

UACH
FACULTAD DE FILOSOFIA Y HUMANIDADES
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE ANTROPOLOGIA.

PROFESOR PATROCINANTE:
MARIA EUGENIA SOLARI
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES

**Sentido y vivencia en salud y pobreza en el ámbito de la
promoción de la salud: la experiencia
de Servicio País en Combarbalá (IV Región)**

Tesis para optar al título de Antropólogo
y al Grado de Licenciado en Antropología.

**Tamara F. Vargas R.
Valdivia 2006.**

Índice.

I Introducción

presentación

1.1 Servicio país, fundación por la superación de la pobreza.....	1
1.2 Contexto de la investigación.....	1
1.3 Objetivos de la investigación.....	3

II Marco teórico

1 Enfoques de la investigación.

1.1 Enfoque antropológico del problema.....	5
---	---

2 Promoción de la salud

2.1 Aspectos generales de Promoción de la salud.....	9
2.2 Promoviendo la salud.....	11

3 Promoción y desarrollo

3.1 Definiendo la pobreza.....	14
3.2 Relación salud-pobreza en promoción de la salud.....	16

4 Educación y participación

4.1 Educación para la salud, un medio para la promoción.....	19
4.2 Participación y acción.....	21

III Metodología

1.1 Introducción.....	24
1.2 Caracterización de la comuna.....	24
1.3 Unidad de Análisis.....	25
1.4 Selección de la muestra.....	28
1.5 Descripción de los grupos.....	29
1.6 Aplicación de técnicas de recolección de datos.....	31

IV Resultados

1 La salud en la comuna de Combarbalá.

1.1 Introducción.....	34
1.2 La promoción de la salud según los actores.....	35
a) ¿Qué es promoción de la salud?.....	35

b) ¿Por qué se hace promoción de la salud en la región?.....	39
1.3 La salud y sus dimensiones.....	46
a) ¿Qué significa salud para los actores?.....	47
b) Impacto de promoción de la salud en la alimentación local.....	55
1.4 ¿Qué otros cambios se visualizan?.....	57
a) Localidad de Combarbalá.....	58
b) localidad de Manquehua.....	59
c) Localidad de Barrancas-Chineo.....	61

2 Pobreza

2.1 El concepto de pobreza según los actores.....	64
2.2 ¿Superación de la pobreza?.....	70

V Conclusión.....	75
-------------------	----

VI Bibliografía.....	79
----------------------	----

VII Anexos.....	82
-----------------	----

Índice de cuadros

Cuadro 1.1.....	33
Cuadro 2.1.....	50
Cuadro 2.2.....	54

Índice de gráficos

Gráfico 1.....	57
Gráfico 2.....	64

I. INTRODUCCION

1 Presentación.

1.1 Servicio País, Fundación por la superación de la pobreza.

Esta investigación se llevó a cabo dentro de la institución Servicio País (Fundación por la superación de la pobreza), ONG cuyos profesionales de diversas áreas disciplinarias, trabajan a lo largo del país. Tal como su nombre lo indica, La fundación Servicio País es un programa de intervención social que busca generar cambios socioculturales en las diversas comunidades focalizadas. En este sentido, las intervenciones están orientadas a superar diversas situaciones de pobreza relacionadas con carencias materiales, estado de ánimo de las personas (autoestima y confianza), sus vínculos y autonomía (es decir, su grado de empoderamiento para impulsar su propio desarrollo). Así, el programa Servicio País (en adelante SP) se concentra en el desarrollo local mediante una estrategia denominada “desde abajo hacia arriba” en la que se trabaja directamente con las comunidades en función de las necesidades que éstas identifican como de mayor importancia. Se busca capacitar a las comunidades para que estas sean gestoras e impulsoras de sus propios cambios y logren de ese modo, superar las carencias sentidas.

1.2 Contexto de la investigación

Desde el año 2000, el equipo SP ubicado en el sector de Combarbalá, IV Región, trabaja con la problemática del desarrollo social y la ciudadanía, específicamente en la promoción de la salud. Este equipo conformado por una psicóloga, una periodista y un matrn se encuentran actualmente en la etapa de cierre de la estrategia de intervención comunal. *Las principales líneas de acción dicen relación con la gestión y fortalecimiento municipal,*

articulación de redes intersectoriales, formación y fortalecimiento de grupos. El equipo SP trabaja con las localidades focalizadas de Manquehua, Barrancas- Chino y la cabecera comunal (Pauta de requerimiento Practica País verano 2005: 2).

Por ende se requirió una investigación antropológica con el fin de traducir a los profesionales de SP, cómo se vive y entiende el tema de la salud y pobreza en los mencionados grupos focalizados después del proceso de intervención. Otro aspecto que responde a uno de los objetivos de este trabajo es describir cómo eventualmente, las personas han utilizado las diversas herramientas entregada por los profesionales para superar definidas situaciones de pobreza identificadas en la vida cotidiana por los actores.

En relación con lo anterior, la visión antropológica cobra especial relevancia debido al momento especial en el que se encuentra la estrategia de intervención. Con respecto a esto último, este trabajo no pretende sólo describir el cómo las personas entienden y definen conceptos fundamentales de promoción de la salud (salud, educación en salud, pobreza en todo sentido, etc.), sino que además también busca describir cómo las personas viven su realidad en torno a estos temas, cómo han integrado y aplicado los conocimientos entregados por los profesionales para superar ciertas situaciones de carencias. También se espera ver si este conocimiento es también difundido por los actores a su entorno. Recordemos que la estrategia utilizada por SP busca empoderar a estos grupos para que puedan responsabilizarse de sus necesidades y problemas de salud, de acuerdo a los recursos a los que tienen acceso. Es en el empoderamiento en mayor o menor grado de los grupos y sus integrantes para superar situaciones deficitarias, en que radica el éxito de esta intervención. No tiene un fin meramente educativo, sino que busca responsabilizar a los sujetos de las situaciones problemáticas que pueden ser superadas mediante la aplicación de información entregada por los profesionales SP.

Por último, la estrategia de intervención se proponía generar un impacto en la ciudadanía sobre el tema de la promoción de la salud. Combarbalá siendo una de las comunas más pobres de Chile, tiene también las tasas de mortalidad más altas en enfermedades cuya aparición, tiene directa relación con los estilos de vida. La información entregada por los profesionales apuntaba entonces, a corregir estos estilos de vida mediante un cambio de

conductas que disminuyera las tasa de mortalidad en esas enfermedades, en este caso, crónicas (hipertensión, accidentes cardiovasculares, diabetes, etc.). La estrategia también se enfoca a organizar la comunidad en torno al tema de la salud, para poder transformarla en una comuna saludable. El estudio antropológico en última instancia, describirá lo que ha significado la intervención para sus actores.

1.3 Objetivos de la investigación:

En el contexto señalado, describiremos los objetivos ya planteados por la institución de acogida y que dicen relación con el tema de la salud y las situaciones de carencias identificadas en la vida diaria de las personas. Por esto, el objetivo que guiara la investigación es:

“ Determinar de qué manera la intervención en promoción de la salud, ha ayudado a generar cambios en las conductas y/o forma de pensar de los sujetos de los grupos focalizados con relación al tema de la salud y a las situaciones que estos identifican como deficitarias (pobreza)”

Recordemos que la intervención se propone producir cambios que ayuden a prevenir enfermedades y logren mejorar las condiciones de vida a través de los mismos. Pero también transformaciones en el ámbito de la autogestión de los distintos grupos (aspecto social) y a su empoderamiento paulatino. Estas innovaciones deben de superar situaciones que corresponden a los propósitos de la institución SP.

Objetivos específicos:

- 1- Describir cómo los sujetos de los grupos focalizados significan y entienden el concepto de salud (definición formal y aspectos diarios con relación a ese tema)
- 2- Describir cómo los sujetos de los grupos focalizados significan y entienden el concepto de pobreza (definición formal y aspectos diarios en torno a ese tema).

- 3- Describir cómo los sujetos integran y aplican los conocimientos entregados por los profesionales SP, en la resolución de ciertas situaciones en el contexto cotidiano (Cómo la labor de servicio país ha ayudado a resolver situaciones de pobreza)
- 4- Describir los cambios generales que la intervención de promoción de la salud ha generado en las localidades focalizadas.

En definitiva, el propósito es describir cómo las personas entienden y significan la salud así como ciertas situaciones de pobreza identificadas en el contexto diario a raíz de esta intervención, y cómo han sido o no superadas mediante la información por ésta, entregada. Esto último tiene relación con la adopción y potencial arraigo de pautas de conductas nuevas en la cultura individual y grupal y su eventual difusión al resto de la comunidad para generar cambios diversos en la búsqueda de un mejor nivel de vida.

Por todo lo mencionado anteriormente, este es un estudio de tipo descriptivo que pone énfasis en la visión de los actores, y que por ende, adoptará técnicas de investigación cualitativa.

II. MARCO TEÓRICO

1 Enfoques de la investigación.

Como ya se especificó, este estudio se realizó a raíz de un proceso de intervención en promoción de la salud, por lo que se intentará un análisis dentro de ese mismo marco, aunque desde una perspectiva antropológica.

Debido al carácter pluridimensional del problema que hemos delimitado, identificamos varios conceptos claves que debemos contemplar antes de lanzarnos en el desarrollo y conclusiones del estudio. Los conceptos claves que nos acompañaran en el presente estudio son los siguientes: promoción de la salud, antropología, pobreza y las percepciones de los habitantes locales frente a la intervención.

1.1 Enfoque antropológico del problema.

La particular metodología de la disciplina y comprensión de los distintos modos de vida y respectivas visiones sobre situaciones diversas, encuentran plena cabida en el problema planteado anteriormente. Cabe preguntarse entonces ¿de qué modo la antropología opera en el escenario descrito?

Gran parte de los trabajos de la antropología médica tienen como objeto de estudio los sistemas de salud dentro de un contexto sociocultural dado y enfocándose sobretudo en el aspecto enfermedad-curación, como procesos constituidos por una simbología cuyo significado sólo cobra sentido dentro de una cultura determinada (Stepke 2000, York 1999)

Hoy en día, la antropología médica también incorpora el elemento salud, como un todo social y cultural, más allá de la perspectiva médica (la salud como ausencia de enfermedad). Por otra parte, ésta se ha ido alejando paulatinamente de las llamadas sociedades “primitivas” para involucrarse cada vez más en los puntos problemáticos de las sociedades modernas.

Asimismo, el problema de la salud es diferente de una sociedad a otra, pero también varía en un mismo escenario. Así, la salud en las zonas rurales dista de la existente en los centros

urbanos (Laplantine 1999). El fenómeno de la salud, comprende un abanico de hábitos y comportamientos (higiene, alimentación, conducta sexual, familiar, etc.) que no se relacionan únicamente con el área de la profesión médica, sino que también abarca zonas directamente relacionadas con el medio cultural de los grupos. En ese sentido, se distinguen diversos campos de la antropología médica:

- a) Epidemiología y estudios ecológicos.
- b) Análisis de las actitudes de la población sobre la sanidad y los sistemas sanitarios.
- c) Etnomedicina o “medicina popular”.
- d) Estudios de los fenómenos bio-culturales.
- e) Cambio Sociocultural y planificación de recursos sanitario (De Miguel, 1980).

De modo que este estudio se ubica en el campo de los cambios socioculturales y planificación dentro de los trabajos en antropología médica. Desde esa disciplina, el concepto de cultura se define tradicionalmente como: *“Todo complejo que comprende el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y las otras capacidades o hábitos adquiridos por el hombre en tanto miembro de la sociedad.”* (Tylor en Cucho 2002: 20).

Una definición posterior describe la cultura como:

“... La mayor parte de las reacciones motoras, los hábitos, las técnicas, ideas y valores aprendidos y transmitidos- y las conductas que provocan- esto es lo que constituye cultura.” (Kroeber citado en Kahn 1968: 17).

“La cultura consiste en pautas de comportamiento, explícitas o implícitas, adquiridas y transmitidas mediante símbolos y constituye el patrimonio singularizador de los grupos humanos” (Kroeber en Millán 2000: 9).

En resumen, la cultura es esencialmente un sistema que determina un patrón de vida que pasa de generación en generación, pero sin permanecer estático. De modo que cada grupo obedece a un modo de pensar y actuar característicos. Estos últimos, pueden presentar

algunas variaciones resultantes del entorno social, geográfico y de los modos de producción.

Así, el área rural se presenta muchas veces de forma homogénea sin tomar en cuenta los diversos aspectos socioeconómicos que diferencian las distintas comunidades rurales, y en consecuencia, sus modos de vida y visión del mundo.

Por lo mismo, para generar cambios de salud dentro de una comunidad dada, es necesario conocer sus particularidades culturales para que tales transformaciones encuentren una lógica de adaptación y no choquen con los hábitos y visiones de salud ya arraigadas. En tal sentido, es más fácil generar cambios en las prácticas y actitudes, que en las creencias y perspectivas populares sobre salud. De modo tal que los cambios en ese contexto, se pueden dar con mayor diligencia en la forma, pero no en el meollo del problema.

La intervención de promoción de la salud busca modificar los estilos de vida de una población particular, con el fin de mejorar la calidad de vida y la salud de la misma, se debe velar porque los cambios se realicen en función de las demandas y necesidades de esa población, además de lograr cambios permanentes. Es por eso que se debe entender los estilos de vida de un grupo como un modo de vida particular dictado por las normas sociales del mismo.

“Estilos de vida es un concepto integral: los valores y las creencias, es decir, la cultura y las oportunidades y limitaciones de los contextos socioeconómicos definen los comportamientos y las practicas. Estos comportamientos interactúan y afectan el estado de salud” (Puentes-Markides, 1992:125).

De modo que los estilos de vida están de hecho, condicionados por el entorno sociocultural de los grupos y define patrones de comportamiento identificables. Éstos sin embargo, están sometidos continuamente a interpretación y, por lo tanto, no permanecen fijos. En conclusión, la generación de cambios en los estilos de vida se traduce como cambios de tipo cultural pues se requieren transformaciones en el ámbito de las creencias y visiones en salud para que las innovaciones en las prácticas y conductas que la acompañan sean efectivas.

De acuerdo con lo anterior, las interrogantes que se plantean desde la perspectiva antropológica son las siguientes:

- ¿Cómo participar en un campo tradicionalmente dominado por el médico?
- ¿Cómo crear y mantener organizaciones adecuadas que impulsen y mantengan una contribución significativa a la salud de las poblaciones?
- ¿Qué es lo que motiva a comprometerse en promoción de la salud a las personas? (CELATS 1988: 37).

Finalmente, teniendo la promoción de la salud un enfoque de salud igualitaria y de pobreza como causal de enfermedad, la forma en que los actores (tanto los que hacen la intervención, como aquellos que son intervenidos), viven y comprenden el fenómeno de la salud y su relación con la pobreza, tiene estrecha relación con los modos de vida, el medio que les rodea y la historia de cada grupo. (Laplantine1999).

La participación debe orientarse en las diversas dimensiones sociales tales como la familia, la comunidad y las redes sociales más complejas. En ese sentido, los trabajos en el tema de salud y participación, apelan no tan sólo a la comprensión del proceso salud-enfermedad en la cultura comunitaria, sino también a otros ámbitos de las ciencias sociales tales como el área política, económica y social. En ese sentido, la antropología puede y debe contribuir a una mejor distribución de los recursos sanitarios así como facilitar y agilizar los procesos de promoción de la salud en comunidades pobres siempre, por supuesto, que esto sea en beneficio de las mismas. El objetivo es generalizar a toda la población una atención de calidad recuperando así, el control sobre sus propios cuerpos (De Miguel 1980).

2 Promoción de la salud.

2.1 Aspectos generales de promoción de la salud.

El proceso salud-enfermedad es universal por ser un rasgo propio de todas las culturas humanas. Cada grupo humano posee una condición social de “ser enfermo”, que se caracteriza por una serie de factores y características más o menos visibles y que, por ser una condición reconocida y designada como tal por la sociedad y cultura en la que se encuentra quien la padece, se ve acompañada a su vez, de una serie de normas y conductas que deben ser adoptadas no sólo por quien está enfermo, sino también por el círculo que lo rodea. Es decir, hay un reconocimiento social del padecimiento así como una serie de conductas “adecuadas” para quienes padecen y para quienes rodean al sujeto enfermo. No nos detendremos en una definición del concepto de enfermedad o de sus características sociales, pero si es necesario que comprendamos que es una característica universal, y que cada cultura ha logrado desarrollar diversos procesos curativos para terminar con la condición social del ser enfermo. Podemos deducir que no es una condición *socialmente deseada*.

En las sociedades desarrolladas y subdesarrolladas, el tema del proceso salud/enfermedad no queda relegado y sigue siendo un punto que concentra la atención de las políticas públicas. En efecto, tanto el desarrollo de la salud como el de la enfermedad, afectan a todas las familias así como a todos sus miembros. En ese sentido, es parte de los problemas diarios de casi todas las familias y sobre todo de aquellas con niños. En tales casos, el proceso de enfermedad en nuestra sociedad tiene un significativo impacto afectivo y por supuesto, material (Alvarez y Morales, 2000).

Es en este último punto donde la promoción de la salud cobra relevancia.

Los primeros atisbos del concepto de promoción de la salud aparecen en los países desarrollados durante la primera mitad del siglo XX, a raíz de los cambios producidos como consecuencia de la percepción de importancia de las llamadas enfermedades crónicas como superación de las llamadas enfermedades infecciosas. (Alvarez-Dardet 2000).

Así, junto a la aparición de la medicina preventiva y la salud pública, comienza el auge de la epidemiología en la década de los 60s, y junto con ello, la incapacidad de adaptación del modelo explicativo de causantes de enfermedades infecciosas a la problemática de las enfermedades crónicas. (Ibídem y Restrepo 2005).

Sigerist es el primero en acuñar el término de promoción de la salud dentro de un programa de salud pública y McKeown afirmaba que era más importante trabajar en las determinantes sociales de las enfermedades crónicas antes que en la asistencia médica. Finalmente, a fines de la década del sesenta, ya se vincula ciertas conductas individuales con la aparición de determinadas enfermedades crónicas. Se genera entonces un modelo primerizo en las ciencias médicas (Ibídem).

En los setenta, al igual que anteriormente el modelo higienista sirvió para prevenir enfermedades infecciosas, las conductas individuales influirían notablemente en el desarrollo de enfermedades crónicas.

Ya en la década de los ochenta, la OMS creó un enfoque integrado y comunitario sobre enfermedades crónicas no transmisibles que se llamo Prevención Primaria.

Por último, es con el informe Lalonde y posteriormente, en Alma Ata, donde se reúnen la OMS y la UNICEF, iniciando la estrategia global de Salud para Todos.

“Las propuestas consistieron en reformar los servicios sanitarios poniendo un mayor énfasis en la atención primaria, en el compromiso de democratización con la participación comunitaria, en la acción intersectorial y sobre todo en orientar las intervenciones sanitarias más hacia la salud que a la enfermedad.” (Alvarez-Dardet, 2000:1).

Entonces queda estipulado que los estilos de vida adecuados y las condiciones ambientales son más trascendental en la vida de las personas, que la asistencia médica.

En los noventa, se realizó la conferencia de la OPS en Bogotá Colombia, en la cual se estipulaba en la carta Ottawa, que la promoción de la salud debía reactivar el proceso de desarrollo de los países pobres así como lograr la equidad en salud en los mismos.

En Chile, se destaca el plan de promoción de la salud que se puso en marcha a raíz de las necesidades de la población y a las demandas del actual perfil epidemiológico social del

país. Este plan se basa en un modelo de gestión descentralizado e intersectorial basado en la participación social y en el fortalecimiento de los Gobiernos Regionales y Locales, tal como se da en nuestro estudio.

El programa de promoción de la salud busca alcanzar equidad en salud, mayor participación ciudadana en ésta y mejorar las condiciones y calidad de vida de la población con miras hacia el bienestar y desarrollo nacional.

A continuación definiremos con mayor amplitud el concepto de promoción de la salud y su relación con otros conceptos de igual importancia para el presente estudio.

2.2 Promoviendo la salud.

Tal como su nombre lo indica, su acción está orientada a promover, es decir, adelantar, a dar impulso y expansión a un aspecto para lograr su instalación. En el campo de la salud pública se define promoción de la salud como:

“Un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención y otras formas de intervención sanitarias.” (Informe Acheson 1988 citado en glosario de promoción:12).

Su objetivo es impulsar una serie de actividades que logren mejorar el estado de la salud tanto a escala individual como social.

Para su implantación, se requiere sensibilizar en esta área a los profesionales que se desempeñan en el plano de la atención primaria de la salud.

La importancia del tema de la promoción de la salud se debe al impacto que ésta ha tenido en todos los indicadores de la salud. Si bien este término ha tenido diversas definiciones a lo largo de la historia de la salud pública, en este trabajo nos remitiremos a la definición entregada por la Carta Ottawa en 1986:

“La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud constituye un proceso político y

social (cultural) que abarca no sólo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también, las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre las determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación (individual y social)¹ es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.”¹ (Carta Ottawa citada en Ibídem: 10)

Los factores que influyen en la salud son múltiples y guardan estrecha relación entre sí. La promoción de la salud actúa sobre aquellos factores modificables, no tan sólo en los que se encuentran bajo responsabilidad individual (como por ejemplo, estilo de vida), sino que también sobre determinantes de tipo social como el ingreso, la posición social, la educación, el trabajo, el entorno, etc. Combinados todos ellos crean las condiciones de vida. Al referirnos entonces, como anteriormente hicimos, a las determinantes de la salud, aducimos a que estos dos factores (estilos y condiciones de vida) determinan el estado de salud.

