



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE DERECHO Y CS. SOCIALES  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**



**“POBREZA RURAL Y SU RELACIÓN  
CON EL ESTADO DE SALUD DE LAS FAMILIAS  
DE LA COMUNA NAVIDAD”**

Seminario de Título para optar al Grado  
Académico de Licenciatura en Trabajo  
Social y al Título Profesional  
de Asistente Social

**Institución Patrocinante:**

Consultorio Navidad  
Navidad, VI Región

**Profesor Guía:**

María Teresa Sánchez A.

**Alumna Seminarista:**

Andrea del Carmen Olgún Silva

**NOVIEMBRE, 2009**

## INDICE

CONTENIDOS	PÁGINA
◆ Abstract	4
◆ Presentación General	7
<b>Capítulo I: Contextos de la Experiencia</b>	
1.1 Contexto Programático	10
1.2 Contexto Socio-Territorial de la Investigación	13
1.3 Contexto Sistematización de la Experiencia	20
1.4 Contexto Sujetos de Investigación	32
<b>Capítulo II: Marco de Referencia</b>	
2.1 Pobreza y Pobreza Rural	39
2.1.1 Pobreza	39
2.1.2 Pobreza Rural	55
2.2 Salud y Salud Familiar	58
2.2.1 Salud	58
2.2.2 Salud Familiar	59
<b>Capítulo III: Diseño Metodológico</b>	
3.1 Planteamiento del Problema	70
3.2 Tipo de Investigación	70
3.3 Objetivos de Investigación	71
3.4 Delimitación del Estudio	72
3.5 Hipótesis de Trabajo	74
3.6 Operacionalización de Variables	74
3.7 Ficha Familiar	78
3.8 Técnicas de Recolección de Datos	82
3.9 Plan de análisis de la Información	84
Cronograma	85

<b>Capítulo IV: Análisis</b>	
4.1 Objetivo Específico 1	87
4.2 Objetivo Específico 2	109
4.3 Hipótesis	121
<b>Capítulo V: Conclusiones</b>	
5.1 Conclusiones Temáticas	128
5.2 Conclusiones Metodológicas	132
5.3 Conclusiones desde Trabajo Social	133
5.4 Aprendizajes y Recomendaciones para la acción	136
<b>Anexos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tabla 1.-</b> Estado de Salud de las Familias en Situación de Pobreza Rural de la Comuna de Navidad</li> </ul>	140
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tabla 2.-</b> N° Total Patologías y Problemas de Salud declarados por los Integrantes de las Familias en situación de pobreza rural de la Comuna de Navidad</li> </ul>	151
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gráficos porcentuales Factores de Riesgo Familiares</li> </ul>	153
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gráficos porcentuales Factores Protectores Familiares</li> </ul>	158
<b>Bibliografía General</b>	
	163

## ABSTRACT

<b>Título Seminario de Tesis</b>	Pobreza Rural y su relación con el Estado de Salud de las Familias de la Comuna Navidad.
<b>Institución Patrocinante</b>	Consultorio Navidad
<b>Profesora Guía</b>	Sra. María Teresa Sánchez
<b>Seminarista de Título</b>	Srta. Andrea del Carmen Olgún Silva
<b>Año Académico</b>	2009

La presente experiencia de Seminario de Título, tiene por finalidad realizar una investigación descriptiva exploratoria que permita conocer cuales expresiones de la Pobreza Rural se relacionan con el Estado de Salud de las Familias de la Comuna de Navidad.

## PRESENTACIÓN

### 1.- Contextos de la Experiencia:

Los contextos de la experiencia profesional se encuentran constituidos por:

- Contexto programático, referido a la Reforma a la Salud que involucra un cambio de modelo de atención con enfoque familiar
- Contexto Socio-territorial de la Intervención en el cual se desarrolla una descripción sociodemográfica y sociocultural de la Comuna de Navidad.
- Contexto de Sistematización de la experiencia en el cual se menciona las instituciones que tanto directa como indirectamente respaldan éste Seminario de Título: I. Municipalidad de Navidad, Departamento de Salud Navidad y la Institución patrocinante Consultorio Navidad.
- Contexto de los Sujetos de Intervención que perfila a la población desde distintos aspectos y características.

Tales contextos entregan antecedentes temáticos que otorgan fundamento al Proceso de Seminario de Título.

## 2.- Marco de Referencia:

Los ejes de análisis centrales que rigen el proceso de Seminario de Título son:

- ◆ **Pobreza Rural:** Situación compleja que considera los bajos ingresos, las carencias de infraestructura, deficiente acceso a bienes y servicios que ofrece la sociedad, falta de participación, existencia de problemas sociales propios de la idiosincrasia rural, y todas las formas de discriminación social. A nivel familiar las expresiones más observables de pobreza rural son bajos ingresos económicos, bajo nivel educacional; bajo nivel de empleo e inestabilidad del mismo; precarias condiciones de la vivienda; deficiente saneamiento básico; y deficiente atención de salud.
- ◆ **Salud Familiar:** La salud familiar hay que verla en una relación individuo-familia-sociedad. Esto quiere decir que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad). Las interacciones familiares moldean muchas de las principales conductas que mantienen a los individuos sanos, esto posibilita entender que los estilos de vida de los individuos surgen a partir de cómo éstos fueron socializados en relación a conductas protectoras y riesgosas para su salud, es por ello que resulta importante además conocer y analizar los factores biopsicosociales que influyen sobre el estado de salud de las personas, los factores de riesgo y factores protectores de la familia, dada su participación clave en la salud física y mental de los individuos

## 3.- Objetivo de Investigación

Conocer el Estado de salud familiar de la población en situación de pobreza rural de la comuna de Navidad, desde el Consultorio Navidad, en la sexta región, durante el primer semestre 2009”

## 4.- Diseño de Investigación

- **Enfoque de Investigación:** la investigación se inscribe y define como un enfoque cuantitativo y cualitativo.
- **Técnicas de Recolección de datos:** Los datos de carácter cuantitativo se obtuvieron a través de una Encuesta estructurada y los datos cualitativos se

obtuvieron por medio de la Observación Simple y Entrevista Semiestructurada.

- **Análisis de la Información:** los datos obtenidos a través de la Ficha Familiar fueron analizados por medio de gráficos y profundizados a través de un análisis de contenido, mientras que los datos obtenidos por medio de la observación y la entrevista semiestructurada se examinaron descriptivamente.

#### **5.- Conclusiones:**

La relación entre Pobreza Rural y el Estado de Salud Familiar va más allá de los resultados cuantitativos que no establecen relación entre estas. Desde la experiencia es posible declarar la vinculación entre ambas temáticas pues queda claro que la pobreza dificulta aún más el logro de un funcionamiento efectivo de la familia en sus funciones y dinámica, contribuyendo a la aparición y mantención de factores de riesgo que afectan la salud familiar. La ruralidad por su parte restringe la regularidad de los controles, los tratamientos médicos y la participación social.

## PRESENTACIÓN GENERAL

Desde sus inicios el Trabajo Social ha formado parte de las iniciativas destinadas a satisfacer las necesidades de las personas a través de un rol asistencial, siendo la pobreza un eje central en los contenidos e investigaciones que han permitido la evolución de la profesión.

La pobreza no es solo un fenómeno eminentemente económico, sino que afecta al ser humano en sus dimensiones biológica, psicológica, social y cultural. Es por esta razón que ha sido materia de reflexión y análisis por parte de numerosas disciplinas que dan explicación del ser humano.

Hoy como resultado de la innovación y avances científicos tecnológicos, trabajo social posee los instrumentos necesarios para enfrentar eficazmente dicho fenómeno, dando paso a acciones que va mas allá del asistencialismo y que abren horizontes a la creatividad profesional, ante un área y problemática que continúa ocupando un lugar prioritario en el proceso de desarrollo del país, constituyendo un importante objetivo para el Estado.

La pobreza constituye un factor determinante en el proceso de salud enfermedad, definida principalmente desde el aspecto socioeconómico y cultural de la población. Los pobres tienen mayores tasas de mortalidad y morbilidad, menor acceso a servicios de salud en general, postergan más la consulta y el sistema se demora más en atenderlos.

Y es que generalmente los grupos socioeconómicos desprotegidos tienden a recurrir menos a servicios formales de salud, lo que hace más importantes en ellos el rol del autocuidado y de la familia como agente de salud.

Es por ello que labor del trabajador social en el área salud tiene gran importancia pues es éste el que se relaciona de manera más directa con los pacientes, específicamente en el ámbito familia, siendo este profesional la primera puerta de entrada a la atención Primaria, y es quien posee una visión integral y sistémica que busca ver mas allá del problema inicial, intentando abordar el contexto en el cual surge y se desarrollan las problemáticas familiares.

Sobre la base de las consideraciones anteriores se perfila esta investigación cuyos resultados pretenden convertirse en el primer estudio en esta localidad sobre dichas temáticas, contribuyendo a su vez a la labor del equipo de salud del Consultorio Navidad, además de entregar nueva información profesional para el Trabajo Social.

Estructuralmente, el Seminario de Título se organiza de la siguiente manera:

- **Capítulo I, Contextos de la Experiencia:** describe los distintos contextos en lo que desenvuelve el Seminario de Título.
- **Capítulo II, Marco de Referencia:** contempla los aspectos teóricos y aquellos referentes conceptuales que sustentan el seminario de título.
- **Capítulo III, Diseño Metodológico:** Señala las etapas de procedimiento, criterios, muestra, objetivos e hipótesis de trabajo. Además de los aspectos relacionados con la aplicación del instrumento.
- **Capítulo IV, Análisis:** descripción cuali y cuantitativa de cada una de las dimensiones de los objetivos específicos y resultados en torno a la validez de la Hipótesis General.
- **Capítulo V, Conclusiones:** deducción lógica respecto a los resultados obtenidos en torno a las Temáticas, Metodología y desde Trabajo Social. Se agregan además aprendizajes y recomendaciones para la acción.

# Capítulo I



# CONTEXTOS de la EXPERIENCIA

## **1.1 CONTEXTO PROGRAMATICO**

El contexto programático se fundamenta en la reforma de salud y el nuevo modelo de atención que ésta contempla.

### **◆ *Reforma a la Salud.***

La situación de salud en Chile ha sufrido transformaciones fundamentales en los últimos años. Desde la década del 90 se comenzó a plantear una Reforma general de la salud, lo que ha llevado a que desde esa fecha hayan ocurrido importantes cambios, principalmente en la Salud y la Medicina Familiar.

El Ministerio de Salud definió entonces la equidad, justicia social, solidaridad, integralidad, calidad y participación social como principios orientadores de las políticas de salud a desarrollar. Para encaminarse a estas metas se propuso la modernización de los sistemas de salud y la búsqueda de mayor eficiencia posible para producir el mayor beneficio a la población (MINSAL, 1993). Se consideraron prioritarias dos condiciones básicas: la descentralización de los servicios de salud de modo de dar autonomía a las unidades prestadoras de servicios y dar a las personas la oportunidad de participar realmente en su cuidado y hacer valer sus derechos en salud. La vía utilizada para implementar dichas condiciones ha sido el proceso de Municipalización de los Consultorios y la aplicación de la estrategia de Atención Primaria (AP).<sup>1</sup>

En ese contexto el MINSAL y su división de APS comenzó a impulsar la formación de Centros de Salud, concebida como una estrategia para adecuar la oferta de atenciones a las necesidades de las personas, poniendo al alcance de las comunidades un sistema de atención más moderno y más humanizado, de manera que las familias se sientan efectivamente protegidas.

A partir de 1995 se intenciona con más fuerza el cambio, invitando a los equipos a avanzar desde lo biomédico a lo biopsicosocial y de lo individual a lo familiar y comunitario. En 1997 se concretiza dichas intenciones con la Implementación del Modelo de Salud Familiar, en los Centros de Salud Familiar, iniciándose un proceso que busca producir un cambio en la forma de hacer salud, poniendo como centro la salud y no la enfermedad y en ese marco, la prevención y como eje primordial la promoción y no la curación.

La reforma iniciada en los 90 continúa creciendo y el compromiso del gobierno con el país se plasma en la Reforma a la Salud propuesta el año 2002,

---

<sup>1</sup> Hidalgo C, Carmen, Carrasco B, Eduardo, "Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2002.

cuyo objeto es modificar las acciones de la salud pública y aquellas acciones relativas a la atención de salud de las personas. Esta reforma otorga un nuevo impulso a la salud familiar en la búsqueda de fortalecer la Atención Primaria en Salud.

Para lograr sus efectos la Reforma se orientó a modificar sustancialmente el modelo de atención primaria, desde un modelo de atención biomédico a un Modelo Biopsicosocial con Enfoque Familiar, el cual tiene una mirada sistémica sobre el proceso salud enfermedad, se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, y se constituye en uno de los pilares fundamentales para el logro de los objetivos de la Reforma del sector salud.

Dicho Modelo de atención se dirige a lograr una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades con un énfasis en la anticipación a los problemas a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

De esa forma se da cumplimiento a la meta planteada inicialmente, en base a los principios orientadores de las políticas de salud (equidad, justicia social, solidaridad, integralidad, calidad y participación social) que junto a la universalidad se han convertido en las variables que permiten valorar el sistema actual de atención en salud.

El logro de condiciones aceptables de calidad, accesibilidad y seguridad a todos los habitantes sin discriminación de ninguna especie (universalidad); la focalización y priorización de acciones y recursos en los sectores más vulnerables con objeto de obtener niveles adecuados de protección, fomento y atención de la salud (equidad); el desarrollo de mecanismos de redistribución entre quienes tiene más recursos y/o menos riesgos y aquellos que tiene menos recursos y/o mayor riesgo(solidaridad); la integración y la coordinación de los servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación durante todo el ciclo vital de las personas y considerando a la persona en un contexto familiar y comunitarios y en sus dimensiones físicas, psíquicas, sociales y medioambientales (integridad en la atención); la satisfacción de las personas, la mejora en la eficiencia y efectividad, y el desarrollo de la creatividad y la participación personal y comunitaria (calidad de la atención); y la capacidad de articular diversas formas, modalidades y agentes en los ámbitos del financiamiento y prestación de servicios (cooperación e integración de un sistema basado en el concepto de redes).<sup>2</sup>

Es así como se construye y sustenta la Reforma cuyo propósito es contribuir a elevar el nivel de salud de la población y parte importante para la consecución de su logro es que el equipo de salud aumente su capacidad para comprender que le

---

<sup>2</sup> Seminario de Título: Trabajo Social y atención primaria en salud; configuración de perfiles de cargo para la gestión del recurso humano del centro de salud Cordillera, Comuna de Valparaíso. Paola Suazo Tapia, Katherine Fuenzalida, Universidad de Valparaíso, 2008.

pasa a individuos y familias, desde una perspectiva holística, buscando en conjunto con ellos, formas más integrales para abordar las demandas en cualquiera de los niveles de prevención y promoción de la salud, así como en los aspectos curativos.

