

PROYECTO Familia y Salud



Impreso en el
CENTRO DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
DE LA EDUCACION (CIDE)

Erasmó Escala 1825
Santiago de Chile - 1980

C.I.D.E.
Proyecto "Familia y Salud"
Informe de Trabajo No. 1/
SM/rs

ANTECEDENTES SOBRE LA SITUACION DE SALUD
EN EL SECTOR POBLACIONAL URBANO.

INFORME DE LA ETAPA DE DIAGNOSTICO DEL
PROYECTO "FAMILIA Y SALUD".

Autores: *Sergio Martinic*
María Cristina Avilés
Iván Ortíz

Informe para la discusión

Santiago – Julio 1980

I N D I C E

	pág.
INTRODUCCION -----	1
I. MARCO DE REFERENCIA DEL ESTUDIO	3
1. Una estrategia de Educación para la salud -----	3
2. Antecedentes teóricos e históricos	6
II. OBJETIVOS Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION DE DIAGNOSTICO -----	15
1. Objetivos del Diagnóstico -----	15
2. Metodología, contexto de estudio y determinación de unidad de análisis. -----	16
3. Procedimiento de trabajo empleado y tratamiento de la información...	18
III. INDICADORES SOCIALES DE LA SITUACION DE SALUD.	26
1. Antecedentes generales del sector estudiado -----	27
2. Características de la familia <u>entre</u> vista <u>da</u> .	28
3. Escolaridad de la población -----	37
4. Participación Comunitaria -----	41
5. Antecedentes Socio-económicos ---	42
6. Síntesis y Conclusiones -----	54
IV. ENFERMEDADES Y ACCIONES EMPRENDIDAS PARA ENFRENTARLAS -----	
1. Población actualmente enferma ---	57
2. Comportamiento de la población <u>frente</u> a los Centros Asistenciales de salud.	60

	pág.
3. Percepción de los principales problemas de salud de la población.	65
4. Enfermedades más frecuentes de la población entrevistada.	66
5. Otras situaciones problemáticas de Salud	73
6. Síntesis y conclusiones -----	75
V. CONCLUSIONES -----	79

ANEXO 1 : Folleto "Cuestionemos la Salud"

ANEXO 2 : Contenido Encuesta Elaborada por los Grupos

ANEXO 3 : Encuesta sobre Vivienda y Salud

INTRODUCCION

Este informe corresponde a la investigación de diagnóstico realizada, como primera fase, para la implementación del proyecto "Familia y Salud".

De acuerdo a la concepción educativa en la cual se inserta este proyecto se asume como uno de los postulados básicos el acercamiento y conocimiento previo que debe existir sobre la realidad de la población con la cual se trabaja. Este conocimiento pretende identificar los principales problemas de salud de la familia popular urbana y, a su vez, pretende conocer el tipo de percepción y concepción vigente sobre estos problemas en la población estudiada. Toda esta información constituye el punto de partida para definir los contenidos del trabajo educativo del proyecto.

El diseño de la investigación ha pretendido la integración de los propios pobladores en las distintas etapas de investigación. Se elaboró, con este fin, un folleto que permite la problematización de la realidad y que se trabajó con organizaciones del sector. Por otra parte, un grupo de pobladores participó activamente en el diseño de la encuesta y, posteriormente, ellos mismos aplicaron el instrumento a 272 familias del sector Lo Hermida y La Faena.

La información recogida nos da cuenta de la complejidad de la situación social y de salud que presenta la familia popular, situación que plantea profundos desafíos al proyecto educativo que pretende recoger esta realidad, definir contenidos y materiales educativos para llegar a la familia con el fin de producir cambios de actitudes y de percepciones frente a los problemas identificados.

Este informe reúne la información más relevante y, estamos conscientes, que muchos aspectos de la realidad no han sido analizados o requieren de un tratamiento mayor. Las etapas sucesivas del proyecto, ya que el diagnóstico lo entendemos como una actividad permanente, nos entregarán mayor información y sobre todo una aproximación cualitativa a los problemas de salud de la familia.

El informe ha sido dividido en cinco capítulos. En el primero, se da cuenta del marco de referencia del estudio y se definen algunos conceptos que el proyecto "Familia y Salud" ha asumido. Por otra parte, se describen algunos antecedentes históricos de la organización de la salud en nuestro país. En el capítulo segundo, se presentan los objetivos de la investigación y se describe la metodología y procedimiento de trabajo empleado para recoger y tratar la información. En el capítulo tercero, se presentan los resultados que se refieren a los indicadores sociales de la situación de salud y, en el capítulo cuarto, se da cuenta de las principales enfermedades identificadas en el grupo entrevistado, la percepción de los problemas de salud en la población y el tipo de acción que los sujetos desarrollan frente a cada enfermedad. Por último, en el capítulo quinto, se sintetizan los principales resultados y las conclusiones del estudio donde se sugieren los contenidos o áreas temáticas que el proyecto "Familia y Salud" debe contemplar.

Este informe tiene un carácter de documento de trabajo y corresponde a la primera etapa del proyecto. Por esta razón esperamos comentarios y sugerencias ya que, de una discusión de estos datos, puede surgir una aproximación a la realidad popular adecuada y real que sea de utilidad para diversos tipos de proyectos educativos.

Queremos agradecer a los pobladores del Comité de Promoción Popular de San Roque, quienes participaron activamente en esta investigación, y a los integrantes del proyecto Padres e Hijos del CIDE, también a los integrantes del proyecto Programa de Enseñanza de Matemáticas para Adultos, del CIDE, quienes nos entregaron valiosos comentarios en la revisión de este informe.

Santiago, Junio de 1980.

I. MARCO DE REFERENCIA DEL ESTUDIO

1. UNA ESTRATEGIA DE EDUCACION PARA LA SALUD.

El proyecto "Familia y Salud" constituye una experiencia educativa que se realiza en el área Oriente de Santiago (1). Pretende que los pobladores "problematicen" la realidad actual en salud propongan caminos de solución y elaboren material educativo que sea de fácil uso, orientados a la familia popular. La experiencia se organiza a través de "talleres" que constituyen instancias educativas en la cual participan pobladores de distintas organizaciones y poblaciones del sector Oriente (2).

Hemos asumido la concepción "problematicadora" de la educación, es decir, a lo largo del proceso educativo, el educando participa en un proceso dialógico con el educador, proceso que conduce a un conocimiento crítico de la realidad en salud, y cuyos resultados se expresan en el diseño de acciones concretas y en la producción de material educativo (por ejemplo, folletos, carteles, diapositivas, juegos, y otros). En el transcurso de la experiencia los pobladores participantes de cada taller intercambian su experiencia con los miembros de las organizaciones de las cuales forman parte. De este modo cada tema, material y sugerencia de acción se comparte y se analiza con un grupo más amplio de pobladores enriqueciéndose, el proceso de trabajo del taller.

El contenido básico del proceso educativo lo constituye la experiencia social y cultural del poblador. Este contenido está compuesto por una serie de ideas, concepciones, orientaciones valorativas y normativas que configuran la "práctica" en salud de los pobladores y que orientan su acción en diversas circunstancias frente a distintos problemas.

(1) Poblaciones Lo Hermida, La Faena, Villa La Reina, Peñalolén.

(2) Un Mayor desarrollo sobre el método de trabajo se encuentra en el Proyecto "Familia y Salud".

Esta práctica, para los fines del proyecto constituye el universo significativo de los pobladores frente a la salud y refleja la experiencia social de los sujetos la que es fruto del lugar que ocupan en la estructura de la sociedad y de la acumulación cultural que el grupo posee.

Por universo significativo entendemos aquí, aquel conjunto o sistema de relaciones entre los hechos concretos y objetivos de la realidad y la significación que, para el grupo, éstos tienen.

En lo fundamental, de acuerdo al interés del proyecto, la realidad de la salud en la familia nos interesa conocerla en su dimensión objetiva y subjetiva. Es decir, conocer aquellos indicadores que pueden ser "medibles" y que reflejan un cierto "nivel de salud" y aquellos que se refieren al modo de orientación, valoración o pensamiento que, como categorías de conciencia, sirven de base a las actitudes y percepciones que los sujetos tienen hacia estos hechos.

Este contenido, es la base sobre la cual se construye el proceso educativo. Es el punto de partida para adquirir nuevos conocimiento o información y, su análisis y problematización, permitirá producir cambios de opinión y de actitudes frente a las situaciones de salud que afectan a la familia popular.

De este modo, el problema de salud, no es entendido como un aspecto "autónomo" de la realidad social o como un problema meramente "biológico" sino que como una "situación de vida" de los sujetos y, como tal, implica aspectos biológicos, psicológicos y culturales, y en la cual inciden una serie de procesos sociales que ocurren en la realidad.

La problemática, planteada desde este punto de vista ha sido observada en la experiencia educativa del proyecto "Padres e Hijos". En diversas reuniones de este proyecto, los pobladores participantes han planteado su situación de salud estrechamente vinculada a la realidad social en la cual se encuentran insertos. Por otra parte, diversos estudios han planteado la necesidad de cambiar el enfoque metodológico de los programas de salud, enfoques tradicional-

mente directivos e informativos que no toman en cuenta la realidad cultural y la participación del educando en los contenidos y dirección del proceso educativo.

De este modo, el problema que enfrenta esta experiencia tiene las siguientes características: debe reconocer y problematizar los principales problemas de salud de la familia popular; analizar el contenido popular que se expresa en las formas de conocimiento y en las percepciones de los sujetos para contrastarlo y producir una síntesis con aquel contenido "científico" de la problemática y que significa entrega de nueva información. Por último, todo el trabajo se debe expresar en productos concretos que, en este caso, lo constituyen una serie de materiales educativos que reflejan lo analizado: los problemas y líneas de acción identificados por los grupos y que permite que nuevas organizaciones se incorporen a la experiencia a través de la aplicación y administración de los materiales producidos.

El proyecto se inserta en una realidad concreta: la que vive la familia popular. Esta realidad connota de una manera particular las condiciones de salud del grupo y las posibilidades de desarrollar una vida "sana". Por esta razón el análisis social de la realidad de la familia es objeto principal de este estudio. Por otra parte, no debemos desconocer los aspectos macro estructurales que, desde el punto de vista de la organización institucional de la atención y prevención en salud, están condicionando las posibilidades de acceso a una mejor condición de vida. Este marco global lo caracterizamos a través de los antecedentes teóricos e históricos que encontramos presentes en la organización del sistema de salud en nuestro país. En el siguiente acápite intentaremos operacionalizar el concepto de salud que asume el proyecto para, posteriormente, describir y analizar las distintas concepciones de organización de la salud que han estado vigentes en las autoridades gubernamentales en los últimos años.

2. ANTECEDENTES TEORICOS E HISTORICOS

2.1. El Concepto de Salud

Definir Salud es algo complejo. Existen diferentes aproximaciones para acercarse a este concepto y éstas implican tanto connotaciones teóricas como indicadores concretos diferentes.

Un buen punto de partida, a nuestro juicio, lo constituye la definición clásica entregada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

"La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez."

Esta definición, pese a su amplitud, da cuenta de las dos dimensiones básicas del problema. Por una parte, el estado privativo que significa para el bienestar la presencia de trastornos físicos, mentales y sociales y, por otra parte, da cuenta de la dimensión positiva que implica el logro de un estado de "completo bienestar..."

Esta relación dialéctica es la que está en el centro de nuestra concepción. No solamente debemos preocuparnos de "resolver" o de "atender" las dificultades, las enfermedades y entender la salud como la "ausencia de enfermedad o invalidez" sino que también ella es algo que lograr, implica una plena realización del hombre como individuo y ser en sociedad.

Un concepto, también clásico, que nos permite avanzar en esta perspectiva es el propuesto por H. Sigerist en 1941:

"La Salud no es simplemente la ausencia de enfermedad; es algo positivo; una actitud de gozo hacia la vida y una calurosa aceptación de las responsabilidades que la vida pone sobre el individuo. Un hombre en estado de Salud, está bien equi

librado física y mentalmente y está bien adaptado al medio físico y social. Por ello la restauración física no es el fin del tratamiento médico; éste sólo llega a su propósito cuando capacita al individuo a una adaptación social, a reasumir su antigua posición en la sociedad, en obtener una nueva situación. Una democracia, en la cual el destino de la Nación descansa en la responsabilidad de cada individuo, requiere salud. Si se considera que la vida, la libertad y la promoción de la felicidad son Derechos inalienables del hombre y que el Gobierno es instituido para asegurar esos derechos, se concluye entonces que el hombre tiene derecho a la salud y a tener ese derecho asegurado. La Salud de la población es materia que le concierne a ella, por lo cual debe esforzarse para obtenerla y tomar una parte activa en su administración" (1).

En esta perspectiva, entonces, la salud desborda la concepción que la reduce a un mero problema biológico y adquiere una dimensión importante en el aspecto social y cultural. Esta dimensión influye en los niveles de salud desde el punto de vista que, las condiciones históricas y concretas de una sociedad, determinan niveles de vida y de salud y, por otra parte, en el sentido positivo del concepto que supone que el sujeto es activo en el desarrollo de su vida y de la sociedad. Desde este punto de vista adquiere importancia para la salud el tipo de relación que el individuo establece con la sociedad, con los demás hombres y las potencialidades que en ella es posible desarrollar.

Consideramos la Salud no sólo como un componente del bienestar físico-mental individual y social sino también como aquella dimensión existencial que integra todos los elementos de lo que podríamos llamar "calidad de vida". Además de la perspectiva

(1) SIGERIST, Henry, "Medicine and Human Welfare" Yale University. Press 1941.

biológica, implica actitudes del individuo o sociedad hacia los problemas que debe enfrentar, hacia las situaciones límites, grado de conciencia de sí y de los demás, etc.

Existe, además, una relación estrecha entre los niveles de salud de la población y su estado de desarrollo socio-económico. La Salud puede ser considerada como un medio para desarrollar las fuerzas productivas, pero más importante que lo anterior, consideramos que el desarrollo de las fuerzas productivas debe encontrarse al servicio de la Salud de la población.

Así, la función de dar Salud no consiste tanto en reincorporar individuos al mercado de fuerzas de trabajo, sino que se define en términos de desalienación, de humanización, de liberación plena y verdadera.

Con el fin de aproximarnos a la realidad concreta y ver cuál es la condición de Salud de los sectores populares consideramos importante señalar que, toda esta relación entre lo biológico y lo social, se puede analizar si asumimos que la salud es un derecho de todos los individuos. Derecho que debe ser garantizado por la sociedad y, cuando no lo es, los grupos sociales y sus actores lo deben demandar y ejercer.

Un punto específico de análisis, en esta perspectiva, es revisar cómo la sociedad, se ha organizado institucionalmente, para garantizar la salud a su población. Con el fin de describir de ahí la concepción que se asume, describiremos brevemente algunos antecedentes históricos del Servicio Nacional de Salud y la reestructuración que de éste, hoy día se implementa.

2.2. Antecedentes Históricos del Servicio Nacional de Salud (S.N.S.).

En 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud, mediante la fusión de siete instituciones. La creación de este importante servicio respondió a las presiones de las clases populares organizadas, que, al adquirir mayor conciencia de sus derechos, conquis

taron disposiciones legales para garantizarlos.

La atención médica en Chile se encuentra vinculada a los sistemas de seguridad social, cuyo grupo más numeroso corresponde al sector obrero que es beneficiario del Servicio de Seguro Social (S.S.S.) realizándose la atención médica en el S.N.S. De este modo esta institución tiene la responsabilidad, de la atención ambulatoria o de consulta del 60% de la población nacional. (1).

El segundo sistema de importancia es la atención organizada de los empleados públicos y particulares a través de la Medicina Curativa del SERMENA e incluye a un 25% de la población. Un 10% es beneficiario de otros sistemas como las FF. AA. y grandes empresas (2).

De la descripción anterior se desprende la importancia que revisten en conjunto el S.N.S. y el SERMENA y el sistema interconectado entre estos para los propósitos de hospitalización, ya que el S.N.S. dispone del 90% de las camas hospitalarias del país(3).

La política de Salud que ha sustentado el S.N.S. a lo largo de su historia ha estado orientada a la solución de las necesidades de la realidad de Salud de la población, incorporando elementos propios de la idiosincracia y creatividad nacional en la solución de tales problemas. Estaba basada, además, en estructuras participativas, con una tendencia creciente hacia la incorporación de todos los sectores en la determinación de la política, en su ejecución y en su evaluación. Se crearon, por ejemplo, los Consejos Comunes de Salud (Gobierno de Frei) y, posteriormente los Consejos Locales y Paritarios de Salud (Gobierno de Allende).