Para instalar el tema de promoción de la salud, se requiere tanto de la participación política de una comunidad dada, como de la participación individual y colectiva de los sujetos que la componen. En ese sentido, la promoción de la salud es también una intervención con rasgos sociopolíticos pues pretende sensibilizar a la comunidad entera en torno a la responsabilidad que cada uno tiene con su propia salud así como con la salud comunitaria. No obstante, creemos que no se puede obviar la dimensión cultural que ésta necesariamente debería contemplar. En efecto, este tipo de intervenciones no se aplica a localidades homogéneas. No se debe pensar únicamente en las comunidades indígenas que ilustrarían lo anteriormente afirmado, sino que tampoco lo son las comunidades rurales y sectores urbanos focos de intervención de promoción en salud. Es por eso que una educación en salud (e incluso podemos hablar de re-educación porque las comunidades, en su mayoría, ya tienen pautas de conductas de salud fuertemente arraigadas en la cultura local.), necesaria desde el punto de vista de la acción de promoción, debe ser compatible

¹ Los subrayados son de la tesista.

con los modos de vida y pensamientos determinados por la cultura respectiva . Es entonces un proceso que, como tal, demanda tiempo. Los resultados aparecen sólo a largo plazo.

La intervención en promoción de la salud tiene básicamente dos niveles; el individual y el comunitario. En el primero, se propone lograr mediante medidas educativas, cambiar y/o impulsar conductas que tiendan a alcanzar un mejor estado de salud. Pretende conscientizar al individuo sobre su responsabilidad respecto de su salud, así como de su entorno físico y social.

El segundo nivel donde opera la intervención de promoción de la salud dice relación con lo sociopolítico y con lo intersectorial. En este ámbito, los profesionales encargados de la promoción tienen la responsabilidad de educar a los diferentes sectores de la comunidad para que trabajen en conjunto, en busca de enlaces que lleven a las personas, familias y colectivos a un único punto de convergencia: mejorar la salud de la comunidad así como impulsar la acción comunitaria. (Cruz Alvarez y Vásquez 2001).

Es evidente entonces que la promoción de la salud, en su afán de constituir el ideal de salud que una determinada sociedad se propone alcanzar, debe reconocer que sus logros y alcances no pueden presentarse siempre de una forma homogénea, pues éstos dependen de los procesos socioculturales, político y de las relaciones sociales existentes entre los miembros de una comunidad dada. De acuerdo con esta lógica, concluimos que la promoción de la salud es en esencia participativa y más aún, es en el mayor o menor grado de participación de la comunidad y de sus miembros en el que radica gran parte del éxito de la intervención. Las personas se convierten en el centro de la acción de promoción de la salud y de los procesos y tomas de decisiones para que éstas sean más eficaces, de modo que se puedan sostener los esfuerzos desplegados en la intervención. Sin embargo, se requiere de una educación en salud para optimizar y fomentar la participación ciudadana en torno al tema. Facilitar el acceso a la información y a la educación es esencial para conseguir efectiva participación y lograr el empoderamiento de las personas y de las comunidades.

3 Promoción y desarrollo.

3.1 Definiendo pobreza.

La pobreza es uno de los conceptos recurrentes al tratar el tema de promoción de la salud en los países subdesarrollados. Es también un punto de los objetivos a alcanzar en esta investigación.

El concepto de pobreza, como categoría analítica, es amplio y complejo, pues la pobreza no es una realidad estática sino que es dinámica y que por ende, depende de una serie de factores y variables. La pobreza no es únicamente un problema económico, sino que debido a que se adscribe a un escenario social e histórico, tendrá repercusiones en ese sentido. Con relación a esto, existen diversos tipos de pobreza que varían de un contexto a otro. Tanto en su dimensión económica como social, el concepto de pobreza se cruza con diversos matices desde donde se puede enfocar. En ambas disciplinas, los intentos por definir satisfactoriamente ese término, abarcando sus diversas dimensiones han sido numerosos.

Así, suele referirse a la pobreza en términos de carencias estrictamente materiales, dejando de lado el compromiso social, psicológico y cultural que ésta implica. La pobreza es vista entonces, como la no satisfacción de una o más necesidades básicas tales como alimento, vestido, vivienda, salud, educación y otros elementos que impiden el adecuado desarrollo de la vida, y de la fuerza requerida para trabajar (Gissi 1990). Esto reduce el término de pobreza a una visión estrictamente económica, obviando el drama humano más allá de los aspectos materiales. Sin embargo, esta exposición correspondería a una concepto absoluto de pobreza, en un intento por objetivar un problema social.

Una descripción que abarca los diversos aspectos de ese problema dice:

“La pobreza es un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo o dentro de los estratos primitivos del mismo, actitudes de desaliento y anomía, poca participación en los mecanismos de integración social, y quizás la adscripción a una escala particular de valores, diferencia en alguna medida de la del resto de la sociedad.” (Altimir 1979: 2).

De acuerdo con lo anterior, se agrega a la situación de pobreza un disminuido acceso a ciertos aspectos importantes de la sociedad y al ser obviado de ellos, los individuos y grupos no logran integrarse a los modelos sociales y no pueden por tanto, beneficiarse de ellos. Es por eso que la pobreza va siempre acompañada del tema de la exclusión y marginación social y de la desigualdad de oportunidades. Situación cíclica que tiende a la reproducción generacional al ser la pobreza y la falta de oportunidades, así como el bajo acceso a los recursos materiales y/o sociales traspasadas de una generación a otra, en ese último aspecto, las mujeres son las más vulnerables. Con relación a lo expresado, la restricción de elecciones posibles en materia de oportunidades, acarrea consigo, la reducción de expectativas a futuro y una reducción de la autoestima.

Así, la pobreza puede ser sentida por un grupo con respecto a otro. En tales casos, la pobreza como situación social, también se reviste de un significado, tanto para aquellos que se encuentran en ella como para aquellos que no, condicionado por la cultura dominante. Una definición más acabada de pobreza sería:

“Considerar aquellas necesidades materiales o inmateriales que al no ser satisfechas, sean sentidas o sufridas como amenaza a la personalidad con probables consecuencias negativas. (...), es esencial ver la relación entre pobreza, no satisfacción de necesidades y eventuales rasgos o características culturales ligadas a los problemas de la pobreza.” (Gissi 1990:18).

Esta concepción del término de pobreza, abarca tanto sus determinantes absolutos como relativos e incluye los aspectos socioculturales. Esto se revela de suma importancia para este estudio, de momento en que nos permite también, abarcar la pobreza subjetiva, es decir, descrita por quienes viven en esa situación. El cómo ésta es vivida y percibida por los actores, encuentra una explicación dentro de un marco cultural dado. Desde esta perspectiva, podremos abordar además de las carencias materiales, carencias sociales y culturales. Recordemos que la población objeto de la intervención se constituye en gran mayoría por pobladores rurales y pobres.

3.2 Relación salud-pobreza en promoción de la salud.

Según la OMS, la pobreza es el mayor determinante individual de la salud:

“La salud se define como el bienestar físico, psíquico y social. La protección de la salud significa la educación y la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la curación de todas las formas de pérdida de salud y la reinversión social de la persona, individual y colectivamente” (OMS, citado en Del Campo 2000:1)

Para la OMS, la pobreza como una de la mayor causante de una vida no saludable por las diversas características que esta conlleva, ya sea en las áreas rurales o urbanas. La falta de alimentación, de vestuarios, las precarias viviendas así como el escaso acceso a los diversos recursos materiales y socioculturales son los elementos que definen la calidad de bienestar de las personas (Carpio y Novacovsky 1999).

Si la OMS propone prevenir, proteger y promover aquellos factores que determinan una buena salud, la reintegración social de las personas individual y colectivamente se convierte en un asunto de importancia que opera mediante diversas estrategias.

En el caso de América Latina, uno de los sectores excluidos del desarrollo social y económico es el sector rural (CEPAL 2004). En efecto, debido a la escasa sino nula participación de ese sector en la economía del continente, el aislamiento económico así como social se hace cada vez más patente. Por otro lado, la falta de participación dentro del sistema económico, reduce también la libre elección de oportunidades. Disminuye el acceso a ciertos recursos que ofrece la sociedad tales como la educación, la salud, la participación política, etc.

La exclusión del mercado económico del sector rural lo empobrece aún más. Éste no participa de la economía nacional y es marginado de ella. En ese sentido, el sector rural es poco productivo, poco viable económicamente, si nos remitimos al campesinado (productores agrícolas que consumen su propia producción y cuyos excedentes pueden ser vendidos pero no con el fin de generar mayores ganancias, sino para poder costear aquello que no puede ser producido, tal como vestimentas, viviendas, recursos sociales (Alayan

1992).

De este modo, el sector rural pobre no sólo es víctima de un sistema económico que lo margina sino que le niega además, acceso a los beneficios sociales que obtienen otros sectores sociales favorecidos.

En nuestro país al igual que en el resto de América Latina, la población rural no se inserta dentro del mercado nacional y es aislada tanto del resto de los recursos, como geográficamente. Este es otro aspecto que dificulta la participación y plena integración a la sociedad. De este modo, se limita el acceso a la educación, a la salud y a otros servicios por la lejanía con las zonas urbanas. Es sobre todo en la posibilidad de acceso a los mismos que la pobreza rural se diferencia de la pobreza urbana.

De acuerdo con lo expresado en los puntos anteriores, la estrategia de promoción de la salud tiene como objetivo principal, impulsar el desarrollo económico y social local, planteando la salud como un factor básico para el bienestar de las personas y la comunidad en general y lograr de ese modo, crear y desarrollar habilidades para que los individuos y grupos puedan, participar activamente y abocarse a otros problemas que le sean comunes.

La educación en salud, es la herramienta para sensibilizar a la población y lograr tal objetivo. Desde la perspectiva de promoción, todos los factores que determinan una vida saludable, se encuentran bajo la responsabilidad de cada individuo y/o grupo y está a su alcance poder cambiarlos.

Por eso que una de las metas claves de esta estrategia es el empoderamiento de los sujetos y de la propia comunidad para que éstos puedan participar de la toma de decisiones político sociales y culturales que le convienen y, de este modo, integrarse a la sociedad de la cual han sido excluidos.

Un programa apropiado de educación sanitaria indicaría a la población el comportamiento más adecuado para mejorar su salud y calidad de vida, además de impulsar la acción comunitaria.

Si para la OMS, la pobreza y la exclusión social son los factores básicos que determinan una mala calidad de vida debido a la precaria situación de salud, entonces esta última es

según promoción de la salud, un primer punto de trabajo para poder superar parte de la situación de pobreza.

La propuesta de promoción de la salud buscaría nada menos que alcanzar el desarrollo humano, democrático y sostenible (Alayon, 1992). Así, según este autor, los requisitos para una vida saludable son:

“La paz la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la comida, los ingresos, el empoderamiento, un ecosistema estable, el uso sostenido de los recursos, la asistencia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad”

Esto es una serie de requisitos que por su número y características, son bastante difíciles de satisfacer en su cabalidad, y cuyo cumplimiento muchas veces, depende más de las grandes potencias y de los gobiernos locales, que de las comunidades e individuos mismos. No obstante, un modo de lograr un nivel de participación en los diversos problemas sociales, políticos y culturales es fomentando:

- La participación social
- La integración laboral
- El empoderamiento
- La autoestima y realización personal (Del Campo 2002)

En relación con lo anterior, la promoción de la salud se enfoca en los programas de desarrollo social. La superación de la pobreza dice relación con la erradicación de ciertas situaciones donde existe la sensación de carencia. Sin embargo, esta tarea requiere de ayuda exterior y, en ese sentido, el diálogo es fundamental. La participación de las comunidades en la definición de líneas políticas, sociales y culturales que le atañen, deben ser impulsadas y fortalecidas, nunca impuestas. La participación debe nacer de la comunidad a partir de la identificación de sus problemas particulares y que debería resolver con mayor o menor ayuda exterior. Se establecería entonces, el diálogo entre comunidad y gobierno, entre pobres y ricos para aspirar al cambio de conductas. Es sobre la base de ese diálogo que debería articularse el mejoramiento de la calidad de la salud y de vida (Carpio y Novacovsky1999).

“Puesto que por definición la promoción de la salud debe alcanzar sus fines por la persuasión, no por coerción, se atribuye universalmente a la comunicación la calidad de instrumento clave para materializar dichas políticas de salud” (Beltran 2000: 158)

4 Educación y participación.

4.1 Educación para la salud, un medio para la promoción.

Se podría pensar que educación para la salud (EPS) y promoción de la salud tienen una definición común. Por ende, es necesario diferenciar estos dos conceptos en la medida en que sus definiciones difieren aunque ambos están estrechamente relacionados.

En el pasado, la educación para la salud y promoción de la salud se entendían de una misma forma. Sin embargo, la re-definición de promoción de la salud (y que ya hemos explicado anteriormente) ha determinado que el actual concepto de EPS se entienda como sigue:

“Oportunidades de aprendizajes creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en salud y en el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual de la comunidad” (Glosario de la OMS, 1998: 13).

La educación para la salud además de transmitir información, pretende motivar la participación social de las personas, desarrollar las habilidades personales e incrementar la autoestima. Finalmente, la EPS se propone como objetivo desarrollar habilidades para desempeñar roles que demuestran la viabilidad política y la posibilidad de implantar diversas formas de acciones dirigidas a la realización de cambios socioculturales, económicos y ambientales que favorezcan la salud de la comunidad.

Si la promoción de la salud es la estrategia, la EPS es el medio. Esta última supone un derecho, lamentablemente no siempre satisfecho, que garantice la libre elección del comportamiento más adecuado por parte de los educandos. (Lorente 1987). De este modo, este recurso no tiene sólo un fin informativo, sino que pretende concientizar las personas

sobre su realidad y el entorno que les rodea, ampliando sus conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar capacidades para adecuar de acuerdo con estas, sus comportamientos a la realidad (Alvarez- Dardet 2000).

Así, su objetivo es capacitar a las personas para que adopte estilos de vida saludables. Según el Glosario de Promoción de la Salud de la OMS; los estilos de vidas se definen como:

“ Una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.” (OMS: 1998: 27).

En ese sentido, los estilos de vida están fuertemente condicionados por el entorno del individuo y un cambio efectuado a este nivel implica de hecho, cambios netamente socioculturales.

De acuerdo con la OMS 1983:

“Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no está centrado en el saber, sino también, en el saber hacer”. (Citado en Marías y M. Cruz, 1998).

Podemos identificar desde luego, dos aspectos donde deberían operar los resultados de la educación para la salud, en el aspecto comunitario, individual. Por otro lado, se deben insertar la aplicación de prácticas nuevas orientadas ya sea a prevenir la aparición de ciertas enfermedades, a mejorar la calidad de vida de la comunidad y a instalar estilos de vida saludables. En relación con esto último, podemos afirmar que la educación para la salud desde la promoción, es sin lugar a duda, la transmisión de pautas y normas culturales de conducta de un grupo a otro. Recordemos que las acciones dirigidas desde promoción, siempre provienen de agentes externos a las localidades intervenidas, y por ende, con una bagaje cultural distinto. El aprendizaje debe forzosamente, entregarse a los individuos como

parte de un grupo, y no como entes aislados (Gyamarti 1992). No debemos olvidar que la entrega de información nueva sin previamente observar las pautas culturales que definen los comportamientos y visiones sobre salud de una población, puede ser oída mas no escuchada.

No obstante, si el despliegue educativo tiene éxito, pues la nueva visión de salud importada, así como sus respectivos hábitos y conductas logran articularse con la lógica local, se espera la acción dirigida de la comunidad y la movilización de sus redes sociales allende la incorporación de los nuevos esquemas educativos.

4.2. Acción comunitaria; meta de la promoción.

A lo largo de esta exposición, hemos recordado que la promoción de la salud en tanto intervención, si bien busca lograr impacto a escala individual, su éxito radica también en el empoderamiento de la comunidad. Cuando hablamos de empoderamiento, desde la perspectiva de la promoción de la salud, nos referimos al:

“Proceso por el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud.” (OMS, 1990:?)

En sí, esta definición parece un tanto restringida, pues es de suponer que todas las personas tienen un cierto grado de control sobre las decisiones que toman respecto de su salud (claro está que nos referimos aquí a un nivel estrictamente individual, es decir, dependiendo estrictamente de la voluntad de acción del individuo sobre su propia salud). Por esto, definiremos para este estudio, empoderamiento como el proceso en el cual, un individuo o una colectividad identifica problemas (de salud o de cualquier otro ámbito) y que logra poner en marcha por decisión e iniciativa propia, mecanismos de acción para solucionarlos o disminuirlos. En este sentido, el empoderamiento es un proceso sobre la estrecha relación que existe entre sus metas y necesidades, y el modo de alcanzarlas y solucionarlas. El empoderamiento, es una suerte de “darse cuenta” de la situación en la que se encuentra el individuo, poder luego evaluarla, y mejorarla en caso de que esta no sea considerada como satisfactoria. El empoderamiento es una etapa inicial, en la que el individuo o una

colectividad determinada toma conciencia de una situación precaria y decide resolverla siguiendo la lógica social y cultural propia.

Por ende, sólo cuando una comunidad está empoderada, podemos referirnos a una segunda etapa en la que las personas unen sus fuerzas en la búsqueda de soluciones para los problemas comunes. Hablamos entonces de acción o participación comunitaria. Ésta se define como:

“Proceso activo encaminado a transformar las relaciones de poder y tiene como intención estratégica incrementar y distribuir las oportunidades de los actores sociales de tomar parte en los procesos de toma de decisiones (...)”

“La participación es un ejercicio que brinda a los medios de intervenir en el desarrollo y permite ir creando espacios, para influir en las decisiones que afectan a la vida (...). Ellas suponen una necesidad y una voluntad comunes formalizadas para alcanzar un propósito (...) y lograr los beneficios.” (Cárdenas 2000).

En relación con lo anterior, la participación se define como un proceso netamente político, en el cual se propone hacer de ésta, un medio para que las minorías se involucren en la toma de decisiones que le atañen. En ese sentido, la definición que hemos presentado aquí, es principalmente enfocada al aspecto social de la participación, es decir, va más allá del simple hecho de ayudar o colaborar en las actividades políticas y sociales. Acá, un sinónimo para ese mismo concepto sería más bien el de intervenir y de integrar las diversas actividades políticas que se desarrollen con relación a un grupo o comunidad dada.

Debe además, hacerse concreta una readecuación de las estructuras y procesos de instituciones particulares a los intereses de la comunidad. La participación en sí, denota un fuerte compromiso con las actividades de diversa índole que atañen a un grupo determinado pero también, la puesta en marcha de acciones con el fin de mejorar la calidad de vida de la comunidad así como para lograr potenciar las redes sociales al participar en conjunto, y que este tipo de relaciones sociales, pase a formar parte de la cultura local. En tal sentido, promoción de la salud, a través de la EPS, propone un cambio en la visión y comportamientos local, orientado a la mejora de las condiciones de salud. Es trascendental sin embargo, que la EPS encuentre referentes compatibles en la cultura local. Sólo

entonces, las nuevas pautas pueden ser asimiladas por la comunidad y las acciones orientadas de acuerdo a ellas.

III. Metodología.

1.1 Introducción:

Esta es una investigación de carácter descriptivo. De acuerdo con el trabajo en promoción de la salud realizado por los profesionales de Servicio País en la localidad de Combarbalá a lo largo de cinco años, se ha llegado a una etapa de cierre del mismo. En relación con los objetivos de la investigación, se pretende dar énfasis a las percepciones de los actores que viven el tema de la promoción de la salud y que son objetos de la intervención. Por ende, lo que nos interesa para el presente estudio, es la posición de los distintos grupos en torno a este tema. Se enfocó particularmente en el punto de vistas de las personas, de cómo ellos caracterizan y definen lo que fue la estrategia de promoción de la salud, y cuáles son los nuevos elementos que ésta ha aportado. Es por esto que gran parte de las entrevistas fueron realizadas con los habitantes locales que participaron en la intervención para obtener de esa forma, una visión global de las localidades estudiadas sobre el tema de promoción de la salud. Las técnicas de investigación cualitativas fueron utilizadas con ese fin.

1.2 Caracterización de la comuna.

La comuna de Combarbalá se ubica al sur de la IV Región (Coquimbo), en la provincia del Limarí. Limita al norte con las comunas de Punitaqui y de Montepatria (ambas pertenecientes a misma provincia), y al sur con las comunas de Mincha e Illapel, que forman parte de la provincia de Salamanca.

La comuna de Combarbalá se caracteriza por ser una zona pobre de desarrollo urbano rural. La cabecera comunal es el núcleo urbano donde convergen el resto de la población proveniente de los sectores rurales, para acceder a los diversos servicios. Por su carácter rural, la economía es esencialmente agrícola y se enfoca en gran parte, a la explotación de los huertos familiares y a la crianza de ganado caprino. Ambas actividades se realizan sin la ayuda de tecnología. Por lo demás, la mayoría de las tierras son propiedades de comunidades agrícolas (es el caso de la localidad de Manquehua). La minería es otra de las actividades importantes de la zona, y es la que motiva la emigración

masiva de la población masculina. No existen centros productivos en la zona de Combarbalá, sólo se da la artesanía en pequeña escala. La mano de obra productiva, trabaja en actividades de temporada, pero suele emigrar a zonas con mejores ofertas laborales.

Finalmente, cabecera comunal concentra gran parte de los servicios (salud, educación, asuntos legales, etc.), obligando a la población rural a trasladarse para efectuar actividades relacionadas con ello. Esto constituye un problema si se considera que la calidad de los caminos no es adecuada, además de quedar muchas de las localidades rurales, bastante retiradas del núcleo urbano. Así, las zonas rurales se encuentran aisladas tanto por motivo económico, de tiempo o físico (en invierno por ejemplo, los caminos quedan cortados). Esta dispersión geográfica, además de impedir el acceso total a los servicios, contribuye a la falta de comunicación entre las localidades y desde luego, a la falta de cohesión comunal. Con respecto a la salud, gran parte de la población presenta un cuadro nutricional inadecuado “*por debajo de los cánones del país*” (MIDEPLAN 1995: 59), lo que resultaría en un bajo rendimiento escolar e interés para realizar acciones orientadas a mejorar la calidad de vida (Ibídem).