Por lo cual la tarea profesional en atención primaria requiere establecer relaciones continuas con la población usuaria, conocer su entorno familiar y comunitario, comprender la interacción entre los miembros de la familia, evaluar el contexto familiar y de alguna manera determinar el riesgo, esto con el fin de orientar de mejor manera futuras intervenciones.

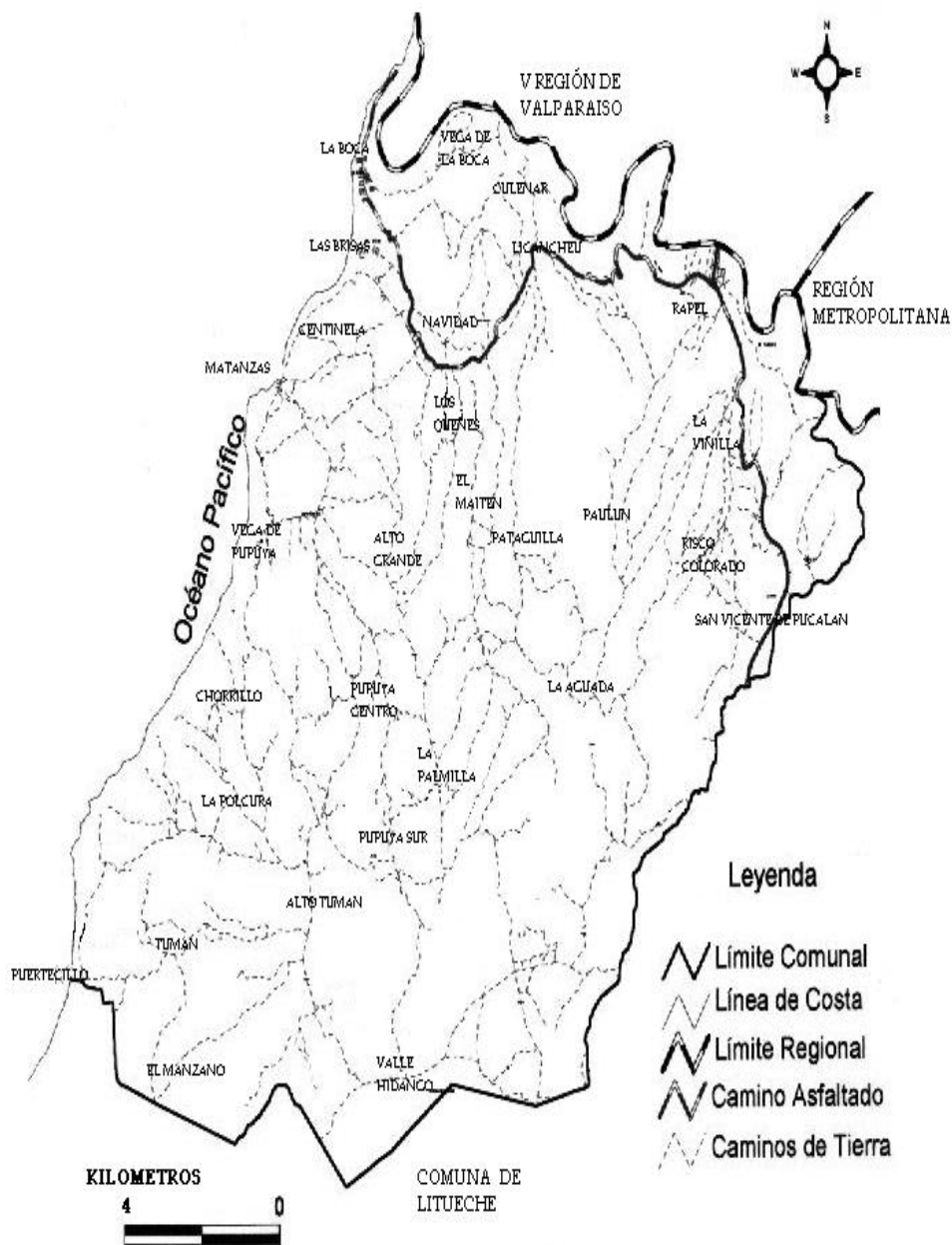
## 1.2 CONTEXTO SOCIO-TERRITORIAL DE LA INVESTIGACIÓN

### Caracterización Comuna de Navidad

#### ◆ *Localización Espacio Territorial*

El presente seminario de título se circunscribe en la comuna de Navidad ubicada en el extremo Norponiente de la Provincia Cardenal Caro, en la sexta Región del Libertador Bernardo O'Higgins.

Sus límites son: Norte: Regiones V y Metropolitana; Sur: Comuna de Litueche; Este: Comuna de Litueche y Oeste: Océano Pacífico.



Navidad se emplaza en una superficie de 299 Km<sup>2</sup> y está conformada por 34 localidades:<sup>3</sup>

1. Alto Grande
2. Alto Tumán
3. Centinela
4. El Chorrillo
5. El Culenar
6. El Manzano
7. El Fullingue
8. El Maitén
9. El Peral
10. Lagunillas
11. La Aguada
12. La Boca
13. La Palmilla
14. La Patagüilla
15. La Polcura
16. La Vega de La Boca
17. La Vega de Pupuya
18. La Viñilla
19. Licancheu
20. Los Mayos
21. Matanzas
22. Navidad
23. Paulún
24. Piuchén
25. Puertecillo
26. Pupuya
27. San Vicente de Pucalán
28. San Rafael
29. Rapel
30. Risco Colorado
31. Rucatalca
32. Tumán
33. Valle Hidango
34. Valle Negro

Las localidades de la comuna con mayor grado de urbanización considerando volumen de servicios y habitantes son: La Boca, La Vega de Pupuya, Matanzas, Navidad, Pupuya y Rapel. Estos sectores cuentan con calles en buen estado lo que facilita el traslado a pie y en automóvil, permitiendo el tránsito y el acceso a servicios todo el año.

---

<sup>3</sup> Plan de Salud 2008, Consultorio Navidad

Respecto a las otras localidades éstas se encuentran mas alejadas entre si y de los sectores señalados en el párrafo anterior, lo cual muchas veces dificulta el acceso a los servicios. A lo anterior contribuyen los caminos sin pavimentar, de tierra y la falta de transporte ya que la empresa de buses que provee este servicio en la zona no contempla estos sectores en su recorrido priorizando los mayormente urbanizados.

En cuanto al clima, la comuna posee buena calidad del aire, un clima templado cálido con lluvias invernales y estación seca prolongada de 7 a 8 meses y con las 4 estaciones bien definidas.

La hidrología de la zona está configurada principalmente por el río Rapel y la costa pacífico. Esteros (Navidad, Los Queñes, Matanzas y Pupuya) y quebradas menores conforman la totalidad del sistema hidrológico junto con la desembocadura del Río Rapel en el sector La Boca.<sup>4</sup>

#### ◆ *Población*

Según las últimas cifras entregadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), de acuerdo al censo nacional de población y vivienda 2002, la comuna de Navidad, presenta una población residente de 5.422 habitantes, de los cuales el 53,08% son varones (2.878) y el 46,92% son mujeres (2.544) (Tabla Nº 1, Gráficos 1 y 2).

Tabla 1: Población comunal por tramo etáreo y sexo. Censo 2002.

Tramo etáreo	Sexo		Total	%
	Hombre	Mujer		
0-19	798	754	1.552	28.6
20-44	954	844	1.798	33.1
45-64	673	558	1.231	22.7
65 y más	453	388	841	15.5
TOTAL	2.878	2.544	5.422	100

<sup>4</sup> Plan de Salud 2008, Consultorio Navidad

Gráfico 1: Población Masculina por grupo etáreo

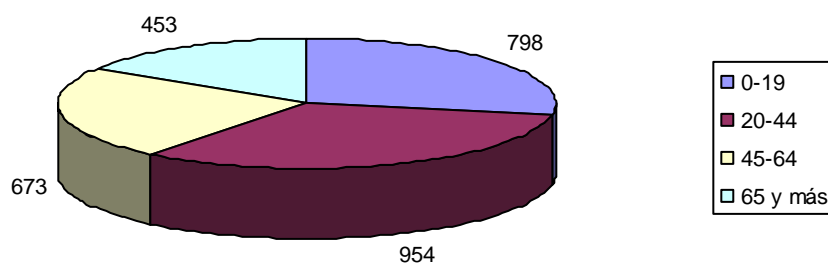
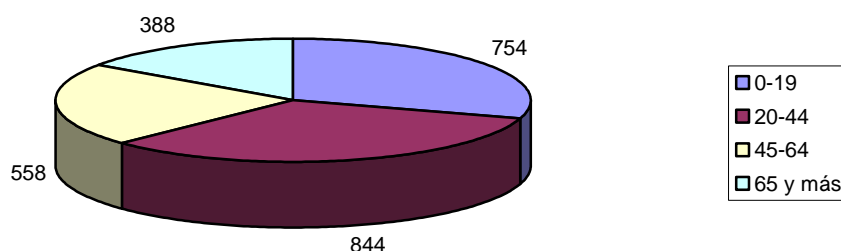


Gráfico 2: Población Femenina por grupo etáreo



Si bien en Chile la población menor de 15 años aún supera a la mayor de sesenta años, en los últimos diez años los adultos mayores han aumentado significativamente, mientras los menores de 15 años han disminuido. En el caso de Navidad, el porcentaje de población menor de 15 años disminuyó desde 27,1% a 22,0%, mientras que, el porcentaje de personas de 65 años o más aumentó desde 12,2% a 15,5%. Lo anterior ubica a esta comuna dentro de las 70 comunas cuya población más ha envejecido. La población entre 15 y 65 años, ha variado en esta comuna desde 60,7% hacia 62,5%.<sup>5</sup>

Se observa una importante tendencia al decrecimiento poblacional, presentando una densidad promedio de 18 habitantes por km. Lo anterior, según el promedio regional se encuentra muy por debajo de la media, siendo esta cercana a 42 habitantes por km<sup>2</sup>.<sup>2</sup> No obstante lo anterior, en época estival, la población flotante alcanza las 50.000 personas.

Navidad según el censo 2002 presenta una población de 5.422 habitantes, con una ruralidad cercana al 86.87%, es decir, 4.710 personas; con una variación negativa en relación al censo 1992 de 3.39% en la población rural existente<sup>6</sup>.

#### ◆ *Antecedentes Economía Local*

En la comuna de Navidad según el Censo 2002, el tipo de actividad que predomina es la agricultura con un 23%, la cual es desarrollada principalmente por pequeños agricultores, producción a pequeña escala para el consumo familiar. Sin

<sup>5</sup> Plan de Salud 2008, Consultorio Navidad

<sup>6</sup> Ídem 4

embargo esta actividad presentó una variación negativa de un 28% en relación al Censo 2002, esto podría deberse a las características físicas del suelo, la parcelación excesiva, sobreexplotación, sobretalajeado (terreno destinado al ganado) y los malos resultados en las cosechas siendo menores a lo esperado en base a la inversión realizada (semillas, fertilizantes, cosecha)<sup>7</sup>. Es por tales razones que la agricultura como actividad generadora de ingresos familiares ya no es suficiente, por lo cual muchos agricultores han debido convertirse en trabajadores asalariados dependientes.

En cuanto a los sectores costeros la actividad principal es la Pesca siendo esta la principal fuente de ingreso para las familias de esas localidades. También existe en algunos sectores los denominados “algueros” o recolectores de algas marinas y los recolectores de cochayuyo, ambos productos derivados del mar, los que son secados y posteriormente comercializados, lo cual genera un ingreso extra a las familias.<sup>8</sup>

Respecto al Comercio existe una gran cantidad de pequeños negocios dedicados a vender abarrotes, pan y productos de carnicería y fiambrería. Estos negocios son un apoyo familiar pues constituyen una fuente de insumos cercanos al hogar no teniendo que incurrir en gasto adicional en transporte, esto principalmente en los sectores más urbanizados. La llegada de 3 supermercados ubicados en los sectores de La Boca, Navidad y Rapel, así como otros minimercados o minimarket permiten una mayor oferta, lo cual resulta favorable pues la competencia implica rebajar precios y ampliar la variedad de productos, esto permite que los habitantes de la comuna ahorren o accedan, por la misma cantidad en dinero, a una mayor cantidad de productos, mejorando la calidad de vida de la población en esta materia.

La tabla que a continuación se presenta detalla las actividades y la proporción que representan a nivel de economía local.

---

<sup>7</sup> Información proporcionada por Profesional Srta. Sandra Cabezas Arrue, Técnico Agrícola PRODESAL, I.Municipalidad de Navidad.

<sup>8</sup> Ídem 5.

**Tabla 3. Ramas de actividad en que se ocupa la población de Navidad 1992-2002**

Ramas de Actividad	1992	2002	Var%
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	51%	23%	-28%
Pesca	11%	4%	-7%
Explotación de minas y canteras	0%	0%	0%
Industrias manufactureras	6%	5%	-1%
Suministro de electricidad, gas y agua	0%	1%	1%
Construcción	4%	10%	6%
Comercio al por mayor y al por menor	9%	14%	5%
Hoteles y restaurantes	0%	1%	1%
Transporte, Almacenamiento y comunicaciones	2%	4%	2%
Intermediación financiera	0%	0%	0%
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	1%	2%	1%
Administración Pública y defensa; planes de seguridad social	5%	8%	3%
Enseñanza	6%	12%	6%
Servicios sociales y de salud	1%	2%	1%
Otras actividades de servicios comunitarias, sociales	1%	7%	6%
Hogares privados con servicio doméstico	3%	5%	2%
Organizaciones y órganos extraterritoriales	0%	0%	0%
Ignorado	0%	0%	0%

Un rama de la economía local no señalada en el grafico es el turismo el cual está siendo fuertemente impulsado en la comuna a través de la promoción de actividades costumbristas y deportes acuáticos como el surf.

En general la población de la comuna obtiene sus ingresos derivados de su trabajo en dichas ramas de actividad, a lo que se suman los empleados públicos, principalmente en instituciones de la comunidad tales como Municipalidad, Consultorio y Escuelas.

#### ◆ *Vivienda*

Aunque es una comuna predominantemente rural y pobre, de un total de 1925 familias inscritas en el Per capita de la comuna en Noviembre de 2008, Navidad presentó solamente un 7,1% de hacinamiento. Esto se obtiene de una relación del número de piezas, dormitorios y camas que tiene cada familia.