Durante los períodos presidenciales de Frei y Allende, se concebía la Salud como un Derecho básico al que debían tener acceso todos los habitantes del país, cualquiera fuese su situación socioeconómica.

(1) MEDINA, Ernesto y otros: "Medicina Social en Chile". Stgo. Ed. Aconcagua 1977.

(2) MEDINA, Ernesto: (op. cit.)

(3) MEDINA, Ernesto: (op. cit.)

mica. Se reconocía la ingerencia del Estado en Salud y se le daba al modelo de Salud un carácter socializante que lo hacía asumir la responsabilidad de la Salud de quienes no tuviesen los medios suficientes.

Este sistema de atención en Salud ha tenido importantes logros que lo han llevado a constituirse en un modelo de medicina social en América Latina y ha probado a lo largo del tiempo haber sido una buena solución para enfrentar los problemas de salud de un país subdesarrollado como Chile. Se reconocen, sin embargo, deficiencias que han necesitado corrección.

Entre los logros más importantes del S. N.S. podemos citar los siguientes:

- 1) Una amplia cobertura de atención que le ha permitido aplicar programas nacionales de salud a todo nivel, abordando a través de ellos los principales problemas de salud que aquejan a la población. Por ejemplo:

a. Población beneficiaria de atención ambulatoria.	60 %
b. Población beneficiaria de hospitali <u>z</u> aciones	90 %
c. Población beneficiaria de acciones de fomento y previsión	100 %
- 2) Mejoría notable de los indicadores de salud pública. El cuadro siguiente muestra el progreso de los indicadores más importantes del nivel de salud de la población desde la creación del S.N.S. en comparación con la situación en 1978.

CUADRO N° 1: COMPARACION DE INDICADORES DE NIVELES DE SALUD ENTRE 1952 y 1978.

INDICADOR	1952	1978
Mortalidad Infantil	117 por mil	39.7 por mil
Mortalidad general	12.7 por mil	8.8 por mil
Mortalidad Materna	31 por c/mil	9.6 por c/mil
Parto c/atención profes.	13 %	90.4 %
Expec. vida al nacer	54 años	64.4 años

Fuente: Datos del S.N.S., CESPO, 1979: Informe Preliminar sobre Política de Salud en Chile (Mimeo).

- 3) Aumento del grado de información de la población en materia de salud y aumento del nivel de conciencia respecto a su responsabilidad frente a ella.

En cuanto a las dificultades y deficiencias del S.N.S. podemos citar las siguientes:

- a. Centralización administrativa, que provocó lentitud en las tramitaciones y toma de decisiones, a nivel local, además de una gran dependencia de las regiones del poder central.
- b. Elevada concentración de recursos en las grandes ciudades, en desmedro de las regiones rurales, lo cual determinó diferencias regionales importantes en los niveles de salud de la población. A pesar de ello Chile es el país latinoamericano que tiene menos desproporción de recursos entre su área urbana y rural.
- c. Limitación progresiva de recursos en los últimos años, debido a una disminución del gasto fiscal en Salud. Esto trajo consigo, entre otras cosas, dificultades para la atención a los beneficiarios y la consecuente deshumanización de la relación agente de salud-paciente.

2.3. Estado Actual de la Estructura de Salud en Chile.

El gobierno actual reconoce que la salud es un fin, es un derecho. Todos deben tener acceso libre e igualitario a la salud, pero establece que todos deben concurrir a financiar estas acciones en una medida proporcionada a sus ingresos.

Desde 1973 se viene implementando un modelo económico que se sustenta doctrinariamente en la concepción liberal de mercado. Este modelo no sólo ordena la estructura productiva de la sociedad sino que, como condición, requiere de su extensión a todos los aspectos de la vida social. Sin entrar en un mayor análisis de las consecuencias y características de este modelo queremos señalar que éste se ha hecho sentir en la organización del sistema de salud. Se ha diseñado así, un modelo de organización de la salud que persigue desligar al Estado de la responsabilidad que, en este campo, históricamente ha tenido.

De esta concepción se desprende:

- a) Se concibe la salud como un medio para preparar o reincorporar individuos al mercado de recursos humanos, y
- b) Concibe la salud como un producto orientado a la satisfacción de necesidades que se regula por las leyes de oferta y demanda.

La orientación privatizadora del proyecto de reestructuración del sector salud es tan marcada que se plantea cambiar radicalmente la estructura del gasto total en salud: mientras en la actualidad se distribuye en un 64.8% vía aporte estatal directo, un 11.6% vía FAP (Facturación por atenciones prestadas) y un 23% en base a bonos, las proyecciones para 1985 son: 10% de aporte fiscal directo, 20% según FAP y 70% vía bonos (1)

(1) RUIZ TAGLE, Jaime. "La Nueva Política de Salud: ¿Sólo un Conflicto Gremial?" Mensaje N°280, Julio 1979. Vol. XXVIII.

Para limitar los subsidios del Estado se han ideado dos mecanismos. Por una parte, el D.L. N°2.575 establece que los beneficiarios legales del S.N.S. pueden acogerse al Sistema de libre elección (SERMENA), comprando bonos de atención y pagando el porcentaje que corresponde al usuario. En otras palabras, una parte de los obreros que antes recibía la atención gratuita de la medicina socializada, ahora se integrará a la medicina semi-privada, pagando una parte de los gastos médicos. Paralelamente los empleados que quieran hacerse atender en un establecimiento del S.N.S. podrán hacerlo, pagando la suma que éste fije. Como se puede observar, aumenta el número de los que puedan pagar, con lo cual el Estado puede reducir su aporte a la salud, fortaleciéndose la medicina privada (1).

El segundo mecanismo, que se ha ideado para limitar los subsidios del Estado, es la creación de 27 Servicios de Salud Regionales (o Unidades operativas de Salud), que reemplazarán al S.N.S. y al SERMENA; serán administrativamente autónomos y contarán con un Director de la confianza exclusiva del Presidente de la República. Como los usuarios podrán dirigirse a cualquiera de estos servicios y no sólo al hospital del S.N.S. que les corresponde según su lugar de residencia, como sucede actualmente, se supone que se generará una competencia entre ellos, lo que aumentaría la eficiencia. Esta mayor "eficiencia" sería estimulada por incentivos económicos, ya que no sólo el aporte privado sino también el aporte estatal sería proporcional al número de atenciones prestadas. La mayor eficiencia permitiría limitar el aporte fiscal a la salud (2)

De acuerdo a la experiencia de otros países, sin embargo, la consecuencia más importante de un "sistema de salud de mercado" es el incremento inusitado del gasto nacional global en salud y la acentuación de las anomalías de distribución geográficas y de exceso de número de algunas especialidades que resultan atractivas para los médicos por razones económicas (3).

(1) y (2) RUIZ TAGLE, Jaime: op. cit.

(3) MEDINA L., Ernesto: op. cit.

En consecuencia, los sistemas competitivos de tipo privado parecen poco recomendables, por cuanto la inexistencia de recursos suficientes (profesionales, camas, etc.) plantea como resultante lógica el desplazamiento de los recursos de atención hacia los sectores de mayor ingreso en desmedro de los de bajo ingreso.

El concepto de salud implícito, además, se reduce a considerarla como un bien de insumo y consumo, restándole la dimensión de humanización y desalienación que supone considerarla como un fin (y no sólo un medio) de la existencia y, por tanto, como un derecho de todos los hombres.

En este marco se inserta la experiencia de "educación para la salud" que se quiere implementar en familias populares. La realidad institucional y, las condiciones sociales, que general el actual modelo económico tiene particulares efectos en nuestro sector de trabajo.

II. OBJETIVOS Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION DE DIAGNOSTICO

1. OBJETIVOS DEL DIAGNOSTICO

El diagnóstico corresponde a la primera etapa de trabajo del proyecto y su objetivo principal es el de conocer las necesidades en salud y la percepción que los pobladores tienen de este problema.

De acuerdo a la concepción metodológica y teórica del proyecto el diagnóstico lo entendemos como la fase de conocimiento de la temática en el sector; conocimiento que se profundiza a lo largo de toda la experiencia.

Como se ha planteado en el capítulo anterior, la salud nos interesa no tan sólo en su expresión manifiesta (enfermedades, sintomatología, etc.) sino que también queremos conocer su dimensión no manifiesta, es decir, aquellos aspectos que se refieren a las orientaciones sociales y culturales para enfrentar y actuar ante los problemas de salud, aspectos que aluden a la concepción vigente sobre salud en la cultura popular.

Por otra parte, la salud no la entendemos como una dimensión autónoma del resto social, por el contrario, forma parte de ella y está en estrecha relación con los aspectos económicos, sociales y políticos que ocurren en la realidad y una acción para enfrentar problemas de salud será sin duda una acción que se vincula a todos los aspectos de la realidad social.

En este sentido, la acción educativa en salud, puede contribuir a dinamizar la población y sus organizaciones para que, en comunidad, se enfrenten los problemas del nivel de vida y de salud a través de caminos realistas y utilizando los recursos disponibles en la propia comunidad.

En síntesis los objetivos del diagnóstico son:

- a) Conocer los problemas y necesidades en salud de la familia popular. Para ello se analizará la situación socio-económica de la familia y el nivel de salud de sus miembros.
- b) Conocer la percepción y concepción del problema de salud vigente en la realidad poblacional. Esto se realizará a través de un análisis de información cualitativa obtenida en entrevistas abiertas y en reuniones de grupos.
- c) Detectar la potencialidad movilizadora del problema de Salud. Para ello analizaremos las posibilidades reales y la motivación de los sujetos para realizar acciones vinculadas con el resto de la comunidad.

2. METODOLOGIA, CONTEXTO DEL ESTUDIO Y DETERMINACION DE UNIDAD DE ANALISIS.

Para obtener la información requerida en esta etapa hemos diseñado una estrategia de investigación que se basa en la concepción de "investigación participativa". Esta concepción supone una indagación científica distinta a la tradicional. En lo fundamental se postula que el sujeto estudiado, en lugar de ser considerado un "objeto" de estudio es el principal actor y sujeto de la investigación. El contenido de la investigación es la realidad y el propio pensamiento del poblador por tanto es él, quién a través de algunas técnicas de trabajo, objetiva su situación de vida y la interpreta.

Este procedimiento vincula la actividad de investigación con el proceso educativo. La investigación de "diagnóstico" se convierte en un proceso dialógico a través del cual el sujeto objetiva su realidad y analiza las causas y consecuencias de las situaciones que define como problemáticas. Por otra parte, la realidad se analiza no tan sólo en sus aspectos observables sino que también en sus dimensiones valorativas a través de la significación que el sujeto otorga a la realidad.

Las técnicas de recolección de información, para lograr el conocimiento de los problemas planteados, fueron de naturaleza cualitativa. Es decir, a través de ellas, se trató de registrar las opiniones de los sujetos, y las interpretaciones que ellos realizaban de su realidad en salud. Se contempló además una serie de datos que permitieran medir el nivel de salud de las familias a través de la identificación de las enfermedades más comunes; de las características de las estructuras y composición del grupo familiar y acciones realizadas para enfrentar cada problema de salud.

Las técnicas ocupadas fueron el trabajo de grupos ocupando un instrumento problematizador que hemos llamado "folleto de salud" y la aplicación a 272 familias de una encuesta semiestructurada elaborada en conjunto con un grupo de pobladores.

El contexto específico de la investigación fue el sector urbano marginal oriente de Santiago. Se definieron las poblaciones de Lo Hermida, La Faena y Peñalolén, como sectores en los cuales se recogería la información. Se optó por estos sectores porque en ellos se implementaría el proyecto "Familia y Salud" y es el área fundamental de atención del policlínico San Roque, institución que participa y colabora en el proyecto. La experiencia anterior del Programa Padres e Hijos, nos había permitido, además conocer a pobladores y organizaciones con las cuales alcanzamos distintos grados de relación y confianza lo que, sin duda, nos facilitaba el proceso de llegada a los pobladores.

Como unidad de análisis se definió la Familia ya que nos interesaba el impacto que en ella tiene la problemática de salud. Por otra parte, es hacia la familia donde está orientada la acción global del proyecto de salud, lo que convertía en algo fundamental conocer la realidad tomando esta unidad en forma global.

La muestra a entrevistar fue seleccionada en conjunto con los pobladores y el criterio que se empleó fue el de que ésta representara las distintas realidades familiares "típicas" vigentes hoy día en la población. Se definió una muestra de

300 casos a entrevistar distribuidas en forma igualitaria en los distintos sectores definidos anteriormente.

La encuesta fue orientada a la persona que actuaba como jefe de hogar en el grupo familiar. Por jefe de hogar entendemos a aquel miembro que es sostén económico fundamental del grupo y ejerce el status como tal. En términos de las relaciones que se establecen al interior este rol se vincula al de padre o de madre, pero que, de acuerdo a estudios anteriores realizados en el medio popular, no siempre está en relación directa y estricta. Esto nos obligó, entonces, a tener un concepto de familia amplio que nos permitiera considerar las diferentes configuraciones y particularidades que presenta en el sector de estudio.

3. PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EMPLEADO Y TRATAMIENTO DE LA INFORMACION.

En este punto describiremos las actividades realizadas y la forma que se empleó para la aplicación de las técnicas de investigación seleccionadas.

3.1. El Trabajo con el Folleto de Salud

A partir de datos disponibles y de discusión con un grupo de pobladores se seleccionó una situación cotidiana de la problemática de salud. A juicio de los pobladores la situación más común era la asistencia a un policlínico para atender o controlar a un niño. Esta situación se analizó en términos de la amplitud temática, es decir, las posibilidades que de ella se desprenden para analizar otros aspectos de salud. Se desprendió del análisis que la situación permitía analizar aspectos tales como: enfermedades típicas de los niños, actitud y percepción de las instituciones de salud, sistema de atención y tratamiento al afectado y la situación de privatización del sistema de salud.

La situación se codificó en imágenes que representan una historia y se capacitó a los dirigentes de distintas organizaciones para aplicar el "folleto" en sus respectivas reuniones (Ver anexo N°1).

Se elaboró, además, un folleto explicativo sobre el trabajo a realizar en cada reunión el cual se orientó a las personas que actuarían como coordinadores.

Se realizó una reunión de capacitación con los dirigentes de las organizaciones que se agrupan en la "coordinadora de comedores" de San Roque. Esta coordinadora reúne a los encargados de los comedores infantiles de la Vicaría de la Solidaridad, y, además, fueron invitados dirigentes de bolsas de cesantes y de centros de apoderados de jardines infantiles.

En esta reunión se plantearon los objetivos del trabajo y se realizó un ensayo práctico de aplicación del folleto. Se dramatizó la situación planteada en el folleto, se realizó una división de grupos para discutir y analizar su contenido y se sacaron conclusiones tanto en los temas tratados como en los aspectos de administración y de desarrollo de cada reunión en los grupos de base. Miembros del equipo de investigación se relacionaron, posteriormente, en forma particular con cada uno de los dirigentes que asistieron a esta jornada y fueron a las reuniones de base como observadores.

La dinámica de las reuniones fue diferente en cada organización de base y, en muchas de ellas hubo que salvar algunos obstáculos. Cada organización tiene sus propios problemas que tratar lo que, en algunos casos, significaba dificultades de tiempo para trabajar con el folleto de salud. En otros existían problemas de asistencia, lo que implicó desarrollar una etapa previa de motivación y, por último, hubo problemas con algunos dirigentes con los cuales se trabajó en forma particular ya que no comprendían o no se sentían seguros para la aplicación del folleto.

Durante 6 semanas (mes de noviembre y primeras dos semanas de diciembre de 1979) se aplicó el folleto en 10 organizaciones del sector. En cada reunión se lograron distintos niveles de profundidad de análisis de la problemática planteada y, de acuerdo a esto, los grupos variaron en el número de reuniones que destinaron a tratar los problemas de salud surgidos en la primera sesión de trabajo con el folleto.

En el siguiente cuadro se muestra el número de reuniones que cada organización de base destinó a la problematización de los temas de salud y la asistencia promedio.

CUADRO N°2: CENTROS, NUMERO DE REUNIONES Y ASISTENCIA PROMEDIO.

CENTROS	N°REUNIONES.	ASISTENCIA PROMEDIO
Palena	3	9.6
San Daniel	1	6
San Pedro	3	10
San Marcos	4	14,2
Los Copihues	3	12,6
Las Campanas	1	6
Duraznal	6	14.6
Espíritu Santo	1	13.0
La Concepción	3	10.3
San José Obrero	1	14.0

A partir de la situación planteada en el folleto los grupos intercambiaron opiniones y experiencias sobre diversos aspectos de la situación de salud en el grupo familiar. En cada reunión se hizo presente un observador, miembro del equipo de investigación quien registró, en la forma más textual posible, las opiniones, problemas y experiencias significativas que se plantearon en las reuniones.