1.3 Unidades de análisis

La intervención se realizó en tres localidades distintas, todas correspondientes a la comuna de Combarbalá. Es necesario precisar además, que todas forman parte del mismo municipio.

Las unidades de análisis corresponden a las tres localidades focalizadas por el programa de intervención del equipo SP. A su vez, cada una de estas localidades se divide en una serie de grupos que eran focos de charlas en torno al tema de la salud, impartidas por los profesionales de SP.

Estos grupos se caracterizan por su heterogeneidad (Jardín infantil Bambi, grupos de alcohólicos rehabilitados, grupo de salud de mujeres, etc.). La estrategia con enfoque intersectorial apuntaba a entregar conocimientos sobre prevención y promoción de la salud a los grupos que demostraban mayor disposición a la participación social y política dentro

de la comunidad, y que entonces, podían ser el motor de cualquier tipo de acción comunitaria.

Combarbalá como núcleo central, es la parte urbana del sector y en donde se trabajó con la cabecera comunal (Comité Vida Chile). Esta última se compone de una serie de asociaciones representativas de algún sector social determinado tales como los pensionados, educación y barrios pertenecientes al sector urbano, etc. Algunos de los grandes problemas ligados a la zona urbana tienen relación con la precariedad del sistema de salud, la inadecuada infraestructura del hospital local. Por otro lado, las escasas oportunidades laborales que ofrece la zona urbana, determina la fuerte migración de los jóvenes, hacia las ciudades norteñas. Los servicios en general, el aislamiento del núcleo urbano con respecto a sus partes rurales y a otras ciudades así como el desconocimiento de la población para postular a ciertos beneficios (subsidio rural, de la vivienda mejorada etc.), constituyen los grandes focos de pobreza en esa zona específica. En esta zona, SP trabajó solamente con el grupo Infante Juvenil Ruiseñor, realizando diversas actividades.

La segunda localidad es Manquehua, comunidad agrícola ubicada al noreste de Combarbalá y cuyos puntos de enfoque se concentran en la escuela y en el consejo consultivo local, conformado por el equipo de salud de Combarbalá (representado por la auxiliar paramédico de la localidad), y de dirigentes de la localidad misma, asesorado por los profesionales de SP. Las principales dificultades asociadas a esta comunidad, son la falta de caminos pavimentados, de ofertas laborales, la baja participación y motivación local, la precariedad de las viviendas, en su mayoría de adobe, y por último, el servicio de basura no existe. Otra de las grandes deficiencias de la comuna radica en la poca flexibilidad en las actividades agrícolas debido a una administración tradicional de las mismas, lo que resulta en una baja productividad de los suelos. Por último, con respecto a la salud, la falta de servicios en esta área, obliga a la población a viajar para atenderse en los casos más complicados.

Finalmente, la tercera localidad es la de Barrancas y Chineo que corresponden a dos localidades distintas pero que agrupamos en una sola pues los límites se establecieron sobre

la base de rivalidades entre los habitantes de cada una de ellas. Esta localidad cuya actividad económica gira en torno al huerto familiar y a la ganadería caprina, está ubicada al nordeste de Combarbalá, en el sector cordillerano.

Sus puntos débiles residen en la falta de agua potable, sistema de alcantarillado, caminos pavimentados, y servicios en general. La mayor parte de la población habita en viviendas de adobe y no sabe cómo postular a subsidios de distinta índole. La falta de oportunidades laborales es suplida por las actividades de temporadas. La economía es en general, de subsistencia.

Las organizaciones con las que se trabajó para este estudio fueron la junta de vecinos de Barrancas y Chileo, un taller de salud con mujeres y por último, con la escuela de la localidad así como se aplicaron entrevistas a los integrantes del consejo consultivo de Barrancas- Chileo. Es necesario precisar que sólo se trabajó con estos dos últimos grupos de manera superficial, por no ser contemplados con profundidad por el programa SP.

Así, en Combarbalá se trabajó con los siguientes grupos:

- Grupo Infante Juvenil Ruiseñor.
- Grupo de Autoayuda Nuevo Amanecer.
- Grupo de Pensionados y Montepiadas de Combarbalá.
- Jardín Infantil Bambi

En Manquehua se trabajó con las instituciones focalizadas de lleno por el equipo SP:

- Escuela Claudio Matte
- Consejo Consultivo de Manquehua.

Para terminar, en Barrancas- Chileo el estudio se concentró en:

- La Junta de Vecinos de la localidad.
- Grupo de Salud

Y en menor medida con:

- Escuela Bou Pérez
- Consejo Consultivo de Barrancas y Chileo.

Todos estos grupos fueron agrupados como localidades y de esa forma se analizarán los datos obtenidos.

La selección de la muestra en ese sentido, se definió simplemente a partir de los grupos que participaban y trabajaban de lleno en el tema de promoción de la salud con el equipo de Servicio País. Se enfocó con menor énfasis a aquellos que no trabajan directamente con el programa ya mencionado pero que sí participaban en conjunto con el Departamento de Salud de la municipalidad de Combarbalá. De modo tal que todos estos grupos, habían colaborado activamente con el tema de promoción. Estos últimos fueron seleccionados más bien con el fin de obtener mayor información en cuanto a las actividades efectuadas por la estrategia de promoción de la salud en general, así como para obtener un más amplio espectro de visiones al respecto por parte de la población. También se obtuvo un panorama más amplio sobre las diferentes actividades, dinámicas y charlas que se instituían en torno al tema.

1.4 Selección de la muestra.

Como ya se había mencionado anteriormente, los grupos fueron objeto de este estudio específicamente en su condición de actores en la estrategia de promoción de la salud, y concentrándonos en aquellos focalizados por SP.

En el caso de los que conformaban la cabecera comunal de Combarbalá y que no eran intervenidos por SP, fueron seleccionados por ser descritos como “participantes activos” dentro del programa, en otras palabras, asisten a todas las charlas y reuniones, así como “opinando y aportando” (según los profesionales del Departamento de Salud) cuando ellos pensaron que era necesario.

Para confirmarlo, se asistió a las distintas charlas y actividades realizadas por promoción de la salud para luego, seleccionar a los grupos restantes. Los que no fueron seleccionados, fueron descartados por su baja asistencia y poco interés en las actividades.

En un total de diez grupos, la mitad trabaja y participa en las actividades realizadas por SP, siendo el resto enfocado mayormente por el Departamento de Salud o el hospital de Combarbalá. Como el objetivo del estudio es aportar la visión de salud de los integrantes de grupos focalizados por SP, se dedicó mayor tiempo de la investigación a los primeros.

1.5 Descripción de los grupos

En este ítem, se pretende describir a los grupos que forman parte de este estudio, sus actividades y sus vínculos con los encargados de promoción de la salud.

- Departamento de Salud.

Este departamento (En adelante DS) está ubicado en la Municipalidad de Combarbalá. Está dirigido por una auxiliar paramédico y en él trabajan enfermeras y una nutricionista. Ésta última es la coordinadora de todas las actividades realizadas desde promoción de la salud además de desempeñarse como nutricionista en las rondas que efectúa en las localidades rurales.

El DS es el que dirige y coordina la promoción de la salud desde su comienzo en el año 1998. En el año 2000, se integra al DS el equipo de tres profesionales pertenecientes a la organización Servicio País. Desde entonces ese departamento y el equipo SP han realizado labores en conjunto en lo que respecta al tema de promoción de la salud.

El DS funciona sobre la base de rondas a diversas localidades rurales que circundan Combarbalá, en las que las enfermeras llegan a esas postas junto a especialistas de turno del hospital y en esas ocasiones también, entregan charlas a las personas que se atienden. Estas charlas sin embargo, sólo duran el tiempo que lo permita la consulta y en regla general, tratan el tema nutricional.

En ese sentido, la estrategia del departamento de salud apunta específicamente a cambiar los hábitos alimenticios de la población rural. La nutricionista del departamento, también realiza charlas en torno a ese tema, así como actividades de alimentación saludable y actividad física.

Por último, el DS tiene auxiliares paramédicos ubicadas en forma permanente en las postas rurales y ellas también tienen como tarea promover la salud en la comunidad. En el diagrama que sigue, podemos apreciar de qué modo opera la entrega de conocimientos sobre promoción de la salud.

Diagrama 1.



- Equipo Servicio País

El equipo SP se encuentra trabajando el tema de promoción de la salud desde el año 2000. Consta de tres profesionales que son renovados anualmente. No obstante, uno(a) de estos profesionales permanece un año más que los demás con el fin de asegurar la continuidad de la labor ya concretada. Estos profesionales siempre han sido un matrócn, una periodista y una psicóloga.

Si bien constituyen un grupo independiente, su oficina se encuentra dentro del DS, en la municipalidad de Combarbalá. Esto último ha generado bastante confusión en la población, que aún después de varios años, no percibe a este organismo como independiente del hospital y de la municipalidad. Tampoco ha logrado visualizar que sus metas son distintas a las de estos dos grupos.

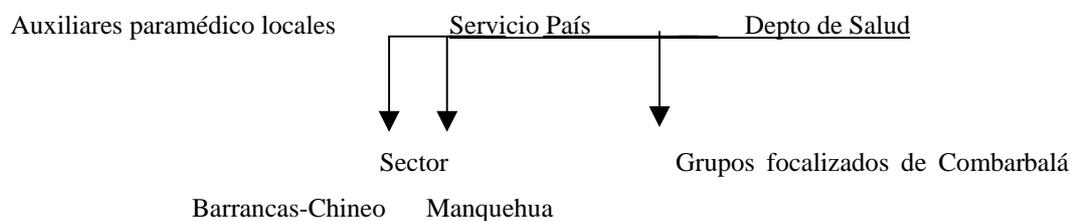
Aunque su labor difiere de la de los otros organismos que trabajan en promoción de la salud, su tarea es apoyada por la municipalidad y en ciertas actividades, conjugan fuerzas con el DS.

.Su función es explícitamente y casi únicamente entregar conocimientos e información a través de charlas y actividades diversas vinculadas con promoción de la salud y prevención de enfermedades. Otra de sus metas es apoyar e impulsar la autogestión grupal y de la

comunidad misma en torno a temas de salud así como diversos asuntos de igual relevancia para la comunidad. Su fin además de educar e informar, es generar el empoderamiento de los grupos para resolver situaciones específicas de precariedad.

En ese sentido, la función de SP dice relación con los fundamentos de promoción de la salud, pasando por educación en salud, por la acción comunitaria (aunque la estrategia de SP en el sector tiene un fuerte enfoque intersectorial, es decir, pretende involucrar a todos los sectores de la sociedad así como a todas las comunas de la zona.) hasta superar las situaciones específicas de pobreza según la población local. El diagrama 2 ilustra el modo de operar del grupo SP en el sector de Combarbalá:

Diagrama 2:



Tal como lo indica el diagrama, el programa SP trabaja con las auxiliares paramédicos locales de las zonas rurales y con la nutricionista, todas ellas pertenecientes al DS.

En cuanto a la localidad de Combarbalá, se trabaja en la concreción de seminarios en los cuales participan el DS, Servicio País, el hospital y los grupos focalizados por las distintas instituciones. Recordemos que los talleres que realiza SP con los grupos, son independientes. Estos grupos son además, específicamente orientados por esa institución.

1.6 Técnicas de recolección de datos

La investigación tuvo una duración de tres meses. En la primera etapa se realizaron conversaciones y entrevistas informales y observación participante poder definir las líneas de investigación. Las entrevistas informales se efectuaron con la población participante y

con las autoridades de Combarbalá, involucradas en el tema de promoción de la salud. Éstas son:

- Servicio País.
- Departamento de Salud
- Comité Vida Chile

Con los grupos focalizados por la intervención, se logró establecer buenos rapport desde el comienzo del estudio (por lo demás, ya se había realizado la practica profesional en esa comuna y con algunos de los grupos mencionados, por lo que muchas personas ya eran conocidas por la investigadora y viceversa). Esto permitió un total acceso a todas las actividades de los grupos participantes del presente estudio no sólo a las que dicen relación con salud, sino que a las diversas actividades de los grupos, ya sea en el ámbito grupal o en el ámbito de la comunidad. Estas actividades se relacionaban en su mayoría con los temas de salud, pero también muchas de ellas tenían que ver con temas políticos y económicos como ya lo veremos más adelante. En estas reuniones grupales o que involucraban a la comunidad entera en el caso de las áreas rurales, se participó como una persona más de la localidad, así como en diversos eventos realizados por los grupos de Combarbalá y/ o de las dos otras localidades de trabajo. En ese sentido, la convivencia con las personas fue la mejor manera para alcanzar cierto nivel de confianza y obtener información óptima.

Otras técnicas:

En el caso de los grupos de niños del Jardín Infantil Bambi, así como los que conformaban el Grupo Infanto Juvenil Ruiseñor, se idearon técnicas para obtener información adecuada. Las edades de los niños del jardín oscilaban entre los 4-5 años, y los del Grupo Ruiseñor, entre 8 y 14 años. Se recurrió a dibujos, así como a ciertas dinámicas grupales como conversaciones y juegos cuyos temas centrales fueron la salud y la pobreza en la zona. En el cuadro 1.1 se ilustra el número de entrevistas en profundidad, semi estructuradas y grupales que se aplicaron.

Cuadro 1.1

Grupos de trabajo	Entrevistas semi estructuradas		Entrevistas en profundidad		Entrevistas grupales	Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
Servicio País	1					1
Comité Vida Chile	1	1				2
Depto. de Salud		3				3
Sector Combarbalá	9	4	1	1	4	19
Sector de Manquehua	3	7	1			11
Sector de Barrancas y Chineo	2	10		2		14
Total	41		5		4	50

En relación con el cuadro anterior, las distintas entrevistas mencionadas se refieren estrictamente a la cantidad de personas entrevistadas y no a la frecuencia de las entrevistas. Por eso que se debe precisar que ciertas personas consideradas como claves para este trabajo fueron entrevistadas con mayor frecuencia que otras, lo mismo ocurrió con las entrevistas en profundidad y las entrevistas grupales.

En conclusión, toda la información recolectada fue levantada mediante grabadora y notas.

IV. Resultados

1. La salud en la comuna de Combarbalá.

1.1 Introducción

En esta parte del trabajo, nos referiremos a las opiniones de todos los actores con los que se trabajó. Las visiones de las personas que son objeto de la intervención son las que más nos interesan pues recordemos que esta investigación se propone específicamente describir la situación desde la perspectiva de los actores.

Los ítem que se tratan en este capítulo son los que corresponden a los objetivos planteados anteriormente. En ese sentido, se recogieron los puntos de vistas tanto de los profesionales y autoridades que realizan la estrategia de promoción de la salud como de la población intervenida para comprender de qué modo ésta ha impactado y potencialmente cambiado algunos aspectos de sus vidas. Se presentarán los resultados desde la perspectiva de los diferentes profesionales y autoridades que trabajan en el tema de la promoción para luego recoger las ideas que la población en general tiene al respecto.

Así, las dimensiones teóricas que se tratarán, corresponderán a salud y promoción, educación para la salud, pobreza y la posible acción comunitaria para una mejor calidad de vida. En cada una de estos planos se plantearán interrogantes que de modo general, resumen las preguntas que se les hicieron a los entrevistados.

Más allá de crear un contraste entre las opiniones vertidas por autoridades y profesionales con la de la población que vive la intervención, es importante tal vez, rescatar los problemas existentes en la visualización de ciertos conceptos e ideas que difieren de un grupo a otro y muchas veces, constituyen los mayores obstáculos para una plena comunicación entre ambos sectores. También es interesante ver que aquello que puede ser necesario para las autoridades, no siempre constituye un problema real para la población focalizada.

De este modo, la exposición de opiniones y puntos de vista de estos dos sectores en los temas que se propone describir este estudio, podrá ser analizada en las conclusiones del mismo.

1.2 La promoción de la salud según los actores.

En este capítulo, se intentará dar respuestas a dos preguntas básicas:

- ¿Qué es promoción de la salud?
- ¿Por qué se está realizando esa intervención en la región?

Estos planteamientos se enfocan específicamente a describir las visiones de las personas que han participado a lo largo de estos cinco años en la estrategia de intervención de promoción de la salud.

Es necesario recordar que nos interesa específicamente recoger las opiniones de los grupos que han sido focalizados por el programa SP, como profesionales, monitores de diversas actividades orientadas a entregar información como herramienta para lograr una mejoría en la calidad de vida de las personas y de los grupos en general.

a) ¿Qué es promoción de la salud?

De acuerdo con lo expresado por los profesionales que trabajan el tema de la intervención de promoción de la salud en la zona, ésta se describe la mayoría de las veces como una forma de poder prevenir la aparición de ciertas enfermedades determinadas mediante la acción educativa en la población problema. De acuerdo con ese razonamiento, las personas serían “educadas” de modo tal que puedan modificar ciertos hábitos que propicien la aparición de esas enfermedades y así, no tener que recurrir a postas u hospitales en donde la población ya pobre, deba gastar más dinero.

Aún cuando las postas rurales son gratis, muchas de las personas que padecen de enfermedades crónicas o sufren algún accidente de cualquier tipo, tienen que atenderse en el hospital de Combarbalá. Este es un asunto que se vuelve sumamente problemático para los habitantes de las zonas rurales, que deben pagar una buena cantidad de dinero en transporte para poder acceder a las zonas más urbanizadas. En ese sentido, el aislamiento geográfico es un factor determinante en la resolución de problemas de salud según la población. Por otro lado, el hospital de Combarbalá tampoco cuenta con toda la

infraestructura necesaria por lo que muchas veces, se deben derivar ciertos casos (por ejemplo, para intervenciones quirúrgicas específicas) al hospital de la ciudad más cercana, en este caso Coquimbo y Serena. La promoción de la salud en ese sentido, intenta inculcar hábitos que logren por lo menos en parte, prevenir ciertas enfermedades para evitar este tipo de problema.

Sin embargo, más allá de enfocarnos en las necesidades en salud de la comuna, ya bien conocidas por la población y las autoridades, nos concentraremos en la opinión de los sujetos en cuanto a la intervención de promoción de la salud.

Las autoridades definen la promoción de la salud como:

“Sé que el tema de promoción hay que tomarlo para evitar muchas cosas, pero la gente no está acostumbrada. La gente está acostumbrada a que les soluciones los problemas cuando ya están... o sea, no lo ven de la misma perspectiva que lo vemos nosotros. Ellos esperan a lo mejor, otras soluciones, pero no ven que también hay que tomar conciencia en el tema y evitar situaciones, no llegar a lo que en algún momento se llega.” (Coordinadora de Comité Ejecutivo Vida Chile).

“Es difícil cambiar la mentalidad de la población de un día para otro. Estamos hablando de una población que estaba acostumbrada a que le dieran todo hecho y que sea gestor de su propio aprendizaje, de su propio trabajo, no es un tema que sea fácil. Se trabajó muchos años siendo asistencialista, sabían donde recurrir, pero llegó un momento en que los recursos no alcanzaban y se les obligó a... a ser gestores de sus iniciativas.” (Ex profesional SP quien trabajó en años anteriores en la intervención)

“A veces me canso porque siento que las personas no me entienden... (...) Hacen falta a veces... herramientas como para cautivar a una persona, que es necesario eh... cambiar... eh... para ocupar una expresión eh... más... como hacer el manejo psicológico de la... de una intervención. (...). Estaría la oportunidad de tener un encuentro con un paciente... podría conversar un poquito sobre todo eso... habría un mayor aporte. (...)Hacer una especie de lavado de cerebro para que cambien y se acerquen en cuanto a lo que uno

espera que la población haga en cuanto a su alimentación” (Nutricionista del Departamento de Salud de la Municipalidad)

En realidad, muchas de estas declaraciones pueden sorprender. Sin embargo, es necesario que las contextualizemos. En este caso, las autoridades consultadas se referían más bien a los comportamientos de las personas después de cinco años de intervención en promoción de la salud. Cambios que, como lo demuestran esas afirmaciones, no han sido muy patentes (desde la perspectiva de esas personas, claro está). Como sea, nos damos cuenta de que la promoción de la salud vista desde las autoridades, se refiere a una estrategia que sólo considera “el bien” de las personas. Existe un carácter ciertamente paternalista en las afirmaciones y que se repite en los discursos de las autoridades. La población siendo muchas veces, asimilada a niños porfiados que no entienden los beneficios que conlleva la estrategia a la larga. Muchos de estos profesionales dicen ser conscientes de que las intervenciones acarrearán cambios notorios y reales a largo plazo, pero “no logran” entender, porqué la población no reacciona o no se comporta como debería, después de habersele explicado reiteradas veces los beneficios que la estrategia contiene. En ese sentido, los cambios no se realizan mediante “lavados de cerebro” que entendemos, se refiere a la adopción de rasgos culturales propios de quienes intervienen, mas no de quienes son intervenidos.

Es por tanto difícil hacer que las personas se olviden de sus antiguos hábitos para adoptar conductas nuevas. Este tema no es imposible, pero es de esperar un cierto tiempo antes de que aparezcan los primeros cambios visibles. Estos serán un indicio de que los rasgos nuevos están siendo efectivamente incluidos dentro de la cultura local.

Otro aspecto que reafirma esto, es lo que contiene la afirmación “*ellos no lo ven de la misma perspectiva que lo vemos nosotros*”, refiriéndose a un *ellos* (la población objeto de la intervención) y un *nosotros* (aquellos que realizamos la intervención). “Ellos no ven que lo que se está haciendo es para su bien”. Las autoridades tampoco están conscientes de ese discurso, en el que exponen la intervención de promoción de la salud como un antes y un después. La intervención se asimila varias veces a un “lavado” (ya sea de cerebro o de malos comportamientos) para restablecer lo adecuado en lo que no lo era. De acuerdo con esto, se puede pensar que se ha olvidado el principal objetivo de la promoción y que dice

relación con la ayuda para el desarrollo más que con el aspecto educativo para erradicar malos hábitos.

