, etc.)	8

CRITERIO INTERPRETATIVO DE LOS PUNTAJES

(Según Pinto, Gallardo y Wenk, 1991):

N.S.E. BAJO: 0 a 6 Puntos

N.S.E. MEDIO: 7 a 9 Puntos

N.S.E. ALTO: 10 Puntos y más