Posteriormente, se confeccionaron "fichas temáticas" y se clasificaron las opiniones de acuerdo a una pauta previamente elaborada. La información es amplia y profunda. Es eminentemente cualitativa y, a través de un análisis de contenido se pudo avanzar en el conocimiento acerca de las orientaciones y percepciones que los sujetos tienen de la problemática de salud.

En el siguiente cuadro, se muestra la información más relevante obtenida a través de la aplicación del folleto y la cantidad de informes de cada reunión que contienen datos sobre los temas indicados.

CUADRO N°3: TEMAS SIGNIFICATIVOS Y NUMERO DE INFORMACION DE REUNIONES QUE CONTIENEN INFORMACION.

TEMA TRATADO	N° INFORMES	PORCENTAJE
Desnutrición	13	17.6
Alcoholismo	13	17.6
Drogas	14	18.9
Cesantía	6	8.1
Neurosis	5	6.8
Prob. en derechos en salud.	10	13.5
Problemas económicos	2	2.7
Enfermedades de niños	4	5.4
Problemas de higiene	2	2.7
Enfermedades de adultos	3	4.1
Recreación	2	2.7
TOTAL	74	100.0

(Nota: El número total de informes no refleja el número de reuniones ya que, en una misma reunión, se analizaron más de dos temas).

Como se puede apreciar, el mayor contenido obtenido a través de esta modalidad se refiere a los aspectos de drogas, alcoholismo y desnutrición. Fueron estos los problemas que se plantearon como más graves y de los cuales existe un mayor número de opiniones. Una proporción significativa, representan también los temas relativos a "derechos en salud" (falta de atención, problemas del S.N.S., etc)

Por otra parte, se observan como contenidos importantes los relativos a enfermedades, tanto de niños como de adultos, y la relación de éstos con aspectos sociales como por ejemplo, la cesantía, la higiene y problemas ambientales.

Toda esta información, cuyos aspectos principales se analizan en este informe, nos permitieron una aproximación real y cualitativa a los distintos aspectos planteados.

3.2. Elaboración y Aplicación de una Entrevista Semi-Estructurada.

De acuerdo a lo planteado en la estrategia metodológica de la investigación nos interesaba conocer la situación de salud de la familia en un número significativo de casos. Para ello se elaboraría una encuesta semi estructurada a aplicar a 300 casos.

Esta encuesta fue elaborada en conjunto con pobladores agrupados en el "Comité de Promoción Popular de San Roque". Esta es una instancia de coordinación de diversas organizaciones del sector (comedores, bolsas de cesantes, jardines infantiles, talleres de trabajo) y que se formó para enfrentar en común el problema de la vivienda.

Como una tarea necesaria para su trabajo el grupo definió la actividad de aplicar una encuesta a familias del sector para poder diagnosticar la situación de vivienda que existía. Para ello solicitaron cooperación a CIDE. Después de varias sesiones de trabajo sobre este tema planteamos al grupo la posibilidad de incorporar la temática de salud en la encuesta con el fin de conocer esta realidad en el

contexto del proyecto a implementar en el sector.

Se realizaron sesiones de trabajo para discutir los problemas de salud y se elaboró una encuesta que, abarcó el conjunto de aspectos de la realidad familiar (tamaño y composición, economía, vivienda, salud y comunidad). En el anexo N°2 se presentan los temas, categorías e indicadores planteados por el grupo y que se contemplaron en el diseño del instrumento.

Una vez elaborado el instrumento en su primera versión se probó entre los asistentes a la reunión del comité de promoción popular. Un poblador se lo aplicaba a otro. Esta prueba nos permitió corregir algunos aspectos formales (por ejemplo: lenguaje, espacio para responder, número de preguntas) y aspectos de contenido (precisar con mayor exactitud la información requerida, eliminación de algunas preguntas e incorporación de otras).

Posteriormente se eligieron los siguientes sectores a encuestar: Población La Faena, San Pedro, y sectores 1, 2, y 3 de la Población La Hermida. En cada uno de estos sectores se entrevistaría a 60 familias y, se designó a un poblador y un investigador de CIDE responsable por sector.

Se definió una primera etapa de aplicación que duró una semana. Durante este tiempo, los pobladores visitaban las familias y, el equipo CIDE, visitó a los responsables de cada sector para conocer y resolver los problemas prácticos que implicaba la aplicación de la entrevista.

Al terminar esta primera fase de aplicación se recibió el 60% de las entrevistas programadas. Entre los problemas detectados en la aplicación se planteó la falta de tiempo, por imprevistos que algunos pobladores-encuestadores tuvieron durante esa semana, lentitud en la aplicación misma de la encuesta y, familias que no quisieron responder.

Al revisar con más detalle cada encuesta se observó que existían numerosas "faltas de información". Según los pobladores-encuestadores esta dificultad se debió a dos factores: en primer lugar, dificultades de capacitación. Plantearon que, si

bien el instrumento no es complejo en cuanto a su aplicación requerían ellos de "técnicas psicológicas" para motivar a la persona entrevistada a dar sus respuestas. Y, por otra parte, señalaron que, algunas familias, no quisieron entregar información sobre salud porque este tema es "tabú" en la población. Los pobladores tienen una concepción de salud extrema ("si no está a punto de morir la persona esta sana") y tratan de dar una imagen de normalidad a sus vecinos (muchos no conocían, por ejemplo, que en la casa de un vecino existían niños desnutridos).

Se trabajó en dos sesiones sobre estos aspectos, se realizaron ensayos de aplicación y se conversaron algunas técnicas para la entrevista. Posteriormente se definió un nuevo período de aplicación (dos semanas) orientado a complementar la información en aquellos casos incompletos y a entrevistar a nuevas familias para alcanzar el número de casos definido previamente.

Como una manera de complementar y, asumiendo la hipótesis que a un "agente externo" el poblador responde con mayor detalle aspectos de salud que un poblador vecino, el equipo CIDE procedió a entrevisar a 50 casos.

Una vez terminado el nuevo período de aplicación se completó la muestra con un total de 216 encuestas aplicadas por pobladores y 56 aplicadas por el equipo CIDE. Al revisar nuevamente el conjunto de encuestas se observó que el nivel de problemas (encuestas incompletas) disminuyó significativamente y, en los casos que presentaban problemas, se encontró falta de información en algunos datos de salud y falta de información sobre identificación de miembros del grupo familiar y preguntas relativas a su situación económica, escolaridad que, el entrevistado, muchas veces desconocía.

Las encuestas realizadas por el equipo CIDE encontraron similares problemas en lo relativo a salud e incluso, proporcionalmente, cuentan con menor información sobre salud que las encuestas aplicadas por los pobladores. Esto nos hace valorizar el potencial, para los fines de conocer la realidad, que

los propios pobladores tienen como investigadores de su medio.

Posteriormente los datos se procesaron computacionalmente y se realizaron algunos cruces estadísticos. La mayor parte de la información recogida a través de la aplicación de este instrumento se presenta y se analiza en este informe.

3.3. Trabajo en Profundidad con Tres Grupos Pequeños.

La actividad realizada fue orientada a la profundización de algunos ítems, sobre todo en torno a la percepción de causas y consecuencias de enfermedades, detectadas en las reuniones con el folleto y en la aplicación de la encuesta.

Se trabajó durante dos sesiones con miembros de un Centro Juvenil sobre aspectos relativos a la droga y problemas de salud de la juventud. Se realizaron tres reuniones con participantes de un comedor infantil. Aquí se analizaron las causas y síntomas y tratamientos de enfermedades identificadas en la encuesta y se sostuvieron dos reuniones con un grupo de hombres donde se procedió a analizar temas relativos a alcoholismo y enfermedades nerviosas. Todo este material se registró y se clasificó de acuerdo a la pauta de contenido definida.

En síntesis, hemos descrito los supuestos metodológicos que esta investigación ha asumido y, el conjunto de técnicas y actividades desarrolladas. La mayor parte de la información recogida se presenta y se analiza en este informe. No obstante pensamos que, tanto en los aspectos metodológicos como en los aspectos de contenido, hay suficiente material para profundizar y desarrollar una línea de investigación participativa.

El capítulo siguiente presenta una visión global de las características de la familia urbano-marginal. Los datos que en él aparecen constituyen resultados obtenidos a través de la encuesta mencionada en el capítulo anterior y forman parte de la realidad social donde se inserta el problema de salud.

III. INDICADORES SOCIALES DE LA SITUACION DE SALUD

De acuerdo al marco de referencia, que asume el proyecto, tanto en su concepción teórica como en su diseño de trabajo educativo, la problemática de salud la entendemos íntimamente vinculada a la situación social y cultural que vive el grupo.

Desde esta perspectiva, sobre todo si pensamos en la implementación de una acción educativa, adquieren importancia aquellos indicadores que reflejan el nivel de vida del grupo familiar ya que estos pueden ser asumidos como variables explicativas de numerosas enfermedades o patologías de salud de la familia. Así, la intervención educativa no sólo se orienta hacia el tratamiento exclusivo de los fenómenos de salud sino que también hacia aquellas dimensiones sociales que parecen condicionarla. Y, por otra parte, la comprensión y análisis de la problemática se inserta en una perspectiva global e integradora.

En este capítulo se presenta un análisis descriptivo de parte de la información obtenida a través de las distintas actividades de diagnóstico. Se pretende aquí entregar una visión de la realidad de la familia popular localizada en poblaciones marginales de Santiago y que constituyen el universo social hacia quienes va dirigido el proyecto y son sus beneficiarios directos.

El análisis se ha centrado en cinco aspectos que nos parecen relevantes para dar cuenta de esta realidad. En primer lugar, se describen los antecedentes generales del sector estudiado y luego se presentan las características de la muestra entrevistada en términos del tamaño y composición del grupo familiar. Posteriormente, se describe la realidad educacional de la población entrevistada. Por último, se analizan los datos de participación comunitaria y características socio-económicas de la familia centrando el análisis en los problemas de vivienda, empleo, ingreso y consumo.

El análisis que se realiza de la información ha tratado de incorporar la perspectiva que, los mismos pobladores, señalaron a través de la pro-

blematización realizada con el instrumento del Folleto de Salud. De todas maneras, cabe señalar, que mucha de la información cualitativa no fue incorporada en este informe con el fin de realizar un análisis más profundo de este material y que será presentada en un segundo informe de avance del proyecto.

1. ANTECEDENTES GENERALES DEL SECTOR ESTUDIADO

El área Oriente de Santiago comprende cuatro comunas residenciales de la región metropolitana: Providencia, Las Condes, La Reina, Ñuñoa, que suman un total de 850.000 habitantes. Si bien existe la creencia de que ésta es un área extremadamente próspera, hay sectores de recursos muy bajos: 94.000 habitantes han sido considerados como viviendo en "extrema pobreza". La mayor parte de los cuales (65.000) se concentra en la comuna de Ñuñoa (1).

El presente estudio se realizó en los sectores Lo Hermida y La Faena, de la comuna de Ñuñoa. En 1970 el número de habitantes del sector era de 54.000 personas, de las cuales 25.000 residían en Lo Hermida, y 29.000 en La Faena.

No disponemos de información más reciente al respecto, a excepción del número de familias residentes en los campamentos (3.724 en el tercer sector de Lo Hermida y 80 en el campamento Pedro Lagos, sector La Faena), dato extraído del documento "Diagnóstico Sectorial: La Reina Popular" (2).

(1) FLORENZANO, R. FEUERHAKE, O. "El Plan de Salud Mental en el área Oriente de Santiago". En Cuadernos Médico-Sociales. Vol XX N°1 Marzo/1979. págs. 12-13.

(2) Estudio realizado en 1979 por Ximena Rayo, con el patrocinio de la Vicaría de la Solidaridad (Zona Oriente) y Ayuda Cristiana Evangélica (Zona Oriente). (Copia a máquina).

El sector La Faena está constituido por la Villa Naciones Unidas (departamentos de construcción sólida); la población La Faena propiamente tal, y 2 campamentos. En este sector se encuestaron grupos familiares de la población La Faena y del campamento Pedro Lagos.

En este punto hemos intentado mostrar una visión muy general de las características del sector donde realizamos nuestro estudio. A continuación nos referiremos específicamente a las características de estructura y socioeconómicas de las familias estudiadas a través de la encuesta.

2. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA ENTREVISTADA

Esta caracterización se basa en el análisis de los siguientes aspectos: Tamaño y Composición de la Familia; Escolaridad; Participación Comunitaria; Antecedentes Socioeconómicos.

a) Tamaño y Composición de la Familia

Entendemos por tamaño del grupo familiar: el número total de personas que residían en una misma vivienda en el período en que se aplicó la encuesta. El término composición del grupo familiar hace referencia a características de edad sexo y tipo de relación existente entre los integrantes de la familia.

Entrevistamos a 272 familias que suman un total de 1.492 personas, de las cuales el 34 % corresponde a "padres", el 50,8 % a "hijos" y el 15,2% a "otros parientes y allegados".

Queremos destacar que sólo en algunos casos el informante fue el jefe de hogar; en otros casos se entrevistó a la cónyuge del jefe de hogar, o bien al hijo mayor u otro familiar adulto.

b) Edad y Sexo de los Integrantes de la Familia

El cuadro siguiente nos muestra la distribución por sexo y edad del jefe de hogar.

CUADRO N°4: EDAD Y SEXO DEL JEFE DE HOGAR

SEXO EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
20 - 30	23 8.5	15 5.5	38 14.0
31 - 40	60 22.1	29 10.7	89 32.7
41 - 50	35 12.9	18 6.6	53 19.5
51 y más	23 8.5	18 6.6	41 15.1
Sin datos	32 11.8	19 7.0	51 18.8
TOTAL	172 63.6	99 36.4	272 100.0

Como se desprende del cuadro precedente el 63,6% de los jefes de hogar son hombres y el 36,4% son mujeres.

Para explicar este alto porcentaje de jefes de hogar mujeres podríamos adelantar la hipótesis de que la mujer que trabaja, y cuyo cónyuge está cesante, se identifica a sí misma como jefe de hogar al asumir el rol de proveedora económica. Más adelante, al estudiar la situación ocupacional de los jefes de hogar veremos los problemas que se derivan de la cesantía, lo que permite ampliar esta explicación.

Es importante destacar la juventud de los jefes de hogar: el 14% tiene entre 20 y 30 años de edad; el 32,7% entre 31 y 40 años; es decir el 46,7 % de los jefes de hogar es menor de 40 años de edad.

A continuación veremos la distribución por sexo y edad para el total de la población estudiada.

CUADRO N°5: DISTRIBUCION POR SEXO PARA EL TOTAL
DE LA MUESTRA.

SEXO	1er. Integ. Familia.		2do. Integ. Familia.		3er. Integ. Familia.		4to. Integ. Familia.		5to Integ. familia		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	173	63.6	71	26.1	141	51.8	118	43.4	98	36.0	601	40.2
Femenino	99	36.4	197	72.4	115	42.3	111	40.8	75	27.6	597	40.0
SIN DATOS	-	-	4	1.5	16	5.9	43	15.8	99	36.4	294	19.9
TOTAL	272	100.0	272	100.0	272	100.0	272	100.0	272	100.0	1.492	100.0

Del total de personas identificadas, el 40.2% es hombre y el 40% es mujer. No tenemos datos para un 19.8% de personas.

En relación a la distribución por edad, observamos en primer lugar que ésta no se presenta en intervalos de igual amplitud. Las razones para decidir esta presentación fueron básicamente dos: por una parte, la necesidad de agrupar a una población muy heterogénea. Por otra parte, la idea de determinar grupos en relación a necesidades de salud. Es así como el primer intervalo corresponde a los lactantes; el segundo a los pre-escolares; el tercero a los escolares; el cuarto a los púberes; el quinto a los jóvenes; los tres siguientes a los adultos y el último a los senescentes.

CUADRO N° 6: DISTRIBUCION POR EDAD PARA EL TOTAL DE LA MUESTRA.

EDAD	N° PERSONAS	%
0 - 1	15	1.0
2 - 6	91	6.1
7 - 12	226	15.2
13 - 19	203	13.6
20 - 30	150	10.1
31 - 40	165	11.1
41 - 50	89	5.9
51 - 64	49	3.3
65 y más	16	1.1
Sin datos	488	32.6
TOTAL	1.492	100.00

El primer dato que llama la atención es la juventud de la población estudiada. Del total de personas para los cuales tenemos el dato de edad, el 7,1% tiene entre 7 y 12 años (escolares); el 13,6% tiene entre 13 y 19 años (púberes), el 10.1 % tiene entre 20 y 30 años y el 11,1 % tiene entre 31 y 40 años de edad.