Por su lado, la población relaciona la promoción de la salud con:

“(...) nosotros, nos enseñan por ejemplo, como se tiene que alimentar. La alimentación de ahí... pero bueno, nosotros ya sabemos de las cosas que nos hacen mal y de las que no, pero...” (Presidenta Asociación de Pensionados y Montepiadas de Combarbalá)

“Pienso que eso tiene que ver con... ¿cómo podría decirle? Con aprender y participar, porque eso también es salud, el poder relacionarse ¿no? Yo creo que tiene que ver con eso, con aprender cosas nuevas... de lo físico y mental y... Para cuidarse y también para participar...” (Presidente de la Junta de vecinos de Barrancas)

Como vemos, la promoción de la salud es vista como una suerte de “educación en salud”. Muchas personas tienen claro en general, que la promoción de la salud dice relación con la prevención de las enfermedades y el autocuidado. En ese sentido, todas las personas entrevistadas fueron capaces de definir el concepto de promoción de la salud con sus propias palabras.

Los profesionales temían que las personas no supieran definir el concepto adecuadamente. Sin embargo ese no es el problema real. Las personas definen el concepto, relacionándolo en gran parte, con educación, lo cual es también acertado. Incluso, varias personas entendieron perfectamente que la promoción es una estrategia para alcanzar mejores niveles de vida. Se indicó además, que ésta podría ser más atractiva para la población mediante métodos más dinámicos y así lograr un mayor impacto.

Lo otro que podemos denotar, es que muchas personas definen la promoción de la salud como una educación que indica de qué forma habría que comportarse para poder vivir de modo más saludable. Una característica recurrente a estas definiciones es el nombrar la alimentación y la actividad física como uno de sus rasgos principales. Pocas personas por ejemplo, se refirieron a los factores protectores psicosociales como la familia y un buen ambiente social. En ese sentido, se tiende a relacionar promoción de la salud con

alimentación saludable y menos sedentarismo, lo que a su vez, sería igual a mejor salud. Es posible que la intervención esté enfocada más bien en el tema nutricional. Sin embargo, y como ya lo veremos más adelante, el factor psicosocial es el más importante para las personas, a la hora de determinar lo que las hace felices y sentirse realmente en buena salud.

La promoción de la salud es vista también como una instancia de participación en la cual la población puede relacionarse con otras personas y poder aprender de experiencias nuevas. Pueden aprender con los profesionales, pero también de las demás personas que acuden a esas charlas intersectoriales.

No obstante, una de las falencias de la estrategia visualizada en las definiciones tiene que ver con que ésta es vista únicamente como una educación a un nivel macro (sobre todo en cuanto a los grupos de la cabecera comunal de Combarbalá), pero no hay conciencia real de que esa “educación o enseñanza” ha de ser puesta en práctica. La gente entiende que se le educa, pero entiende que se le educa para conocer más, y no para aplicar esos conocimientos. Esto se debería simplemente, a la no-exposición del porqué se debe educar a la población en temas de salud. Existiendo ahí una laguna.

b) ¿Por qué se hace promoción de la salud en la región?

En este ítem particular, no nos referiremos a la postura de las autoridades ni de los profesionales de SP. En relación con esto último, la intervención se realizó en base a un diagnóstico que señaló que existían numerosas falencias en salud, que este tema era el primero dentro de los problemas a resolver y que la tasa de mortalidad de la región arrojaba que la mayoría de las muertes eran causadas por enfermedades crónicas, es decir, por factores que se podían prevenir mediante la adecuada educación de la población en asuntos de comportamientos de salud.

Sin embargo, la opinión de la población con respecto a este asunto es impactante en el sentido de que muchos de los grupos que participan de las charlas de promoción de la salud, no logran explicar la presencia de la misma.

En este caso particular, nos interesa enfocarnos especialmente en cómo es explicada la presencia del grupo SP en la localidad, según los grupos por ellos focalizados. En su mayoría, los integrantes de estos conjuntos poco o nada saben sobre esa institución ni logran explicar las razones por las cuales estos profesionales les llevan charlas sobre salud y prevención:

“Porque vieron que era una necesidad. Bueno los que están más arriba tienen que ver hacia donde van a apuntar. Entonces vieron que era una necesidad para venir a enseñar y como vieron que ya tantas organizaciones... Hacerlo no?” (Presidenta de la Asociación de Pensionados y Montepiadas de Combarbalá)

“ En realidad que no lo sé. Para mí fue un grupo de jóvenes que querían hacer algo para la comunidad y venían con ansias de trabajar y nosotros los acogimos con agrado, pero desde donde viene esa parte macro, no lo sé.” (Directora del colegio Claudio Matte de Manquehua).

De modo que la mayor parte de las personas no logran identificar los motivos reales del porqué de la intervención en la zona. Las personas suponen que existe una necesidad, la primera afirmación que podemos leer, reafirma esto. Incluso suponen que apunta a beneficiar las diversas organizaciones de Combarbalá. Todas las personas están plenamente conscientes del rol educador de quienes imparten promoción de la salud. La población tiene claro este aspecto, y esa educación está asociada estrechamente a lo que es ayudar a la comunidad para que *ésta aprenda, para poder surgir, para poder conocer más*. Pero no existe un real conocimiento sobre porqué se imparten esas charlas sobre salud, y de dónde provienen los profesionales de SP. Así, en varias entrevistas, se les pregunta a las personas de los grupos focalizados por esta institución, si saben que esas charlas se realizan basándose en los criterios de una intervención, obteniéndose en su mayoría, respuestas negativas.

Este problema generalizado en las personas de los grupos, deja entrever una falta de comunicación en cuanto a explicar a la población qué se pretende hacer con ella. La intervención en ese sentido, no podrá tener un impacto pleno si no se detalla ese punto. La

intervención debería ser identificada más allá de sus características educativas para poder ser aplicadas por las personas. Este desconocimiento de la necesidad de intervención, otorga un carácter de inutilidad al proceso educativo mismo, allende la entrega de información nueva y lograr “conocer más cosas”. A su vez, le quita credibilidad a la acción de SP, relegando a los profesionales a personas jóvenes y buenas con ganas de ayudar. En algunos grupos, incluso se da a pensar que la comunidad los sigue porque son buenos, pero no porque su acción sea necesaria.

Así, si bien el conocer y aprender aspectos nuevos es importante según la población, también sería necesario explicar a qué apunta todo ese despliegue educativo, para que la población local pueda relacionar e integrar la información con/en su vida diaria.

La falta de explicación en torno al tema de la intervención misma hacia los grupos locales, constituye uno de los grandes obstáculos para la materialización del cambio en los hábitos y comportamientos para la vida saludable.

Es igualmente sorprendente que una de las propias auxiliares paramédicos que trabajan junto a los profesionales de SP en las localidades que les son designadas, también desconozca cuál es la labor específica de éstos. Tal como expresa a continuación sobre si sabe para qué va a la comunidad esa institución:

“No lo sé... No lo sé... Es que yo hago las reuniones, yo invito a la gente pero... no sé. Como, como que ellos gestionan las cosas no más. Pero ellos vienen siempre a las reuniones. Se lee el acta (...) Supongo que trabajan la promoción pero no sé. Eso creo yo que debe ser... Su rol debe ser promoción... pero no lo veo.” (Auxiliar paramédico de posta Manquehua)

Por algún motivo desconocido, las personas de la localidad de Combarbalá pudieron en mayor cantidad, responder porqué se entregaban charlas sobre salud a los grupos. Un factor que podría explicar esta situación es la proximidad de estos grupos con el municipio, el hospital, y por ende, de las instituciones que trabajan el tema de promoción de la salud.

A pesar de que los motivos de la estrategia quedan desconocidos por la población al igual que la tarea que se propone el equipo SP, la gente generalmente recibe muy bien las charlas y las reuniones en torno a la salud.

Los grupos a pesar de desconocer los elementos, ya mencionados, perciben que la promoción de la salud es un tema importante, por ser parte de la vida diaria, y sobre todo, como una instancia para poder aprender y mejorar la autoestima. Al preguntársele si es o no importante el tema de promoción de la salud, gran parte de la población contestó como sigue:

“ Lógico que es importante porque viene a.... ayudar... a... Extender los conocimientos de distintas formas. Sobre todo en la alimentación, sobre todo... en distintas formas de ayudar.” (Mujer del grupo de Pensionados y Montepiadas de Combarbalá)

- ¿Y por qué eso es importante cree usted?

- Ah porque... para la salud hija... Claro, si uno sabiendo, es que a veces una, las cosas no las hace uno porque... no sé, por ignorancia. Igualmente cuando se dice eh... la gente generalmente tiene muchas ganas de participar...” (Ibídem).

Otras opiniones sobre la acción de promoción de la salud realizada por SP dice:

“Esas enseñanzas le dan mucho a uno, capacitan a uno que tiene cierta autoridad en cierto grupo. A nosotros nos capacitan en la forma que tenemos que resolver asuntos de salud, porque también está metido el servicio de salud ahí.” (Presidente del Grupo de Autoayuda Nuevo Amanecer de Combarbalá).

“A mí me ha enseñado para aprender, para poder opinar más. Eh... como que a los otros niños también... Ahora nos peleamos menos... O no sé, estamos aprendiendo en vez de estar en las calles. Como eso.” (Niña del grupo Infanto Juvenil Ruisenior de Combarbalá).

Estas afirmaciones que valoran positivamente las actividades de promoción de la salud, constituyen la visión de gran parte de la población de las tres localidades. Podemos identificar varios factores que indican el porqué de la satisfacción de las personas involucradas.

Primero, nos encontramos que incrementa la autoestima de las personas, al realizar ciertas actividades que tal vez antes no había podido realizar por diversos motivos. Otro factor que

ayuda en ese último aspecto, es que considerando que gran parte de la población sólo ha cursado hasta el sexto básico, el entregar conocimientos nuevos y de información sobre salud, incrementa la satisfacción al poder transmitir y/o compartir estos conocimientos, ya sea con el resto del grupo focalizado, con la familia u otros. Tal como lo decía el presidente de la asociación de alcohólicos en rehabilitación, él lo requiere en mayor medida por ser un dirigente. Es decir, el incremento de conocimientos de cualquier área, también lo asciende a un nivel superior y que estaría en relación con su grado en el seno del grupo. La autoestima también se incrementa con la posibilidad de compartir y de participar en un grupo, poder conocer más a las demás personas y conocerse mejor a sí mismo. Este aspecto ha aparecido reiteradas veces en las entrevistas a la hora de saber qué es lo que más satisface en las actividades de promoción de la salud. De modo que gran porcentaje de las respuestas apuntan a la posibilidad de socializar e incluso, de salir de casas para muchas mujeres del sector rural.

En relación con esto último, es también una puerta para escapar de la rutina, sobre todo en lo que respecta a las localidades de Barrancas-Chineo, debido principalmente, al aislamiento de la localidad.

Los elementos mencionados pueden ser incluso, más importantes que el real aprendizaje de temas sobre salud. No obstante, la población indica que conocer sobre salud es ciertamente un aspecto fundamental para “alargar la vida” y para poder “aprender como comportarse y hacer las cosas bien”. Mas estos aspectos son mencionados al parecer, por ser obviamente los temas que tienen directa relación con la educación impartida desde promoción de la salud, y sería algo extraño que las personas que participan en ella, no los mencionaran. Es por eso que en regla general, los individuos al ser consultados sobre la importancia de la promoción de la salud en la región, mencionan tal como se espera, la relevancia de aprender sobre temas relacionados con salud, luego se menciona el carácter educativo de ésta y cómo la adquisición de conocimientos ayuda en la percepción de los demás individuos de la comunidad.

Sin embargo, notamos que las personas entrevistadas tienden a repetir el mismo discurso promovido por la estrategia y que afirma que para tener una buena salud; hay que alimentarse de modo saludable, hacer ejercicios y en realidad, estos elementos son los

únicos o los primero que aparecen en la mente de las personas a la hora de hablar de lo que promueve la intervención. Es de suponer, que siendo estos factores los más visibles en la vida de una persona considerada como saludable, sean los que más se intentan alcanzar. El resto de las condicionantes son parcialmente olvidadas u obviadas.

De igual manera, la auxiliar paramédico de una de las postas de su respectiva localidad, afirmó que la promoción de la salud era requerida en la localidad para implantar de modo definitivo la actividad física. Esto sin embargo, fue uno de los puntos que las personas de la localidad decían menos necesitar por ser campesinos y por estar todo el día en movimiento. Este tipo de situación nos remite forzosamente a la falta de comunicación entre los grupos y tal vez, pasando por alto las necesidades reales de las personas.

Finalmente, en lo que atañe a las opiniones negativas con respecto a la promoción de la salud, nos encontramos con lo siguiente:

“Yo creo que es bueno el tema pero... Como que deberían adaptarlo más a las necesidades locales ¿cachai? Por ejemplo, pa’ la gente de Santiago es regio que los saquen a caminar al Cajón del Maipo... ¿Pero o sea acá? No creo que eso sea necesario, ¡si acá todos caminan caleta de una lado a otro! Como que en ese sentido deberían ser menos centralizados.” (Mujer joven, miembro del Consejo Consultivo de Manquehua)

“Bueno, nos dijeron lo que era eh... la promoción de la salud y no se entendía nada... trajeron sus cosas pero usaban palabras raras y nadie entendía así que recuerdo que ahí... casi nadie entiendo qué era promoción”. (Mujer miembro del Consejo Consultivo de Manquehua)

Como vemos, las críticas negativas tiene que ver más bien con un uso inadecuado del lenguaje. En efecto, a la hora de explicar a los grupos cómo hacer proyectos, o como realizar ciertos trámites, las personas no siempre comprenden términos que para las autoridades y profesionales pueden ser de uso cotidiano. Está claro que ninguna persona ha criticado el hecho de enseñar en cuanto a estos aspectos, lo que se requiere es tal vez, una

mayor claridad de partes de las autoridades y profesionales, en cuanto a la elección de conceptos.

Otro aspecto que ha sido criticado por algunas personas, en su mayoría, hombres de los sectores rurales, ha sido la “inutilidad” que ellos le ven al tema de la nutrición sana. El mejorar la alimentación comiendo menos y más sano, o hacer actividad física, resulta incomprensible para personas acostumbradas a almuerzos contundentes en un medio donde el esfuerzo físico es una variable constante.

“¿A ver cómo le digo yo a mis patrones que tengo que almorzar cuatro veces diario porque así lo dijo la nutricionista? Me despiden. Además ella me dice que coma... eh una pequeña cantidad. Para ella que esta sentada todo el día será muy fácil. ¿Pero, y uno, que hace fuerza todo el día?” (Hombre de la tercera edad de Las Barrancas)

En ese sentido, y tal como lo había mencionado otra persona anteriormente, las actividades y recomendaciones entregadas por los profesionales a los habitantes de las diferentes localidades son catalogadas de “centralistas” pues son impartidas por personas procedentes de centros urbanos mayores, y por ende, tienden a pensar que todos los modos de vidas son más o menos parecidos o bien no toman en cuenta los modos de vidas particulares de las zonas rurales. Esto acarrea ciertos problemas cuando se les pide a los pobladores de esas áreas que caminen cuando éstos afirman que caminan todo el día² o bien que reduzcan su porción de comida o de pan, cuando las personas acostumbran comerlo abundantemente y siendo este, un elemento central en la mesa rural. Las diferencias culturales que caracterizan la vida rural, constituyen otro de los elementos problemáticos a la hora de concretar cambios. En efecto, si bien hay aspectos cuyas diferencias con el modo de vida de quienes intervienen esas comunidades, son obvios, existen otros más profundos que son más difíciles de detectar. Aunque esto parece bastante lógico, no se debe dejar de lado a la hora de realizar diagnósticos.

² Se ha podido comprobar mediante la observación que, si bien es cierto que muchas veces las personas han tenido que recorrer largas distancias, muchos individuos calificaron como lejos, lo que para la observadora era relativamente cerca. Este fenómeno se dio de manera particular en el área rural. Por ende, se podría afirmar que las personas del área rural sin ser sedentarias, tampoco realizan largas caminatas.

De un modo u otro, las opiniones negativas vertidas hacia los profesionales de SP y hacia las actividades de promoción que ellos realizan, son las menos. La promoción de la salud esta bien evaluada por la población en general en los sectores enfocados. La gran traba radica en un desconocimiento sobre la presencia de la estrategia en el sector, y se requiere de un mayor énfasis en las prácticas en salud para que la promoción, no se reduzca en la percepción de la población, a una simple educación general a gran escala. La tarea pendiente está en arraigar la práctica de los conocimientos entregados explicando el porqué esto es necesario para la población del sector. Una educación para ser plenamente efectiva, debe concretizarse en la solución de problemas diarios, propios de la vida cotidiana y que en su conjunto, ayuden a mejorar la calidad de vida de los individuos y de su comunidad.

1.3 La salud y sus dimensiones.

En este capítulo, revisaremos los diversos conceptos de salud a lo que se refiere la población. Este es uno de los objetivos que se intentan alcanzar, es decir, la descripción de la visión de salud desde la perspectiva de la población focalizada por SP, y por los grupos que participan en el tema de promoción de la salud.

Se requirió una descripción sobre el concepto de salud de la población a raíz de los cinco años de intervención y se quería determinar si esa visión de salud, había integrado ciertos elementos entregados por la intervención. También para determinar los cambios en el comportamiento que definen la existencia de autocuidados y de hábitos relativos a la vida sana. La incorporación de una nueva visión de salud así como la materialización de la misma en la vida cotidiana y/o en la resolución de problemas sanitarios en el ámbito comunal, indicaran en qué grado, la intervención ha logrado cumplir con ciertos objetivos.

Aquí, los planteamientos son los siguientes:

- ¿Qué significa salud?
- ¿Qué cambios visibles estos han acarreados según los integrantes de los grupos?

a) *¿Qué significa salud?*

Este punto pretende recoger la visión general de salud que tienen las personas, así como el modo en que ésta cobra particular relevancia en la vida diaria y en diversas actividades impartidas por la estrategia de intervención de promoción de la salud. En cuanto a su definición propiamente tal, nos encontramos con dos modos de delimitación conceptual.

Cuando se les pide a las personas que definan la salud, se entrega una definición aprendida, y debido a la reiteración de elementos comunes en las respuestas, podemos pensar que esta es la definición de salud que se le ha comunicado a la población mediante la educación en salud. En tal caso, muchas respuestas apuntan a una salud bastante medicalizada, de una salud definida como la ausencia de enfermedades, como la normalidad de las personas manifestadas en su aspecto y comportamiento. De modo que esta concepción, correspondería a una descripción formal del concepto de salud.

Sin embargo, al preguntar por salud de modo indirecto (¿Qué cosas le satisfacen en su vida diaria? ¿Qué necesita Ud. para ser feliz y sentirse realizado? ¿Qué cosas desearía para el futuro?) las personas presentan respuestas diferentes y que de alguna manera, corresponden en mayor medida con sus expectativas y necesidades reales.

Así, cuando se les pide a los niños que dibujen la salud, de acuerdo a lo primero que se les viene a la mente, todos sin excepción dibujan medicamentos, personas enfermas cuyo aspecto traiciona esa condición, respondiendo a una definición formal de ese tema.

Otro elemento que aparece en forma reiterada al definir la salud, es una vez más, la parte alimentación que al parecer, juega un papel trascendental en la vida de los individuos. Esta renuencia por el tema de la alimentación puede deberse tanto a la importancia de la alimentación en la vida de ese sector particular, o bien, a un énfasis en ese tema por parte de promoción de la salud. No se ha encontrado un solo entrevistado que no se haya referido a ese aspecto. También es posible que siendo un tema de actualidad, constituya un aspecto más fácil de memorizar y de nombrar cada vez que se pregunta al respecto.

Sin embargo, el pensar que la totalidad de los entrevistados haya nombrado la alimentación, seguida estrechamente de la actividad física para definir el tema de la salud, no deja de ser sorprendente, en una localidad rural, en la que se espera que las personas no

le otorguen mayor importancia a dichos temas, o al menos, no como un elemento central en salud. En ese sentido, esta interrogante queda abierta, pues no se ha logrado encontrar respuesta satisfactoria al caso. ¿El impacto que ha generado el elemento nutricional y el sedentarismo, se debe a una condición cultural local, a un mayor énfasis del programa promoción de la salud sobre ese tema, o bien a ambas cosas? Al ser interrogada sobre una definición de salud, la población responde mayoritariamente como sigue:

“A ver, La salud es alimentarse bien porque... La alimentación de la salud es lo principal porque... Si estamos con buena alimentación, no nos vamos a enfermar porque si sabemos que es lo que vamos a comer y que es lo que nos hace bien para una cosa y para otra... Bueno, tendríamos que estar bien.” (Mujer de la Asociación de Pensionados y Montepiadas de Combarbalá)

“Para estar sano hay que comer hartas legumbres y vegetales. ¡Y tomar leche!” (Niño del Jardín Infantil Bambi de Combarbalá)

Ambas respuestas fueron entregadas por personas de edades muy desiguales y sin embargo, en ambas se cita la alimentación como un factor condicionante de la salud. Al parecer, para las personas, un individuo que se alimenta bien es un individuo sano, pasando por alto los demás factores que condicionan una vida saludable. Como vemos, la alimentación es el aspecto que más retienen las personas de los distintos grupos focalizados. Lo mismo ocurre al preguntarles cuales son los aspectos más importantes que hay que observar para poder estar sano.