En relación al tipo de material de construcción el 63,1% es de madera, seguido por el 27,5% que es mixto. Es importante destacar que sólo un 13,8% de las viviendas tienen piso de tierra.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Plan de Salud 2008, Consultorio Navidad

A pesar de las deterioradas condiciones socioeconómicas de la población, se observó que el 80,8% cuenta con un tipo de vivienda adecuado y el 83,6% presenta vivienda propia.

- ***Infraestructura sanitaria***

En la comuna de Navidad no existe sistema de alcantarillado, por lo tanto la eliminación de excretas se realiza mediante pozo negro, fosa séptica, letrina sanitaria, incluso hay familias que no disponen de ningún sistema, sólo un 32,6% cuenta con un sistema adecuado de eliminación de excretas.

En cuanto a la disponibilidad de Agua potable más de la mitad de la población no dispone de este servicio, 47,3%, debiendo recurrir a otros medios por lo cual un 8,02% la obtiene por acarreo.

La comuna presenta un 86,6% de familias que disponen de electricidad, lo cual disminuye los riesgos de accidente y contaminación intradomiciliaria.

Las familias de Navidad utilizan mayoritariamente leña (52,8%), como combustible para cocinar, lo cual podría relacionarse con el menor costo y el fácil acceso a esta, pese a aumentar el riesgo de contaminación intradomiciliaria.

### 1.3 CONTEXTO SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA

#### ◆ **Municipalidad de Navidad- Departamento de Salud**

<b>Nombre</b>	<b>ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE NAVIDAD</b> 
<b>Dirección:</b>	Plaza General Bonilla n° 24, Navidad, VI región
<b>Alcalde:</b>	Sr. Horacio Maldonado Mondaca
<b>Tipo de institución:</b>	Corporación autónoma de derecho público

Según lo señalado en el Reglamento de Organización Interna de la I. Municipalidad de Navidad y en base a la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades señala que la Municipalidad como Corporación de Derecho Público está constituida por el Alcalde y por el Concejo, a los que corresponden las obligaciones y atribuciones que determina la Ley Orgánica y para su funcionamiento dispondrá de las unidades que se definen en dicho reglamento.

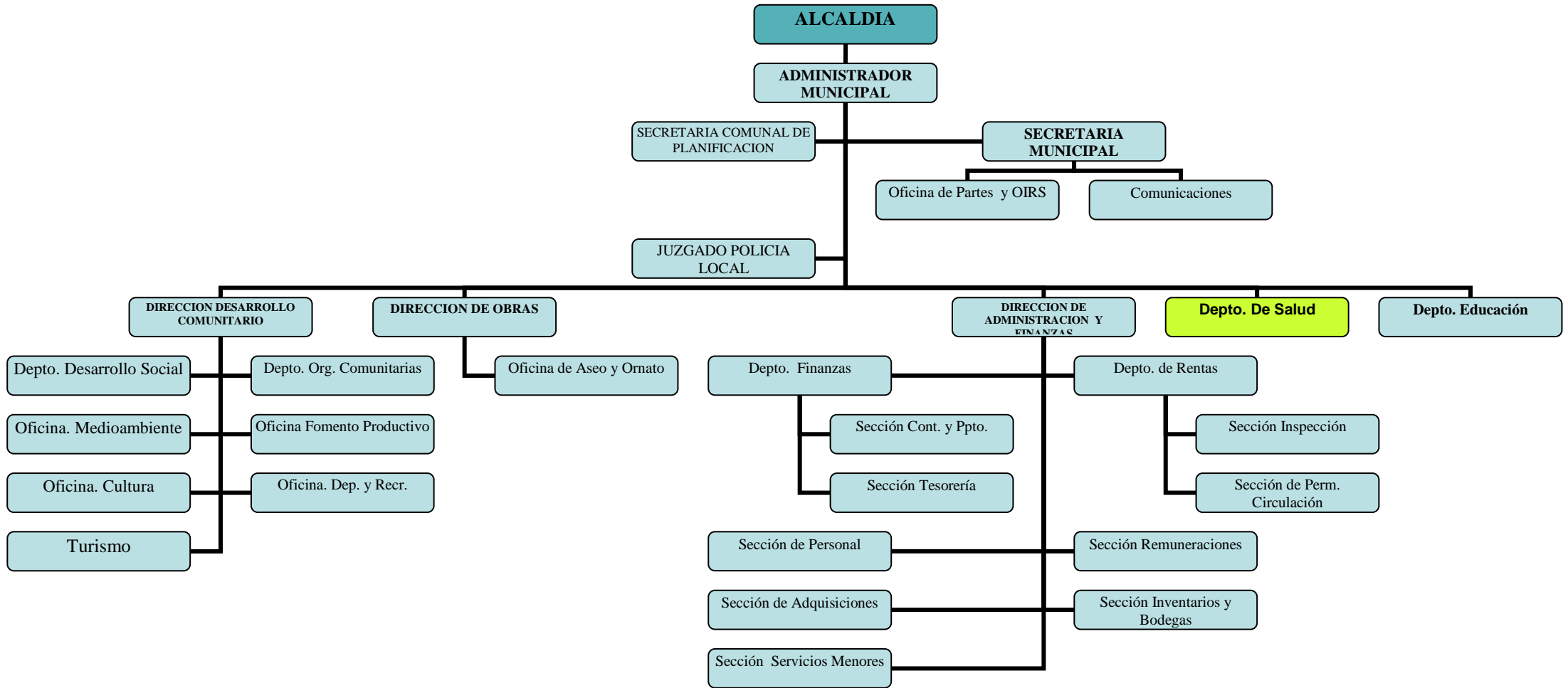
El Alcalde en su calidad de máxima autoridad de la Municipalidad ejerce su dirección y administración superior y la supervigilancia de su funcionamiento.

En cuanto a la Estructura de la Municipalidad de Navidad, se conforma con las siguientes Direcciones, las que dependen directamente del Alcalde.

- 1) Administración Municipal
- 2) Secretaría Municipal
- 3) Dirección de Desarrollo Comunitario
- 4) Dirección de Obras Municipales
- 5) Dirección de Administración y Finanzas

Integra además la estructura Municipal el Juzgado de Policía Local, cuya organización y atribuciones se regulan principalmente en la Ley N° 15.231.

## Organigrama Municipalidad de Navidad



## DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

◆ **Jefe Departamento Salud:** Sr. Daniel Sanhueza Benavente

### ANTECEDENTES GENERALES:

**El Departamento de Salud Municipal** de la comuna de Navidad está constituido por:

- Consultorio General Rural (Navidad)
- Posta de Salud de Rural de Rapel
- Posta de Salud de Pupuya
- Posta de Salud de San Vicente de Pucalán
- Estación Médico Rural La Palmilla
- Estación Médico Rural El Manzano
- Estación Médico Rural Puertecillo

Dada las distancias entre el Consultorio, las postas y estaciones de atención, la población, dividida según localidad de residencia, es derivada y atendida principalmente en 4 establecimientos:<sup>10</sup>

<b>Establecimiento</b>	<b>Localidades</b>
Consultorio Navidad	Navidad, La Aguada, Alto Grande, Centinela, El Culenar, Lagunillas, La Boca, Licancheu, Matanzas, El Maitén, La Patagüilla, San Rafael, Vega de La Boca, Vega de Pupuya.
Posta Pupuya	Alto Tumán, El Chorrillo, El Manzano, El Fullingue, La Palmilla, Los Mayos, La Polcura, Puertecillo, Pupuya, Tumán, Valle Hidango, Valle Negro.
Posta Rapel	Rapel, El Peral, Piuchén, Paulún, Risco Colorado, Rucatalca, Vinilla.
Posta San Vicente	San Vicente de Pucalán, Risco Colorado.

El propósito principal de este Departamento se puede entender a través de sus Objetivos, a saber:

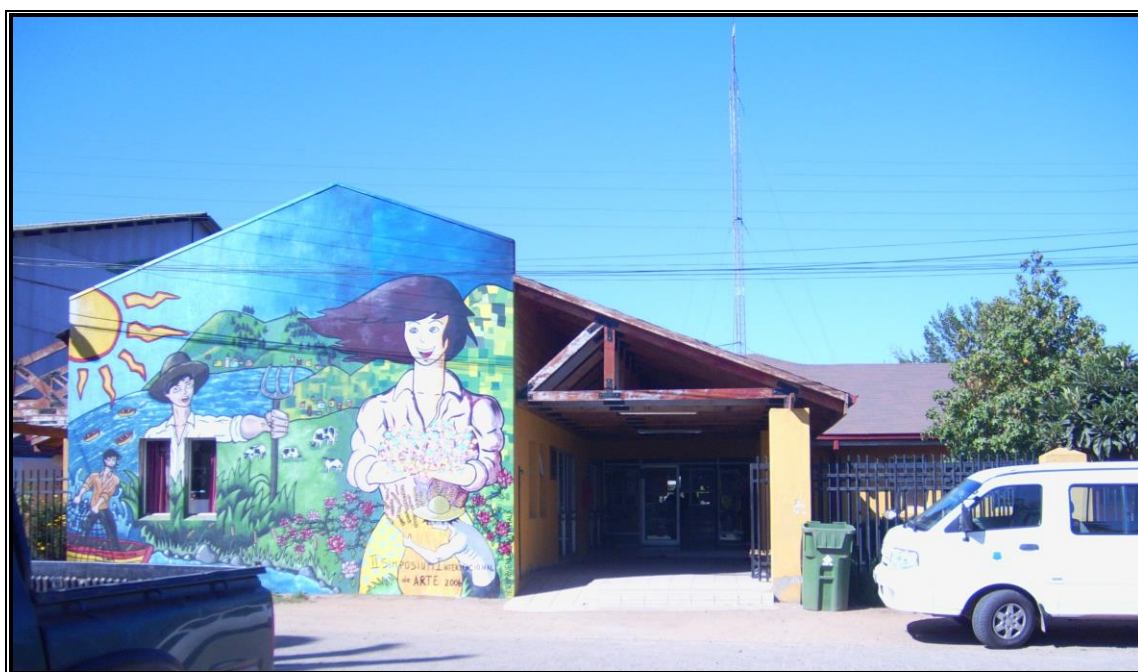
- Asesorar al Alcalde y al Concejo Municipal en la formulación de políticas locales de Salud.
- Proponer y ejecutar medidas tendientes a materializar acciones y programas de Salud Comunitaria
- Reforzar la estrategia de Atención Primaria de Salud como una herramienta para el desarrollo local
- Proveer a los distintos Establecimientos de salud de los recursos necesarios para su funcionamiento.

<sup>10</sup> Plan de Salud 2008, Consultorio Navidad

- Organizar, coordinar, administrar y gestionar la Atención Primaria de Salud de la comuna de Navidad.
- Proveer a los centros de salud de los recursos necesarios (humanos, materiales y financieros) para su normal funcionamiento.

Dichos objetivos constituyen los lineamientos principales del área salud y del compromiso Municipal que por medio de esta sección se pretende cumplir con los usuarios.

◆ **CONSULTORIO NAVIDAD**



<b>Nombre:</b>	<b>Consultorio Navidad</b>
<b>Dirección:</b>	Plaza General Bonilla nº 24, Navidad, VI región
<b>Directora:</b>	Dra. Elizabeth Godoy Labra
<b>Fono:</b>	072/336159

- **Antecedentes Generales**

**Antecedentes históricos<sup>11</sup>**

Antes que la Salud Pública llegara a la zona lo más utilizado por la comunidad para aliviar sus molestias era la automedicación con hierbas naturales y las mujeres embarazadas en el momento del parto eran apoyadas por las denominadas parteras, mujeres que tenían conocimiento básicos, muchas veces solo en base a la experiencia personal, sobre el parto y los cuidados posteriores del bebé.

<sup>11</sup> Información recogida a través de Entrevista No Estructurada con Sr. Roque Venegas G. encargado Biblioteca Publica de Navidad.

En la década del 30 se crea en Navidad la Casa de Socorro, cuyo servicio era entregar primeros auxilios y atender a las mujeres embarazadas, para lo cual contaba con dos salas de maternidad que estaban a cargo de auxiliares de enfermería. En cuanto a los casos más graves los pacientes eran derivados al Hospital de San Antonio.

A partir de la década del 60 el Hospital Claudio Vicuña de San Antonio presta servicios a la comunidad mediante la realización de rondas médicas una vez a la semana. El equipo de salud estaba conformado por un médico general, un odontólogo y una asistente social.

Tras el proceso de regionalización, en el año 1976 la casa de socorro pasa a depender de la provincia Cardenal Caro y directamente del Hospital de Litueche, el que asume la tarea de realizar las rondas médicas.

En 1985 en la casa de socorro, ya denominada Posta Rural, se comienza a funcionar con un médico permanente. En ese mismo año y como consecuencia del terremoto esta construcción de madera, es destruida, reconstruyéndose un nuevo edificio que paulatinamente fue dotándose de más equipamiento y personal.

Desde ese entonces la Posta Rural de Navidad, de construcción más sólida, comienza a generar redes y otorgar una atención de mejor calidad a los habitantes de la comuna, con personal más capacitado y permanente y la gestión que permitía la derivación de casos al Hospital de Litueche y San Antonio.

El 2002, remodelada y ampliada, se inaugura la nueva y actual dependencia del Consultorio Navidad. Se empieza a trabajar con un equipo médico más completo que hasta la fecha, se ha reforzado enormemente en pos de otorgar una mejor atención los usuarios. Además cuenta con mayor equipamiento, movilización y redes que permiten derivación en los casos más graves y consultas especializadas. Algunas han perdurado como Hospital Claudio Vicuña de San Antonio y Hospital de Litueche y otras que se han ido generando como son Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y Hospital de Santa Cruz.

Actualmente el Consultorio Navidad está en proceso para llegar a convertirse en un Centro de Salud Familiar perfilándose bajo los lineamientos de la política pública en el área salud con el fin de entregar una atención de mejor calidad en base a las necesidades reales de las personas y familias de la comuna.

## **Infraestructura.**

La dependencia con que cuenta el consultorio Navidad se encuentra ubicada en el centro de la localidad de nombre Navidad y cuya referencia principal es la Plaza General Bonilla centro cívico de la comunidad.