La población estudiada tiene en promedio menos de 40 años de edad. La más alta frecuencia se da entre los 12 y 19 años. La importancia de este dato es que determina en parte, las necesidades de salud de la población. Dicho en otras palabras, los problemas y necesidades de salud de una población mayoritariamente joven son significativamente distintos a los de grupos de mayor edad.

c) Presencia de otras Personas en el Hogar.

En el 22,8% de los hogares estudiados viven "otros parientes" además de los padres y sus hijos. Del total de hogares que están en esta situación, el 10,5 % ha incorporado a una persona, y el 6,3% a dos personas.

En el 13,2% de los hogares estudiados viven "allegados". En el 4% de los hogares vive un allegado; en el 2,6% de los hogares viven 2 allegados y en el 3,3% de los hogares viven 3 allegados.

Se observó que los parientes que se incorporan al hogar son adultos, tienen una relación directa con el jefe de hogar o su cónyuge (padre o hermano) o bien, son menores (sobrino, nieto) encargados a la familia para su cuidado. En el caso de los allegados, la situación es distinta, ya que generalmente son personas que permanecen en forma transitoria en el hogar, y no son incorporados al grupo familiar.

La presencia de allegados es un indicador de la solidaridad característica en los sectores populares. Sin embargo, y seguramente motivados por la precaria situación económica y de vivienda, son habituales los conflictos entre los ocupantes de un sitio. Los pobladores reconocen esta situación como uno de sus principales problemas. En una reunión de Comedor, una persona expresó que "con los allegados ocurren siempre problemas de convivencia, además son familias que se casan y no tienen donde irse, entonces quedan de allegados en algún sitio de la familia... y entonces uno no los puede echar a la calle".

d) Número de Personas en el Hogar

En la muestra, el número promedio de personas en el hogar es de 5,4 personas. Si bien este promedio es superior al nacional de 5.1 (R. Cortázar, 1976) al comparar con un estudio anterior encontramos una baja importante (1). En efecto, para una muestra de 126 familias del mismo sector estudiadas en 1977, encontramos un promedio de 6.7 personas por hogar.

El cuadro siguiente nos entrega mayor información sobre el tamaño de los hogares.

CUADRO N° 2: NUMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR

N° DE PERSONAS.	N° DE CASOS	%	TOTAL PERSONAS.
1	4	1.5	4
2	12	4.4	24
3	27	9.9	71
4	56	20.6	224
5	54	19.9	270
6	48	17.6	288
7	35	12.9	245
8	13	4.8	104
9	10	3.7	90
10	7	2.6	70
11	2	0.7	22
12	3	1.1	36
14	1	0.4	14
TOTAL	272	100.0	1.492

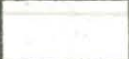
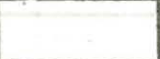
El 44 % de los hogares estudiados tiene 6 ó más integrantes. En el 20,6%, el número de integrantes es de 4 personas; en el 19,9% es de 5 personas; en el 17,6 % de los casos es de 6 personas, y en el 12,9% es de 7 personas.

(1) MARTINIC, Sergio. "Realidad Poblacional". Estudio Exploratorio de la Familia Marginal Urbana. C.I.D.E. Documentos de Trabajo N°5 (1979)

e) Tipo de Hogar Predominante en el Sector Estudiado.

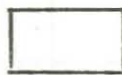
La presencia o ausencia de hijos, otros parientes y allegados, además de los padres, nos permitió distinguir diferentes tipos de hogar en el sector estudiado. Estos se encuentran representados en el cuadro siguiente.

CUADRO N°8: COMPOSICION DEL HOGAR

Compo- sición Tipo Hogar	PADRES 1	HIJOS 2	ALLEGA- DOS 3	OTROS PARIEN- TES. 4	COMPO- NEN- TES.
A					1+2+4
B					1+2+3
C					1+2
D					1+4
E					1+3+4
F					1+3
G					1+2+3+4



= Presencia



= Ausencia

Para explicar el cuadro, tomemos los casos A, C y G. En el caso A, el hogar está constituido por los padres, sus hijos y otros parientes. El hogar C está constituido por los padres y sus hijos. El hogar G está constituido por los padres, sus hijos, otros parientes y además, allegados.

En el cuadro siguiente hemos cruzado los datos referentes a tipos de hogar por el número de personas en el hogar. Así conoceremos el tipo.

de hogar predominante en el sector estudiado, en términos de composición y tamaño.

CUADRO N°9: NUMERO DE PERSONAS POR TIPOS DE FAMILIAS

Tipo de Hogar N° Personas	A		B		C		D		E		F		G		H		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	-	-	2	0.7	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.4	4	1.5
2	-	-	-	-	6	2.2	1	0.4	-	-	1	0.4	-	-	4	1.5	12	4.4
3	2	0.7	2	0.7	20	7.4	3	1.4	-	-	-	-	-	-	-	-	27	9.8
4	4	1.5	6	2.2	42	15.4	3	1.4	-	-	-	-	-	-	1	0.4	56	20.6
5	10	3.7	6	2.2	36	13.2	-	-	-	-	-	-	1	0.4	1	0.4	54	19.9
6	10	3.7	1	0.4	35	12.9	2	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	48	17.6
7	13	4.8	4	1.5	18	6.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	12.9
8	2	0.7	4	1.5	7	2.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	4.8
9	8	2.9	6	2.2	6	2.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	8.5
TOTAL	49	18.0	29	10.7	171	62.5	9	3.3	-	-	1	0.4	1	0.4	7	2.7	272	100.0

En el cuadro hemos calificado como "Hogar H" a aquellos donde se nombró un total de personas sin especificar en relación con el jefe de hogar.

De acuerdo al cuadro, la mayoría de los hogares estudiados corresponde al tipo C, constituido por los padres y sus hijos. De éstas, el 15.4% está constituido por 4 personas: el 13,2% por 5 personas y el 12.9% por 6 personas.

En segundo lugar tenemos a los hogares tipo A, constituidos por los cónyuges, sus hijos y otros parientes. De éstos el 4.8% está constituido por 7 personas; el 3.7% por 6 personas y el 3.7% por 5 personas.

3. ESCOLARIDAD DE LA POBLACION

Tradicionalmente en nuestra sociedad se ha pensado que el grado de escolaridad alcanzado por una persona resulta un factor determinante para su ubicación ocupacional (lo que a su vez determinaría la ubicación del sujeto dentro de la estructura social). Nuestros estudios nos han mostrado que la familia popular percibe la educación como medio importante para el cambio de situación o nivel de vida de las personas, considerándola un valor de logro muy importante. Hemos recogido testimonios de los padres que expresan el deseo de que sus hijos alcancen mayor escolaridad porque así "serán más" que ellos.

Al analizar la realidad observamos que los sectores populares alcanzan bajos niveles de escolaridad, situación provocada por factores como desnutrición, problemas de aprendizaje, dificultad o imposibilidad de responder a los gastos que demanda el sistema educacional, etc. En nuestras reuniones con pobladores conocimos varios casos de menores que debieron ser retirados del colegio porque sus padres no podían comprarles los útiles escolares, pagar la matrícula, comprar el uniforme, etc. Por otra parte tenemos que los hijos deben empezar a aportar económicamente al hogar a edades más tempranas. Se da el caso de niños que estudian y trabajan

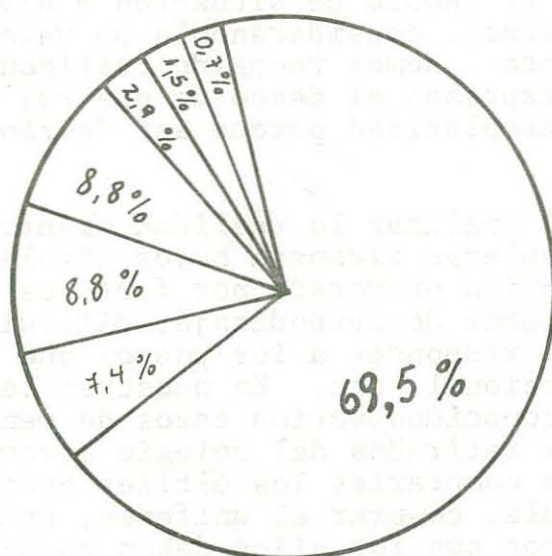
(generalmente ayudan en ferias libres o venden dulces o cantan en las micros), pero al parecer la tendencia es dejar el colegio y dedicarse sólo al trabajo.

La encuesta nos entregó información para los primeros 5 integrantes de la familia. Veremos en primer lugar la situación del jefe de hogar.

Para representar esta dato hemos elegido el gráfico circular. En él la circunferencia (equivale al 100% de los casos) está dividida en 7 sectores que corresponden a las categorías:

- Sin datos	7,4%
- Sin escolaridad	2,9%
- Ens. básica incomp.	69.5%
- Ens. Básica compl.	8.8%
- Ens. Media Incomp.	8.8%
- Ens. Media Completa	0.7%
- Cursos Técnicos	1.5%

GRAFICO N°1: ESCOLARIDAD DEL JEFE DE HOGAR



De acuerdo a estos datos, el 2.9% de los jefes de hogar no tiene escolaridad. Podríamos deducir que este porcentaje equivale al índice de analfabetismo para los jefes de hogar de la muestra, pero ciertamente este dato no es suficiente, ya que podría darse el caso de personas que saben leer y escribir aunque no hayan asistido a la escuela, y por otra parte, hemos observado algunos casos de analfabetismo por desuso de la capacidad de leer y escribir en el grupo de personas que no terminaron el primer ciclo básico (1° a 4°).

El 69.3% de los jefes de hogar, es decir más de la mitad, no terminaron sus estudios básicos, y sólo el 8.8% (24 de 272 casos) cursaron el 8° año básico. El 9.5% de los jefes de hogar tiene estudios de enseñanza media, pero sólo 2 personas los completaron. Por último, tenemos que sólo 4 personas (1.5% del universo de jefes de hogar) han seguido algún curso técnico.

No tenemos la información sobre escolaridad para el total de la muestra. El cuadro siguiente nos ilustra la situación de los primeros 5 integrantes de cada hogar estudiado.

CUADRO N° 10: ESCOLARIDAD DE LOS PRIMEROS 5 INTEGRANTES
DEL HOGAR.

[illegible]

En síntesis, podemos afirmar que la mayoría de los jefes de hogar, ha alcanzado una escolaridad correspondiente al ciclo básico incompleto, y lo mismo ocurre con el segundo integrante de la familia. (de éstos el 69.8% es cónyuge o conviviente del jefe de hogar, y el 22.8% es hijo del jefe de hogar).

Para el resto de los miembros del grupo familiar se observa una tendencia a mayor grado de escolaridad, (de éstos, aproximadamente el 80 % es hijo del jefe de hogar), aunque por la edad promedio de este grupo no podemos afirmar que definitivamente los hijos alcance mayor escolaridad que los padres. Sería interesante seguir estos casos, para determinar cuántos de ellos, y en qué momento son expulsados del sistema escolar.

4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La situación de "marginalidad" de los sectores populares implica que los individuos sólo se relacionan tangencialmente con la estructura de la sociedad, y por lo tanto no tienen acceso a sus beneficios ni participan del proceso de toma de decisiones. Esta idea se confirma al analizar la información sobre "participación comunitaria" de la población estudiada, que nos entrega el siguiente cuadro.

CUADRO N°11: PARTICIPACION COMUNITARIA DE LA POBLACION ESTUDIADA.

TIPO DE ORGANIZACION	F	%
Juntas de Vecinos	4	0.2
Clubes Deportivos	63	4.2
Centros de Madres	14	0.9
Bolsas de Cesantes	24	1.6
Comedores	107	7.1
Comunidades Cristianas	77	5.1
Centros Juveniles	12	0.8
Otros	19	1.3
Sindicato	1	0.06
Sin Participación-No cont.	1.024	68.0
Sin Datos	152	10
TOTAL	1.492	100.0

Se desprende del cuadro que el porcentaje de personas que no tiene participación comunitaria es muy alto, hecho que tiene importantes implicaciones sociales. En primer lugar, es un indicador de la falta de organización del sector popular y la consiguiente imposibilidad de defender sus derechos lo que incide en el proceso de toma de decisiones y movilización en torno a la transformación social.

El dato es también un indicador de la apatía generalizada en los sectores populares urbanos y especialmente en el hombre cesante. Nuestras experiencias en terreno nos han mostrado las dificultades que enfrentan los dirigentes para organizar grupos y realizar cualquier actividad.

Esta parece ser una característica del momento actual. Recordemos que hasta septiembre de 1973 se vivía una experiencia caracterizada principalmente por el alto grado de participación que había alcanzado el sector popular a través de las Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Centros de alumnos, Centros de Padres y Apoderados, Comités de Salud, Comités de Distribución de Alimentos y especialmente a través de la militancia política.

La actual situación de inercia y apatía merece ser estudiada, buscando respuesta a preguntas como éstas: ¿es consecuencia de la represión y atemorización sistemática a que ha estado sometido el país? ¿Obedece sólo a la falta de espacios de libre discusión crítica? ¿Indicaría una pérdida de conciencia política en los sectores populares?

5. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS

Estos nos permitirán tener una visión más clara de la situación de extrema pobreza en que vive la mayoría de las familias entrevistadas. La variable fue estudiada a través de los indicadores Vivienda y Sitio; Ocupación; Ingreso y Consumo.

a) El Problema del Sitio y Condiciones de la Vivienda.

En las reuniones sostenidas con diversos grupos se constató que una de las principales preocupaciones de los pobladores es el sitio. Incluso, es el único problema que consigue movilizarlos actualmente. Un indicador para analizar este problema es el de tenencia del sitio.

CUADRO N°12: TENENCIA DEL SITIO POR SECTORES

Sectores Categorías	HERMIDA 1		HERMIDA 2		HERMIDA 3		SAN PEDRO		LA FAENA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
N/ C	2	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.7
Propietario	16	5.8	-	-	-	-	-	-	3	1.1	19	6.9
Arrendatario	-	-	-	-	-	-	1	0.4	2	3.5	3	1.1
Sub-arrendatar.			3	1.1							3	1.1
Tomado					65	23.9	15	5.5			80	29.4
Asignatario	34	12.5	35	12.8			34	12.5	51	18.7	154	56.6
Allegado	1	0.4					9	5.3			10	3.7
Otro							1	0.4			1	0.4
TOTAL	53	19.4	38	13.9	65	23.9	60	22.1	56	20.6	272	100.0

Podemos ver que sólo el 6.9 % de los entrevistados es propietario del sitio que actualmente ocupa. El 56.6% es asignatario; el 19,4% de los sitios se encuentra en situación de toma, y el 3.6% de los entrevistados vive en calidad de allegado.

El asignatario es la persona que se encuentra en proceso de compra del sitio previa firma de un Contrato de Compraventa con SERVIU. En la fecha que fue aplicada la encuesta el valor de la cuota mensual por este concepto era de \$ 622. El 54% de las personas entrevistadas reconoció no poder pagar esta cantidad.

El contrato expresa en uno de sus puntos que al comprador se le exigirá el total de la deuda si se atrasa en el pago de tres cuotas mensuales, seguidas o no (1). Dada la precaria situación económica de las familias estudiadas, es fácil entender que su mayor preocupación sea el problema del sitio.

En lo que respecta a condiciones de la vivienda, se observa, en primer lugar, que la mayoría de las viviendas son de construcción ligera, ya sea de madera en paneles (como es el caso de las viviendas de la población La Faena, y algunas de los sectores 1 y 2 de Lo Hermida) o "mediaguas" (construcción de madera sin piso con techo de fonolita) como en el campamento Pedro Lagos y en el sector 3 de Lo Hermida.

En la encuesta obtuvimos datos acerca del número de piezas y camas con que cuenta cada hogar. El 23.2% de las viviendas estudiadas consta de sólo 2 piezas; el 27,2 % de 3 piezas y el 36% de 4 piezas.

En cuanto a las camas con que cuenta cada hogar (ver el cuadro siguiente) observamos que el 21,5% de los hogares cuenta con 2 camas; el 33,7% cuenta con 3 camas; el 27,8% con 4 camas y el 8,14% con 5 camas.

(1) Contrato de Compraventa. Art. 3º D.L. 2833 (D.O. 5 Sept. 1979).

La relación entre el número de personas en el hogar y el número de camas, nos entrega información sobre la existencia de hacinamiento en los hogares. Esta relación está también expresada en el cuadro N°12.

Para efectos de este estudio, consideramos "situación de hacinamiento", la relación de tres o más personas por cama. Vemos que el 18,33 % de los hogares estudiados (es decir 49 casos) presenta esta característica.

La situación de hacinamiento trae, entre otras consecuencias, la promiscuidad, mayor probabilidad de contagio de enfermedades y problemas de tipo psicológico.