La salud pasa para muchos, por el aspecto físico de las personas, caminar y comer sano. El caminar al parecer, siendo identificado por las personas de todos los sectores, como la actividad física primordial y tal vez también, por ser más alcanzable y factible de ser realizada en el diario vivir, sobre todo en las partes rurales. Muchas personas justifican la falta de actividad deportiva afirmando que “caminan mucho” o que realizan muchas tareas domesticas.

El tema del medio ambiente es citado como segundo factor más importante para los habitantes del sector de Manquehua. En efecto, esta comunidad tiene como principal problema a resolver el tema de la basura pues no dispone de camión para poder recogerla, asunto que preocupa los dirigentes locales, y tema central de las reuniones del Consejo Consultivo de Salud de la misma.

Es de suponer que estos temas habrían encabezado la lista de los aspectos más relevantes de la salud comunitaria si el impacto de las charlas sobre la alimentación saludable hubiese tenido la magnitud que le correspondía.

Por último, en el sector de Combarbalá, el medio ambiente no es un tema de real trascendencia (aunque sí lo es para los niños de esa zona). La preocupación por las enfermedades psicológicas diversas es mayor que en las localidades rurales. Si en general, para los habitantes de áreas rurales califican de saludables a los demás individuos por su buen aspecto, en Combarbalá, un aspecto físico saludable puede esconder trastornos psicológicos o abrigar alguna enfermedad no visible (un virus por ejemplo). Así lo muestran las siguientes afirmaciones:

“Hay personas que se ven en buenas condiciones de salud, pero por dentro, no están las condiciones que uno cree que esta viendo en la persona.” (Presidente del grupo de Autoayuda Nuevo Amanecer de Combarbalá).

En ese sentido, el cuerpo puede abrigar alguna enfermedad mental o viral, invisible a los ojos de las demás personas. Aunque en general, se asume la enfermedad como una “anormalidad” del aspecto exterior de las personas, se tiene conciencia de que no siempre es así.

En resumen, al preguntar directamente sobre definición de salud y cuáles son los factores más importantes que ayudan a preservarla, las personas han colocado el factor alimentación y actividad física antes de cualquier otro elemento en todos los sectores focalizados y en todos los grupos etarios. La alimentación es el tema central y foco de preocupación de las mujeres de las áreas rurales.

En segundo lugar, el medio ambiente tiene un rol sumamente importante en la salud comunitaria de las poblaciones rurales. En el caso de Combarbalá, la parte interior del cuerpo humano, la parte invisible de las personas, también debe estar sana para considerar a una persona como plenamente saludable.

El resto de las condicionantes de la salud son raramente mencionadas a la hora de enumerar los factores importantes para mantener la salud. Es el caso por ejemplo, de los vicios y los factores protectores psicosociales. Más bien los individuos los enumeran, pero no suelen detenerse en ellos.

Obtenemos finalmente, este cuadro que nos indica qué es lo que las personas consideran más importante para mantener la salud.

Cuadro 2.1

	Combarbalá	Manquehua	Barrancas- Chino
Alimentación y actividad física	Primer lugar	Primer lugar	Primer lugar
Medio ambiente	Tercer lugar	Segundo lugar	Segundo lugar
Enfermedades virales y salud mental	Segundo lugar	Tercer lugar	No se ha nombrado
Vicios diversos	Cuarto lugar	Quinto lugar	Tercer lugar
Factores protectores psicosociales.	Quinto lugar	No se han nombrado	Cuarto lugar

Estas serían los elementos necesarios que se deben considerar en orden de importancia para preservar la salud según las localidades focalizadas.

Después de haber revisado una perspectiva sobre salud netamente condicionada por la educación en promoción de la salud, entregaremos en el siguiente ítem una perspectiva de salud de la población, cuando *no* se pregunta directamente por una definición de la misma.

Otra mirada sobre salud.

En este apartado, se pretende recoger otra definición de salud más en acuerdo con la perspectiva real que la población tiene al respecto. Así, las respuestas que se presentarán a continuación, fueron dadas al preguntar sobre cuáles serían los elementos a considerar para aumentar la felicidad o satisfacción personal o bien sobre elementos deseables para el futuro de las personas, o sobre aquellos elementos que determinan un alto grado de satisfacción en la vida presente. Otras de las visiones de salud fueron entregadas al conversar sobre el tema de la salud en general así como sobre las necesidades reales de la comuna y de la población, sin presencia de preguntas puntuales.

En relación con lo anterior, nos encontramos con respuestas sorprendentes y muy diferentes a los que las personas definían primero como salud y como sus características más importantes.

Bajo esas condiciones, la población local ha descrito la salud como:

“Para mí... La salud es lo más bacán... Incluso siempre lo tengo presente (...) La persona tiene que estar bien psicológico, físicamente y... el entorno... Eso también influye mucho...”
(Joven del Consejo Consultivo de Manquehua)

“(...) Y creo que lo primordial para mi salud, en ese sentido ha sido mi familia. Porque... Uno mientras tenga el apoyo el soporte de la familia, entonces uno puede decir que esta bien.” (Presidente del grupo de Autoayuda Nuevo Amanecer de Combarbalá)

De acuerdo con estas descripciones, la salud tiene directa relación con el entorno y la familia, sobre todo en el caso de los niños, quienes han puesto la familia en el primer lugar para describir la sensación de bienestar. Muchas personas de la zona urbana de Combarbalá han puesto a la familia como el centro en torno al cual gira la salud de las personas. Los factores protectores psicosociales son los primeros que aparecen en lo que respecta a la felicidad de las personas.

Otro elemento no menos importante es el aspecto económico, que si no determina directamente una buena salud, es un factor que tiene estrecha relación con ella.

“ Mire, es que la única manera de tener salud, es alimentándose bien ve? Entonces por eso que yo me organizo con mi grupo, a ver si nos suben las pensiones para poder alimentarnos bien y tener mejor salud.” (Presidenta de la asociación de pensionados y Montepiadas de Combarbalá).

Como vemos, los problemas económicos son otros de los aspectos que las personas identifican como un elemento importante para mantenerse saludables. Las preocupaciones son vistas, con mucha razón, como fuente de estrés y por ende, de mala salud. Muchas de las personas entrevistadas no consideran que exista pobreza económica en los sectores en los cuales éstas residen pero citan la falta de recursos económicos, como uno de los factores que les impide estar completamente satisfechos.

Otro aspecto que es necesario para la buena salud de acuerdo a lo planteado en este ítem, es la socialización con el resto de los integrantes del grupo o bien con los demás grupos.

“Yo más que nada asisto a las charlas y las reuniones con ganas de aprender más, lógicamente... Pero igual como que me voy a reír y a pasarlo bien. Eso también me sirve a mí. Como para hacer otras cosas, y salir un poco de lo cotidiano, ¿me entendí?” (Mujer de Manquehua en relación con las charlas entregadas por SP).

“Yo me siento bien en este momento. Porque es un grupo alegre así... no en forma desunida... O sea, son personas que se reúnen y así se les ve bien...” (hombre del grupo de autoayuda Nuevo Amanecer de Combarbalá)

Se puede deducir de las últimas afirmaciones, el carácter social de las reuniones y actividades realizadas por los profesionales de SP en torno a la promoción de la salud, además de entregar conocimiento sobre ese tema, también aportan un motivo a muchas personas para poder socializar entre integrantes de un mismo grupo así como con los integrantes de los demás grupos de salud.

Esto es reiterado sobre todo por las mujeres de los sectores rurales, sobre todo a en la localidad de Barrancas-Chineo, donde la socialización con el resto de la comunidad y las actividades que generan ese tipo de relación son al parecer, de suma relevancia.

La sociabilidad y participación que generan las actividades de promoción, así como el aprendizaje de nuevos conocimientos, otorga cierto grado de confianza en los individuos, lo cual a su vez, aumenta la autoestima y según lo expresado por las mismas personas, les permite descubrir ciertas capacidades que ellas desconocían, como el perder el miedo a opinar, o a participar.

Otro factor que dice relación con lo expresado anteriormente, tiene que ver con que el aprendizaje de conocimientos nuevos, aumenta la satisfacción de las personas, al poder defender ciertas posiciones sobre salud con argumentos entregados por los profesionales. O simplemente al transmitir esos conocimientos en diversas instancias que así lo permitan. El poder influir sobre las decisiones de los demás mediante los conocimientos nuevos, es un factor importante en el incremento de la autoestima de esas personas, que recordémoslo nuevamente, carecen de una sólida base educativa.

Notemos que el asunto de la alimentación reaparece, si bien no como el aspecto más importante como anteriormente se mencionaba, no deja de ser un aspecto de cierta importancia. En ese sentido, la alimentación queda en la perspectiva de salud de las personas, ya sea cuando se pregunta directa o indirectamente sobre el tema. Así, cuando se pregunta por salud directamente, todos los grupos etarios de todos los sectores caracterizan la salud de forma parecida sino igual. Así, como primer punto, la salud es condicionada para todos, casi sin excepción, por una buena alimentación y una cierta actividad física. En un segundo lugar, se cita el elemento de importancia en relación con la pertenencia a un grupo específico de cada uno. Para los alcohólicos, lo importante era no volver a recaer en el vicio, para los niños, la droga y la sexualidad eran también muy importantes.

En cambio, cuando se conversa sobre salud sin preguntas específicas, ésta aparece asociada tan sólo a la persona como individuo, es decir, enfocada a su bienestar psicológico social. Por ende, se tiende a citar, la familia, las amistades, la socialización, etc. Esto se explica porque cada sujeto es individuo a la vez que miembro de un grupo. Cuando

se pregunta por salud en general, responden por lo aprendido en el seno del grupo, dentro del programa de promoción de la salud. Cuando se cuestiona por un concepto de salud más amplio, las personas escogen dentro de sus propios deseos personales, dejando de lado, aquello que era importante en la primera respuesta (por ejemplo, absolutamente nadie habla de la importancia de la actividad física, contrariamente a lo que se había manifestado en un primer momento).

En ese sentido, esto último correspondería a una visión más real y aterrizada del concepto de salud para la población, pues refiere específicamente a los problemas que tiene que enfrentar en su diario vivir.

Es difícil pensar que las personas puedan pensar la alimentación “no saludable” y la actividad como un tema de primera importancia a resolver, tal como lo menciona la nutricionista del DS, o las auxiliares paramédico que muchas veces, culpan a las poblaciones locales de ser sedentarias y de no cuidar lo que comen. Esto no quiere decir que enseñarles a las personas qué es más o menos saludable en cuanto a la alimentación sea erróneo, sino que es necesario tal vez, trabajar con los temas más centrales y que se adapten mayormente a la realidad cotidiana local.

Finalmente, el cuadro siguiente grafica, en orden de importancia, los elementos relevantes para definir la salud de modo menos formal.

Cuadro 2.2

	Combarbalá	Manquehua	Barrancas-Chineo
Factores protectores psicosociales	Primer lugar	Primer lugar	Primer lugar
Aspecto económico bueno	Tercer lugar	Segundo lugar	Cuarto lugar.
Socialización y Autoestima	Segundo lugar	Tercer lugar	Segundo lugar
Alimentación.	Cuarto lugar	Cuarto lugar	Tercer lugar

En resumen y de acuerdo a la lectura del cuadro, la mayoría de las personas le atribuyen mayor importancia a los factores protectores psicosociales y en general, al entorno, a la socialización y autoestima.

En el segundo lugar, a excepción de la localidad de Manquehua, sector en que las relaciones sociales son bastantes frágiles, y en donde más opiniones negativas existen con respecto a promoción de la salud y SP, es la socialización con otras personas y/ o con otros grupos. En efecto, en las localidades de Combarbalá y de Barrancas-Chineo, la interacción entre personas y grupos distintos, jugaría un importante papel en la salud. En esa última localidad, se han generado diversas actividades locales, relacionadas o externas a promoción de la salud, y que se transforman en instancias de reuniones sociales, en donde acuden habitantes de los sectores aledaños.

Al hablar sobre los talleres de salud y su relevancia en las vidas de las mujeres que asisten a ellos, se nombra antes que cualquier otro elemento, la adquisición de conocimientos, así como el poder “conversar y socializar” con el resto del grupo. En ese sentido, los talleres ayudan y motivan las personas a aprender y participar en diversas instancias, así como a quebrar la rutina de las amas de casas. Este sería uno de los aspectos más destacable en las localidades de Combarbalá y de Barrancas-Chineo, donde las actividades son muy bien recibidas por la población local. El esfuerzo radica en impulsar este aspecto en la localidad de Manquehua para alcanzar la participación comunitaria en salud así como en otros ámbitos.

b) Impacto de promoción de la salud en la alimentación local.

No podemos no referirnos, aunque sea brevemente, al gran impacto que promoción de la salud ha generado en la alimentación local, así como a la visión sobre la condición física en general.

La alimentación es un tema de primera preocupación para las mujeres de las áreas rurales, sobre todo en la zona de Barrancas y Chineo. En ese sentido, el impacto de la nutricionista en las diversas localidades rurales se materializa en el efectivo cambio alimenticio experimentado por las mujeres de estos sectores.

Para todas las mujeres (sin excepción, al menos dentro de las entrevistadas), la gordura es un tema serio y las que se encuentran en esa situación, intentan bajar los kilos de más. Este aspecto de la promoción, limita con la obsesión, al ver numerosas mujeres de contextura normal, haciendo dietas porque se “sienten gordas”. En relación con lo anterior, se debe precisar que todas estas mujeres son de la tercera edad, pues ninguna joven ha manifestado el deseo de comer menos. Esto se explica en parte, porque la mayoría de estas mujeres, sufren de enfermedades crónicas, que las obligan a vigilar su alimentación.

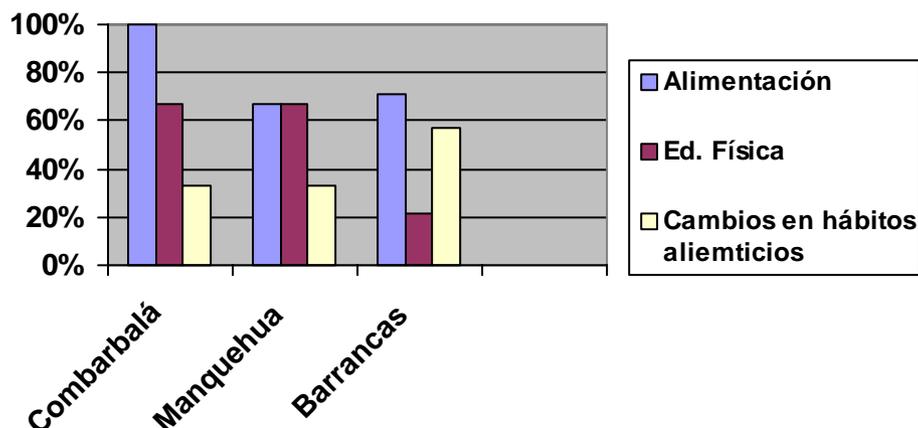
No obstante, el vigilar la alimentación de manera a no aumentar la gravedad de esas enfermedades crónicas, no implica tener que alimentarse con el fin de bajar de peso. En tal caso se considera que puede existir un problema de exposición de parte de la nutricionista hacia la población. Al parecer, esta última entiende “comer sano” con “bajar de peso”.

El excesivo énfasis de promoción de la salud puede sin embargo, convertirse en un problema para las mujeres de la tercera edad de los sectores rurales. Esta gradual inquietud por el peso, se manifiesta también en las mujeres hacia los niños. Si bien el impacto es visible sobre todo en el menú de las mujeres, los niños también son objetos de esos nuevos cuidados aunque en menor medida.

La observación realizada al interior de las postas rurales, reveló que muchas veces, el peso es diagnosticado como el causante del malestar de quien se atiende. De modo tal, que muchas mujeres cuentan con orgullo, cómo lograron bajar de peso.

De acuerdo al gráfico que sigue, se muestra la importancia de los conceptos de alimentación y educación física al momento de definir la salud. También, se expone el impacto real en los hábitos alimenticios en la población femenina en cada localidad.

Gráfico 1.



Como no se registró ningún cambio en cuanto a la realización de actividades física, no hubo necesidad de graficarlo. Al parecer, la población femenina de las partes rurales, considera que una baja de peso, consecuencia de una dieta, es suficientemente efectiva para excluir la realización de cualquier actividad física. En caso de deber justificar eso, se recurre al gasto de energía en los quehaceres del hogar y a las caminatas obligatorias propias de las zonas rurales.

1.4 ¿Qué otros cambios se visualizan?

Esta pregunta está ya en parte resuelta, en los puntos anteriormente tratados. En la comuna de Combarbalá, estos profesionales realizan talleres con el grupo de niño Ruiseñor. Estos talleres perciben un fin educativo a través de dinámicas diversas en torno a la salud, tales como la creación de mascararas, dibujos, obras de teatro etc.

En Manquehua, la educación en salud se realiza con tres clases de la escuela Claudio Matte. En ellas se tratan tres temas que son: medio ambiente, alimentación y salud sexual reproductiva.

Además, se trabaja con el consejo consultivo de esa misma localidad, asesorándolo con el fin de que este pueda alcanzar la autogestión.

Por último, en la localidad de Barrancas-Chineo, se trabaja con una grupo de salud, constituido de manera fortuita, por mujeres del sector. En estos talleres, se enseñan

primeros auxilios así como otros temas que se relacionan con salud. Las actividades realizadas en promoción de la salud, en las tres localidades por igual, han sido las comidas saludables, las caminatas, clases de aeróbicas, talleres manuales, etc. En ese sentido, revisaremos brevemente las opiniones vertidas por cada localidad en cuanto a esta labor pues lo que nos interesa, es enfocarnos en los cambios que éstas han aportado en las localidades y en la vida de sus habitantes.

a) Combarbalá:

Como sólo se trabajó con el grupo infanto juvenil específicamente focalizado por SP, las opiniones recogidas en torno al trabajo de los “tíos” fueron en general, bastante positivas. Las únicas y casuales críticas al respecto apuntan más que nada, al aburrimiento que estas producen ocasionalmente. Por lo observado, los niños asisten con regularidad a los talleres, y se divierten en ellos.

En relación con lo expresado, si bien los niños no relacionan los talleres con temas de salud y pobreza, éstos habrían aportado cambios expresados en conocimientos nuevos que les ayudara a eludir ciertos problemas sociales, en el futuro y en el presente.

Este grupo ha logrado aprender muchas cosas por la etapa vital en la que se encuentran. No han efectuado reales cambios en su alimentación, más si pueden transmitir los nuevos conocimientos a la comunidad y les ha servido para participar. Por su parte, la presidenta de la Junta de Vecinos a la cual el grupo de niños pertenece afirma:

“Para mí ha sido fundamental con los niños de la junta de vecinos, porque ya no hallaba qué hacer con los niños, porque tienen necesidades e inquietudes pero ¿dónde iba a concurrir para que estos niños se les entregara las herramientas para el futuro? Y fueron ellos (los de Servicio País).”(Presidenta de la Junta de Vecinos de El Calvario de Combarbalá).

Aquí, el aporte se materializa como herramienta entregada para el futuro. De modo que los cambios no se manifiestan siempre de modo visible.

Los niños discuten los puntos que les llama la atención, así como también lo conversan con sus padres. Los obstáculos en cuanto a la instalación de cambios tiene que ver a veces, con la participación de los apoderados, no siempre presentes.

Por otro lado, muchos de estos niños vienen de hogares con problemas, viviendo con los tíos, con los abuelos, o con una madre separada, etc. En ese sentido, los niños tienen conciencia de que tanto en su experiencia cotidiana como futura, puedan tener que enfrentar ciertos problemas. En cuanto a este último punto, la superación de ciertas situaciones dice relación con ese aspecto de la labor realizada por SP.

Los cambios no son patentes aún, los niños están aprendiendo e integrando los conocimientos, es una etapa necesaria, mas ellos entienden y logran visualizar la importancia de esa educación en lo que respecta a sus vidas. Por ende, el impacto se verá en la acción futura de los niños al tomar sus propias vidas en mano, y ver de qué modo estas herramientas son utilizadas, en ese sentido. Tal como lo dijo una educadora de párvulos: *“Entregamos las herramientas a los niños para que puedan mejorar su salud. Pero eso que yo les entrego, no lo veo todavía. Espero que cuando sean adultos lo puedan aplicar. Pero por el momento, no se puede decir nada...”*. Sólo nos queda esperar.

b) Manquehua:

El equipo SP trabaja ahí con la escuela impartiendo talleres sobre tres temas de salud. En tal caso, tampoco los niños tienen críticas que observar, puesto que ellos mismos dicen que esto sirve para perder clases aburridas. Es decir, las actividades con SP ayudan a acortar la jornada escolar.

Los cambios en los niños son imposibles de ser visualizado porque se ha trabajado con ellos sólo desde mediados del año 2005 y esa actividad duró apenas un par de semanas. Una de las preocupaciones de la población en cuanto a la salud de este grupo, tiene que ver con la sexualidad. Esto además de ser planteado por apoderadas y por las mismas niñas (ningún niño se pronuncia sobre este tema), también fue ratificado por la directora del colegio.

En efecto, el tema de la sexualidad es poco tocado entre padres e hijos, y un tanto más entre madres e hijas. Por ello, es necesario que niños y niñas trabajen en conjunto en torno a

estos temas, no diferenciándolos para no marcar las diferencias de sexo, sino más bien realizando ciertas dinámicas que implique la participación mixta. Esto planteado como una posible línea de intervención a futuro.

.En cuanto al trabajo efectuado con el Consejo Consultivo, las opiniones al respecto son diversas. En general está bien catalogado, aunque el principal obstáculo reside en que sus integrantes desconocen la tarea del equipo SP para con ellos. Tampoco conocen las actividades que este grupo realiza al interior de la escuela. Las madres que integran Consejo Consultivo cuyos niños están en la escuela, saben que los profesionales intervienen en esa institución, pero no saben en qué consisten los talleres. Esto nos indica una falta de comunicación entre madre e hijos que tal vez, traduce el desinterés de la localidad para con esos asuntos.