Estructuralmente la construcción cuenta con:

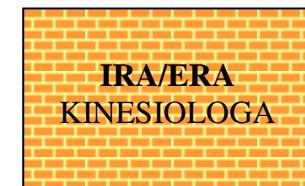
- ◆ Box Medico.
  - ◆ Box Dental, con todos los instrumentos y equipos necesarios para una eficiente atención al usuario.
  - ◆ Box Enfermera.
  - ◆ Box Nutricionista/Psicóloga. Este box es compartido por las profesionales según los días y horas que corresponda atención al paciente.
  - ◆ Box Matrona.
  - ◆ Urgencias.
  - ◆ P.N.A.C / Leche
  - ◆ Farmacia
  - ◆ S.O.M.E
  - ◆ Comedor/ Sala de Reuniones
  - ◆ Insumos
  - ◆ Sala de esterilización
  - ◆ Laboratorio y toma de muestras
  - ◆ Bodega de Medicamentos
  - ◆ Bodega de Leche y Medicamentos
  - ◆ Servicios Higiénicos Personal
- 
- ❖ La Oficina de la Asistente social se encuentra ubicada de las dependencias del Departamento de Salud, situado en la parte posterior del Consultorio.
  
  - ❖ Las salas IRA/ ERA y Rehabilitación Kinésica se encuentran en una vivienda aledaña al consultorio.

A continuación se grafica la distribución del Consultorio Navidad, dependencia principal de la institución y oficinas de atención cercanas.



# INFRAESTRUCTURA CONSULTORIO NAVIDAD

DPTO. SALUD



## **Radio de Acción**

El radio de Acción del Consultorio Navidad intenta abarcar las 34 localidades de la comuna, a través del trabajo de sus profesionales tanto en sus dependencias como en las postas y estaciones de atención que de él se derivan.

## **Cobertura**

El Consultorio Navidad atiende aproximadamente a 5.000 personas residentes en la Comuna, así como en época estival a veraneantes.

Si bien existen postas y estaciones de atención y sistema de rondas de atención médica en dichas instalaciones, con el fin de entregar atención a la mayor cantidad de la población geográficamente dispersa, los usuarios suelen dirigirse al Consultorio Navidad para satisfacer de mejor forma su necesidad de Salud.

## **- Estructura Organizacional**

### **Principios orientadores de la institución**

Los principios que orientan la labor realizada en el Consultorio Navidad, se encuentran bajo los lineamientos establecidos en conjunto por el Equipo de Salud de la Municipalidad de Navidad<sup>12</sup>. Estos son:

- **Visión:**

“Mejorar la salud de los habitantes de la Comuna de Navidad atendiendo a la población de sectores rurales y urbanos, promoviendo una vida sana, entregando los conocimientos para el Autocuidado, con una participación comunitaria y familiar”

- **Misión:**

“La misión del equipo de salud del Consultorio es mejorar la salud de la población de Navidad con énfasis en la promoción y prevención, fomentando el Autocuidado en las familias y el compromiso de la comunidad, brindando una atención que involucre buen trato y solución a las necesidades del paciente, en forma integral

---

<sup>12</sup> Plan de Salud 2008, Consultorio Navidad

## PLANES Y PROGRAMAS DE LA INSTITUCIÓN

### PROGRAMAS DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL:

#### ▪ Programa de Salud del Niño

Encargado: Sra. Paola Ugarte Farías, Enfermera.

- Control Sano
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- PNAC

#### ▪ Programa de Salud de la Mujer

ENCARGADA: Srta. Blanca Arredondo Marín, Matrona.

- Programa de Cáncer Cérvico Uterino
- Programa de Cáncer de Mama
- Control Prenatal
- Regulación de Fecundidad
- Infecciones de Transmisión Sexual y VIH Sida
- Climaterio

#### ▪ Programa de Salud del Adolescente

ENCARGADA: Srta. Blanca Arredondo Marín, Matrona.

- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
- Regulación de Fecundidad
- Control Prenatal
- Examen de Medicina Preventivo del Adolescente
- Consulta y/o consejería en salud mental
- Consulta y/o consejería nutricional

#### ▪ Programa de Salud del Adulto

Encargada: Sra. Paola Ugarte Farías, Enfermera.

- Programa de Salud Cardiovascular

#### ▪ Programa de Salud del Adulto Mayor

- PACAM

#### ▪ Programa de Salud Mental

Encargada: Sra. Judith Escobar O.

- Depresión
- VIF

#### ▪ Programa IRA-ERA

ENCARGADA: Sra. María Dolores Guajardo Estadella, Kinesióloga.

▪ **Programa de Salud Bucal**

ENCARGADA: Srta. Tamara Moreno Bustamante.

- Control Sano
- Control de embarazadas
- Atención de Escolares
- Actividades de Urgencia
- Actividades Recuperativas
- Programa de Resolución de Especialidades (Altas Integrales para personas de escasos recursos)

**Recursos**

• **Financieros<sup>13</sup>**

El financiamiento del Sector Salud, a partir de 1995 se basa principalmente en el modelo de financiamiento per cápita, a través del cual las Municipalidades reciben los aportes estatales de acuerdo a un monto fijo mensual por cada usuario del sistema inscrito en la comuna. Este valor varía de acuerdo a la caracterización de la comuna, el que para el año 2007 fue de \$2.190 por inscrito validado por FONASA y el Consultorio Navidad posee 4980 inscritos validados.

• **Humanos**

El Consultorio Navidad en su planta de personal cuenta con:

<b>Cargo</b>	<b>Nº</b>
<b>Director :</b> Dra. Elizabeth Godoy	---
<b>Médico</b> Dr. Marco A. Solís Dra. Elizabeth Godoy	2
<b>Asistente Social</b> Mónica Ramírez M.	1
<b>Odontóloga</b> Tamara Moreno Bustamante	1
<b>Asistente Dental</b> Alejandra Elices R.	1
<b>Matrona</b> Blanca Arredondo Marin	1

<sup>13</sup> Plan de Salud 2008, Consultorio Navidad

<b>Nutricionista</b> Carolina Valenzuela Muñoz.	1
<b>Enfermera</b> Paola Ugarte Farias	1
<b>Psicóloga</b> Judith Escobar O.	1
<b>Kinesióloga</b> María Guajardo Estadella	1
<b>Técnico en Enfermería</b>	3
<b>Auxiliar de Enfermería</b>	9
<b>Auxiliar de Servicio</b>	1
<b>Administrativo *</b>	2
<b>Chofer *</b>	3

\*No son considerados los funcionarios, que trabajan en el Consultorio, pero que no son parte de la dotación de éste (1 administrativo, 2 chóferes).

**ORGANIGRAMA CONSULTORIO NAVIDAD**

**DEPARTAMENTO DE SALUD**

**ADMINISTRADOR**  
Daniel Sanhueza

**FINANZAS**  
Silvana Machuca

Remuneraciones  
Pamela Machuca

**CHILE COMPRA**  
Ximena Maldonado

**CONSULTORIO**

Directora  
Dra. Elizabeth Godoy

**DOCTOR**  
Marcos Solís

**PSICOLOGA**  
Judith Escobar

**ASISTENTE S SOCIAL**  
Mónica Ramírez

**MATRONA**  
Blanca Arredondo

**KINESIOLOGA**  
Maria Guajardo

**NUTRICIONISTA**  
Carolina Valenzuela

**DENTISTA**  
Tamara Moreno

**ENFERMERA**  
Paola Ugarte Farias

**AUX. DENTAL**  
María Elices Reyes

**TECNICO EN ENFERMERIA**  
Ana cornejo Jiménez

**TECNICO EN ENFERMERIA**  
Maria Yáñez Ramos

**TECNICO EN ENFERMERIA**  
José López Silva

**TECNICO EN ENFERMERIA**  
Silvia Yáñez Ramos

**TECNICO EN ENFERMERIA**  
Deycy Cabello Cabello

**TECNICO DE ENFERMERIA RAPEL**  
-Deycy Núñez  
-Nelcy Vargas

**AUXILIAR DE ASEO**  
Lucy Flores Silva

**AUXILIARES PARAMEDICOS**  
Yolanda Vargas Vargas

**SOME ADMINISTRATIVO**

**AUXILIARES PARAMEDICOS**  
Silvia Venegas

Alejandra Soto Gonzáles

Daniela Espinoza Gonzáles

Solange Machuca Machuca

Leonel Román Hoyarse

**CHOFERES DEL CONSULTORIO**

Reinaldo Soto Vidal

Nelson Matta Silva

Nelson Castro Núñez

**AUXILIAR DE ASEO**  
Marianela Olivares Moya

**AUXILIAR PARAMEDICO SAN VICENTE**  
Paola Escobar Romero

**AUXILIAR DE ASEO**  
Gladis Flores Maldonado

**TECNICO EN ENFERMERIA PUPUYA**  
Ángela Silva Ugarte  
Guillemeta Rocco

**CHOFER**  
Fernando Valdés

**AUXILIAR DE ASEO.: Marta Salazar**

## **1.4 CONTEXTO SUJETOS DE INVESTIGACIÓN**

La familia constituye el eje primordial de la sociedad por constituirse en la base de esta y fuente de educación primaria y valores necesarios para la convivencia en sociedad.

Como unidad de análisis permite identificar y descubrir distintas problemáticas con el fin de buscar posibles soluciones para entregar a cada miembro del grupo familiar una mejor calidad de vida.

Según las tipologías de familia el tipo de familia predominante en la comuna de Navidad es de tipo extendida,<sup>14</sup> es decir, integrada por una pareja adulta o uno de sus miembros con o sin hijos y por otros miembros que pueden ser parientes o no.<sup>15</sup> Un ejemplo puntual son las parejas jóvenes, que inician tempranamente su vida conyugal pero que viven de allegados en el hogar de los padres, lo cual muchas veces origina problemas de hacinamiento.

En cuanto a los roles o comportamientos esperados dentro de las familias, el hombre asume el de jefe de hogar, principal proveedor y único con trabajo remunerado, secundado y apoyado muchas veces por los hijos, mientras que el rol de la mujer se limita a las funciones domésticas, el cuidado de los hijos y colaborar con el cuidado del campo. Existe un proceso de socialización claro en que la cultura machista predomina y los roles sexuales adscrito se mantienen transgeneracionalmente.

La comuna de Navidad con una población cercana a los 5. 400 habitantes, según los registros derivados de la Ficha de Inscripción Familiar, instrumento aplicado a cada familia al inscribirse en el Sistema de Salud Municipal, da cuenta de un número de 1925 familias inscritas en el per cápita de la comuna de Navidad a Noviembre de 2008.<sup>16</sup>

Según los datos entregados en el Plan de Salud 2008 la cantidad de familias por localidad es la siguiente:

1. Alto Grande	13 familias
2. Alto Tumán	25 familias
3. Centinela	22 familias
4. El Chorrillo	20 familias
5. El Culenar	15 familias
6. El Manzano	37 familias
7. El Fullingue	11 familias

---

<sup>14</sup> Información proporcionada por Profesional Srta. Mónica Ramírez M., Asistente Social, Consultorio Navidad.

<sup>15</sup> Apunte Interno ,Cátedra Sociología de la Familia 2004

<sup>16</sup> Plan de Salud 2008, Consultorio Navidad

8. El Maitén	70 familias
9. El Peral	21 familias
10. Lagunillas	34 familias
11. La Aguada	18 familias
12. La Boca	166 familias
13. La Palmilla	33 familias
14. La Patagüilla	30 familias
15. La Polcura	46 familias
16. La Vega de La Boca	34 familias
17. La Vega de Pupuya	117 familias
18. La Vinilla	32 familias
19. Licancheu	115 familias
20. Los Mayos	18 familias
21. Matanzas	44 familias
22. Navidad	256 familias
23. Paulún	38 familias
24. Piuchén	27 familias
25. Puertecillo	29 familias
26. Pupuya	165 familias
27. San Vicente de Pucalán	95 familias
28. San Rafael	14 familias
29. Rapel	222 familias
30. Risco Colorado	31 familias
31. Rucatalca	5 familias
32. Tumán	28 familias
33. Valle Hidango	23 familias
34. Valle Negro	16 familias

Los sectores que presentan familias en mayor riesgo son Alto Tumán, Tumán, Polcura, El Manzano, La Aguada, Risco Colorado, Los Mayos y Valle Negro<sup>17</sup>, lo que entrega una cantidad de 219 familias que para efectos de esta investigación serán consideradas prioridad por ser identificadas como más vulnerables.

Un primer factor que permite definir estos sectores como tal y que excluye a los otros, es la ubicación geográfica ya que estas localidades se encuentran más alejadas del centro cívico y de los principales servicios públicos e instituciones comunitarias, por lo que esos grupos familiares han ido quedando atrás en el proceso de desarrollo, en comparación las otras localidades. La distancia geográfica implica menos acceso a información pero a la vez da cuenta de familias más acogedoras, de trato sencillo y que no cuestionan nada.<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Información proporcionada por Profesional Srta. Mónica Ramírez M., Asistente Social, Consultorio Navidad.

<sup>18</sup> Información proporcionada por Profesional Srta. Sandra Cabezas Arrue, Técnico Agrícola PRODESAL, Municipalidad de Navidad.

La ubicación geográfica de la comuna también influye en este aspecto ya que impide la consecución de proyectos inmobiliarios pues las empresas no se interesan en realizar trabajos en la zona. Esto repercute en la composición familiar ya que por falta de ingresos e imposibilidad de postular a subsidios las nuevas parejas continúan viviendo en el hogar de los padres.

Una segunda causa es la mala conservación y materialidad de las viviendas<sup>19</sup>, generalmente precarias, de material ligero, adobe o quinchos. Se pueden encontrar aún viviendas con piso de tierra, pozo negro, sin agua potable y la existencia de focos de infección por basura cerca de las viviendas. Además existe un problema en cuanto a la tenencia de las tierras, situación que muchas familias no han regularizado debidamente lo que impide cualquier posibilidad de optar a beneficios. A lo anterior se agrega que existen situaciones en que las familias no tienen como prioridad mejorar su vivienda, lo cual unido a la falta de regularización de sus tierras conlleva que no sean consideradas en programas habitacionales.<sup>20</sup>

La educación es otro punto significativo que permite perfilar a las familias de la comuna y principalmente a las que están en mayor riesgo. Un punto trascendente lo constituyen la deserción escolar y el bajo nivel educacional de jóvenes entre 20 y 25 años.<sup>21</sup> Según resultados del censo 2002, la comuna presenta un 89,1% de población alfabeta, es decir, que declara saber leer y escribir. La población rural, en tanto, se caracteriza por estar formada por un 88,5% de población alfabeta. Con todo, sólo un 57% de la población total comunal cursó Educación Básica y un 24% Educación Media.<sup>22</sup>

Por otro lado en el aspecto laboral la agricultura es la principal actividad familiar y fuente de ingresos y que en el último tiempo ha sido insuficiente debiendo recurrir a otras opciones laborales. Según la Ficha de Protección Social más del 50 % de la población se encuentran en situación de pobreza, es decir bajo los 11.734 puntos<sup>23</sup>.