CUADRO N° 13: RELACION ENTRE EL TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR Y EL N° DE CAMAS

N°Camas	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		TOTAL	
N°Person.	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1																								
2	2	0.74	9	3.33	2	0.74																	13	4.8
3	3	1.1	14	5.16	6	2.22	1	0.4															24	8.9
4	3	1.1	17	6.29	17	6.30	13	4.8	1	0.4													51	18.9
5			8	2.96	21	7.8	13	4.8	2	0.74													44	16.3
6			3	1.1	24	8.9	21	7.8	2	0.74	1	0.4											51	18.9
7			3	1.1	13	4.1	11	4.1	3	1.1	4	1.48											34	12.6
8			2	0.74	5	1.85	8	2.96	6	2.22	2	0.74											23	8.5
9					1	0.4	3	1.1	3	1.1	2	0.74	1	0.4									10	3.7
10							3	1.1	4	1.48	2	0.74									1	0.4	10	3.7
11			1	0.4	1	0.4	1	0.4															3	1.1
12			1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	2	0.74											6	2.2
14													1	0.4									1	0.4
TOTAL	8	2.96	58	21.5	91	33.7	75	27.8	22	8.14	13	4.81	2	0.74							1	0.4	270	100.0

Otro aspecto relevante al estudiar las condiciones de la vivienda es el tipo de sistema de eliminación de excretas con que ésta cuenta.

En los subsectores estudiados, el 76,8 % de las viviendas posee Pozo Negro; el 14,7% posee sistema de alcantarillado; el 4.4% posee Pozo Séptico y el 3.3% posee Letrina.

Como vemos, las viviendas con sistema de alcantarillado representan el porcentaje menor dentro de la muestra, hecho que tiene fuerte insidencia en el estado de salud de la población, especialmente en los niños.

b) Ocupación

Las características de ocupación del sector, con un alto índice de cesantía y trabajadores no calificados implican, además de los bajos ingresos que un importante número de personas no está adscrita a sistemas previsionales y de atención de salud, lo que a su vez es determinante para el nivel de salud física y mental de la población, que como veremos en el capítulo siguiente, en este sector es muy bajo.

En el cuadro siguiente hemos cruzado datos de categorías ocupacionales por la situación del jefe de hogar en los distintos sectores estudiados.

CUADRO N°14: OCUPACION DEL JEFE DE HOGAR POR SECTORES

Sectores Categorías	HERMIDA 1		HERMIDA 2		HERMIDA 3		SAN PEDRO		LA FAENA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Cesante	6	2.3	15	5.9	9	3.5	13	5.1	21	8.2	64	26.0
P.E.M.	-	-	-	-	2	0.8	1	0.4	1	0.4	4	1.0
Tbjos. Ocasional	4	1.6	6	2.3	1	0.4	8	3.1	8	3.1	27	10.5
Obreros No Calif	14	5.5	3	1.2	20	7.8	12	4.7	23	4.7	61	23.8
Obreros Calific.	8	3.1	4	1.6	5	2.0	5	2.0	-	-	22	8.6
Emp. Servicios.	23	1.2	6	2.3	7	2.7	11	4.3	3	1.2	30	11.7
Jubilados	1	0.4	1	0.4	8	3.1	-	-	3	1.2	13	5.1
Dueña de Casa	3	1.2	-	-	8	3.1	6	2.3	3	1.2	20	7.8
TOTAL	36		35		52		56		51		243	

Como se desprende del análisis del cuadro precedente:

- el 25 % de los jefes de hogar se declara cesante
- el 23% es obrero sin calificación
- El 10.5% sólo realiza trabajos ocasionales (pololos)
- el 8.6% es obrero calificado
- el 5.1% es jubilado o pensionado
- el 11.7% es empleado de servicios (asesora del hogar, mayordomo, etc.)
- el 7.8% realiza labores de casa, y
- el 1.6% está adscrito al P.E.M.

Si consideramos que el PEM y los trabajos ocasionales son en realidad cesantía, tenemos que el 37.1% de los jefes de hogar se encuentra cesante.

En relación a estos datos, es importante destacar el bajo porcentaje de adscritos al P.E.M. Esto se explica por el rechazo existente hacia éste. Muchos pobladores declaran que recurren al P.E.M. como última instancia, después de haber agotado otras como el trabajo ocasional.

Esta situación obliga a la familia a desarrollar una estrategia de supervivencia que implica el trabajo ocasional o "pololo", el servicio doméstico y lavados de la cónyuge o hijas mayores, la mendicidad o venta de dulces de los niños, etc.

Por otra parte, esta situación tiene dramáticas repercusiones en el ámbito de las relaciones intra-familiares, ya que el hombre cesante, al no poder responder a las exigencias de su rol de proveedor económico, ve también afectado su papel como jefe de hogar, el que empieza a ser asumido por la cónyuge o los hijos mayores. A su vez, este hecho provoca frecuentes conflictos al interior del grupo familiar.

El índice de cesantía para el total de la muestra alcanza al 62,1%. Si relacionamos este dato con los ingresos de la familia, vemos claramente la situación de pobreza crítica que ésta enfrenta.

c) Ingreso y Consumo

Los datos corresponden al mes de octubre de 1979. En este análisis es importante tener presente que la mayoría de las personas entrevistadas tienen trabajos ocasionales, luego, los ingresos declarados sólo tienen valor para el período estudiado, ya que la inestabilidad ocupacional determina importantes fluctuaciones en el ingreso familiar.

El cuadro siguiente nos muestra los ingresos del jefe de hogar.

CUADRO N°15 : INGRESOS DEL JEFE DE HOGAR

CATEGORIAS	F	%
NO CONTESTA	5	1.8
NO PROCEDE	36	13.2
MENOS DE 1.000	27	9.9
1.001 - 2.000	68	25.0
2.001 - 3.000	63	23.2
3.001 - 4.000	36	13.2
4.001 - 5.000	16	5.9
5.001 - 6.000	10	3.7
6.001 - 7.000	3	1.1
7.001 - 8.000	4	1.5
8.001 - 9.000	2	0.7
9.001 y más	2	0.7
TOTAL	272	100.0

El 25% de los jefes de hogar percibe entre \$ 1.001 y 2.000 (pesos) mensuales; el 23.2 % percibe entre \$ 2.001 y 3.000 mensuales y el 13.2 % percibe entre \$ 3.001 y 4.000 mensuales (1)

(1) 1 US.\$ 39. (Agosto 1980)

El ingreso mensual promedio de los jefes de hogar es de \$ 3.654. Pero es importante destacar que el 58,1% de los jefes de hogar perciben un ingreso inferior al promedio señalado.

En la mayoría de los casos estudia dos otros integrantes de la familia aportan al ingreso del grupo, además del jefe de hogar. Por ejemplo, para el segundo integrante de la familia tenemos que el 9,9 % percibe entre \$ 2.001 y \$3.000 mensuales; el 7.4% percibe entre \$1.001 y 2.000 mensuales y el 6% percibe menos de \$1.000 mensuales (el 69.8% de estas personas es cónyuge o conviviente del jefe de hogar).

De estos datos podemos deducir que en aquellos casos que el jefe de hogar percibe algún ingreso, es él quien hace el aporte más significativo al ingreso familiar.

A continuación presentamos el ingreso del grupo familiar

CUADRO N°16: INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

CATEGORIAS	F	%
SIN INGRESOS	7	2.6
Menos de 1.000	17	6.3
1.001 - 2.000	56	20.6
2.001 - 3.000	62	22.8
3.001 - 4.000	41	15.1
4.001 - 5.000	34	12.5
5.001 - 6.000	21	7.7
6.001 - 7.000	10	3.7
7.001 - 8.000	14	5.1
8.001 - 9.000	3	1.1
9.001 y más	7	2.6
TOTAL	272	100.0

De acuerdo a esta información, el ingreso familiar promedio para la muestra es de \$3.875 mensuales. Este promedio, sin embargo, está afectado por aquellos casos extremos de ingresos muy altos. Observemos que el 52.3% de los casos se ubica bajo este promedio.

Relacionando el ingreso promedio con el número promedio de personas en el hogar, obtenemos el ingreso mensual per cápita que es de \$ 767 (1)

Recordemos que este dato por ser un promedio, también está afectado por los casos extremos de la muestra, luego, no es representativo de la realidad de más del 50% de la población estudiada, y sin embargo nos ayuda a ilustrar la crítica situación que vive hoy día la familia popular.

Si el ingreso mensual per cápita es de \$767, cada familia, en promedio, dispondrá de \$ 129,16 (aproximadamente 3,4 dólares) para el consumo diario. Pero si pensamos en el precio de algunos productos alimenticios básicos, observamos que de hecho, con este ingreso la familia no alcanza a satisfacer ni siquiera la necesidad básica del alimento. Por ejemplo, en el mes de Octubre de 1979, 1 K. de pan valía \$ 25; 1 litro de leche \$ 21 y 1 K. de carne (posta) \$ 180.

Esto explica que la mayoría de las familias destine el 100 % de su ingreso a alimentación, en desmedro de otras necesidades, como por ejemplo atención de salud, educación, vestuario, pago de cuotas de vivienda, agua, luz, etc. Por otra parte, el bajo ingreso obliga a la familia a endeudarse para satisfacer en parte sus necesidades. Es así como muchas familias declaran deudas en el almacén, que en algunos casos equivalen al 100% del ingreso familiar.

La cesantía del jefe de hogar y sus secuelas de miseria obligan a la familia a desarrollar toda una suerte de estrategias de sobrevivencia que incluyen el trabajo de la mujer, y de los hijos; recurrir a organizaciones asistenciales como el comedor (patrocinado por la Iglesia); la venta de enseres de la casa; la expulsión de los integrantes que pueden valerse por sí solos; y la incorporación de personas que aporten al ingreso familiar, como es el caso de los familiares jubilados.

$$(1) \text{ Ingreso } \bar{X} = \frac{\text{Ingreso familiar}}{\bar{X} \text{ personas por hogar.}}$$

6. SINTESIS Y CONCLUSIONES

Se ha descrito en términos generales algunas dimensiones sociales de la situación de la familia poblacional y que inciden en las condiciones de salud que ella presenta.

Se entrevistaron a 272 familias obteniéndose información para un total de 1.492 personas.

En síntesis, se puede apreciar que la mayoría de las familias de las poblaciones estudiadas presentan una estructura de tipo nuclear (Padres e hijos). Sin embargo, hay que destacar, que existen proporciones significativas de familias que incorporan parientes y allegados al grupo familiar y que habitan en la misma vivienda o en una construida en el sitio del grupo familiar base.

El 63 % de los jefes de hogar son hombres, y un 36,4% son mujeres. Este porcentaje es bastante alto lo que nos da cuenta de una estructura típica de la familia en la que, ya sea por la vía de desintegración o abandono del jefe de hogar, la mujer asume la responsabilidad total del grupo familiar. Por otra parte, muchas mujeres se consideran a si mismas como jefe de hogar ya que, frente a la cesantía de su cónyuge, ellas asumen la responsabilidad del mantenimiento económico de la familia.

Uno de los aspectos ambientales que influyen en la situación de salud está caracterizado por la situación de vivienda del grupo familiar. En la muestra estudiada encontramos que la mayoría de las personas habita en viviendas que tienen dos y tres piezas produciéndose un hacinamiento dado el número relativamente alto de personas que componen el grupo familiar. Este dato se cruzó con el número de camas que cuenta el grupo familiar y se observa que en el 17.3% de las familias hay más de una persona por cama. Esta situación, de acuerdo a la problematización realizada por los grupos a través del uso del "Folleto de Salud" tiene serias consecuencias para una serie de enfermedades tales como respiratorias e infecciosas en general y, a su vez, crea tensiones en el grupo familiar y promiscuidad.

La situación de la vivienda, además, se ve afectada por la mala calidad o estado general que presenta y por la situación de inseguridad que hay con respecto a su tenencia o propiedad, ya que una proporción significativa de las familias, llegó a la población por la vía de hecho a través de una "toma de terreno".

Con respecto a la situación económica se observó que un 25% de los jefes de hogar se declararon cesantes proporción que aumenta si consideramos que las personas que trabajan en el Programa de Empleo Mínimo y aquellas que se declararon con actividad laboral ocasional son también cesantes. Frente a esta situación se observa un aumento de ocupaciones informales desempeñadas por la mujer (lavados, servicio doméstico y otras) y los hijos también deben asumir una responsabilidad económica desempeñando actividades tales como comercio ambulante, servicios en general y mendicidad. Esta situación limita las posibilidades educacionales de los hijos y los introduce a una práctica de socialización y de condición social general que afecta sus niveles de salud. La situación económica de la familia se ha deteriorado, de acuerdo a la percepción que los propios entrevistados manifiestan, lo que se puede apreciar si comparamos los datos con otros provenientes de estudios realizados en años anteriores. Esta realidad ha implicado que lo que anteriormente se entendía o se percibía como una situación de emergencia ya es asumida como una situación permanente con todo lo que implica en términos de realidad concreta y perspectiva de mejoramiento del nivel de vida.

IV. ENFERMEDADES Y ACCIONES EMPRENDIDAS PARA ENFRENTARLAS.

En el capítulo anterior hemos presentado aquellos aspectos que, socialmente, están vinculados con la situación de salud de la población entrevistada. De este modo, nuestro enfoque ha pretendido en el análisis de la información recogida, tomar en cuenta la estrecha relación existente entre las condiciones sociales y los "fenómenos de salud" con el fin de plantear la temática en términos de una "situación de vida" y no en forma autónoma del resto de circunstancias que están presentes en las condiciones de subsistencia del grupo familiar.

En este capítulo se analizarán los datos recogidos, fundamentalmente a través de la encuesta, en torno a los problemas que los entrevistados identificaron como situación crítica de salud. Estos se refieren a las enfermedades más frecuentes en el grupo familiar, las acciones emprendidas para enfrentarlas y la percepción de problemas de salud que expresan en torno a la realidad de su medio: la población.

Detrás de la información entregada se observa la vigencia de una concepción determinada de Salud. Esta se reduce a una situación crítica que afecta el normal funcionamiento "biológico" de la persona y, aún más, alude a una situación extrema, es decir, se considera "enferma" a la persona cuando ésta ya no puede sostenerse y requiere de atención de urgencia para calmar la enfermedad.

En la concepción de la salud de los entrevistados no se observa una opinión respecto a la "prevención" de la enfermedad o, no se entiende como una situación igualmente crítica, la manifestación incipiente de cualquier enfermedad. Así, entonces, por ejemplo, una persona puede tener males a la columna, a las piernas, los niños pueden estar resfriados o con dolor de estómago pero, mientras estos síntomas no se compliquen y no se presente un cuadro más extremo, para los sujetos no constituye una enfermedad de la cual haya que preocuparse.

es!

Por otra parte, se observó a través de las entrevistas, la existencia de una especie de "tabú" en torno a las enfermedades. Las personas entrevistadas no entregaron la información en forma espontánea, muchas veces hubo que insistir y dar mayor orientación en la pregunta para que declararan una enfermedad vigente en el grupo familiar. Al analizar esta situación, los pobladores que actuaron como entrevistadores, señalaron que esta es una realidad común ya que, muchas veces, un vecino no sabe la situación de vida y menos, la situación de salud, de la familia que vive en la casa contigua. Hay una individualización del problema de la enfermedad y, existe un tabú que cuida la dignidad de la persona. Es decir, el tener cierto tipo de enfermedad afecta el "prestigio" o la dignidad de la persona y del grupo familiar. Así se da el caso que las familias no tienden a declarar la existencia de un enfermo alcohólico o de un niño con retardo mental, o niños en situación de desnutrición y otras que son percibidas como un "mal" o un "pecado" que perjudica la imagen del grupo familiar.

Esta concepción es importante hacerla notar ya que, en el análisis de los datos, se observa que mucha de la información disponible está connotada por estos aspectos haciéndose necesario una reflexión más profunda con grupos de pobladores en torno a los datos disponibles con el fin de acercarse a la realidad verdadera.

1. POBLACION ACTUALMENTE ENFERMA

En la encuesta se consultaba la identificación de las personas que actualmente se encuentran enfermas en la familia y se solicitaba, además, que indicaran el tipo de enfermedad y la acción realizada para enfrentarla. Un primer análisis descriptivo de las respuestas entregadas nos revela lo siguiente:

En el 40.1% de las familias encuestadas hay una persona enferma. En el 14.0% de las mismas familias encuestadas hay dos personas enfermas. En el 5.9% hay tres personas enfermas, y en el 0.7%, hay cinco personas enfermas.

Como se puede apreciar el caso de familias con más de dos enfermos no es frecuente. La mayoría de las familias donde hay uno o dos enfermos están constituidas por cuatro o cinco miembros. Es significativo, sin embargo, que más del 60% de las familias encuestadas tengan al menos una persona enferma.