En lo que respecta a la labor que realiza SP dentro del consejo, existe desconocimiento hacia la razón específica de la presencia del organismo en la localidad, produce ciertas dudas sobre la utilidad del consejo consultivo. Las personas no saben para qué se les supervisa, aunque tampoco niegan el aporte de los profesionales.

Sin embargo, todos califican al consejo consultivo como una instancia de ayuda social hacia el pueblo “*Somos la asistente social de la comunidad*” dirá una mujer miembro del mismo. Se define este grupo como una ayuda para quienes lo necesiten, aunque saben que es un consejo consultivo de salud. Por ende, tratan de que los problemas con relación a este tema, sean los primeros planteados.

Ahora, si bien el Consejo Consultivo de Manquehua se encuentra funcionando, se debe básicamente a que los profesionales de SP motivan y programan las reuniones. Hay que preguntarse qué pasará cuando este equipo finalice su intervención en la comuna. ¿Se acabará el consejo consultivo? Es necesario que las personas entiendan y conozca no sólo las labores de los profesionales en el sector, sino también explicar porqué es importante la existencia de un consejo consultivo, y porque se decidió crear esa instancia en la localidad de Manquehua.

En cuanto a lo anterior, muchos integrantes piensan que este se terminará cuando se retiren los profesionales. Primero porque esta instancia, no cumplió con las expectativas de la mayoría del grupo que era la educación en salud. Segundo, porque no se sabe sobre qué base se creó esta instancia. Si bien muchas personas afirman que es útil, dudan que la

motivación se sostenga en el tiempo. Tal vez es un poco tarde para poder hacer marcha atrás. Las personas han quedado desmotivadas con él y las soluciones a los problemas son largas de obtener. El consejo consultivo funciona porque se sostiene en los profesionales de SP. Es probable que, al retirarse de la localidad, éste no tenga ya motivos para seguir funcionando. Una solución sería darle más tiempo a dicho grupo, y seguir asesorándolo hasta que tenga suficiente autonomía.

C) Barrancas-Chineo

Con el grupo de mujeres que conforman el taller de salud, las opiniones son siempre positivas. Todas las mujeres están satisfechas con los talleres, y por lo observado también, se acude a ellos con una asistencia regular.

No obstante ello, la auxiliar paramédico de la localidad de Barrancas-Chineo, ha expresado que las mujeres del taller son muy “flojas” y “poco motivadas” para asistir en forma regular, lo cual le “provocaría vergüenza” por la inutilidad de los esfuerzos desplegados. Mediante la observación, se comprobó que las mujeres participan de los talleres no sólo haciendo acto de presencia, sino que con un real interés por los asuntos de salud. Muchas de ellas preguntan, y responden a las preguntas realizadas por los profesionales. Este grupo de salud lleva más de tres años funcionando y las mujeres, si bien eran más en su inicio, siguen constituyendo un grupo motivado.

Todas estas mujeres son madres y/o abuelas, pues la mayoría está sobre los cuarenta años. Todas residen en la localidad y son dueñas de casa. Esto explicaría en parte, la gran motivación y aceptación hacia la labor realizada por los profesionales de SP. Así muchas mujeres declaran asistir a los talleres porque:

“ Me sirve también para poder salir de casa. Imagínese usted... Acá uno tan lejos de todo y eso... es como una distracción...” (Mujer de El Chineo, con relación al grupo de salud).

“Bueno, uno aprende harto. Incluso yo no he faltado nunca, como dos veces no más (...). Uno ahí aprende harto y... y sirve también para juntarse con las demás po.”(Mujer del grupo de salud Barrancas-Chineo)

En ese sentido, una primera razón por la que las mujeres asisten con entusiasmo a los talleres (y de acuerdo con lo observado, en realidad a casi todas las actividades realizadas por promoción de la salud o por la propia comunidad) es el motivo que éstos les procura para poder escapar del hogar, es decir, a la rutina y tareas cotidianas que éste demanda. Las mujeres no tienen mucha oportunidad de salir del sector, siendo las mayores salidas, las casas vecinas donde se juntan a conversar. Tal vez este sea un punto importante en relación con lo que ocurre en Manquehua, donde la asistencia también es buena, sin embargo el interés es menor, porque la gente de esa localidad en particular, trabaja y por ende, se mantiene ocupada en otros ámbitos.

Otro motivo que explica la participación de las mujeres de la localidad en casi todas las actividades efectuadas dice relación con la sensación de satisfacción que esto conlleva. En efecto, las mujeres se sienten útiles para la comunidad:

“Si uno quiere que nuestra comunidad surja, hay que trabajar y participar para que surjamos” (Mujer de Las Barrancas, secretaria de la Junta de Vecinos de esa localidad).

Las mujeres en ese sentido (y en realidad, toda la comunidad) tiene una fuerte incitativa de acción común con miras a mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Esto se ha concretizado mediante la construcción de una plaza, en cuya edificación la propia localidad ha participado. Además de reforzar los lazos sociales entre los habitantes, surge la satisfacción de poder realizar cosas conjugando las fuerzas de cada uno. La comunidad adquiere conciencia de poder obtener ciertos beneficios al realizar este tipo de actividades. Este último aspecto es otro elemento que podemos observar en cuanto a la participación de las mujeres en los talleres de salud:

“Lo que es bueno, es que ahí uno aprende cosas sobre salud y siente que puede ayudar a la comunidad”. (Mujer del grupo salud Barrancas-Chineo).

Las mujeres siendo quienes se ocupan de la salud en el núcleo familiar o dentro del hogar, transmite esos conocimientos nuevos a los hijos. Nunca se menciona la transmisión de

conocimientos hacia el esposo, lo que induce a pensar que es un tema netamente femenino. Otro factor que reafirma esto, es la ausencia de hombres en los talleres de salud. Si bien, muchos de ellos trabajan, en la localidad hay muchos hombres que tiene suficiente tiempo libre como para acercarse a los talleres, pero no lo han hecho. Las mujeres transmiten los conocimientos ya sea hacia las demás mujeres de la comunidad o bien a los hijos. Así una mujer afirmó:

“Yo voy a los talleres y eso que ya mis hijos están grandes. Yo pienso que las mujeres jóvenes con hijos deberían de ir más. Porque una ya no se preocupa tanto de enseñar esas cosas.” (Mujer del grupo salud Barrancas-Chineo)

En ese sentido, la difusión de los conocimientos estaría lograda en Barrancas-Chineo, donde la presencia de la mujer en el hogar es más repartida. Esta transmisión de los conocimientos aprendidos corresponde a una modalidad de impacto en la comunidad, en el que el tema de la salud ha causado numerosos cambios. Recordemos que son las mujeres quienes han cambiado, para bien o para mal el menú local considerado poco saludable, a otro que se califique como tal.

Las mujeres también aplican los conocimientos aprendidos en caso de accidentes menores. Ellas ya saben qué es lo que pueden hacer en tales casos.

En ese sentido, la educación realizada por parte de SP no ha tenido un impacto únicamente al nivel de esquemas educativos en las personas, sino que existe una difusión de los mismos hacia el resto de la comunidad, así como una utilización de las herramientas entregadas en diversos ámbitos.

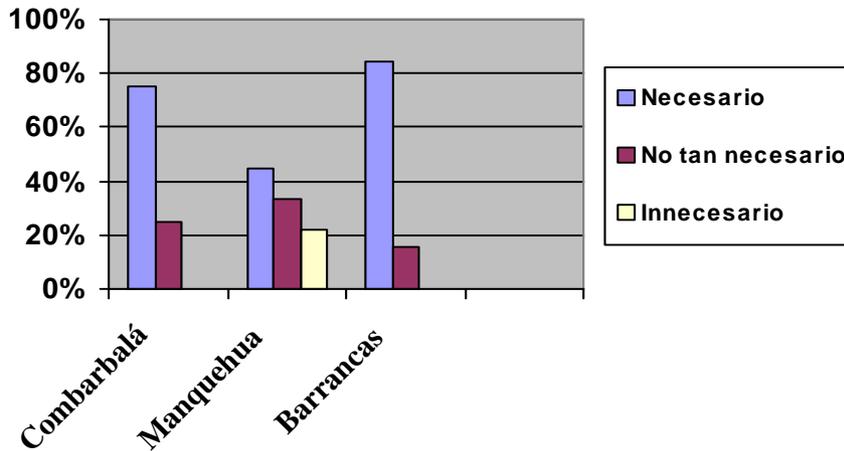
El impacto de la labor realizada por los profesionales de SP a lo largo de los cinco años de intervención, tuvo efecto en estas tres localidades.

En cuanto a los cambios generados desde la intervención en promoción de la salud, la localidad de Barrancas es donde al parecer, se ha realizado un mayor número de actividades relacionadas con salud. Esto es importante en la medida en que los grupos que se radican en ese sector, no necesitan, la presencia de profesionales para realizar tales eventos.

A diferencia de los sectores de Combarbalá donde la intervención de promoción de la salud es vista específicamente enfocada a la educación y no precisamente a la aplicación de la misma o Manquehua, donde los grupos, aún dependen de los profesionales de SP para funcionar.

En el siguiente gráfico, se representa cuan necesario fue el aporte generado por SP en las diversas localidades, desde la perspectiva de sus habitantes, ya sea para la concreción de actividades diversas, por el conocimiento entregado o bien para la autogestión comunal.

Gráfico 2.



2. Pobreza

2.1 El concepto de pobreza según los actores

La comuna de Combarbalá ha sido evaluada como una de las más pobres de Chile. A primera vista, es una comuna con economía agrícola y ganadera, centrada en la crianza caprina, y cuya actividad productiva es básicamente artesanal.

En los sectores rurales se pueden ver viviendas rudimentarias donde no siempre existen las mejores condiciones sanitarias. La falta de medios tecnológicos para la producción agrícola impide el desarrollo de esta actividad. Sin embargo, estos aspectos no parecen ser indicio

“Aún hay carencias muy fuertes que tienen que ver con la debilidad de la comuna. El 60% o 70% de la actividad ganadera se desarrolla en sectores de secano (...)” (Ibídem).

Para los profesionales de la salud, ésta se identifica en la comunidad como:

“(...) Al hacer su análisis, es como una amenaza para ciertas actividades (de promoción de la salud). Eh... Al hecho de que haya tanta ruralidad. También influye por el nivel educacional, eh... El nivel de instrucción es bajo entonces uno también quiere intervenir muchas veces. No hay plena seguridad de que... de que esté llegando bien todo lo que uno entrega. (...) De repente hay como una necesidad de... de contar lo que les pasa (a las personas)... Una instancia para ser escuchados. Creo que eso.” (Nutricionista del Departamento de Salud de la Municipalidad de Combarbalá).

Identificamos hasta el momento, varios factores que indican algún tipo de pobreza en la comunidad. Las soluciones a todas ellas son bastante difíciles por la dimensión que cada uno de estos puntos abarca y las autoridades están conscientes de eso.

La pobreza en la región tiene que ver con la baja producción agrícola, con la carencia de educación sobre todo en la población rural y tal vez, una carencia de tipo social, al no tener donde recurrir en busca de apoyo.

En lo que se refiere a la parte educativa, ésta es sentido por las personas que trabajan en la intervención, como un obstáculo para lograr un impacto efectivo, al no tener la seguridad *“de que esa información entregada esté llegando correctamente”*. Los profesionales de SP han caracterizado la pobreza en la comuna como sigue:

“La pobreza rural es diferente de la pobreza urbana, pero cuando miras desde el punto de vista de la salud, se hace extrema y deshumanizadora (...). Hay mucha gente que vive con lo puesto, con mucha suerte con sus animales y su huerto si tiene la posibilidad de tenerlo y si tiene agua. Esta gente (...); de donde sacan los recursos y movilización cuando se enferman? No hay nada más terrible que una persona enferma y pobre.” (Ex profesional SP).

Esta afirmación corresponde a una de las grandes necesidades manifestadas por la población en el campo de la salud. Es además, el motivo de la intervención. Está claro que de alguna manera, la pobreza en la zona urbana de la comuna, es más difícil de delimitar. Por ende, para ciertas autoridades, la desmotivación sería propia de la cabecera comunal, mientras la pobreza material, sería característica de los medios rurales. Sin embargo, esta percepción no contempla la participación efectiva de los grupos urbanos como tampoco la medicina tradicional como alternativa a la medicina formal, arraigada en las zonas rurales.

Para los dirigentes y representantes de grupos de diversos sectores de la localidad, la pobreza en la comuna se ve reflejada como sigue:

“Creo que tiene varios componentes, la gente se siente muy dañada y no hay mayor esfuerzo por salir adelante. Creo que necesita otro tipo de ayuda, porque como dirigente social lo he podido constatar...” (Presidenta de la Junta de vecinos de El Calvario).

“No creo que haya pobreza acá en el sentido de... de la palabra pobreza. O sea, nadie tiene tanto pero cada cual sale adelante con lo que tiene. No veo así como pobreza. Sí tenemos otros tipos de problemas.” (Coordinadora del Comité Ejecutivo Vida Chile).

Notamos que la pobreza para todos los sectores sociales, está relacionada con el factor económico. De forma tal, que muchas personas han contestado primero que no existe pobreza en Combarbalá pues en primera instancia la relacionan con la carencia en la satisfacción de necesidades básicas.

La mayoría de los dirigentes entiende la pobreza en la zona como fuertes carencias sociales. Por lo general, no se destaca la carencia material, sino más bien, la falta de oportunidades sociales (políticas y educativas en primer lugar) a las que estarían expuestos los diferentes grupos.

Por su parte, la población local tampoco identifica la pobreza en la localidad con la falta de recursos económicos:

“No hay pobreza por acá menos mal. Si la gente tiene para comer... tiene sus casitas... Y la ropa usted la puede comprar en cualquier parte. Hay ropa hasta por mil pesos...” (Presidente de la Junta de Vecinos de Las Barrancas).

“ Hay familias que necesitan, pero la población en general es de clase media... La gente acá, no tiene mucho dinero y como no son ni de alta ni de baja, son ahí no más... No hay pobreza ni riqueza...” (Niña del grupo Infanto Juvenil Ruiseñor de Combarbalá).

Así, los casos donde se cita la pobreza extrema tal como ellos la visualizan, se remite a una serie de casos puntuales. Ninguna persona entrevistada evaluó a su localidad como pobre, ni mucho menos a sí misma, al menos no en el sentido mencionado. Todos se consideran satisfecho (solo refiriéndose a la satisfacción de sus necesidades básicas). Estando presentes los aspectos básicos para vivir, no se describe la situación como de pobreza. Otro elemento que se repite, son las atribuciones positivas con respecto a pobreza de una zona a otra. De tal manera que en el área urbana, se piensa que la zona rural se encuentra mejor económicamente, *“pues si les faltan, ellos tienen sus animales, y sus huertitos por si acaso”*. Por otro lado, las personas del área rural, consideran la pobreza rural más difícil que la urbana pues *“por lo menos allá tienen sus trabajos, sus cosas, y acá solo hay trabajo temporal”*. Otro aspecto que forma parte de la pobreza, es la baja motivación y participación en las actividades:

“...Hay personas que no quieren, como que no, no surgen porque como que no quieren trabajar. No existe ese incentivo de acá. Pucha, si quiero surgir tengo que trabajar, no que se quedan como que los ayuden no más. Nunca salen adelante... No se quedaría ahí no mas la comuna, sino que fuera surgiendo” (Joven de Manquehua).

“Las instituciones gubernamentales dan todo. Las personas tienen que transformar su entorno, pero que no le den todo a la gente. No que ellos aprendan, que se sacrifiquen. (...) hay que darles las herramientas para que ellos sepan como se hace”(Directora de al Escuela Claudio Matte de Manquehua).

Así, en estas líneas, la pobreza en las distintas localidades se refiere más bien a la idea de “actuar, participar, trabajar” en conjunto, con el fin lograr el desarrollo local. Los grupos asumen la importancia de existir como tales, en su función de asistencia a los integrantes, para ayudarlos a superarse a sí mismos. Para poder organizarse y actuar en consecuencia. De tal modo que, al igual que las autoridades y los mismos dirigentes, la población local percibe la pobreza en Combarbalá, como la falta de motivación, de participación y acción en conjunto para lograr objetivos comunes, factor que realmente impide “el surgimiento, el desarrollo” y en el fondo, la idea de progreso, es la falta de educación, la carencia de herramientas necesarias para organizarse, empoderarse y así, actuar para lograr la solución de situaciones identificadas como problemáticas en las localidades.

La pobreza es homologada con la baja participación social, con la falta de impulso de las diversas organizaciones, cuya acción sería orientada a resolver problemas de salud y otros tan relevantes. En ese sentido, la pobreza es netamente percibida como una pobreza social, traducida por la falta y desgano en la acción conjugada de los diversos grupos, en la solución de sus problemas comunes.

De este modo, si las autoridades ubican a la pobreza en el ámbito de la baja productividad es decir, en el ámbito económico, también detectan la pobreza social de la comuna, materializada en la baja participación social de los grupos así como en un bajo nivel educacional.

Esto mismo es confirmado por los dirigentes quienes asumen que la baja educación, así como la constante actitud de *laissez faire*, condiciona la baja participación en los grupos, ya sea en temas que tiene que ver con salud u otros.

Los propios integrantes de grupos reconocen que la pobreza económica no es un factor especialmente visible para ellos pero que su esfuerzo radicaría más en lograr la participación efectiva de todos los grupos para poder sacar la comunidad adelante. Si este es el deseo de todos los estratos sociales, en tanto autoridades, dirigentes y población, se ha logrado establecer en parte, con la ayuda de los grupos que han promocionado la salud. La participación de todos estos conjuntos en un tema tan importante, el haber alcanzado ciertos logros de los cuales todos son conscientes, podría indicar un camino que guíe hacia el paulatino empoderamiento de las organizaciones

locales en su búsqueda por alcanzar un mejor nivel de vida, no tan sólo en salud, sino que en los demás asuntos de su consideración.

En ese sentido, podemos decir que, los grupos mediante la participación activa en los temas de salud, han tomado consciencia de sus capacidades y habilidades en la resolución de problemas. El hecho de ser invitados a reuniones como grupos representativos de cierto sector social, o de poder coordinar distintas actividades con profesionales de áreas diversas es un elemento motivador. Efectivamente, las invitaciones hechas a los grupos para reunirse en torno a un tema central, incrementa notoriamente el sentido de la responsabilidad grupal en asuntos importantes para la localidad, así como la importancia del grupo mismo y de su participación en dichos actos. La presencia de las autoridades locales en ese sentido, es un aspecto importante si consideramos que a través de eso, los grupos se sienten escuchados, así como también, parte de la vida política (por ejemplo, en el Comité Vida Chile). Esto es trascendental pues revela a los distintos grupos, sus características funcionales, su representatividad de un sector particular, lo que conjugado, impulsa a la acción comunitaria. En tales instancias, las relaciones de poderes se ven mitigadas por la inclusión de los grupos en la toma de decisiones que les atañen.

Así lo afirman estas citas:

“Nos organizamos para poder convivir mejor. Para intercambiar ideas, para... Porque por ejemplo... Sabemos que las organizaciones, estando organizados... eh, podemos sacar muchas cosas.” (Presidenta de la asociación de Pensionados y Montepiadas de Combarbalá).

2.2 ¿Superación de la pobreza?

El tema central de la organización SP lo constituye la superación de la pobreza entendida en sus diferentes niveles y dimensiones. Con este fin, se recurrió nuevamente, a la perspectiva de las autoridades, de los distintos dirigentes y por supuesto, de la población.

En cuanto al aporte realizado por SP en la comuna, se observa que las autoridades tienen pleno conocimiento de lo que esa organización realiza en la localidad, así como de los

postulados de la misma. En general, el impacto que la labor efectuada por este grupo ha tenido en la comunidad está bien evaluado, Así:

“Depende de las expectativas que nos pongamos para la superación de la pobreza. (...) me parece que el programa ha suplido carencias de tipo social, que transversalizan todo el tema. Hemos ido, a través de ustedes, superando carencias sociales que son muy fuertes. Si definitivamente han aportado dentro de la inmensidad de las carencias, dentro de un universo.” (Rafael Salfate, Jefe de Gabinete de la Ilustre Municipalidad de Combarbalá)

“Siento que de alguna manera, las organizaciones mejores preparadas son justamente las que trabajan con Servicio País... Como que en ellas sí se han visto cambios.” (Nutricionista del Departamento de Salud de la Municipalidad de Combarbalá).

De acuerdo con estas citas, SP habría logrado suplir más que nada, carencias en un sentido social. ¿De qué modo? Ayudando a la autogestión de los distintos grupos focalizados por ellos. Por otro lado, la entrega de conocimientos e información sobre salud en forma de talleres y otras actividades habría logrado aumentar la confianza y autoestima en los individuos, lo cual sería uno de los motores para lograr la efectiva organización de los grupos. El aprendizaje y motivar la acción de los grupos en la resolución de ciertos problemas comunitarios, es de hecho, un factor viable para superar la pobreza social. Por otro lado, los dirigentes se refieren a la acción de SP en la localidad como:

“Creo que se han quedado en el tiempo. (...). La pobreza necesita apoyo, que se estén ahí un tiempo hasta que se puedan desarrollar solos y trabajar de forma independiente. Existe debilidad e inseguridad en las personas, y si Servicio no esta con ellas, la gente se va abajo (...).”(Presidenta de la Junta de Vecinos de El Calvario de Combarbalá).

“(...)Referido a lo social siento que sí, que se ha mejorado (...) ellas (las organizaciones) están buscando otras alternativas que antes no sabía como abordarlas.” (Mujer miembro del Comité Ejecutivo Vida Chile).