Los bajos sueldos, la falta de trabajo y las pocas opciones laborales dentro de la comuna provocan la emigración de los jóvenes a la ciudad, conformando una población más envejecida siendo a nivel nacional la segunda comuna con mas Adultos Mayores, gran porcentaje de ellos en situación de abandono, postrados y cuyo único sustento lo constituye su Pensión Básica Solidaria de Vejez<sup>24</sup>.

---

<sup>19</sup> Ídem 17

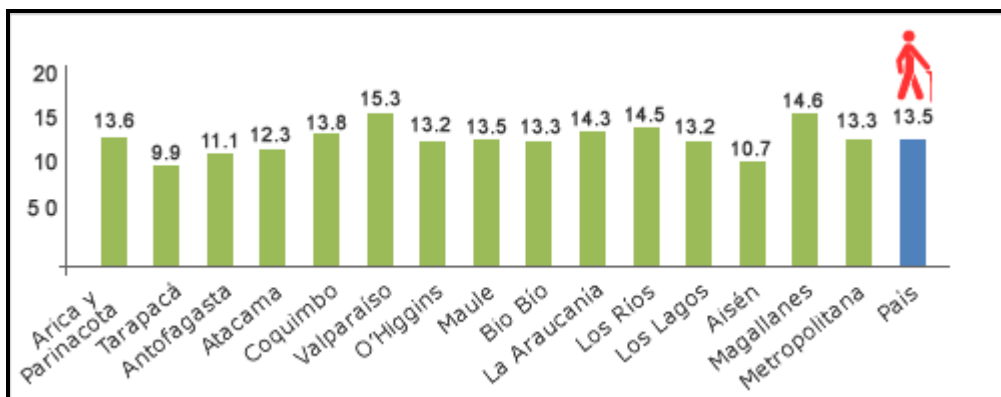
<sup>20</sup> Información proporcionada por Profesional Srta. Claudia Pérez, Asistente Social, DIDECO, I. Municipalidad de Navidad.

<sup>21</sup> Ídem 20

<sup>22</sup> Plan de Salud 2008, Consultorio Navidad

<sup>23</sup> Ídem 20

<sup>24</sup> Ídem 20



Porcentaje población de 60 años y más según datos Ficha Protección Social

Por último en el área salud las principales enfermedades que se presentan en la población, se mantienen relativamente estables durante los últimos años. Durante el año 2007 las principales consultas por morbilidad fueron por enfermedades respiratorias en los diferentes grupos etáreos, seguido por enfermedades gastrointestinales.<sup>25</sup>

También un lugar cada vez más importante está tomando la Salud Mental con patologías como Depresión y Violencia Intrafamiliar.<sup>26</sup>

En cuanto a la primera, dentro de la Sexta Región la comuna de Navidad es la localidad con la mayor tasa de suicidios principalmente en las mujeres. Factores causales atribuidos principalmente a la falta de trabajo, el vivir en sectores alejados, los roles adscritos y la falta de distracción, lo cual deriva en Alcoholismo tanto en hombres y mujeres, patología que origina a su vez casos de Violencia Intrafamiliar<sup>27</sup>(VIF), comportamiento que muchas veces es considerado como “normal” en las familias ya que castigo físico es entendido como una forma de ejercer disciplina. De hecho según información aportada por Carabineros de Chile la V.I.F se encuentra ubicada en el tercer lugar en orden de frecuencia dentro los hechos delictuales más frecuentes en la comuna.

Y es que en general las familias de la comuna de Navidad sufren las consecuencias de vivir en una zona rural, con dificultades en el acceso, patrones culturales tradicionales, conformistas y en que la falta de proyecciones merma el progreso familiar. A la vez la falta de posibilidades de desarrollo y esparcimiento provoca comportamientos antisociales, frustración y escasas expectativas en los integrantes de las familias. Ante tal situación el Municipio intenta auxiliarlos a través de la implementación de programas de empleo, cursos de capacitación, Talleres Recreativos, Actividades Culturales, Becas de apoyo a los estudiantes, entre otros.

Dichas medidas de apoyo, si bien no dejan de ser buenas y de gran ayuda a la comunidad, han convertido a los miembros de las familias en personas con

<sup>25</sup> Información proporcionada por Profesional Srta. Claudia Pérez, Asistente Social, DIDECO, I. Municipalidad de Navidad.

<sup>26</sup> Ídem 25

<sup>27</sup> Información proporcionada por Profesional Srta. Judith Escobar, Psicóloga, Consultorio Navidad

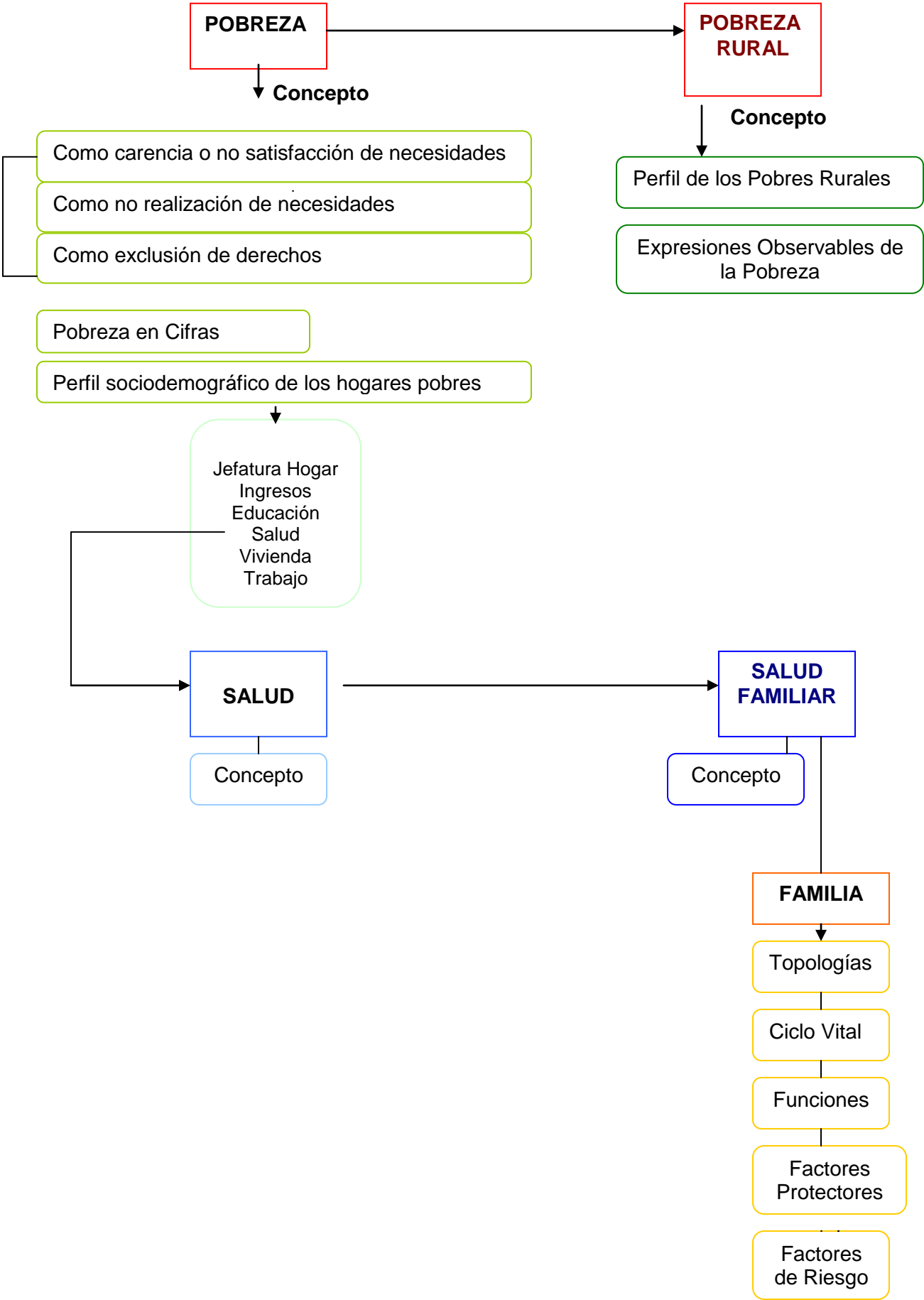
mentalidad paternalista, que requieren ayuda de la I. Municipalidad de Navidad para cualquier gasto o actividad familiar, principalmente gastos médicos, transporte y educación, exigidos como derechos a ser otorgados obligatoriamente por dicha institución. Lamentablemente dichos beneficios no son solicitados y adquiridos por todas las familias de la Comuna.

# Capítulo II



# Marco de Referencia

**CONCEPTOS CLAVE**



## 2.1 POBREZA Y POBREZA RURAL

### 2.1.2 Pobreza

La pobreza resulta ser un fenómeno social complejo dinámico y pluridimensional que trasciende ideologías y posturas políticas que sustentan su explicación, por tanto resulta difícil llegar a un consenso conceptual acerca de su definición.

Según la Organización de las Naciones Unidas ONU se define pobreza como “una situación que impide la individuo y a las familias, satisfacer una o más necesidades básicas y participar plenamente en la vida social. Se caracteriza por ser un fenómeno especialmente económico, con dimensiones sociales, políticas y culturales”.<sup>28</sup>

Por otra parte el Ministerio de Planificación y Cooperación MIDEPLAN, señala que “la pobreza hay que entenderla en un sentido más amplio, es decir, como una situación compleja que considera los bajos ingresos, las carencias de infraestructura, deficiente acceso a bienes y servicios que ofrece la sociedad, falta de participación, existencia de problemas sociales como la drogadicción, alcoholismo, violencia doméstica y todas las formas de marginación y discriminación social.”<sup>29</sup>

El fondo de inversión y solidaridad social, FOSIS, por su parte, define la pobreza como la imposibilidad, o extrema dificultad de los individuos para satisfacer sus necesidades por sí mismos, mediante su esfuerzo, su organización y el despliegue de sus capacidades.<sup>30</sup>

Los conceptos señalados anteriormente dan cuenta, de la amplitud de significados atribuidos al concepto de pobreza, no existiendo un concepto unívoco. Por el contrario y a modo de síntesis en torno a las distintas conceptualizaciones, se identifican tres grandes nociones<sup>31</sup>:

---

<sup>28</sup> Teitelboim, Berta, “Situación de la pobreza en Chile 1987-1992, Documento MIDEPLAN 1994, Pág.4

<sup>29</sup> SERPALC, V región, “Programa regional de superación de la pobreza”. 1996- 2000

<sup>30</sup> Indicadores sociales sobre Pobreza y Focalización territorial, Documento FOSIS. 1993

<sup>31</sup> Álvarez Maya, María Eugenia, Martínez Herrera, Horacio, “ El desafío de la pobreza, Confederación colombiana de ONG-CCONG, Siglo del hombre editores, 2001.

## **1. La pobreza como carencia o no satisfacción de necesidades básicas**

### **- Pobreza como insuficiencia de ingresos:**

Desde esta perspectiva la pobreza se entiende como carencia de los ingresos necesarios para adquirir los bienes y servicios esenciales para vivir. Una persona se considera pobre solo cuando su nivel de ingreso es inferior a una línea de pobreza definida. Con frecuencia esta línea se define en términos de un ingreso suficiente para comprar una cantidad determinada de alimentos.

La canasta básica de alimentos en Chile está definida por la CEPAL, y contiene los requerimientos calóricos mínimos para asegurar la subsistencia del individuo. Si el ingreso per cápita mensual del hogar no alcanza a cubrir el costo de una canasta alimentaria, entonces las personas que componen ese hogar se consideran indigentes. Mientras que la línea de pobreza se obtiene doblando el valor de una canasta mínima en el caso urbano<sup>32</sup>.

### **- Pobreza como necesidades básicas insatisfechas:**

La pobreza se entiende como un fenómeno multidimensional y se define en términos de déficit de satisfacción de necesidades básicas distintas a la sola alimentación. Así la pobreza es una situación que impide al individuo o la familia satisfacer una o más necesidades básicas.

Este concepto de pobreza como Necesidades básicas insatisfechas se basa en juicios de valor sobre los niveles de bienestar mínimamente aceptables para llevar una vida digna y sobre los grados de privación que se consideren intolerables.

### **- Pobreza como deficiente condiciones de vida:**

La pobreza se considera como una falla en la capacidad efectiva para lograr un estándar de vida, lo cual constituye la verdadera deprivación o exclusión social y suele expresarse en la capacidad para satisfacer una canasta básica.

Así y según la Revista Chilena de Pediatría<sup>33</sup> la Canasta Básica de Alimentos urbana 2006 es \$ 21.856 y la CBA rural de \$ 16.842. Así la Canasta Básica total o Línea de Pobreza, entendida ésta como la suma de la canasta básica alimentaria y la canasta de bienes no alimentarios mínimos que necesita una familia (CBNA) en zona urbana es de \$43.712 y \$29.473 en zona rural<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> <http://www.mideplan.cl/casen/index.html>

<sup>33</sup> [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062006000500003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000500003)

<sup>34</sup> Ídem 32

**Línea de pobreza e indigencia por año según zona  
(En pesos de noviembre de cada año)**

ZONA	LÍNEA DE POBREZA	1987	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2003
Urbano	Indigente	5.079	9.297	12.875	15.050	17.136	18.944	20.281	21.856
	Pobres no Indigente	10.158	18.594	25.750	30.100	34.272	37.889	40.562	43.712
Rural	Indigente	3.914	7.164	9.921	11.597	13.204	14.598	15.616	16.842
	Pobres no Indigente	6.850	12.538	17.362	20.295	23.108	25.546	27.328	29.473

Fuente: MIDEPLAN, División Social, CEPAL, División de Estadísticas.

## 2. La pobreza como la no realización de capacidades humanas

### - Pobreza como negación de la democracia:

Al finalizar la década del setenta, UNICEF muestra la desproporción existente entre los esfuerzos invertidos durante los últimos 25 años en la lucha contra la pobreza y los deficientes resultados obtenidos. Para esta entidad, pobreza, más allá de los indicadores cuantitativos que la expresan, es una experiencia humana frustrada, una deteriorada calidad de vida.

Este enfoque amplia el significado de las necesidades básicas, concepto que por lo general se refiere a las necesidades biológicas y su satisfacción mediante el incremento del consumo de los objetos físicos o biológicos correspondientes.