Con el fin de relacionar el problema de la enfermedad con la situación social del grupo familiar se cruzaron los datos de número de enfermos en la familia con ingreso del grupo familiar. Consideramos la variable ingreso como una que, desde el punto de vista social, sintetiza un conjunto de dimensiones de la situación de vida de la unidad familiar.

CUADRO N°17: SITUACION ECONOMICA DE FAMILIAS CON ENFERMOS (en %)

INGRESOS (EN \$)	NUMERO DE ENFERMOS				
	1	2	3	4	5
1.000	4.5	0.6	-	-	-
1.001-5.000	50.7	15.0	4.2	1.2	1.2
5.001-9.000	8.4	7.2	5.1	-	-
más de 9.000	-	-	-	-	-
TOTAL	63.6	22.8	9.3	1.2	1.2

Como se desprende del cuadro los grupos familiares que cuentan con un ingreso menor de \$ 5.000 mensuales son los que concentran una mayor proporción de miembros del grupo familiar que actualmente se consideran enfermos.

Aunque la variable ingresos puede influir en la manifestación de enfermedades en el grupo familiar ésta no aparece como la única que puede explicar tal situación. Si comparamos el ingreso de los grupos familiares de las familias que declararon no tener enfermos en su grupo vemos que no hay diferencias significativas con la realidad descrita en el cuadro anterior.

CUADRO N°18: COMPARACION DE LOS INGRESOS DE LAS FAMILIAS CON ENFERMOS Y LAS FAMILIAS SIN ENFERMOS

INGRESOS	CON ENFERMOS		SIN ENFERMOS	
	F	%	F	%
menos 1.000	9	5.5	8	8.0
1.001 - 5.000	120	72.7	73	73.0
5.001 - 9.000	36	21.8	19	19.0
más de 5.001	-	-	-	-
TOTAL	165	100.0	100	100.0

La tabla nos muestra que no hay diferencias significativas entre la magnitud de los ingresos de las familias que tienen enfermos y las que no lo tienen.

Este hecho indica que, en la muestra estudiada, el ingreso no es una variable que explica los diferenciales de situación de enfermedades en los grupos familiares. En ambos grupos familiares, aunque existan diferencias de ingresos, existe la misma situación social con respecto a la sociedad; son grupos marginalizados. Por tanto, el dinero que obtiene un grupo familiar no va a influir significativamente en una mejor situación de salud. Existen otros aspectos, como por ejemplo, condiciones de la vivienda, tipo de alimentación, acciones preventivas y de control realizadas y otras que están influyendo en las condiciones de salud del grupo familiar.

En cuanto a situación ocupacional, se encontró que en el 36% de las familias donde no hay enfermos el jefe de hogar declara estar cesante o con trabajo ocasional. En el resto de las familias con enfermos el jefe de hogar tiene algún tipo de trabajo estable. Este porcentaje de cesantía es similar al encontrado en los hogares donde no hay enfermos (37.7%).

La comparación tanto de los ingresos como de la situación ocupacional, entre las familias con y sin enfermos, señala que, aparentemente, el

hecho de que el jefe de hogar tenga algún tipo de trabajo estable y un ingreso fijo no es una condición más ventajosa para solucionar problemas de salud en comparación con un jefe de hogar que esté cesante y sin ingreso fijo.

Este hecho nos revela la naturaleza estructural de la situación de salud y la globalidad con que afecta a los grupos familiares la condición de marginalización.

2. COMPORTAMIENTO DE LA POBLACION FRENTE A LOS CENTROS ASISTENCIALES DE SALUD.

Uno de los recursos disponibles más importantes para el grupo familiar es la existencia de centros asistenciales (policlínicos, postas, hospitales) en el sector. A ellos recurre para control, prevención y tratamiento de las enfermedades y, a su vez, estos centros orientan hacia la población que les corresponde programas masivos de prevención, y educación. Esta ha sido la práctica tradicional de los centros dependientes del S.N.S. y, con el fin de conocer el tipo de relación que establecen los sujetos con ellos, se preguntó a los entrevistados en torno a las visitas y tipo de consulta que han realizado en estos centros.

CUADRO N°19: LUGAR VISITADO EN LA ULTIMA CONSULTA

CONSULTORIO	F	%
No contesta	74	27.2
La Faena	121	44.5
San Roque	24	8.8
Hospital Salvador	18	6.6
Hospital Calvo Mackenna	15	5.5
Posta N°4	5	1.8
Policlínico SERMENA	2	0.7
Posta Central	2	0.7
Otros	11	4.0
TOTAL	272	100.0

La población entrevistada recurre principalmente al consultorio La Faena del S.N.S., para consultar sus problemas de salud (44.5% de las últimas visitas a organismos de salud). El policlínico San Roque tiene la segunda frecuencia como lugar de la última consulta realizada por los pobladores encuestados (8.8%).

El Consultorio La Faena atiende a todo el sector de Lo Hermida (que tiene 3 sectores) y la población La Faena. Tiene una dotación de 6 médicos y se reparten 120 números para atención al día.

En cuanto a la evaluación de la atención, el 62,5% declara haber sido atendido "muy bien" o "bien". Sólo un 1.1 % señaló que "no fue atendido". El 16.2% calificó la atención como "regular" y un 7.4% la calificó de "mala".

Este dato, que refleja un juicio u opinión sobre un servicio, tiene relación con la concepción de salud vigente en el pensamiento popular. El rol y status que tiene el médico y el servicio asistencial hace pensar al sujeto que, cualquier indicación o atención que reciba de éste es adecuado e ideal. Al analizar estos datos con grupos de pobladores fue posible ir más a fondo en las respuestas entregadas. Se nos señaló que para ser atendidos en el policlínico hay que hacer colas desde las 6 de la mañana para obtener número de atención, la que comienza a las 9 A.M. A esta cola, por lo general, concurre la madre con el enfermo afectando la espera y la situación misma de la enfermedad del niño (por ejemplo, niños con principio de bronco neumonía). Por otra parte, los pobladores opinaban que el trato que recibían no era adecuado. Es frecuente la experiencia de que las madres son tramitadas o "retadas" por los funcionarios y estos tienen un trato despreciativo con ellas. Algunos pobladores relataron la experiencia de indicaciones equivocadas de los médicos respecto a las enfermedades de los niños causando muchas veces trastornos más complicados. Todos los pobladores coincidieron en el hecho de que, con motivo de los problemas económicos de los centros asistenciales, reciben "aspirina" para cualquier tipo de enfermedad.

Algunas de las opiniones entregadas fueron:

"la atención es pésima, incluso el local es malo"

"mucha burocracia, tramitan mucho"

"aunque uno vaya muy enfermo o lleve a un enfermo muy grave, si no toca número no lo atienden".

"uno pasa todo el día en el Poli, llega a las 6 de la mañana para alcanzar un número y a las 8 reparten los números. El médico empieza a atender a las 10, pero a veces uno toca número para la tarde.

Estas opiniones nos dan cuenta de un problema más profundo que, por diversas razones, no fue posible detectar a través del método de la encuesta.

Los motivos más frecuentes para la asistencia y consulta en los centros señalados anteriormente son los siguientes:

CUADRO N°20: MOTIVO ULTIMA CONSULTA EN CENTROS DE SALUD.

MOTIVO DE CONSULTA	F	%
Enfermedad adulto	121	44,5
Enfermedad niño	59	21.7
Control adulto	7	2.6
Control niño	35	12.9
Control dental	8	2.9
No contesta o no procede	41	15.1
Otro motivo	1	0.4
TOTAL	272	100.0

Del cuadro se desprende que los motivos principales de consulta son la enfermedad de adulto y de niños. Este motivo se refiere a acciones de emergencia, situación crítica o grave de la enfermedad, y no obedece a una consulta de tipo preventivo o de control. Este último dato se observa claramente en los indicadores que señalan que sólo un 2.6% de los adultos se "controlan" en contraste con el 44.5 que consulta con motivos de enfermedad. En los grupos de pobladores de reflexión de estos datos se señaló que el adulto tiene una serie de prejuicios para recurrir a un centro de salud y sólo lo hace cuando la situación es extremadamente grave. Entre las opiniones que señalan estos problemas destacamos aquellas que dicen que: "algunas veces es falta de tiempo, otra es flojera", "... a veces es temor, una no sabe qué le van a encontrar..." Estas opiniones reflejan algunas de las actitudes que los adultos manifiestan frente a los centros asistenciales.

Consultados acerca de la solución obtenida en su última visita a centros de salud, es interesante que sólo un 6.3% de los encuestados declaró no haber obtenido solución. El tipo de solución obtenida para su problema de salud que alcanzó la mayor frecuencia fue "le dieron y/o recetaron remedios", con un 25%. Luego se ubica "le hicieron tratamiento y/o exámen", con un 16.5%.

Por otra parte, se encuentra la opinión de pobladores que relativizan la importancia del policlínico y no concurren a él. Prefieren recurrir a una Posta de urgencia para tratar la enfermedad o, irse directamente al hospital. De acuerdo al tipo de enfermedad los pobladores intercambian informalmente información sobre el tipo de atención que han recibido y el lugar que conviene consultar. Por ejemplo, es frecuente en la población encontrar que un vecino le recomienda a otro que está enfermo que se vaya directamente a una Posta o al Hospital porque en el Policlínico no lo van a atender o le daran una atención rápida y superficial.

Otro dato interesante es la distancia con que los entrevistados concurren a los centros asistenciales de salud. Esto se puede anali-

zar a través de la información entregada en torno a la fecha de la última visita a centros de salud.

CUADRO N°21: FECHA ULTIMA VISITA POLICLINICO

PERIODO	F	%
No contesta	81	29.8
1 a 3 meses	116	42.6
4 a 6 meses	24	8.8
7 a 12 meses	10	3.7
12 a 18 meses	12	4.4
19 a 24 meses	21	4.0
25 a 30 meses	2	0.7
31 a 26 meses	3	1.1
37 meses y más	13	4.8
TOTAL	272	100.0

En relación a la fecha de la última visita al policlínico, las posibilidades de respuesta fluctuaron entre "hace un mes" y "hace más de 3 años". Sin embargo, en el rango de 1 a 3 meses se ubicó el 42.6% de las respuestas. El 29.8% no contestó por diferentes motivos. Entonces, del 70%, aproximadamente, restante, que corresponde al porcentaje de la población que efectivamente recurrió al policlínico para solucionar su problema de salud el 42.6% lo hizo hace 1 a 3 meses. El porcentaje que le sigue en magnitud es de 8.8%, del rango 4 a 6 meses. Lo importante de estos datos, es que además de indicar la fecha de la última visita al policlínico, está señalando en alguna medida la frecuencia con que lo hacen. Se podría interpretar este dato de la siguiente manera: la mayoría de las personas tiene problemas de salud que los lleva a consultar al policlínico con una periodicidad de 1 a 3 meses. O bien: los problemas de salud llevan a los pobladores a consultar al policlínico con una regularidad de 1 a 3 meses, en su mayoría.

3. PERCEPCION DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACION.

Una manera adecuada para aproximar se a la situación de salud consisten en el detectar la percepción que los propios pobladores tienen de los problemas de salud existentes en la población, que constituye el medio inmediato del sujeto. Para ello se consultó a los entrevistados su opinión en torno a los problemas o principales dificultades que ellos ven en la población.

La distribución de las respuestas se aprecia en el cuadro siguiente:

CUADRO N°22: PROBLEMAS DE SALUD QUE LOS POBLADORES PERCIBEN EN SU SECTOR.

TIPO DE PROBLEMA	F	%
No contesta	39	14.39
Desnutrición	88	32.4
Alcoholismo	37	13.6
Drogadicción	2	0.7
Enfermedades a las vías respiratorias.	26	9.6
Enfermedades por falta de higiene ambiental	34	12.5
Problemas nerviosos o 'neurosis'	14	5.1
Infecciones de la piel y afecciones estomacales	15	5.5
Mala atención en centro de salud.	15	5.5
Enfermedades cardio vasc	2	0.7
TOTAL	272	100.0

Para los entrevistados el principal problema que se aprecia en las familias de la población es la desnutrición. Esto, a su vez, nos da cuenta de la observación de una de las consecuencias directas de la situación económica y que se

refiere a la mala alimentación de los niños. Se señalaron como problemas significativos el alcoholismo y la neurosis. Estas enfermedades, al analizarlas con los pobladores, se presentaron muy vinculadas a la situación de cesantía del jefe de hogar. El hombre cesante - se dijo- tiende al alcoholismo y, en su familia, se vive una situación tensa lo que influye en la neurosis de la mujer y de sus hijos. Por último, es importante la percepción de los problemas de salud causados por las malas condiciones de la vivienda y la falta de higiene ambiental. Esto alude tanto a la realidad material existente (basurales, pozos negros) como también a un problema de hábitos existentes en las familias.

Es interesante contrastar estos datos, que corresponden a la percepción de los propios pobladores, con las cifras reales de las enfermedades actuales más frecuentes que se presentarán en el cuadro siguiente. En general, hay una consistencia en cuanto al problema de la desnutrición, las enfermedades a las vías respiratorias y las enfermedades por falta de higiene ambiental (tifus, diarreas, etc.). La percepción que los pobladores tienen de los "problemas nerviosos", sin embargo, es menor que la realidad del hecho: actualmente hay más gente con "problemas nerviosos" que lo que los mismos pobladores alcanzan a percibir.

4. ENFERMEDADES MAS FRECUENTES DE LA POBLACION ENTREVISTADA.

A partir de la información recogida a través de la encuesta y de las reuniones de análisis realizadas con el "folleto de salud" es posible construir un perfil de las enfermedades más frecuentes en la familia poblacional. Esto nos da una visión específica del tipo de problemas y de contenidos que debe contemplar el proyecto "Familia y Salud."

En el siguiente cuadro se presenta la distribución obtenida en la muestra entrevistada y que contempla: las personas que se declararon enfermas, el tipo de enfermedad y la edad de cada

uno de ellos. Posteriormente se analizan los datos que, para el mismo perfil de enfermedades, entrega la reflexión que se hizo con grupos de pobladores en torno al "folleto salud". Ambos tipos de información nos dan una visión más completa de las enfermedades y situaciones-problemas de salud de la familia popular hoy día.

CUADRO N°23: ENFERMEDADES SEGUN EDAD Y TIPO DE ACCION EMPRENDIDA FRENTE A ELIAS

EDAD TIPO ENFERMEDAD	1-5	6-12	13-22	23-35	36-50	+ de 50	% total en re muestra	PRIMERA ACCION EMPRENDIDA (*)			
								1	2	3	4
1. Afección vías respiratorias.	15.8	18.4	17.6	7.5	20.0	8.6	14.8	62.5	16.7	-	4.2
2. Pestes, contagios	5.3	5.3	2.9	-	-	-	1.9	-	100.0	-	-
3. Afecciones al aparato digestivo.	-	2.6	8.8	5.0	10.0	5.7	6.0	6.6	-	8.3	
4. Lesiones óseas y accidentes.		5.3	14.7	15.0	10.0	34.3	13.9	50.0	25.0	-	25.0
5. Enfermedades de la piel y alérgicas.	5.3	5.3	2.9	2.5	2.0	2.9	2.8	66.7	-	-	33.3
6. Enfermedad o infección ocular.	5.3	7.9	2.9	-	2.0	2.9	3.2	36.0	50.0	-	13.6
7. Enfermedades mentales y cerebral	5.3	23.7	2.9	20.0	12.0	11.4	13.4	-	50.0	-	25.0
8. Alcoholismo	-	-	-	5.0	8.0	-	2.8	20.8	58.3	-	16.7
9. Desnutrición, raquitismo y diarrea.	42.1	18.4	5.9	15.0	4.0	25.7	15.7	50.0	50.0	-	-
10. Enfermedades cardíacas Patologías sanguíneas.	5.3	5.3	-	5.0	-	-	1.9	25.0	75.0	-	-
11. Cirugía apéndice prob. vasculares	-	5.3	8.8	5.0	4.0	-	3.7	-	66.7	-	-
12. Parto y patologías del embarazo.	-	-	2.9	2.5	2.0	-	1.4	36.7	50.0	-	10.0
13. Otros (diabetes, renal, dental)	7.5	10.5	29.4	17.5	26.0	8.6	18.5	78.0		15.4	
TOTAL	100.0 (n=19)	100.0 (n=38)	100.0 (n=34)	100.0 (n=40)	100.0 (n=50)	100.0 (n=35)	100.0 (n=216)				

(*) 1. Consulta médica 2. Llevar a hospital 3. Autorecetarse 4. Nada

Del cuadro se desprende que las enfermedades más frecuentes en la población que se encuentra actualmente enferma son:

- a) Las afecciones a las vías respiratorias, que comprende: laringitis, TBC, bronquitis, bronconeumonía y otras. Constituyen el 14.8% de las personas actualmente enfermas, cuyas edades fluctúan entre 1 y 60 años. La mayor concentración se observa en personas de 36 a 50 años. La gran mayoría de las personas con afecciones a las vías respiratorias recurre a los centros asistenciales tradicionales de salud: consulta médico o va al hospital.
- b) Enfermedades mentales y cerebrales, que comprende: neurosis, epilepsia, esquizofrenia y otras. Constituyen el 13.4% de las personas que actualmente están enfermas. Afecta fundamentalmente a los niños de 6 a 12 años y a los adultos mayores de 25 años. Aunque las estadísticas no lo especifican, se presume que las epilepsias y daños orgánicos cerebrales afectan a los menores y las neurosis a los adultos. La mayoría de estos enfermos recurre al hospital y al médico en respuesta a su afección, sin embargo, hay un importante número (13.6%) de ellos que declara no haber hecho nada para solucionar su problema. Nuevamente, se presume que aquellos que no hacen nada son los adultos enfermos de neurosis. Los menores tradicionalmente cuentan con más facilidades para su atención.
- c) Desnutrición, raquitismo y diarreas. Constituye el 15.7% de las personas actualmente enfermas y afecta principalmente a los niños hasta de 12 años y a los adultos mayores de 50 años. La mayoría recurre al hospital y al médico para solucionar su problema, no obstante un 16.7% declara no haber hecho nada para enfrentarlo.