Como vemos, los dirigentes también afirman que el grupo de profesionales de SP habría superado situaciones de pobreza social a través de la entrega de información a los distintos grupos, como herramientas para lograr la movilización comunal. Uno de los obstáculos encontrados, es el factor tiempo, por la duración de la intervención y porque ésta ya se encuentra en su etapa de cierre. Esta afirmación también traduce el miedo de los dirigentes y de sus grupos, de perder el impulso participativo motivado por SP. Indudablemente, el carácter paternalista no siempre se debe exclusivamente a las instituciones que intervienen, sino que también existe un aferro por parte de la población y grupos, hacia los profesionales. Este miedo frente a la partida de los profesionales de la localidad, se reitera en diversos grupos de todas las localidades. Es también uno de los temas de preocupación de los jóvenes de la institución en cuestión.

Finalmente, la población también ha opinado positivamente frente a la intervención realizada por SP. Desde esta perspectiva, reaparece el tema de la resolución de carencias sociales:

“Yo siento que ha sido todo bien provechoso... Es obvio que los resultados no sean inmediatos, pero... todas las cosas son así...” (Hombre miembro del Consejo Consultivo de Manquehua, respecto de las actividades en promoción de la salud realizadas por los profesionales de SP).

Los cambios que han aportado SP a la comunidad tienen que ver con la efectiva organización de los grupos, de la posibilidad que éstos tienen ahora de poder funcionar como instituciones. En realidad, todos los grupos tienen conciencia de este aspecto. De hecho, para la población entrevistada, el hecho de que ciertos grupos hayan fallado en ese sentido, recae más en la responsabilidad de los mismos que en los profesionales.

Así, la tarea realizada por los profesionales de SP ha tenido un impacto positivo en los diversos sectores. Tanto las autoridades como los diversos dirigentes y la población objeto de la intervención han afirmado que el aporte realizado por ese organismo se concreta en la mejor organización y paulatino empoderamiento de los grupos, al pensarse como unidos en la búsqueda de soluciones a problemas comunes. Esto último sin embargo, se da mejor

en ciertos sectores que en otros, por ejemplo, en la localidad de Barrancas- Chino, el tema está bien instalado y es muy improbable que los grupos que ahí residen, abandonen el tema de la salud o bien dejen de ser organizados. Lo mismo en Combarbalá, donde los grupos tienen ganas de seguir activos y participar juntos a las autoridades en las actividades que les atañe.

El sector que menos ha respondido es la localidad de Manquehua, en donde la educación entregada no se ha materializado en las prácticas diarias. Ni siquiera en el tema de la alimentación que es el punto que más ha integrado la población a su vida cotidiana. Como ya se había dicho, si bien en esa comuna el consejo consultivo parece funcionar bien, sólo lo hace en la medida que los profesionales sigan asistiendo a las mismas, la pregunta es: ¿Qué pasará cuando cierre la intervención?.

La falta de interés y participación general por los habitantes de Manquehua hacia las actividades de la salud, se debe a que no existe difusión de la información entregada. Esto es, la educación y talleres que se imparten ya sea en la escuela o en el consejo consultivo, se quedan dentro de esas instituciones y no llegan al resto de la comunidad, contrariamente a lo que sucede en el sector de Barrancas-Chino. En ese sentido, la propia población manquehuina se define a sí misma como “individualista y discriminantes hacia los afuerinos”. La participación comunitaria no está arraigada en la cultura local y es donde radicaría una eventual línea de intervención futura. La población afirma que mediante dinámicas de psicología grupal o actividades manuales, se podría lograr una cercanía entre sus habitantes. Esa es una propuesta a considerar pues proviene de la misma población manquehuina. Existe, no obstante, un punto más; la dispersión geográfica en esa localidad específica, limita la cohesión y dificulta la instalación de redes sociales efectivas. Este es un aspecto de difícil solución, si pensamos que algunos poblados se hallan bastante retirados de la misma comunidad.

Finalmente, el tema de la resolución de carencias tales como las educativas son también parte de los cambios alcanzados por SP. En efecto, la entrega de conocimientos nuevos e información sobre salud o sobre autogestión de los grupos, es uno de los elementos que motiva la participación de los individuos a los diversos talleres y reuniones. En cuanto a

ese aspecto, todos los sectores manifestaron motivación para aprender y que era uno de los principales factores del éxito de asistencia en esas instancias.

Si bien ese último aspecto no es suficiente como para superar situaciones de pobreza, es un factor importante para la población local, al aumentar a través de este medio, la autoestima individual. Existe desde luego, un gran deseo por parte de la población, por aprender elementos nuevos para poder realizar de alguna manera, lo que no pudieron hacer anteriormente, tomando en cuenta que en su gran mayoría, los grupos están conformados por adultos o adultos mayores con bajo nivel escolar. El aprender, aumenta la seguridad y confianza de los individuos y por ende, del grupo, lo que motiva la acción y participación comunitaria.

En este caso, la superación de la pobreza dice relación exclusivamente con las carencias de tipo sociales percibidas por los habitantes de los sectores. Recordemos que los profesionales son solamente tres y que la intervención ha durado cinco años. Mas para tan pocas personas y tiempo, la intervención ha tenido sus frutos y ha logrado generar cambios en la población, ya sea en los cuidados alimenticios como en la visión local de salud.

No se le puede negar a Servicio País el haber contribuido a mejorar la sensación de bienestar en la mayoría de los grupos, lo que se manifiesta en el cariño que éstos últimos le han demostrado a los profesionales.

El gran aporte de esa institución, se observa en la organización intersectorial que ha logrado levantar, asesorando ampliamente, a los diversos grupos sociales hacia la acción para la salud. Es decir, SP ha logrado comprometer el municipio, los dirigentes y los grupos, ha trabajar en conjunto en la mejora de la salud de la región. Este es el verdadero aporte hacia la comunidad, haber logrado la acción comunitaria e intersectorial, y el fortalecimiento de las redes sociales en la comuna.

Ahora que el tema de la autogestión grupal y comunal está implantado, y que las autoridades y los grupos de las respectivas localidades trabajan en conjunto para mejorar la salud, se puede afirmar que el trabajo de SP ha concretado sus objetivos y que si bien no todos los grupos funcionan exitosamente en el ámbito local, sí pueden ser seguidos esta vez por los dirigentes locales y con la ayuda de las autoridades. En el fondo, las organizaciones locales ya están trabajando para solucionar los temas más importantes y es ahí donde radica el verdadero aporte de SP y de la intervención de promoción de la salud en general

V. Conclusiones

Los cambios concretados desde los inicios de las actividades en promoción de la salud no son menores. Las transformaciones existen y de ellas han dado cuenta este estudio. Las concepciones y representaciones de la salud, han cambiado por cierto, en la visión local. Sin embargo se debe recordar que la presente investigación se realizó al mismo tiempo que el proceso de cierre de la estrategia, de modo que los cambios en las prácticas sobre salud generado mediante la acción de promoción de la salud, son recientes.

No obstante, debemos detenernos en el fuerte énfasis médico que los profesionales de la salud, así como los de SP les han otorgado a las principales condicionantes de la salud. Eso explica la omnipresencia de temas tales como la alimentación y la actividad física. En efecto, en las tres localidades estudiadas, se ha tendido a medicalizar el sobre peso. Por ejemplo, es importante que el concepto de alimentación sana no sea homologado a otros relacionados con la perdida de peso. En ese sentido es importante precisar las diferencias entre alimentación sana, dietas, sobre peso y obesidad, términos utilizados por los profesionales de modo indiscriminado, y que en el ámbito local, parecen ser sinónimos.

A primera vista, se deduce el énfasis con el que se han tratado esos temas en detrimento de otros que dicen relación con el medio social y cultural de las personas. Así, las instancias sociales más allá de las existentes para la entrega de conocimiento médico, son escasas. ¿Por qué no crear talleres con dinámicas, en las que las personas puedan sentirse libres de hablar temas de su elección? El tema de la salud siendo asociado a las mujeres, ya sea en el área urbana o rural, ha aislado en parte, a la población masculina. Es necesario en ese aspecto, encontrar la forma de acercarlos a ese tema tanto en el ámbito del hogar como en la comunidad.

Por otra parte, el tema de la pobreza sólo es enfocado desde la perspectiva SP, no siendo trabajado por el hospital o por el Departamento de Salud de la Municipalidad de Combarbalá. De modo tal que los grupos que no trabajan con SP, sólo tocan temas en torno a la salud, invisibilizando el factor pobreza, elemento clave dentro del programa de promoción de la salud.

Por otro lado, el tema de la pobreza es tratado superficialmente por la institución interesada lo que resulta en una completa disociación del concepto de pobreza con respecto al de salud. La población se revela incapaz de identificar la organización con la que se relaciona, con el asunto de la superación de pobreza, meta final de la institución SP, y siempre que se ha referido a ese aspecto puntual, lo ha hecho de modo aislado del primero, como si la investigadora cambiara de súbito, el objeto de las preguntas. En cuanto a lo primero, la población que trabaja con SP, ubica a estos profesionales únicamente dentro del campo de la salud sin una plena comprensión de porqué ésta es una institución para la superación de la pobreza. Este último tema, al no ser tratado por los profesionales de SP como estrechamente relacionado con salud, dificulta la realización concreta de cambios en la realidad cotidiana de la población. Al otorgar un mayor énfasis en materia de salud y a las prácticas necesarias para mejorarla, el concepto de pobreza queda entonces, relegado a otras esferas así como a un segundo plano.

De todos modos, la promoción de la salud, enfocada por la institución SP, ha logrado en parte, cumplir con sus metas inmediatas, aunque muchos de los grupos no se encuentran lo suficientemente dependientes como para que exista continuidad del trabajo iniciado. En ese sentido, se tiende a pensar la participación de los grupos, como un proceso plenamente instalado y que por ende, tendrá un carácter permanente. Es necesario que las instituciones que trabajan el tema de intervenciones en salud, no sólo se preocupen de realizar evaluaciones de impacto a las semanas de concluida una intervención. Si bien eso es importante, lo sería aún más que se efectuara un trabajo antropológico con las comunidades intervenidas en un período más distante, esto es, dentro de unos años. También es un punto de discusión el que no se haya realizado estudio antropológico alguno previo a la intervención. Una comprensión de la cultura local habría ayudado a definir con mayor precisión las necesidades reales de las localidades, así como identificar las líneas de intervención más en acuerdo con la lógica cultural local.

En ese sentido, existe una barrera más o menos importante de una comunidad a otra respecto a la satisfacción de los conocimientos entregados con respecto a salud, así como a su plena aplicación. Esto se debe simplemente a las diferencias en los modos de vida de cada localidad, así como al, muchas veces, inadecuado proceso educativo, que no considera

estas diferencias básicas. Es difícil hablarle de alimentación saludable, a una población con un déficit nutricional importante. Tampoco parece lógica la insistencia en la práctica de actividades físicas a personas que trabajan en el huerto o en el hogar, y cuyos grandes trayectos se efectúan a caballo. En tales aspectos, se observa una fuerte creencia en cuanto a la comprensión y necesidades reales de cada comunidad. Esto resulta en que gran parte de los sujetos agradecen la difusión de conocimientos, pero no existe una práctica real de los mismos, por lo que es posible que este proceso no encuentre continuidad. En relación con lo expresado, los cambios en el ámbito de la salud, se efectúan a un nivel superficial, como lo son la alimentación y el intento por realizar mayor actividad física. En ese sentido, hay cambios en lo más cercano y factible de ser controlado, y en el ámbito particular de las mujeres. Los demás problemas, propios de las zonas pobres y rurales, como el factor laboral, el alcoholismo y violencia, no son considerados. Las autoridades y profesionales además, deben de entender que los cambios más profundos en los estilos de vida, en otras palabras, en la cultura son visibles únicamente a largo plazo. Aunque no se discuta aquí la buena intención de los integrantes del Departamento de Salud, una investigación antropológica previa, en ese sentido, habría agilizado y ayudado el proceso de intervención, actuando como mediadora en beneficio de ambas partes.

En conclusión, la salud es un tema que al igual que la pobreza, abarca un abanico de dimensiones que necesitan ser contempladas. La salud debe ser pensada en sus diversos aspectos y debido a ello, la presencia de las ciencias sociales resulta imprescindible. No sólo aquellas que se enfocan a los temas propios del área medicinal o salud, sino también a otros ámbitos, como los aspectos económicos, socioculturales y políticos. Con respecto a este punto, promoción de la salud puede lograr cambios importantes en los estilos de vida de las poblaciones, pero también debe incorporar las otras dimensiones de la pobreza. Además de los estilos de vida, se deben tener en cuenta las condiciones de vida.

La promoción de la salud demanda efectivamente la participación del propio individuo en la mantención de su salud. La responsabilidad individual y comunitaria es un aspecto positivo y ciertamente necesario. No obstante, si la intervención logra generar impacto en algunos aspectos de los estilos de vida, la ayuda de agentes externos a las comunidades pobres es imprescindible en ese punto. La concentración de los servicios básicos en la

cabecera comunal de la comuna, no resuelve los problemas de las comunidades rurales aisladas, ni siquiera de las más organizadas y motivadas.

No se deben olvidar los macro escenarios políticos y económicos en los que se mueven los actores. Efectivamente, la promoción de la salud como estrategia de intervención social, no implica simplemente intervenir una localidad particular, sino que se desarrolla en un contexto económico y político nacional específico, y por ende, obedece a esa lógica. En relación con lo anterior, las ciencias sociales tienen mucho que aportar en los procesos de intervención, ya sea anterior, durante o posteriormente. La salud puede ser enfocada desde diversas perspectivas de acuerdo a los aspectos que se ven involucrados o relacionados con ella, de modo que ésta puede ser un punto de encuentro de diversas disciplinas. La salud, interactúa cotidianamente con elementos de índole biológica, medioambiental, pero también social, histórica y cultural. *“La participación es esencial para la administración del patrimonio social y colectivo y significa de otro lado, devolver a las comunidades locales algo que les ha pertenecido: la decisión sobre las cosas que tienen que ver con su bienestar y su calidad de vida”* (GIA 1988:11).

Es de gran importancia que a futuro, las líneas de intervención de cualquier tipo con respecto a comunidades, se asomen hacia las ciencias sociales, en un intento por aprehender las localidades con las que se trabajará. Una mutua comprensión entre ambas partes no puede ser sino ventajosa. La antropología en ese sentido, puede mediar de manera a disminuir las diferencias y eventuales errores de interpretación de un grupo a otro, así como transmitir sus necesidades inmediatas. Una comprensión más acabada de los diversos aspectos sociales y su dinámica, puede ofrecer, en los diferentes campos de desarrollo, bien sea la salud pública, la educación, la política y tantos otros, alternativas reales para vivir de una mejor manera

En ese sentido, este estudio intentó caracterizar a un sector particular en un momento determinado, además de visualizar la problemática en sus diversos ángulos. Este estudio finalmente, invita a visualizar la salud desde las distintas disciplinas con un enfático llamado a la antropología.

Bibliografía

- Alayon N.: *¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza?* Buenos Aires Ed. Humanitas 1992.
- Altimir O. *La dimensión de la pobreza en América Latina*. Santiago, CEPAL 1979.
- Alvarez X. y Morales J.: *Yo participo, tu participas, nosotros participamos participación comunitaria en el ámbito de la salud*. Santiago PUC 2000.
- Cárdenas Alian: *Cultura, participación y desarrollo local, una propuesta democrática*. Universidad de Cienfuegos, 2000.
- Carpio J: *De igual a igual: El desafío del estado ante los nuevos problemas sociales Brasil*. Ed. Efe, Siempre y Flasco. 1999.
- Cucho D: *La noción de cultura en las ciencias sociales*. Buenos Aires Ed. Nueva Visión 2002.
- GIA: *Salud rural*. Santiago Ed. GIA 1988.
- Gissi J: *Psicoantropología de la pobreza*. Santiago Ed. Impreso 1990
- Instituto de investigaciones de la facultad de ciencias sociales de la universidad de Buenos Aires: *Ciencias sociales y medicina: La salud en Latinoamérica*. Buenos Aires, 1994
- Kahn J.S: *El concepto de cultura: textos fundamentales*. Barcelona Ed. Anagrama 1975
- Laplantine F: *Antropología de la enfermedad. Serie antropológica*. Buenos Aires Ed. Del Sol. 1999.

- MIDEPLAN: *Mapas territoriales de la pobreza por región. Areas pobres y comunas prioritarias*. Santiago MIDEPLAN 1995.
- Lolas Stepke F.: *Bioética y antropología médica*. Santiago Ed. Mediterráneo, 2000.
- Polaino-Lorente A: *Educación para la salud*. Ed. Herder Barcelona, España 1987.
- Yepas Sork R.: *Fundamentos de antropología; Un ideal de salud humana*: Ed: Universidad de Navarra, S.A Pamplona. España 1999.

Otras referencias:

Entrevistas realizadas por profesionales de Servicio País con integrantes claves de grupos focalizados.

Referencias electrónicas.

- Álvarez-Dardet Díaz: *Promoción de al salud. Políticas y planes de salud.*2002.
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_polit_plan_5.htm
 - Beltrán R: *Promoción de la Salud una Estrategia Revolucionaria cifrada en la Comunicación.* Centro para Programas de Comunicación Universidad Johns Hopkins 2001.
<http://www.comminit.com/la/pensamientoestrategico/lasth/lasld-891.html>
 - *Carta Ottawa para la promoción de la salud.*
<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
 -
 - Cruz Alvarez: *Algunas consideraciones sobre promoción de la salud* 2001
http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_5_01/res01501.htm
 - Del Campo G. *Exclusión social y salud.*2000
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_sociolog_salud_4.htm
 - Millán: *Conceptos fundamentales para el estudio de la interculturalidad”* Universidad de Temuco 1999.
www.geocities.com/romaustin_cl/ant/cultura.htm-gok
- OMS: *Glosario de promoción de la salud.* 1998
<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

Anexos

1. Servicio País, fundación por la superación de la pobreza.

1.1 Historia de la fundación. (ver www.serviciopais.cl)

Durante la primera mitad de la década del noventa, el país se encontraba consolidando el reciente restablecimiento de la democracia, procurando la mantención de un clima de gobernabilidad, al mismo tiempo que se desarrollaba una nutrida discusión pública sobre la llamada "deuda social". La noción de "deuda" surge para denominar el "compromiso pendiente" del Estado, fundamentalmente, con un segmento importante de ciudadanos que experimentaron en si mismos los altos costos sociales derivados de la reestructuración económica y política registrada en el país durante la década previa. En ese sentido, la deuda se expresó en una precaria calidad de la educación pública, en la inoportuna e insuficiente atención en salud y en el déficit de viviendas; entre otros ámbitos. Pero también estuvo relacionada con la exclusión política, social y económica y con el complejo estigma social con el que debieron cargar aquellos que todavía estaban sumidos en severas condiciones de precariedad socio-económica.

Con el ánimo de resolver estas situaciones, el primer gobierno de la concertación realizó diversos esfuerzos en materia de gasto, intervención social y reestructuración institucional. En este contexto (año 1994), nace el Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza, convocatoria hecha por el Presidente de la República a un conjunto de 20 ciudadanos representantes de diversos mundos y posturas, solicitándoles que colaboraran desde la sociedad civil en la lucha contra la pobreza jugando un papel de asesoría al gobierno en materia de políticas sociales y programas de intervención en pobreza. Para ello, el presidente pidió formalmente la elaboración de una propuesta que considerara la incorporación de toda la sociedad. (...)

Al cabo de dos años de su creación, específicamente en agosto de 1996, se entregó al Presidente de la República un documento titulado "La Pobreza en Chile: un desafío de equidad e integración social", que reunía ideas y propuestas para la superación de la pobreza sobre las cuales se había alcanzado consenso al interior del Consejo. Aun cuando ellas no tuvieron la acogida que se esperaba por parte del Gobierno, la tarea encomendada al Consejo estaba cumplida. Sin embargo, en lugar de poner término al Consejo, éste asumió nuevas funciones por interés de sus propios integrantes, conformándose como una Fundación privada, independiente y de carácter permanente, abocada al cumplimiento de su vocación pública.

Con la decisión de desarrollar programas de intervención social, se pone en marcha "Servicio País" en 1995, sumándose luego "Redes Sociales", en 1997 y "Ciudadanía y Gestión Local" en 1999. Ese mismo año inicia su trabajo el programa "Adopta un Hermano" y en el 2000 "Emprender Juntos". En estos años también funcionaron los programas "Becas", "Jóvenes", "Protagonismo Infantil" y "Fondo de Iniciativas". El desarrollo de esta oferta programática marcó el comienzo de un segundo momento en la institución, que buscó contribuir a la superación de pobreza a partir de un trabajo directo con comunidades y personas en situación de pobreza.

1.2 Servicio país y su concepto de pobreza.

El concepto pobreza es siempre variable y existen diversas definiciones en esta materia, dependientes del país, la historia, los intereses de los sectores comprometidos en su solución. Para nuestra Fundación, la pobreza es en sí misma una situación que vulnera los derechos de las personas

y relativiza su ciudadanía, al atentar directamente contra el principio de igualdad y no discriminación, derechos básicos que deben ser garantizados a todos.

La Fundación comparte, además, que la pobreza sea entendida como una situación de insatisfacción de ciertas necesidades básicas y de carencia de oportunidades. El enfoque de la pobreza desde los derechos constituye un eje central del marco ético-político de la Fundación y una forma específica de entender el desarrollo social y económico y de asumir compromisos concretos en la ampliación de las oportunidades para la integración de las personas que viven en condición de pobreza.

La Fundación, desde sus orígenes, ha promovido un debate político y social amplio para acordar a nivel público "mínimos sociales" que aseguren el ejercicio de ciertos derechos económicos, sociales para todos las chilenas y chilenos; es decir, umbrales de ciudadanía garantizados por toda la sociedad a través del Estado en cada uno de los ámbitos básicos de integración: salud, educación, vivienda, participación, protección y seguridad social. Tampoco se pueden dejar de mencionar los aspectos subjetivos y psicosociales involucrados y que también juegan un papel relevante - y en algunas oportunidades - crucial en la reproducción de la pobreza. Estos se vinculan con situaciones de baja autovaloración, sentimiento de inseguridad e incertidumbre, desesperanza, etc.