En síntesis, la pobreza, en cuanto realidad que expresa una profunda desigualdad social, una distribución injusta de las oportunidades de desarrollo y un bloqueo de las posibilidades de satisfacción de las necesidades humanas, desnaturaliza el sentido de democracia y se convierte en su más radical negación.

### - Pobreza como no correspondencia entre necesidades y satisfactores:

Los representantes de la escuela escandinava, Manfred Max-Neef, Antonio Elizalde y Martín Hopenhayn, aportan significativos elementos analíticos para la comprensión de la pobreza, el bienestar y el desarrollo.

Los autores proponen dos taxonomías de necesidades:

\*Según categorías axiológicas, expresan dimensiones para la realización humana: necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

\*Según categorías existenciales, manifiestan dimensiones de amplia aceptación: ser, tener, hacer y estar.

Un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades o, a la inversa, una necesidad puede requerir diversos satisfactores.

En este marco, el concepto más usual de la pobreza es limitado y restringido, en cuanto se refiere exclusivamente a la situación de aquellas personas que se ubican por debajo de un determinado umbral de ingreso. De hecho cualquier

necesidad humana fundamental que no se satisface adecuadamente revela una pobreza humana.

- Pobreza como falta de bienestar y autonomía.

La Organización Mundial de la Salud- OMS- sostiene que las necesidades son historias, construidas socialmente, pero también universales y objetivas.

Los componentes básicos del bienestar, que expresan necesidades de carácter universal, son la salud y la autonomía personal. La salud entendida como un estado total de bienestar físico, mental y social. La autonomía como la capacidad para formular objetivos y estrategias adecuadas y consistentes con los propios intereses. Las variables que afectan los niveles de autonomía son, básicamente, el grado de comprensión que la persona tiene de si misma, de su cultura y de lo que espera de ella; la capacidad de formular opciones para si misma y las oportunidades objetivas que le permiten actuar en consecuencia.

- Pobreza como negación de oportunidades de desarrollo

Desde esta óptica, la pobreza significa negación de las oportunidades y las opciones más fundamentales de desarrollo humano, así como la ausencia de ciertas capacidades básicas para realizarse. Una persona es pobre cuando carece de oportunidades para lograr niveles mínimamente aceptables de realización personal. Esto abarca desde lo físico (estar bien nutrido, vestido, buena salud y vivir en forma adecuada) has logros mas complejos, como participar en la vida comunitaria.

- Pobreza como no expansión de las capacidades.

En este marco la pobreza se entiende como “la ausencia de realización de algunas capacidades elementales, el fracaso de las capacidades básicas para alcanzar niveles mínimamente aceptables.

### **3. La pobreza como exclusión de derechos.**

- Pobreza como exclusión social

La noción de exclusión social expresa que el problema no es solamente de desigualdad entre los de arriba y los de abajo en la escala social, sino más bien de distancias entre aquellos que participan en su dinámica y aquellos que son expulsados. Se ponen en evidencia los efectos que esta situación genera y los riesgos de ruptura de la cohesión social.

- Pobreza como descalificación de derechos.

La exclusión es padecida por aquellas personas que en un momento determinado se encuentran en una situación de debilidad tal, que permiten que los más fuertes los usen y luego los olviden. Se trata fundamentalmente de

descalificación del estatus de ciudadano o de una manera más general, del conjunto de derechos humanos.

Se identifican cuatro mecanismos de exclusión: De la información, para aumentar la posibilidad de elección; de los procesos de decisión para plantear soluciones a los problemas identificados; del acceso a los servicios que podrían mejorar las propias condiciones de vida y por último mecanismos de segregación basados en normas, prohibiciones y controles.

- Pobreza como Inserción Precaria.

Según lo señalado por Amartya Sen, la pobreza se concibe como un desarrollo deficiente de las capacidades y derechos, que tiene origen en la incapacidad de la sociedad y del Estado para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas. La ausencia de garantías para el ejercicio de los derechos, inhibe el desarrollo de las capacidades y conduce a una deficiente inserción social.

Las 3 concepciones detalladas anteriormente son indicativas de la forma en que la pobreza se inscribe en los paradigmas de desarrollo vigente.

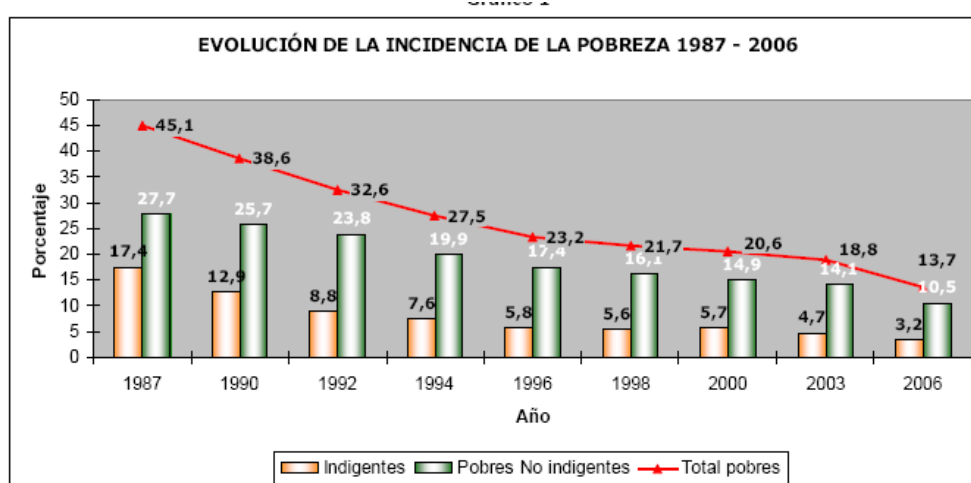
Entender estas nociones sobre el concepto de pobreza hace necesario situarse en la coyuntura nacional, siendo importante señalar la iniciativa chilena instaurada a partir del Sistema de Protección Social instrumento que pretende generar condiciones, que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que permitan una igualdad de oportunidades. Este Sistema se inicia en la gestación con el *Chile Crece Contigo*, programa que el 1 de Septiembre de 2009 pasó a ser promulgado Ley 20.379, que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, a fin de asegurar su continuidad independiente de los gobiernos que sucedan; continúa con *Chile Solidario*, para las familias, personas en situación de calle y adultos mayores. Finalmente, este SPS concluye en la protección al trabajo a través de la *Reforma Provisional*, la cual permite a las personas mayores de 65 años, hombres y mujeres, cotizantes y no cotizantes en el sistema previsional, contar con mayores ingresos, mejorando así su calidad de vida.<sup>35</sup> De dicha manera se intenta disminuir la falta de acceso e igualdad hacia el logro de la universalidad de derechos de las personas.

---

<sup>35</sup> [www.proteccionsocialbiobio.cl/.../sistema-de-proteccion-social](http://www.proteccionsocialbiobio.cl/.../sistema-de-proteccion-social) -

## CIFRAS

Por otro lado al hablar de la **pobreza en cifras** y analizar los valores a nivel territorial, es importante destacar datos representativos que provienen de la encuesta Casen 2006. Dicho datos evidencian que entre el año 2003 y el año 2006 se registra una importante reducción de la pobreza.



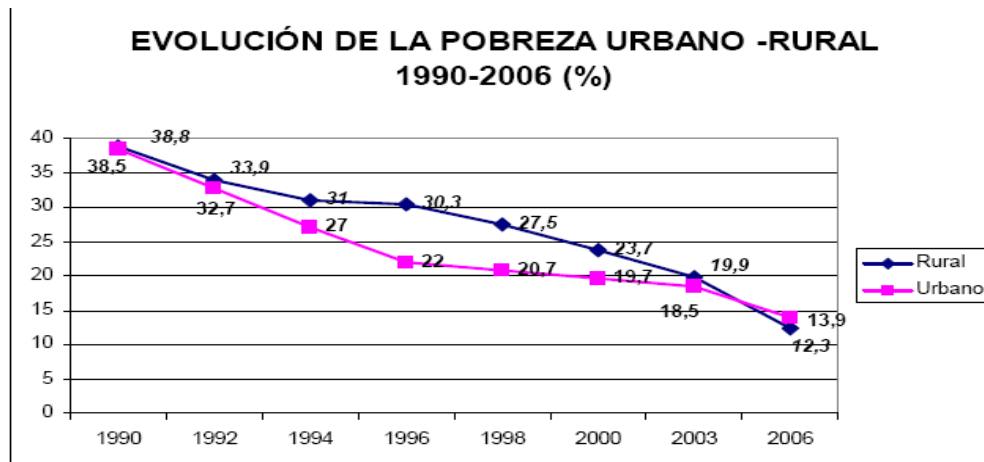
En ese período la pobreza no indigente descendió desde un 14,0% de la población a 10,5% y la indigencia desde un 4,7% de la población a un 3,2%. Lo anterior implicó que la pobreza descendiera desde un 18,7% a un **13,7%**. Durante el trienio, el número de personas en situación de pobreza en el país cayó en un 24,0% y el número de personas en situación de indigencia en un 28,9%. A fines del año 2006, la población en situación de pobreza en el país alcanzaba 2.208.937 personas.

Al comparar con 1990, se verifica que la pobreza ha disminuido 24,9 puntos porcentuales y la indigencia 9,8 puntos porcentuales; esto es, la población pobre ha disminuido en un 55,5% y la población indigente en un 69,1% entre 1990 y el año 2006.<sup>36</sup>

Sin embargo y la luz de estas cifras, se aprecia claramente que los índices de indigencia y de pobreza a nivel nacional, son históricamente, siempre mas altos en las zonas rurales que en las urbanas. A fines del año 2006, el porcentaje de población en situación de pobreza es menor en las zonas rurales que en las urbanas.<sup>37</sup>

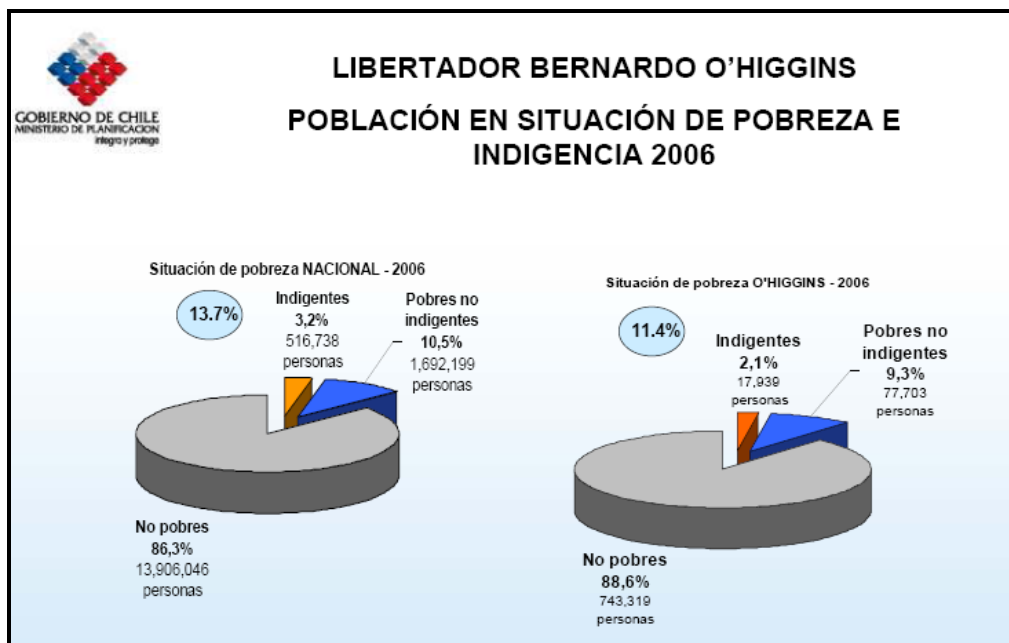
<sup>36</sup> [www.mideplan.cl/index.php?option=com...view...](http://www.mideplan.cl/index.php?option=com...view...)

<sup>37</sup> Ídem 35



Fuente CASEN 2006

A nivel regional, en lo que respecta a los niveles de pobreza según resultados de la encuesta Casen 2006 la Sexta región posee un 11,4 % de incidencia de la pobreza, a pesar de que según estudios la Región de O'Higgins, es una de las 5 regiones que presentan los mayores niveles de reducción de la pobreza en el periodo 2003-2006, con un porcentaje de disminución de 7,8%, siendo una disminución destacable a nivel país.



Así también los datos arrojados por dicha encuesta demuestran que la provincia Cardenal Caro posee un porcentaje de pobreza de 17, 8%, y más específicamente los resultados referidos a Navidad arrojan un valor de 16,8% de pobres en la comuna.

Comuna - provincia - región	Indigencia	Pobreza no indigente	Total pobreza	No pobres
PICHILEMU	6,4%	13,8%	20,2%	79,8%
LA ESTRELLA	6,0%	6,6%	12,6%	87,4%
LITUECHE	2,6%	19,1%	21,7%	78,3%
MARCHIHUE	2,0%	8,6%	10,6%	89,4%
NAVIDAD	6,6%	10,1%	16,8%	83,2%
PAREDONES	5,9%	15,4%	21,3%	78,7%
Provincia de CARDENAL CARO	5,0%	12,8%	17,8%	82,2%
Región de O'HIGGINS	2,1%	9,3%	11,4%	88,6%

*Casen 2006*

### Perfil sociodemográfico de los hogares en situación de pobreza

Según la Fundación para la Superación de la Pobreza en su informe 2009 "*Panorama general de la pobreza y su dinámica en Chile: últimas mediciones*"<sup>38</sup> en que se analiza la evolución de la pobreza, su dinámica y el perfil de los hogares en pobreza, la caracterización de la población en situación de pobreza permite detectar los grupos sociales que pueden estar más afectados con el fenómeno, como también evidenciar las otras manifestaciones de la pobreza en su multidimensionalidad.