Es interesante constatar que las acciones emprendidas para solucionar los problemas de salud apuntan en forma principal a recurrir a los centros asistenciales de salud. El 78.4% de los pobladores recurre al médico o al hospital para

solucionar su problema de salud. En las afecciones al aparato digestivo, que representan el 6% de los enfermos, se observa un importante porcentaje (30.8%) que declara haberse auto-recetado medicinas o hierbas.

Otro dato interesante es que el mayor porcentaje de persoans enfermas se da entre los 36 y 50 años (23.1%) y el menor entre 1 y 5 años (8.7%). Esto se puede explicar debido a que el S. N.S. tradicionalmente ha favorecido la atención en Salud a los menores. Muchos programas de salud pública están encaminados a proteger la salud del niño. Luego es comprensible que el menor porcentaje de personas actualmente enfermas corresponda precisamente a los niños, puesto que han tenido mayor y mejor atención.

Por otra parte, la información obtenida mediante el folleto "Salud" en los centros estudiados permite distinguir cinco grandes áreas de problemas relacionados con la salud, tal como lo perciben los pobladores que participaron en la experiencia.

- a) Desnutrición: Afecta principalmente a los niños, aunque también hay conciencia de que los adultos no se alimentan bien. No hay vergüenza de reconocerlo como experiencia propia. Hay consenso en que la causa principal de esta enfermedad es la falta de medios económicos debido a la cesantía y a los bajos sueldos, se responsabiliza en última instancia al sistema de gobierno. También se responsabiliza al S.N.S. debido a que no da una solución asistencial adecuada o suficiente para rehabilitar este mal. Se observa que las soluciones propuestas para enfrentar esta enfermedad también son de tipo "estructural", aumentar fuentes de trabajo, cambiar la orientación política del gobierno, aumentar los sueldos. Otro tipo de soluciones son las "asistenciales"; aumentar el número de comedores, mejorar la alimentación en los comedores, mejorar y aumentar los alimentos que da el S.N.S. Un grupo de jóvenes pobladores propuso, además de las soluciones anteriores, abordar el problema mediante una acción educativa: informar

sobre los contenidos y valores nutritivos de los alimentos, puesto que hay hábitos alimenticios que son deficientes por su costo y valor nutritivo.

Es interesante observar que la desnutrición fue la única enfermedad que proyectó sus alcances más allá de un problema sólo de salud y fue concebido en una dimensión socio-política.

b) Alcoholismo: afecta principalmente a los adultos, aunque se reportan experiencias de niños bebedores. Es percibido como un vicio. Es interesante observar que las mujeres reconocen que hay causas detrás del alcoholismo: evasión de problemas económicos, laborales, sentimentales, presión de los amigos, aprendizaje de modelos adultos, falta de comprensión en la pareja. Hace un tiempo atrás se consideraba que el alcohólico tomaba sólo porque "le gustaba". De todos modos aún hay ambivalencia en cuanto a la naturaleza del problema: enfermedad o vicio.

c) Drogadicción infanto-juvenil: Se ha hecho frecuente en las poblaciones de Lo Hermida ver grupos de niños desde 8 años y de adolescentes aspirando neoprén y fumando marihuana. Algunos de estos grupos de jóvenes causan desórdenes en el sector. Las causas identificadas son: imitación de otros, negligencia y dejación de los padres, falta de trabajo para los jóvenes, falta de cariño y preocupación por los niños en los hogares, que hace que éstos busquen apoyo fuera de la casa.

d) Enfermedades infecto-contagiosas: (diarrea, tífus, sarna). En relación a este tipo de enfermedad fue más difícil lograr que los participantes dieran testimonios personales. Son reconocidas, pero hay reticencia a reconocerlas como propias. De esto se desprende que hay una valoración negativa que implica un desprestigio de quien la padece. Las causas identificadas apuntan a la falta de higiene ambiental: basurales, moscas, perros, falta de alcantarillado. Menos

reconocida como causa es la falta de higiene en la preparación de alimentos y hábitos de limpieza de la población. Las soluciones propuestas para enfrentar este problema dejan la responsabilidad en las autoridades municipales: mejores condiciones de aseo municipal, erradicación de basurales del sector.

c) Neurosis: este problema de salud que los pobladores detectan en su sector es difícil de definir, puesto que alude a comportamientos que de alguna manera se alejan de lo que ellos acostumbran a observar o que califican como "normal". Algunos pobladores definen este cuadro de la siguiente manera:

" darle mucha rabia"

" todo lo altera, insoportable"

" ganas de gritar y pegarle a los niños"

" yo me asustaba fácilmente, daba un salto tan grande que casi me caía"

"siempre ando con la cara amargada, me dan ganas de pegarles (a los niños) pero me arrepiento y ahí me viene el dolor de cabeza"

En los testimonios recogidos en la investigación se observan tres características importantes:

a. Una situación personal de frustración (de necesidades, deseos o expectativas) que se expresa en la conducta habitual como: "siempre con la cara amargada..."

b. Una situación de comportamiento agresivo que no guarda relación directa con el estímulo externo que la provocaría. Esta conducta agresiva se puede explicar según el paradigma frustración-agresión de acuerdo al cual toda experiencia sentida como frustración lleva a

una conducta agresiva. Esta conducta agresiva puede estar dirigida hacia afuera (objetos o personas) o bien puede estar orientada hacia la persona, tomando la forma de conducta auto-permitiva que puede llevar a la depresión.

- c. Una situación de tensión emocional que lleva a la persona a encontrar diferentes formas de desahogo:

"ganas de gritar y pegarle a los niños"

Los pobladores perciben que la causa fundamental de la neurosis son los problemas derivados de la situación económica. Afecta principalmente a la mujer dueña de casa.

5. OTRAS SITUACIONES PROBLEMATICAS DE SALUD

Los pobladores entrevistados y, particularmente, aquellos que participaron en la problematización a través del "Folleto de Salud" señalaron otros problemas de salud y que van más allá de la realidad en cuanto a enfermedades y que aluden a situaciones que el proyecto "Familia y Salud" debe considerar. Entre los problemas más importantes cabe destacar:

- a) Un conjunto de dificultades producto de la "mala alimentación" y pérdida de derechos adquiridos por pobladores y trabajadores en general para beneficiarse de los centros asistenciales. Por ejemplo, se menciona como problema clave el de la libreta de seguro. El poseerla daba garantías para ser atendido en forma gratuita. Hoy día esto no es así debiendo cancelar en efectivo una cuota para poder ser atendido.

Como la situación laboral de los pobladores es inestable (cesantía, empleos ocasionales) los empleadores no mantienen al día las libretas de los trabajadores. Tampoco hay derecho a esa garantía cuando el trabajador no

está contratado en forma permanente.

Otro problema es la dificultad para conseguir número, las esperas demasiado prolongadas y el pago por atención de urgencia en la posta. Las actitudes hacia los centros asistenciales de salud S.N.S es ambivalente: positivas y negativas. Hay críticas y alabanzas al sistema, debido a que algunas veces tienen experiencias positivas (los reciben y solucionan el problema), en cambio otras veces tienen experiencias negativas (no son atendidos, no solucionan su problema a corto plazo).

b) Problemas de salud de tratamiento casero.

Se trata de los resfríos, accidentes caseros (cortaduras, quemaduras, golpes), afecciones gastrointestinales (dolor de estómago, colitis, estitiquéz). Esta área es interesante de destacar precisamente porque son de tratamiento casero, donde no se recurre al S.N.S. y se aplican conocimientos de salud popular. En las enfermedades detectadas a través de la encuesta, se observa que las acciones emprendidas frente a las afecciones gastrointestinales corresponden en una proporción significativa a autorrecetarse remedios o yerbas. Este tipo de acción emprendida tuvo la mayor frecuencia frente a este tipo de enfermedades, en comparación con las demás.

c) Problemas de salud no reconocidos por la comunidad.

Se refieren a los abortos y enfermedades venéreas. Un grupo de jóvenes pobladores reconoció este problema: "se está haciendo común el hecho de que las niñas queden embarazadas y se hagan abortos y hay muchas de esas mujeres parteras ilegalmente". Hay muy poca información al respecto y no se sabe la real magnitud del problema. Lo mismo sucede con las enfermedades venéreas.

6. SINTESIS Y CONCLUSIONES

Más del 60% de las familias encuestadas tienen al menos una persona enferma actualmente. Es probable que este porcentaje de personas enfermas sea habitual en el sector estudiado, puesto que no hay indicadores que señalen esta cifra como momentánea: es decir, no se debería a variaciones circunstanciales causadas por alguna epidemia, virus etc. Se podría sugerir, entonces, que esta cifra es uno de los indicadores que revela el estado de salud actual de los pobladores de Lo Hermida.

Las enfermedades o problemas de salud más comunes, detectados mediante la percepción subjetiva de los pobladores y a través de la encuesta de las personas actualmente enfermas, son las siguientes:

- Desnutrición
- Enfermedades infecto-contagiosas por falta de higiene ambiental
- Afecciones a las vías respiratorias
- Neurosis
- Alcoholismo

Lo interesante de la lista anterior es que son problemas reales de los cuales los pobladores tienen plena conciencia como problemas de salud.

Existe el caso de la drogadicción, infanto-juvenil, que es un problema de salud real, pero que prácticamente nadie reconoce "estar enfermo" a causa de ella. Se podría decir, entonces, que la drogadicción existe como problema de salud, pero los drogadictos o sus familiares no se reconocen (al menos públicamente) como pacientes de una enfermedad.

El 78% de las personas enfermas recurre a los centros asistenciales tradicionales de Salud: Consultorio- hospital - médico. El resto de los enfermos no hace nada o bien recurre a automedicarse.

La "medicina popular", entendida como recursos curativos de la población al margen de

la medicina tradicional entregada por los centros asistenciales de salud, es un fenómeno real, pero que se da frente a cierto tipo de problemas de salud. Su campo es más bien restringido en la práctica: afecciones al tubo digestivo, ciertas afecciones a las vías respiratorias, quemaduras y otros.

La gente conoce recetas caseras de salud, como parte de su sub-cultura. Pero en la práctica se aplican menos de lo que aparentemente se podría suponer. La medicina tradicional es el principal agente de salud. Y, en algunos casos, la medicina popular juega un rol de co-ayudante de los tratamientos prescritos por el médico.

En relación a la atención en los centros asistenciales de salud, es habitual que las personas hagan largas colas desde muy temprano y durante horas para conseguir un número que asegure su posterior atención. Muchas veces no lo consiguen en el primer intento. También es habitual que el personal de estos centros sea descortés en su trato con los pacientes. Dadas estas circunstancias, es sorprendente que el 62.5% de los interesados en la atención declare haber sido atendido "muy bien" o "bien". En conversaciones informales, además, es frecuente escuchar quejas y críticas a la atención en los centros de salud del S.N.S. Por otra parte, sólo un 6.3% de los encuestados declaró no haber obtenido solución para su problema de salud en la última visita al consultorio del S.N.S. En algunos casos, el solo hecho de ser atendido es suficiente para que el poblador declare haber sido "bien atendido".

Estos datos ponen de manifiesto una actitud ambivalente del poblador hacia los centros de salud tradicionales; por una parte hay una consideración positiva de ellos y, por otra, una consideración negativa. Esta ambivalencia se podría interpretar como una toma de conciencia de la necesidad y dependencia de estos centros para solucionar problemas concretos de salud y, a la vez, una clara conciencia de los obstáculos y dificultades que deben enfrentar para satisfacer sus necesidades de salud.

De los datos obtenidos por la encuesta se sabe que las personas actualmente enfermas representan el 15,7% de la población estudiada. Este dato, sin embargo, tiene una validez relativa. No

se puede desprender que el resto (la gran mayoría de la población) goce de buena salud. Por el contrario, existen antecedentes que hacen suponer que su estado de salud general es regular o deficiente aunque no presenten una enfermedad específica en un momento dado. Estos antecedentes se refieren al nivel alimenticio de sus dietas que, dada la precaria situación económica del sector, se reduce en muchos casos a una sub-alimentación crónica. Este estado de sub-alimentación genera una predisposición a adquirir enfermedades. Estas personas, sin embargo, no acuden a los centros de salud a menos que padezcan una enfermedad en su fase aguda.

De acuerdo a nuestras observaciones, el poblador sabe lo que es una enfermedad y sabe distinguir y clasificar las más comunes. Y, al parecer, el criterio para diagnosticar su propio estado de salud es la presencia o ausencia de sintomatología aguda. De acuerdo a este criterio, acuden o no acuden a los centros de salud para resolver sus problemas.

De lo anterior se podría suponer, entonces, que los pobladores no tienen conciencia que el estado de salud consecuente a la sub-alimentación crónica es también un problema de salud del cual deberían ocuparse, aunque no presenten una enfermedad determinada en un momento dado.

Es comprensible que aquello que motiva al poblador a emprender una acción concreta frente a su salud sea la presencia de síntomas agudos. Esta afirmación tampoco se puede generalizar, puesto que también hay casos en que aún en presencia de estos síntomas el poblador no hace nada. En su vida cotidiana hay muchos otros problemas que ocupan su atención constante y motivan con mayor fuerza su conducta. El problema de la alimentación, la preocupación por su situación laboral, la salud de sus propios hijos. Estos problemas no le dejan tiempo para ocuparlo en medidas preventivas de salud.

Esta interpretación es consistente con el dato obtenido a través de la encuesta de que el motivo de consulta menos frecuente entre los pobladores es "control adulto" (sólo un 2.6% de los motivos de consulta de la última visita al policlínico).

Se puede concluir, entonces, que el deterioro de la situación económica de las clases populares, y en particular de los desocupados, ha contribuido a deteriorar el estado de salud de la población adulta (para los niños, especialmente entre 0-2 años, existen programas especiales de atención en salud). Este sector, si bien tiene claro el concepto de enfermedad en cuanto conjunto de síntomas identificables en cuadros típicos, no asume este deterioro del estado de salud como un problema de salud. Se podría decir que su concepto de salud equivale a la ausencia de enfermedad.

De acuerdo a nuestras observaciones, el poblador sabe lo que es una enfermedad y sabe distinguir y clasificar las más comunes. Y, al pasar el criterio para diagnosticar su propio estado de salud es la presencia o ausencia de síntomas. De acuerdo a este criterio, pueden o no acudir a los centros de salud para resolver sus problemas.

De lo anterior se puede inferir, entonces, que los pobladores no tienen conciencia que el estado de salud corresponde a la sub-alimentación crónica es también un problema de salud del cual deberían ocuparse, aunque no presenten una enfermedad determinada en un momento dado.

Es comprensible que aquello que motiva al poblador a emprender una acción concreta frente a su salud sea la presencia de síntomas agudos. Esta situación tampoco se puede generalizar, puesto que también hay casos en que en presencia de los síntomas el poblador no hace nada. En su vida cotidiana hay muchos otros problemas que ocupan su atención constante y por lo tanto con mayor fuerza en los hogares. El problema de la alimentación, la presencia de una situación laboral, la salud de sus propios hijos, entre otros, son problemas que le dejan poco espacio para ocuparse en medidas preventivas de salud.