En ese sentido, la pobreza es mucho más compleja que la falta de dinero para consumir una o dos canastas básicas de alimentos, es un fenómeno que recubre las diversas dimensiones de la vida de las personas, desde aquellas ligadas a sus condiciones laborales, de ingresos, de relación con la institucionalidad pública, hasta elementos de carácter subjetivo que condicionan también su integración social. Paralelamente a la identificación de las carencias o deficiencias que determinan pobreza, es necesario detectar los recursos, capacidades y potencialidades personales, sociales, patrimoniales, políticas y ambientales que existen en las personas afectadas por dicha situación.

1.3 Programa de superación de la pobreza.

La Fundación trabaja con una concepción amplia de la pobreza. Entiende que es un fenómeno social que tiene diversos factores generadores y cuya superación requiere de un enfoque multidimensional aplicado en las estrategias de solución. En consecuencia, el desafío de poner en práctica un concepto de pobreza que integre aspectos económicos, sociales, culturales y éticos, ha estado presente en las diversas acciones que la institución ha emprendido para aportar a su superación. Una visión unilateral, unidimensional, o asistencial, no es capaz de resolver el problema planteado.

Al contrario, se requiere una mirada que tenga en cuenta el conjunto de factores que intervienen y producen situaciones donde personas, hogares y hasta comunidades enteras no logran satisfacer sus necesidades básicas y menos aún pueden aprovechar las oportunidades de desarrollo que se han abierto durante estos últimos años. Prevenir, mitigar o superar los factores que influyen en la producción y reproducción de la pobreza implica promover cambios en diversos niveles de la estructura socio-económica y política.

Considerando dichos parámetros generales, la Fundación para la Superación de la Pobreza ha definido cuatro ámbitos de acción que constituyen los ejes centrales de su política institucional. A través de estos se da cumplimiento a la misión y se materializan las contribuciones que la institución hace en materia de superación de pobreza en el país. (...)

1.- Sistematización de prácticas y desarrollo de propuestas político-técnicas en temáticas de pobreza, cuyo propósito es influir en la agenda social del país y orientar el perfeccionamiento de las políticas y programas sociales. La Fundación mantiene una actitud de permanente observación respecto de las agendas construidas en torno a la pobreza, desde la institucionalidad pública encargada de diseñar y desarrollar políticas en esta área. Por eso, los temas específicos desarrollados en las propuestas comprenden desde sugerencias de diseño de la política social sectorial hasta el análisis detallado y la visibilización en diversos niveles y espacios (público, académico, político, etc.), de buenas prácticas de intervención en pobreza para la solución de problemáticas de carácter local. Esta opción por la generación de propuestas parte del supuesto que

no se puede modificar la realidad que se desconoce. Como consecuencia del desarrollo de este eje se han elaborado documento-propuestas que se encuentran disponibles para su consulta y revisión en la sección documentos y publicaciones.

2.- Puesta en práctica de programas de intervención centrados en pobreza. Estos constituyen laboratorios para la intervención social que cumplen el doble propósito de impactar positivamente en los procesos de superación de la pobreza y poner a prueba modelos de intervención innovadores, de alto impacto en pobreza y replicables por agentes tanto públicos como privados. El marco ético-político que orienta el diseño y ejecución de los programas se inscribe en el enfoque de derechos, que representa una forma específica de entender el desarrollo y de asumir compromisos concretos en la ampliación de la estructura de oportunidades para la integración de las personas en situación de pobreza. Para conocer en profundidad la oferta programática de la Fundación sugerimos visitar la sección "Nuestros Programas".

3.- Fortalecimiento de la responsabilidad social. La decisión de fortalecer la responsabilidad y el compromiso social de los actores públicos, agentes privados y profesionales de diversas disciplinas, da cuenta de la vocación articuladora de la Fundación con diversos actores en pos del desarrollo de iniciativas a favor de la superación de la pobreza. De hecho, los modelos de intervención de los programas integran voluntarios profesionales, jóvenes universitarios, empresarios, etc. como agentes de la intervención, bajo el entendido que su rol es relevante no sólo porque enriquecen los modelos de intervención de los programas, aportando capacidades y experiencias, sino porque concretan la idea de que el éxito en la superación de la pobreza depende del compromiso y acción de diversos sectores que deben hacer suyo este objetivo.

4.- Promoción de una cultura democrática de participación social y ejercicio ciudadano responsable, incorporando progresivamente a la sociedad civil, en general, y las personas en situación de pobreza, en particular, en procesos de toma de decisiones públicas, favoreciendo el acercamiento creciente de la sociedad civil, el Estado y el mundo empresarial a través, por ejemplo, del control ciudadano. Una estrategia acertada contra la pobreza no se limita a elevar los ingresos de las personas sino también a reforzar las capacidades de las personas, fortaleciendo su capital humano y social. Aprovechar las potencialidades y enriquecer las capacidades de las personas y comunidades las sitúa en mejores condiciones para acceder a las oportunidades y ser protagonistas de su propio desarrollo.

Comuna de Combarbalá:

El origen del nombre de la localidad sigue siendo un tema muy discutido, y numerosas leyendas populares han intentado explicarlo. La respuesta mas aceptada es la que indica que Combarbalá provendría del mapudungún Kokamwala, que significaría “agua lejana donde hay patos.” La deformación que sufrió el vocablo debido a su castellanización, derivó en Combarbalá.

Ubicada en la IV Región de Chile, Combarbalá es una comuna que limita con Montepartia, Punitaqui, Canela e Illapel. De acuerdo con el último censo, La comuna de Combarbalá tiene unos 13 483 habitantes, de los cuales de los cuales 5 539 viven en el área urbana. En ese sentido, siendo estos menos de la mita, la localidad se destaca por su carácter netamente rural. La red camionera que la une con las otras comunas, es la siguiente de Illapel a Combarbalá, asfaltado en su totalidad, Canela a Combarbalá, el tramo se encuentra asfaltado. La ruta que une Combarbalá con Monte Patria a 86 kilómetros y de esta a la ciudad de Ovalle, se encuentra asfaltada completamente (120 Kms).

La ruta que une a la comuna de Combarbalá con Punitaqui, es de 76 kilómetros y es de tierra, de Punitaqui a la ciudad de Ovalle, unos 20 kilómetros se encuentra asfaltada.

En cuanto a sus características fisiográficas, la comuna se inserta en interfluvio (entre ríos), el río Limarí por el norte y el Choapa por el sur y en términos generales se encuentra en el llamado complejo montañoso andino costero o región llamada de los valles transversales, en la actualidad toda la región de la IV Y III Región es denominada Centro Norte. La comuna en general presenta un relieve montañoso, prácticamente el 90 % de una superficie de 2.043,8 Kms cuadrados.

En sus aspectos geográficos, podemos decir que las alturas importantes en la comuna son:

Cerro Movilo con 1.230 metros sobre el nivel del mar.

Cerro Chaguareche con 2.612 metros sobre el nivel del mar.

Cerro Pabellón con 4.700 metros sobre el nivel del mar.

Cerro Ramadilla con 1.353 metros sobre el nivel del mar

El clima de la comuna corresponde al llamado Estepárico de Interior o semiárido, con una sequedad atmosférica que bordea el 50%; altas temperaturas estivales, gran oscilación térmica y con una gran transparencia de los cielos (heliofanía), el año normal de precipitaciones es de unos 200 milímetros, pero en la región se presentan fuertes sequías y también grandes temporales.

La vegetación natural está claramente asociada con el clima de la zona, predomina una vegetación de estepa y xeromórfica, adaptada a la sequedad, predominan arbustos achaparrados, cactus (quiscos) espinos, y otra compuesta de algarrobos, pimientos, quillayes, mollacas, molle, carbonillos, arrayán, ñipas, guayacan y otros.

Sólo es posible observar mayor verdor en los sectores de quebradas y ríos. Por tanto la aridez es un rasgo predominante en el paisaje montañoso de la comuna.

En el aspecto hidrográfico, el sector presenta numerosas quebradas que "bajan" en época de invierno, tributando sus aguas a curso mayores, los cuales son los ríos Cogotí, Combarbalá y Pama, todos ellos drenan sus aguas al embalse Cogotí, en nuestra comuna, de unos 150.000.000 metros cúbicos, desde este embalse el agua llega al Tranque La Paloma comuna de Ovalle, a través del Río Huatulame.

Los curso de agua de la comuna presentan un régimen mixto, siendo alimentados por aguas lluvias y por el derretimiento de la nieve, razón por la cual presentan dos crecidas en el año, una en época invernal entre mayo y julio y la otra en época estival, a fines de septiembre, cuando la nieve caída en la cordillera de los Andes, comienza a derretirse.

Otros aspectos importantes de la comuna de Combarbalá.

Aspectos generales.

Comuna	Mediana Escolar en Años	Alfabetización	Mortalidad Infantil	Ingreso per Cápita \$US	Pobreza Comunal	Índice de Desarrollo Humano Comuna
Combarbalá	4,53	85,70	28,50	3.440	52,6	0,580
Monte Patria	4,74	87,16	20,00	3.710	32,9	0,660
La Serena	8,63	96,17	17,20	5.188	29,6	0,780

Fuente: PNUD: " Desarrollo Humano en Chile 1996"

De acuerdo con este cuadro, podemos ver que efectivamente, en comparación con Montepatria (otro pueblo más al norte) y La Serena, Combarbalá posee una tasa de alfabetización menor que las localidades mencionadas. La enseñanza superior es alcanzada por unos pocos y en su mayoría, por mujeres. Un aspecto que no deja de llamar la atención, es el interés que manifiestan estas últimas por el área de la salud. En su gran mayoría, quienes deciden seguir los estudios en la educación superior, generalmente lo hacen en institutos, y en menor medida también, en universidades estatales. Otro factor importante de mencionar es la gran emigración hacia el norte por parte de los jóvenes ya sean hombres o mujeres. Es un rasgo característico que la población combarbalina en general, mira hacia el norte y no hacia el sur (Santiago, Viña del mar, Valparaíso, el sur como le llaman ellos mismos). Esto se debe, de acuerdo a lo observado, a la tradición netamente minera que existe en los hombres de varias generaciones, y que se ha impuesto en la cultura local.

Otro aspecto que podemos observar en el cuadro más arriba, es la mayor pobreza en relación a las localidades de La Serena y Montepatria. Efectivamente, la pobreza en Combarbalá, es una pobreza más bien propia de las áreas rurales, donde no existe un buen acceso a la salud primaria, en el que la alfabetización sigue siendo baja y donde aun existen problemas de viviendas y sanidad. Aun cuando la mayor parte de los habitantes no se consideran a sí mismos como pobres. La baja tasa de desarrollo humano que podemos también notar en el recuadro, es un aspecto que tal vez, indica la falta de expectativa y ambición. Ese problema es verdaderamente doloroso para muchas familias, hombres y mujeres e incluso se puede decir, transversal a todos los grupos etarios. De modo tal que gran parte de la superación de la pobreza no sólo pasa por un tema de aumento de producción (aunque claro está que este no es un tema menor), sino que también por un impulso y motivación por aprender (algo que *toda* la población ha manifestado). Hay muchas ganas por aprender, pero sólo si este aprendizaje es de utilidad cotidiana.

Pobreza en la Región CASEN 1994 (MIDEPLAN)

Comuna	Población	% Indigentes	% Pobres no Ind.	Total Pobres	No Pobres
Combarbalá	13.824	21,7	30,9	52,6	47,4
Punitaquí	8.757	12,4	31,4	43,8	56,2
Ovalle	85.854	7,8	19,9	27,7	72,3

Con relación al cuadro anterior, la pobreza en la comuna de Combarbalá afecta al más de 50% de la población total. Una cifra inquietante por no decir menos. Este es un tema bastante complicado, porque se ha trabajado con población indigente (es decir, con personas que viven en zonas rurales y cordilleranas sin luz, ni agua, ni vivienda básicamente implementada). Aun así, es difícil pensar en estas personas como indigente desde un punto de vista antropológico. Obviamente que si lo pensamos en términos materiales y de comodidad, sería obviar muchas cosas. Pero estas personas describen su modo de vida como feliz, tranquilo y sin mayores altos y bajos. Un modo de vida que al parecer, los tiene satisfechos. En realidad, se hace patente la increíble lejanía y aislamiento de estas pequeñas población (que no son con las que se trabajó) con respecto a los demás pueblos o zonas urbanas. Esto último causa gran dolor de cabeza a las auxiliares paramédico local que deben encontrar un modo de llegar hasta ahí en caso de emergencia. Muchas de estas personas que vivirían en situación de indigencia, al no disponer de las comodidades básicas ya mencionadas, a tener una vivienda extremadamente rudimentaria, disponen de una pequeña cantidad de animales que les permiten satisfacer sus necesidades básicas. En efecto, la ganadería caprina es la característica económica de la región. En ese sentido, la situación de pobreza y precariedad material es real, sería entonces absurdo intentar negar una situación claramente observable, pero a diferencias de otras zonas rurales del país en la que las que también se ha trabajado, las personas, si bien tienen clara conciencia de su cualidad de pobre, no sienten que este sea un aspecto que entorpezca su calidad de vida, pero sí lo son la soledad y la falta de educación. En cuanto a esto último, existe por lo demás, una baja valorización de los conocimientos locales, ¿Por qué sería menos importante conocer sobre las plantas medicinales que sobre los primeros auxilio?

Nivel de Escolaridad (población de 15 años y más)

Comuna	Población 15 y más	Nivel de escolaridad
Combarbalá	9.953	6,1
La Serena	86.001	9,5
Canela	6.687	5,0

Fuente: Procesamiento Censo 1992 con REDATAM. Profesor.- Ángel Vega Flores.

Cuadros obtenidos del sitio electrónico: <http://cocamwala.tuportal.com/geografia.htm>

Es indiscutible que la baja de escolaridad se da con mayor frecuencia en las zonas rurales donde los niños, una vez pasado el séptimo grado, dejan de asistir al colegio ya sea para trabajar en casa y ayudar a los padres en las labores del hogar, o bien porque se considera esa escolaridad alcanzada como suficiente. En el caso particular de las niñas, una gran mayoría quedan pronto embarazadas. El aislamiento es otro factor de importancia. Se han visto casos en que niños de unos 10 a 12 años, tengan que efectuar el trayecto desde sus hogares al colegio a caballo o burro, tardando unas dos horas por lo menos. ¿Qué pasa con ellos en época de invierno por ejemplo? Para muchos jóvenes, asistir a la escuela deja de ser importante a cierta edad. El trabajo se hace entonces una alternativa necesaria para poder ayudar a la manutención económica del hogar. Este fenómeno se da en mayor medida en los jóvenes varones, aunque no dispensa a las mujeres. La educación es importante, pero el trabajo lo es más, desde el punto de vista de los jóvenes. Para los jóvenes del área rural, el desplazamiento y gastos que ocasiona el trayecto al colegio, es otro factor que incide a la deserción escolar.

3.1 Localidad de Combarbalá.

La localidad de Combarbalá constituye una zona urbana con referencia a los demás pueblos aledaños. Sin embargo, la misma localidad es más un pueblo que una ciudad. Es un punto central al que acuden las diversas poblaciones para hacer transmites diversos, para salir de paseo y otro. En esta zona, la población alcanza las 5 539 almas, en su mayoría mujeres (aunque la diferencia entre ambas tasas es leve y no va mas allá de unas 150 personas). La actividad económica tiene que ver con las actividades terciarias, aunque muchas personas son también artesanos de la famosa piedra combarbalita.

La economía local descansa sobre la base de los productos propios de la zona, como los derivados de la ganadería caprina, y otros de la agricultura. En menor medida se vive de la minería y artesanía. La parte turística de la zona, que cuenta con paisajes maravillosos no se ha logrado desarrollar mayormente.

3.3 Manquehua

La localidad de Manquehua se ubica al noroeste de Combarbalá (ver mapa) y se llega a ella por la ruta interior que pasa por diversos pueblos de la zona. El trayecto se demora una hora y media a dos horas desde Combarbalá aproximadamente.

Manquehua es un pueblo atravesado por un largo camino de tierra y en su entrada, está situado el cementerio local, junto a la posta.

Manquehua como la moría de las localidades tiene una plaza aunque casi siempre vacía. Cerca está también la iglesia y la panadería central.

Sin embargo, los grandes puntos de encuentros se ubican en el centro de llamado donde se realizaron gran parte de las entrevistas y la misma postas.

A primera vista, Manquehua se identifica más como un pueblo de paso, en el camino hacia La Serena..

La localidad de Manquehua cuenta con una población total de 823 personas, de acuerdo con el dato entregado por la auxiliar paramédico local. Si bien este número es un poco menor que las localidades de El Chineo y las Barrancas juntas, debemos precisar que Manquehua es más grande territorialmente, lo que induce a la dispersión geográfica. En efecto, algunos poblados se encuentran aun más al interior, en la zona precordillerana, a unas dos horas de marcha desde “el centro de la localidad”. Estos últimos se encuentran bastante aislados, sus viviendas no gozan ni de luz ni de

agua y se han construidos con materiales encontrados en el área. Sus habitantes viven de la ganadería caprina y de sus productos derivados.

En general, las personas de la zona viven de sus huertos (aquellos que beneficien de una cierta cantidad de tierras), o bien se dedican a la ganadería. En el pueblo mismo de Manquehua, estas actividades son más bien escasas, sus habitantes si no trabajan en la localidad, trabajan en otros pueblos. En el caso de los hombres, estas migraciones suelen ser pendulares o temporales (trabajo en construcción sobre todo); para las mujeres, la migración suele ser más. Un aspecto que llama la atención en este pueblo, es la casi total ausencia de personas jóvenes, componiéndose la población, de adultos (de 35 años y más) y niños que aun no están en condición de emigrar.

El clima es estepárico y la vegetación xerófita como en el resto del área, dificultando así, la agricultura intensiva. El paisaje es bastante desértico y montañoso.

La disposición de las viviendas y la casi nula concentración de personas en un punto, disminuye la actividad social. La sede local solo se usa para ciertos eventos o para recibir visita. Un rasgo particular de la población manquehuina es la reserva que mantienen sus habitantes hacia los afuerinos y con sus pares, características que ellos mismo reconocen como particular.

3.4 Las Barrancas y El Chineo

Las localidades de El Chineo y Las Barrancas, quedan ubicadas a 30 km aproximadamente, al noreste de Combarbalá, tal como lo indica la fig.1. Colinda con los pueblos de Cogotí, Fragueta y el Durazno, que por su cercanía, tienden a ser identificados por los habitantes como un todo local.

Estas localidades se ubican en la precordillera de los Andes. Tal como lo indica el nombre de Las Barrancas, las poblaciones están ubicadas en altura, unos 1100 mts respecto al mar. Chineo es la primera localidad con la que uno se encuentra al llegar desde Combarbalá, seguido luego, por Las Barrancas. Las localidades están rodeadas de un paisaje árido debido al clima seco (estepárico de interior) en el que se inserta. La vegetación es de tipo xeromórfica, predominando los cactus, algarrobos, espinos, etc., los grandes espacios verdes, encontrándose a orillas de pequeños ríos. Ambas localidades son atravesadas por un único camino. No se aprecia cuando y donde terminan y empiezan los límites de estas, de no ser por una gran piedra, que sirve de hito (La Piedra Morada).

La población de El Chineo cuenta con un total de 57 casas y de una población de 219 personas. Por su parte, Las Barrancas cuenta con un total de 75 casas y de 278 personas (de acuerdo con el último censo realizado por la auxiliar paramédico de Barrancas en el año 2004).

La población de El Chineo y Las Barrancas tienen la particularidad de ser en su mayoría, familiares unos con otros. Hombres y mujeres trabajan como temporeros en las viñas de Las Tinajas, entre los meses de Septiembre a Marzo.

La tasa de migración es alta y su tope es alcanzado por la población masculina que tiende a emigrar por trabajo o estudios. El destino lo constituye el norte del país, por los centros mineros en mayor medida o bien por casas de estudios de esas zonas. El trabajo de gran parte de la población en minas y cordilleras, ha influenciado notablemente la cultura presente de estas localidades. Sus leyendas, creencias y dichos se orientan de acuerdo a esta historia común. En una conversación guiada, un hombre afirmaba *“aquí son casi todos mineros, o fueron mineros. Sino, trabajan allá en Tinajas, esos son temporeros igual que las mujeres...”*

Existe también en Barrancas, un Comité de Salud que fue creado el año pasado, bajo La presión del Departamento de Salud de la comuna de Combarbalá. Este comité, está compuesto en gran parte por habitantes de Las Barrancas, por habitantes de Fragueta, un pueblo ubicado en la precordillera, a 3 km. de Las Barrancas. La localidad de El Chineo esta representada dentro del comité, por un sólo habitante de esa localidad. Por lo observado durante la investigación, este comité nunca habría funcionado realmente.

En cuanto a las características de asentamiento, esta no ha permitido una gran concentración de gente. Sólo existe un largo camino de tierra, en cuyos lados están ubicadas las casas. En ellas se pasa gran parte del día, al igual que en la localidad de Manquehua. La gran distracción diaria, es la de ir a la casa vecina para charlar.

Sin embargo, en la localidad de Las Barrancas, sí hay un punto de concentración social en torno a la posta, la cancha y la sede, los tres conformando una suerte de “plaza”. Ahí se realizan la mayor parte de los eventos, congregando a los habitantes de El Chineo, Las Barrancas y de Fragueta, Barrancas ubicándose al medio de estas otras dos localidades. Una de las próximas metas de la localidad según lo estipulado en el Comité Vida Chile, es la construcción de una plaza en el punto mencionado.