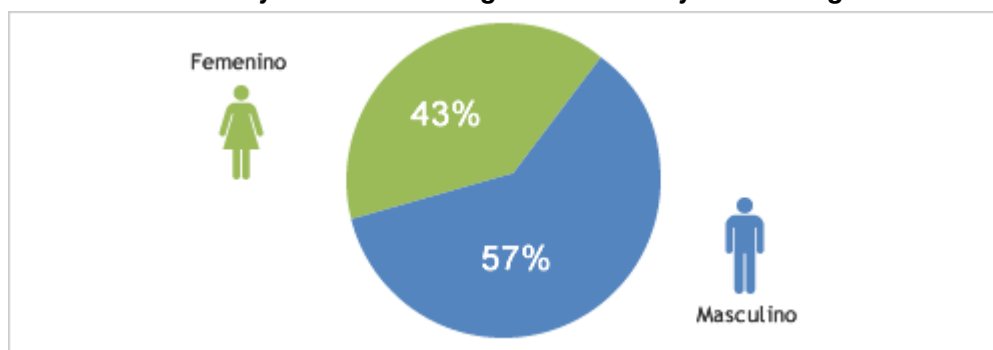
Dicho informe señala, a partir de los resultados de la Encuesta Casen 2006, se pueden detectar ciertos perfiles sociodemográficos de los hogares en situación de pobreza, como el *tamaño de los hogares*, que es mayor en los hogares en situación de pobreza. En el primer caso, los hogares están conformados en promedio por 4,5 personas, tamaño que es superior al promedio nacional de 3,7. El informe concluye respecto a este punto que aquellos hogares que han salido de la pobreza han disminuido el tamaño del hogar, así por el contrario, aquellos hogares que han entrado a la pobreza han incrementado el número de personas de su grupo familiar

Sin embargo, se produce el fenómeno inverso en el número de personas que trabajan, donde las familias con menos recursos cuentan con menos ocupados, es más, dentro de un hogar en situación de pobreza en promedio sólo una persona trabaja o menos, en tanto que entre los hogares no pobres el promedio es de 2 personas.

Otro aspecto relevante es la alta presencia de jefatura femenina en los hogares en situación de pobreza, que llega según las estadísticas de la Ficha de Protección Social se grafica de la siguiente forma por sexo:

<sup>38</sup> [www.superacionpobreza.cl/.../panorama\\_general\\_pobreza.pdf](http://www.superacionpobreza.cl/.../panorama_general_pobreza.pdf) -

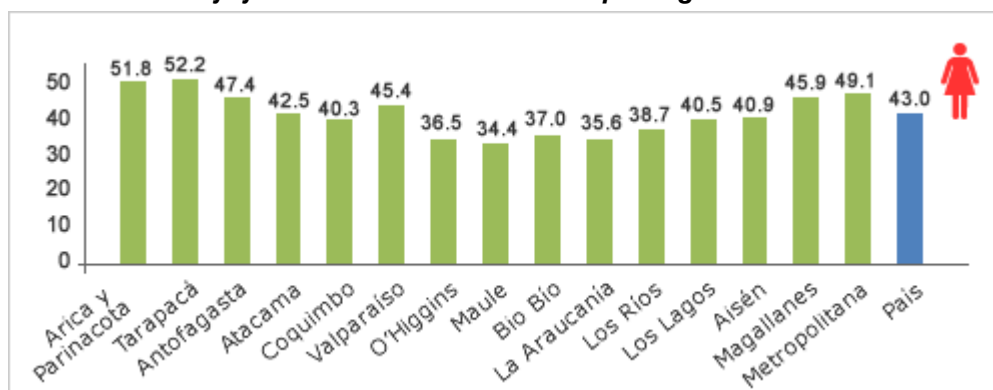
**Porcentajes de familias según sexo del/la jefe/a de hogar**



Fuente de Información: Base de datos en línea, Ficha Protección Social. Información actualizada al 27-08-2009.

En lo que respecta a la región de O'Higgins las estadísticas señalan un 63,5% de jefatura de hogar masculina y 36,5% femenina.

**Porcentaje jefatura de familia femenina por región en FPS**

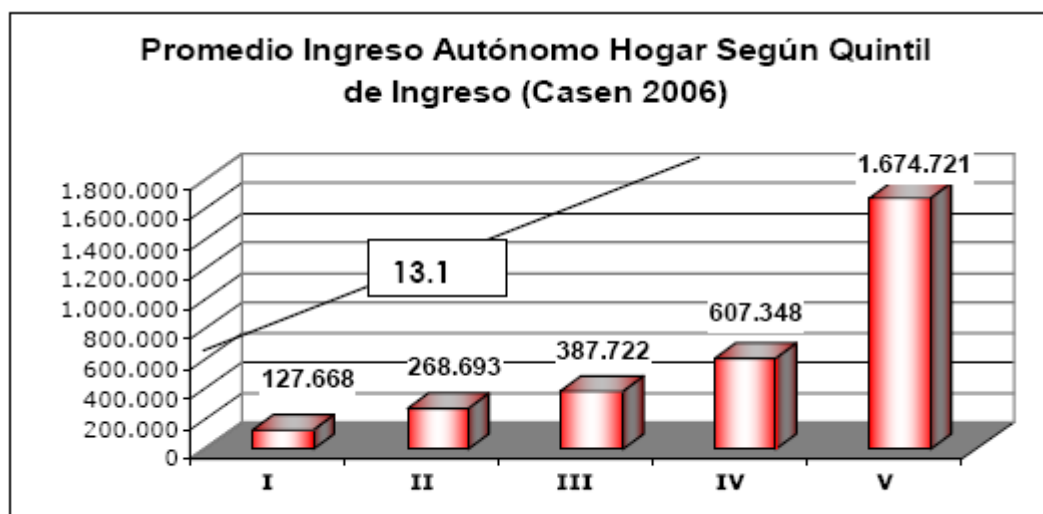


Fuente de Información: Base de datos en línea, Ficha Protección Social. Información actualizada al 27-08-2009.

Las mujeres jefas de hogar de menores ingresos tienen menos escolaridad que aquellas de mayores ingresos (las jefas de hogar del decil más rico tienen aprox. 6 años más de estudios en comparación con las del decil más pobre). Así también, la participación laboral de las mujeres jefas de hogar es mayor en los quintiles de mayores ingresos (48.7% en el primer quintil en contraste con el 73.3% de quintil de mayores ingresos).

Otros datos a considerar de relevancia en el análisis de la pobreza se refieren al ingreso, el informe para la FPS indica que en la medición de la Encuesta de Caracterización Económica 2006, es posible apreciar que junto con una disminución en la pobreza, también se redujo la brecha de ingreso promedio autónomo del hogar entre el primer y el quinto quintil.

Los quintiles de ingreso son una forma de clasificar a los hogares según sus ingresos. Cada quintil corresponde al 20% de los hogares ordenados en forma ascendente de acuerdo al ingreso per cápita autónomo del hogar. El primer quintil corresponde al 20% más pobre, y el quinto al más rico.



Fuente: Elaboración propia Casen 2006.

Para un hogar del quintil más rico, en 2003 el ingreso promedio autónomo mensual era de \$1.620.331 (valor ajustado a noviembre del 2006) y en el 2006 alcanzó a \$1.674.721. Por su parte, el ingreso promedio para el quintil más pobre en 2003 era de \$112.944 (reajustados a noviembre del 2006), monto que se incrementó a \$127.668 en 2006. La comparación entre ambas situaciones, indica una diferencia de ingreso para los más ricos de 14.3 veces con respecto a los más pobres en el 2003, la que disminuye en el 2006 a 13.1 veces.

Por su parte, el ingreso promedio autónomo del hogar<sup>39</sup> del quinto quintil (\$1.674.721) triplica aproximadamente al cuarto quintil más rico (\$607.348), esto indica que a pesar de la disminución se acentúa favorablemente en el quinto quintil.

Límite Mínimo y Máximo del ingreso autónomo per capita del Hogar por Quintiles de Ingreso Autónomo Nacional				Ingreso Autónomo Promedio del Hogar		
Quintil Autónomo Nacional	Promedio del ingreso autónomo per capita del Hogar	Mínimo	Máximo	Promedio Ingreso Autónomo Hogar	Hogares	Promedio de personas en el Hogar
I	29.122	0	49.400	127.668	868.875	4,2
II	65.859	49.407	83.658	268.693	865.912	4,1
III	104.446	83.660	130.656	387.722	866.835	3,7
IV	173.740	130.669	236.509	607.348	868.069	3,5
V	593.100	236.527	-	1.674.721	867.375	3,1
Total	193.248	0	-	613.206	4.337.066	3,7

Fuente: CASEN 2006.

Por último es necesario mencionar cuatro temas que establecen brechas importantes al momento de evaluar la situación de pobreza, como son: educación, trabajo, salud y vivienda<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> **Ingreso autónomo** se define como todos los pagos que recibe el hogar como resultado de la posesión de factores productivos. Incluye sueldos y salarios, ganancias de trabajos independientes, la autoprovisión de bienes producidos por el hogar, rentas, intereses, pensiones y jubilaciones. MIDEPLAN, Volumen 1: "Pobreza, Distribución del Ingreso e Impacto Distributivo del Gasto Social".2004

<sup>40</sup> [www.superacionpobreza.cl/.../panorama\\_general\\_pobreza.pdf](http://www.superacionpobreza.cl/.../panorama_general_pobreza.pdf) -

## **1. Educación:**

En educación se pueden destacar al menos cuatro sub. ámbitos: educación preescolar, básica, media y educación superior. A continuación se revisarán algunos datos relevantes de cada sub. área.

Si bien la cobertura de educación preescolar se ha incrementado en los últimos 16 años, y la brecha ha ido disminuyendo entre el quintil más pobre y el más rico, persisten desafíos en materia de cobertura. A nivel nacional sólo el 36.9% de la población entre 0 y 5 años se encuentra en el sistema preescolar y sólo esto se incrementa a 47.4% en el quintil más rico.

En la educación básica (niños entre 6 y 13 años), un bajo porcentaje no asiste a un establecimiento educacional 1,1%; en la educación media (jóvenes entre 14 y 17 años) esta situación se incrementa a un 4.5% y en el primer quintil de este tramo de edad se eleva a un 7.0%.

La educación básica y media exhiben una alta cobertura que se ha mantenido estable en el tiempo. Sin embargo, hay importantes brechas en la calidad de la educación, las que son bastante importantes si se considera que los alumnos de grupos socioeconómicos bajos, ven debilitado el desarrollo de las habilidades instrumentales básicas, que permiten su acceso al conocimiento y a la generación de capacidades de aprendizaje autónomo.

En cuanto a la cobertura de educación superior, ésta ha registrado sus mayores aumentos en el quinto quintil (20% de mayores ingresos), sin embargo, también exhibe aumentos muy significativos cercanos a los 10 puntos porcentuales en el 40% más pobre de la población.

El tramo entre 18 y 24 años en promedio nacional el 54.9% no asiste a un establecimiento educacional. Del 1.164.206 que no asiste a un establecimiento educacional el 24.9% no lo hace porque terminó de estudiar, el 35.3% porque terminó de estudiar, el 10.1% no lo hace por dificultades económicas, el 6.1% por maternidad o Paternidad y el 4.5% porque no le interesa.

## **2. Salud:**

En lo que respecta al acceso a sistema de salud El 76.8% de la población se encuentra en el sistema público de salud, principalmente la población que se ubica en el primer y segundo quintil de ingreso. Esta cifra disminuye a un 43% en el quintil más rico. Cabe destacar que, gran parte de la población se encuentra protegida por alguna modalidad de atención de salud, a través del seguro público o las aseguradoras privadas. Inclusive los porcentajes más bajos de población fuera de

cualquier modalidad de protección de la salud, se registran en los quintiles de menores recursos.

	I	II	III	IV	V	TOTAL
<b>Sistema Público</b>	92,3	88,8	81,6	69,1	43,0	76,8
<b>F.F.A.A. y del orden</b>	0,5	1,7	3,0	5,1	4,0	2,7
<b>ISAPRE</b>	2,2	4,0	8,0	17,0	44,1	13,5
<b>Ninguno (particular)</b>	3,6	4,0	5,0	6,4	7,3	5,1
<b>Otro Sistema</b>	0,3	0,4	0,4	0,7	0,6	0,5
<b>No sabe</b>	1,0	1,2	2,0	1,8	1,0	1,4
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 2006 con factores de expansión en base a CENSO 2002  
 (\*) Se excluye servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar

El 76.8% de la población se encuentra en el sistema público de salud, principalmente la población que se ubica en el primer y segundo quintil de ingreso. Esta cifra disminuye a un 43% en el quintil más rico. Cabe destacar que, gran parte de la población se encuentra protegida por alguna modalidad de atención de salud, a través del seguro público o las aseguradoras privadas. Inclusive, se puede apreciar que los porcentajes más bajos de población fuera de cualquier modalidad de protección de la salud, se registran en los quintiles de menores recursos.

### **3. Vivienda:**

- **Tenencia de vivienda:**

La serie Casen muestra que, durante los últimos 16 años todos los quintiles de ingreso aumentaron la tenencia de vivienda propia. Las ocupaciones irregulares han disminuido progresivamente, en tanto que todavía existe un porcentaje importante del primer decil que vive en una vivienda cedida.

Durante el periodo 1990-2006 aumentan los hogares propietarios de la vivienda en que residen en 7,8 puntos porcentuales, disminuyendo las otras formas de tenencia de la vivienda (arriendo, cedidas y ocupación irregular).

**SITUACIÓN DE LA VIVIENDA SEGÚN QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO**

Tipo de tenencia	Año	I	II	III	IV	V	Total
Propio	1990	53,6	58,7	64,9	64,7	65,5	61,5
	2003	70,5	70,5	73,2	70,1	67,1	70,3
	2006	67,8	69,6	70,1	70,6	67,8	69,2
Arrendado	1990	13,1	14,9	15,1	18,4	24,5	17,2
	2003	10,1	14,1	14,8	19,4	25,8	16,8
	2006	10,1	12,9	14,5	17,7	24,5	15,9
Cedido	1990	30,2	24,1	17,9	14,9	8,8	19,2
	2003	17,6	14,2	11,3	9,9	6,7	11,9
	2006	21,1	16,8	14,8	11,3	7,6	14,3
Ocupación irregular (de hecho)	1990	1,5	0,8	0,7	0,6	0,5	0,8
	2003	0,7	0,4	0,2	0,1	0,0	0,3
	2006	0,9	0,5	0,4	0,3	0,1	0,4
Usufructo (otro)	1990	1,5	1,5	1,5	1,3	0,6	1,3
	2003	1,2	0,7	0,6	0,5	0,3	0,6
	2006	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1

Para poder conocer las condiciones cualitativas de las viviendas es inevitable recurrir a los indicadores de materialidad, saneamiento, tipo de vivienda y calidad global de la vivienda. Indicadores elaborados por el Ministerio de Vivienda y aplicados a los datos del Censo de Población y Vivienda de 2002.

**.Materialidad**

El índice de materialidad tradicionalmente utilizado en las encuestas Casen categorizan las viviendas en: buenas, aceptables, recuperables y deficitaria y se construye a partir de los materiales predominantes en las paredes exteriores, techo y piso de las viviendas. Según este indicador, el 17.8% de los hogares del quintil más pobre vive en viviendas deficitarias.