Esta interpretación es consistente con el dato obtenido a través de la encuesta de que el motivo de consulta menos frecuente entre los pobladores es "control rutinario" (sólo un 3.6% de los motivos de consulta de la última visita al poblador).

V. CONCLUSIONES

1. El objetivo de este estudio ha sido el de conocer las dimensiones o condiciones sociales en las cuales subsiste la familia popular de los medios poblacionales urbanos y los principales problemas de salud que en ella se presentan. La situación de salud se ha tratado de describir y analizar tanto en términos de las enfermedades más frecuentes como también desde el punto de vista de la percepción que los pobladores tienen de estos problemas y el tipo de acción o de conductas que expresan para enfrentarlos.

2. Hemos asumido un concepto amplio de salud. Este alude a una condición o situación de vida que integra los aspectos sociales y biológicos como también los aspectos positivos, es decir, el logro de un bienestar, un mejoramiento de las condiciones de vida y una relación con la realidad y los demás hombres que tienda a la humanización y realización de las personas. Así, entonces, desde esta perspectiva, la problemática de la salud es también una problemática social y no se restringe a un mero problema biológico ligándose la experiencia educativa a un proyecto de movilización de la población para solucionar los problemas de su condición de vida y, por ende, para solucionar sus problemas de salud.

3. No obstante la definición de salud que el proyecto ha asumido hemos detectado en la población una concepción que plantea una relativa autonomía de las enfermedades con respecto a la realidad social. Se observan distintos niveles de conciencia sobre la relación que tiene por ejemplo, la situación económica, en la manifestación de problemas de salud, pero, en general, existe una tendencia a identificar esta relación con algunos de los problemas de salud detectados (por ejemplo, desnutrición, alcoholismo, neurosis) lo que constituye un buen punto de partida para una estrategia educativa.

Por otra parte, se observó una especie de "tabú" con respecto a algunas de las enfermedades. Los pobladores no explicitaron la existencia

de algunas enfermedades ya que, a juicio de ellos, éstas afectan la dignidad de la persona o perjudican la imagen del grupo familiar. La existencia de enfermos alcohólicos, de sarna, enfermedades venéreas y otras no fue declarada explícitamente por los pobladores en las entrevistas pero, sin embargo, en conversaciones informales y en un trabajo con grupos de pobladores fue posible recoger una información más profunda al respecto.

4. Para obtener la información se diseñó una estrategia de investigación que contempló la participación de los propios pobladores en distintas etapas del trabajo investigativo. Se elaboró un folleto que permitió la problematización de situaciones en salud en diversas organizaciones del sector "Lo Hermita". La información que se obtuvo a través de esta técnica se basó principalmente, en testimonios de experiencias personales entregando información cualitativa de la realidad en salud. Por otra parte, a través del Comité de Promoción Popular de San Roque un grupo de pobladores participó en el diseño de la encuesta y trabajaron como encuestadores aplicando dicho instrumento a 272 familias del sector.

La experiencia de participación de los pobladores, de acuerdo a sus propias opiniones, fue positiva ya que les permitió conocer una realidad que, a pesar de vivir en la misma población, muchas veces no conocen. Por otra parte, agregaron, que el participar en un trabajo de investigación les había significado un aprendizaje en torno a problemas no tan sólo de salud sino que también sociales y de participación que existen en la realidad del sector. Destacaron también, algunas dificultades. Entre éstas, cabe señalar, aquellas que se refieren a la falta de una mayor capacitación para aplicar la encuesta (por ejemplo: solicitan un entrenamiento con "técnicas psicológicas" para poder obtener respuestas de los entrevistados) y, por otra parte, las dificultades provenientes de la aplicación misma ya que muchos entrevistados no respondieron la encuesta en forma completa o se negaron a entregar cierta información.

5. La participación de los pobladores en la investigación, y particularmente, el trabajo de "problematización" realizado en organizaciones del sector nos entregó una información mucho más completa que la que se obtuvo a través de la encuesta. Esto nos demuestra que, para cierto tipo de estudios y problemas, conviene implementar una estrategia de investigación que permita una aproximación cualitativa a la realidad hecho que se garantiza con la participación de los actores de esa realidad, en este caso, los propios pobladores del sector.
6. La muestra entrevistada comprende 272 familias que suman en total 1.492 personas.

Las familias tienen en promedio un tamaño de 5,4 personas y el promedio de hijos es de 3.1.

Un 22% de las familias entrevistadas cuentan, en el grupo familiar, con otros parientes o allegados. Esto implica una estructura familiar particular y característica de los sectores marginales. Se establecieron distintos tipos de familias de acuerdo a la relación de las personas con el jefe de hogar siendo el tipo predominante el de "familia nuclear" compuesta por padres y sus hijos.

En cuanto a las condiciones de vivienda, éstas reflejan el estado de privación y precariedad de la familia. La mayoría de las viviendas sólo cuenta con 2 piezas y, cerca del 20% de las familias, tiene una cama para dos personas. Hecho significativo, si tomamos en cuenta aspectos tales como la promiscuidad, enfermedades contagiosas y nerviosas que se presentan en la familia

El ingreso familiar promedio de las familias entrevistadas es de \$ 3.875 y el ingreso per cápita mensual es de \$ 767. Este ingreso es prácticamente de subsistencia y se orienta exclusivamente al rubro alimentación. El 25% de los pobladores entrevistados se declaró cesante, porcentaje que aumenta si consideramos que los que se declaran con "empleo ocasional" en la práctica constituyen "cesantes". En el 66,2% de las familias entrevistadas sólo trabaja una persona y en el 22,1% trabajan 2 personas. Este hecho

nos indica los altos grados de dependencia que existen en el interior del grupo familiar.

En síntesis, la situación socio-económica de las familias del sector reflejan un nivel de sobrevivencia. A través de empleos informales, como por ejemplo lavados, jardinería, gasfitería y otros, los pobladores obtienen pequeños ingresos para su subsistencia. En general, se sostuvo en las reuniones con los grupos, las mujeres son las que principalmente obtienen ingresos para su familia, y el hombre permanece en una actitud pasiva y muchos de ellos caen en el alcoholismo.

Esta realidad ecológica o ambiental en la cual sobreviven las familias implica una serie de desafíos para enfrentar a través de una acción educativa tendiente a mejorar las condiciones de salud. La realidad social, en distintos grados de profundidad, incide en los niveles de salud y deben ser contenidos que el proyecto tiene que contemplar.

7. Más del 60% de las familias entrevistadas tienen, al menos, una persona enferma en la actualidad. Las enfermedades que señalaron con mayor frecuencia son: desnutrición, enfermedades infecto-contagiosas, afecciones a las vías respiratorias, neurosis y alcoholismo. Se detectaron, además, otros problemas derivados de la mala atención en los servicios de salud. La mayoría de los pobladores, al estar cesantes, no cuenta con Libreta de Seguro, instrumento que les permitía atención gratuita en los centros del Servicio Nacional de Salud. Hoy día la atención y los remedios deben ser pagados y, se nos señalaba que por lo general, las personas no pueden adquirirlos y seguir el tratamiento recomendado.

En las reuniones con los grupos observamos que hay muchas enfermedades que, para los pobladores, son parte del estado normal de vida.

En general, aunque conocen los síntomas, consideran una "persona enferma", cuando ésta, por la gravedad debe recurrir a algún centro asistencial. Esta es la principal acción emprendida frente a las enfermedades y, una proporción importante, desarrolla acciones de tratamiento casero.

Se concluyó, en las reuniones con los pobladores, que la mayoría de las enfermedades son producto de la actual situación social de la familia. La mala alimentación, malas condiciones de vivienda, falta de higiene ambiental, cesantía de los jefes de hogar, fueron mencionadas como causas principales. A estas hay que agregar el deterioro de la atención por parte de Policlínicos del sector (el consultorio "La Faena" del S.N.S. debe atender a 120.000 familias); la falta de recursos económicos para la compra de remedios y la falta de programas de educación o capacitación en salud, que se realizaban con anterioridad a la implementación de la actual política de salud pública.

8. Es posible distinguir algunas áreas temáticas generales para la constitución de los talleres. Así por un lado, se distingue la situación de enfermedades que afectan al grupo familiar. Siendo las principales las que corresponden a enfermedades de las vías respiratorias, digestivas e infecto-contagiosas. Por otra parte, existe un conjunto de enfermedades que tienen relación con situaciones nerviosas o son de índole psico-somática. Entre las principales, cabe destacar la problemática de neurosis que afecta a proporciones importantes de la familia, la situación de alcoholismo en muchos jefes de hogar y la drogadicción en sectores juveniles.

Por último, se destaca como área temática, la realidad descrita en torno a problemas concretos de rivados de la mala atención en salud y pérdida de derechos adquiridos. Estos tienen relación con el cambio de orientación en la política de salud y la tendencia a la privatización de los centros públicos de atención.

Todos estos aspectos, aunque obtuvimos información que nos aproxima a la realidad de la salud en la familia popular, requieren de una profundización para lo cual, cada taller del proyecto, a partir de la información disponible deberá profundizar el diagnóstico.

The first part of the report is devoted to a description of the work done during the year. It is divided into two main sections, the first of which deals with the work done in the laboratory and the second with the work done in the field. The first section is divided into three parts, the first of which deals with the work done in the laboratory, the second with the work done in the field, and the third with the work done in the laboratory. The second section is divided into two parts, the first of which deals with the work done in the field, and the second with the work done in the laboratory.

The second part of the report is devoted to a description of the work done during the year. It is divided into two main sections, the first of which deals with the work done in the laboratory and the second with the work done in the field. The first section is divided into three parts, the first of which deals with the work done in the laboratory, the second with the work done in the field, and the third with the work done in the laboratory. The second section is divided into two parts, the first of which deals with the work done in the field, and the second with the work done in the laboratory.

The third part of the report is devoted to a description of the work done during the year. It is divided into two main sections, the first of which deals with the work done in the laboratory and the second with the work done in the field. The first section is divided into three parts, the first of which deals with the work done in the laboratory, the second with the work done in the field, and the third with the work done in the laboratory. The second section is divided into two parts, the first of which deals with the work done in the field, and the second with the work done in the laboratory.

The fourth part of the report is devoted to a description of the work done during the year. It is divided into two main sections, the first of which deals with the work done in the laboratory and the second with the work done in the field. The first section is divided into three parts, the first of which deals with the work done in the laboratory, the second with the work done in the field, and the third with the work done in the laboratory. The second section is divided into two parts, the first of which deals with the work done in the field, and the second with the work done in the laboratory.

ANEXO 1: FOLLETO "CUESTIONEMOS LA SALUD"

=====



En este folleto,
presentamos algunos
problemas de Salud
que afectan a nuestra
Comunidad...



1.



2.



3.



4.



5.



6.



7.



8.



9.



10.



11.

Al rato despues...



12.

Anotemos los problemas más importantes que aparecen en el FOLLETO.

¿Qué otros problemas tienen que ver con el tema y no aparecen en el folleto?

13.

¿Por qué se producen estos problemas?

¿Qué podemos hacer para enfrentar estos problemas?

¿Cuáles fueron los resultados de las ACTIVIDADES?

ANEXO 2: CONTENIDO ENCUESTA ELABORADA POR LOS
=====
GRUPOS.

Tema	Categoría	Indicaciones
1. Tamaño y composición	Tamaño Composición	. Número miembros grupo familiar . Relación de los miembros con el jefe de hogar . Edad . Estado civil . Escolaridad . Ocupación actual
2. Economía	Trabajo Ingresos y gastos	. Tiempo de cesantía . Número personas con trabajo estable . Ingreso mes de octubre . Ingreso total grupo familiar . Destino dinero y volumen gastos . Deudas en octubre
3. Vivienda	Tipo vivienda y bienes Situación legal Historia habitacional	. Medidas del sitio . Número de piezas . Tipo de baño . Artefactos del hogar . Tipo de propiedad . Paga cuotas . Firmó contrato compraventa . Tiene posibilidades de pagar cuotas . Desde cuándo vive en la población . Se ha ido gente de la casa . Tiene otra posibilidad de vivienda
4. Salud	Enfermedades actuales Ultima enfermedad Atención Percepción problemas en salud	. Personas actualmente enfermas . Identificación de la enfermedad . Acciones frente a cada enfermedad . Ultima enfermedad de miembros del grupo familiar . Identificación de la enfermedad y duración . Acciones emprendidas frente a la enfermedad . Ultima vez que fue al policlínico y motivo . Solución dada a la enfermedad . Valoración de la atención . Identificación de los principales problemas en salud
5. Comunidad	Participación	. En qué organizaciones participa . Sugerencias al Comité de Promoción Popular.

2. Personas en el sitio.

Nº de hijos
 Nº de allegados
 otros parientes
 Total de personas

3. Vivienda

Nº de piezas

Nº de camas

Tipo de Baño (Marque con una cruz donde corresponda)

Pozo negro
 alcantarillado
 Pozo séptico
 letrina

Ubicado en el interior de la casa

Ubicado fuera de la casa.

4. ¿Desde cuándo el asignatario vive acá? año _____
 ¿Cuándo llegaron? ¿cuántas personas eran? _____ personas

¿Se ha ido gente de la casa?

Si

☐

No

☐

¿Cuántos?

¿Quiénes?

¿Desde cuándo viven acá los allegados? año _____
 ¿Desde cuándo viven acá los otros parientes? año _____

3.

2. Situación Económica.

2.1. N° de personas con Trabajo en Octubre

Estable _____ ocasional _____

2.2. Ingreso en el mes de Octubre del grupo familiar \$ _____

2.3. Del ingreso recibido, calcule cuanto destinó a los siguientes rubros (aproximadamente).

Alimentación	\$ _____	vivienda (cuotas)	\$ _____
Vestuario	\$ _____	Dividendo	\$ _____
Artefactos del hogar	\$ _____	cuotas	\$ _____
		Salud	\$ _____
		otros	\$ _____

2.4. Señale aproximadamente sus deudas de octubre en:

Almacén	(compra fiado)	_____
Letras	(compra artefactos)	_____
Vivienda	(cuotas)	_____
Otros	(cuáles?)	_____
Total.		_____

2.5. Tiene T.V.	Si	☐	No	☐	Funciona	Si	☐	No	☐
Radio	Si	☐	No	☐	Funciona	Si	☐	No	☐
Cocina	Si	☐	No	☐	Funciona	Si	☐	No	☐
Refrigerador	Si	☐	No	☐	Funciona	Si	☐	No	☐
laadora.	Si	☐	No	☐	Funciona.	Si	☐	No	☐

(Marque con una cruz en el espacio que corresponda)

3. Sitio

Nombre del asignatario o postulante:

3.1. Medidas

Frente: _____ mts

Fondo: _____ mts

Total: _____ mts

3.2. Tipo de propiedad: (Marque con una cruz en donde corresponda)

Propietario
 Arrendatario
 Sub-Arrendatario
 Asignatario
 Toma
 Allegado
 Otro

3.3. ¿Ha cancelado Cuotas del sitio? (Marque con una cruz donde corresponda)

En libreta Corvi

Si ☐No ☐

En dividendos

Si ☐No ☐

¿Cuántas cuotas ha pagado? _____

¿Desde qué año hasta qué año? _____

¿Tiene comprobantes? Si _____ No _____ ¿Cuántos? _____

3.4. ¿Tiene comprobante de Compra Venta del sitio? (Entregado en el estadio Nacional)

Si _____ No _____

3.5. ¿Puede Cancelar la cuota mensual de \$ 620 del Contrato de compraventa? Si _____ No _____

3.6. Si no puede pagar esa suma ¿cuánto puede pagar?

\$ _____ mensual

¿De dónde saca dinero? _____

3.7. Si es obligado a salir del sitio ¿Qué posibilidades tiene de vivienda en otro lado? describa cuáles son _____

3.8. Si no tiene posibilidades de vivienda ¿Qué piensa hacer? _____

3.9. ¿Qué sugerencia daría al comité para enfrentar el problema?

4. Salud familiar

4.1. Anote las personas que en la familia actualmente están enfermas.

	Nombre	Edad	¿Qué enfermedad tiene?	¿Qué ha hecho para enfrentar la enfermedad?
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

4.2. Anote la última enfermedad que han tenido los miembros de la familia (excluyendo los anotados en 4.1).

	Nombre	Edad	¿Qué enfermedad fue?	¿Cuánto duró (en meses/años)?	¿Qué hizo?	¿Por qué?
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

6.

4.3. La última vez que fue al Policlínico

a) ¿Cuándo fue y dónde? _____

b) ¿Por qué enfermedad? _____

c) ¿Qué solución le dieron para su enfermedad? _____

d) ¿Cómo la atendieron? _____

4.4. A su juicio, ¿Cuáles son los principales problemas de salud que ha visto en la Población?