**Saneamiento**

El índice de saneamiento utilizado por la Encuesta Casen 2006 considera la disponibilidad de agua dentro de la vivienda y el medio de eliminación de excretas. Para lo cual considera las siguientes categorías:

CLASIFICACIÓN	DISPONIBILIDAD DE AGUA	ELIMINACIÓN DE EXCRETAS
SANEAMIENTO ACEPTABLE (Ambas condiciones)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con llave dentro de la vivienda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WC conectado al alcantarillado o</li> <li>• WC conectado a fosa séptica</li> </ul>
SANEAMIENTO DEFICITARIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con llave dentro del sitio pero fuera de la vivienda.</li> <li>• No tiene sistema, la acarrea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letrina sanitaria conectada a pozo negro</li> <li>• Cajón sobre pozo negro</li> <li>• Cajón sobre acequia o canal</li> <li>• Cajón conectado a otro sistema</li> <li>• No tiene servicio higiénico (WC)</li> </ul>

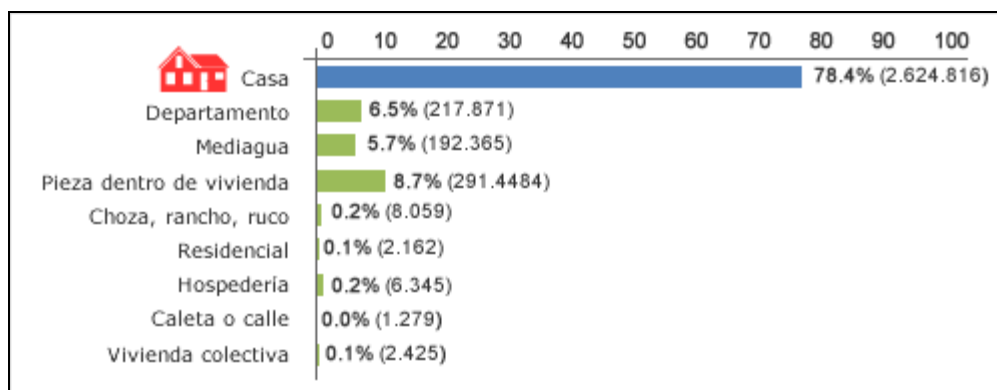
En el año 2006, el 91,3% de los hogares cuenta con saneamiento adecuado en sus viviendas. Esto es, disponen de agua por cañería dentro de la vivienda y de un sistema de eliminación de excretas conectado a red de alcantarillado o fosa séptica. Al analizar según zona, se aprecia que en la zona rural el saneamiento deficitario alcanza al 45,3% de los hogares, debido a las condiciones propias del sector.

### Tipo de vivienda

La encuesta Casen 2006 Considera el tipo de vivienda que ocupa el hogar, independiente de las condiciones de materialidad y saneamiento que presenten éstas. Este indicador clasifica las viviendas en:

- **Aceptable:** a las casas, casas en condominio, departamentos y piezas en casa antigua o conventillo
- **Irrecuperables:** a las mediaguas, mejoras, rancho, ruca, choza u otro tipo como móvil, carpa, etc.

Así también y según datos estadísticos de la Ficha de Protección Social muestra una clasificación familia por tipo de vivienda que se grafica a continuación:



Fuente de Información: Base de datos en línea, Ficha Protección Social.  
Información actualizada al 27-08-2009.

El 1,1 % de los hogares a nivel nacional ocupan viviendas de tipo irrecuperable, las que en la zona urbana corresponden a 0,9% de los hogares y en la zona rural asciende a 2,8% de los hogares. En cuanto al tipo de vivienda recuperable la casa constituye la preferencia de los grupos familiares con un 78,4%.

Al hablar de la vivienda es importante conocer las condiciones en que las familias ocupan las viviendas, específicamente el espacio disponible para los residentes. De acuerdo a la propuesta de Celade, utilizado por el Minvu, el hacinamiento se operacionaliza como el cociente entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma.

Se considera:

– **Sin Hacinamiento**, aquellos hogares que residen en viviendas con 2,4 o menos personas por dormitorio.

– **Hacinamiento medio**, aquellos hogares que ocupan viviendas en las que residen 2,5 y más personas por dormitorio.

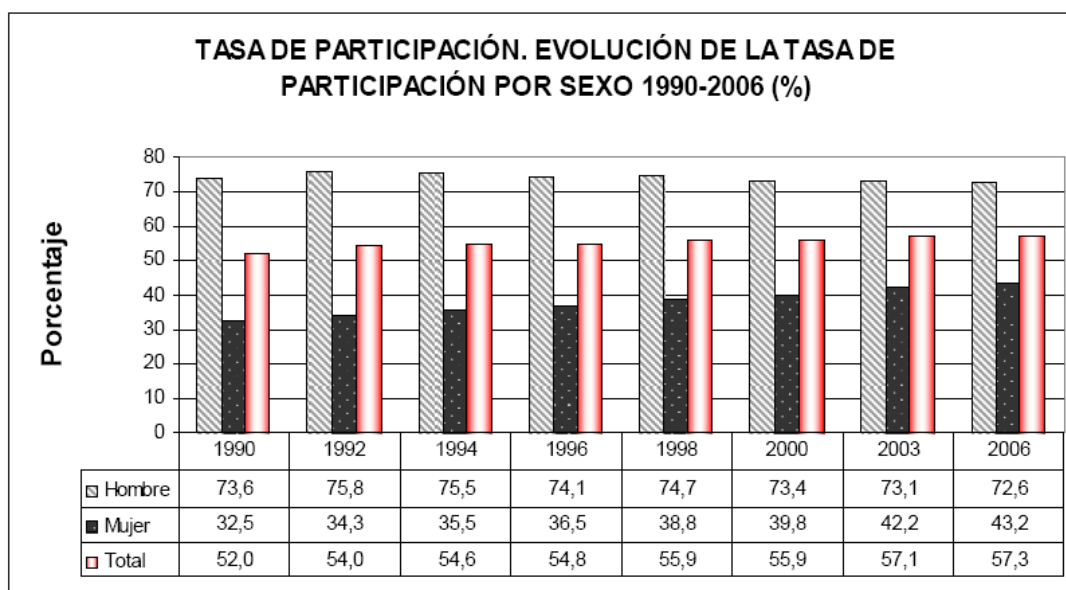
– **Hacinamiento crítico**, cuando el hogar residen en viviendas con 5 o más personas por dormitorio.

Este indicador se considera el total de habitaciones destinadas a dormitorio, las que pueden tener uso exclusivo o múltiple.

#### 4. Trabajo

##### Participación

Analizar este punto requiere iniciar desde la perspectiva de la inserción laboral donde la participación<sup>41</sup> laboral ha presentado un incremento de 5.3 puntos porcentuales entre 1990 y 2006, siendo el grupo de las mujeres el que más significativamente ha ido incrementando su participación en el mercado laboral (10,7% puntos porcentuales). Sin embargo, a pesar de este incremento la participación de la mujer sigue siendo baja. Asimismo se registra el fenómeno inverso en los hombres con una leve disminución.



Fuente: Informe de Empleo. Casen 2006

##### Ocupación

Según el informe de la Fundación para la Superación<sup>42</sup> al analizar este fenómeno según deciles de ingreso, se observa que las tasas de ocupación son más altas en los últimos cinco deciles, especialmente en el decil 10, en tanto que en

<sup>41</sup> **Tasa de Participación** (TP) corresponde al porcentaje de la fuerza de trabajo o población económicamente activa (ocupados y desocupados) de 15 años y más con respecto a la población total de 15 años y más.

<sup>42</sup> [www.superacionpobreza.cl/.../panorama\\_general\\_pobreza.pdf](http://www.superacionpobreza.cl/.../panorama_general_pobreza.pdf) -

el primer y segundo decil (o I quintil) se registra un estancamiento de la tasa de ocupación en los últimos 16 años. En el resto de la población se observan importantes incrementos. Esto aumenta la brecha entre la población de mayores ingresos con los de menores ingresos.

A nivel de promedio nacional, en general, se ha incrementado la proporción de hogares donde el jefe de hogar y su cónyuge (o pareja) trabaja. Este incremento ha sido de 14.0 puntos porcentuales desde 1990 al 2006. Al igual que en muchos otros aspectos, éste incremento ha sido disímil entre los deciles de ingreso de la población, siendo más elevado en los deciles IX y X, mientras que en los deciles más pobres resultó ser muy baja.

### **Desocupación:**

Contrariamente a lo señalado en el punto anterior, la tasa de desocupación resulta mucho más elevada en los deciles inferiores de la distribución de ingresos.

Esta situación es más aguda entre los jóvenes pertenecientes a los dos deciles más pobres. Estos jóvenes no estudian ni trabajan, poniendo en evidencia prácticas de exclusión y segregación que limitan el desarrollo de su capital humano y social.

Aquellas personas que se han mantenido bajo la línea de la pobreza son aquellos que presentan las más altas tasas de desocupación sobre los dos dígitos. En cambio, aquellos que en el 1996 fueron pobres y luego salieron de la pobreza han ido bajando la tasa de desocupación de 13.5% a 8.3%. Así de manera inversa, aquellos que no eran pobres en 1996 y en 2001, pasaron en el 2006 a ser pobres, incrementando de forma importante la tasa de desocupación de un 5.0% a un 20.4%. A diferencia de la población que en estos 10 años no han caído en la pobreza y cuyas tasas de desocupación son bajas de un 4.3% en 1996, 6.7% en el 2001 y un 6.8 en el 2006. Estos datos entregan señas de la importancia de la situación ocupacional en las entradas y salidas de la pobreza.

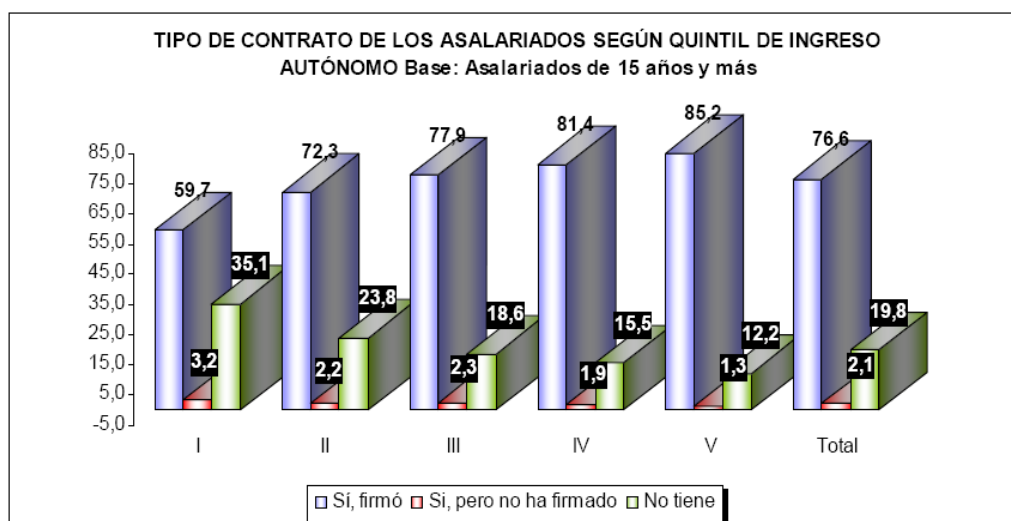
En lo que respecta a la tasa de desempleo presente en el país la cifra a nivel nacional llegó a 10,8% en el período abril – junio de 2009 cifras nada alentadoras para la población pero que se espera repunten tras superada la crisis mundial que Chile y otros países enfrentan.

### **Calidad del trabajo**

Además del acceso al trabajo, otro tópico importante lo constituye la calidad del mismo. Un empleo o trabajo de calidad representa un mecanismo clave en los procesos de superación de la pobreza

Si bien se aprecian brechas muy importantes entre los quintiles de ingreso, también se puede apreciar una mejoría en ciertas dimensiones, particularmente, en

el primer quintil. Por ejemplo, la firma de contratos de trabajo se incrementó de 53.3% en el 2003 a 59.7% en 2006. Por su parte en el quinto quintil (el más rico) este porcentaje disminuyó de 89.3% en 2003 a 85.2% en 2006<sup>43</sup>.



En resumen, la población en situación de pobreza ha mantenido tasas altas de desocupación, sumado a una baja calidad del empleo y una baja estabilidad en él.

Todos los aspectos señalados permiten un acercamiento al concepto de pobreza y entender las variables que la configuran, aún así la pobreza continúa siendo una temática demasiado amplia al momento de entender y contextualizar.

### 2.2.2 Pobreza Rural

Según diversos estudios alrededor de 1 de cada 2 habitantes de América Latina puede ser considerado pobre. Aunque la pobreza en América Latina es un fenómeno extendido, se puede afirmar que, a pesar del proceso de urbanización ocurrido durante las últimas décadas, una parte considerable de los pobres de América Latina continúan viviendo en el área rural<sup>44</sup>. Respecto a este último término es importante precisar la definición de Zona Rural, que Mideplan define como " toda aquella área habitable que no cumple con los requisitos de las áreas urbanas<sup>45</sup> y que cuente con población dispersa agrupada menor o igual a mil habitantes y todas aquellas localidades entre mil uno y dos mil habitantes en que mas del 50 % de la población económicamente activa se dedica a labores del sector primario (minería, agricultura, ganaderías, pesca, silvicultura, etc.)<sup>46</sup>

<sup>43</sup> [www.superacionpobreza.cl/.../panorama\\_general\\_pobreza.pdf](http://www.superacionpobreza.cl/.../panorama_general_pobreza.pdf)

<sup>44</sup> [www.eclac.cl/dpeuda/pdf/escobal.pdf](http://www.eclac.cl/dpeuda/pdf/escobal.pdf)

<sup>45</sup> Es todo lugar habitado que presenta rasgos de urbanización ( trazado de calles) al menos incipiente, que cuenta con viviendas agrupadas y continuas, siempre que su población no sea inferior a dos mil habitantes y mas del 50% de su población económicamente activa este dedicada a labores en el sector secundario y terciario (según censo 1992).

<sup>46</sup> Seminario de Título: Pobreza Rural: Implementación de un Programa de desarrollo socio-agrícola en las localidades rurales de la comuna de Puchuncaví, Nardy Albornoz, Tania Torres, María A. Urquieta, Universidad de Valparaíso, 1997.

En cuanto al concepto de **pobreza rural**, para efectos de este seminario de título será entendida en su sentido amplio como una situación compleja que considera los bajos ingresos, las carencias de infraestructura, deficiente acceso a bienes y servicios que ofrece la sociedad, falta de participación, existencia de problemas sociales propios de la idiosincrasia rural, y todas las formas de discriminación social<sup>47</sup>.

El problema de la pobreza y específicamente el de la pobreza rural no puede ser enfrentado con acciones que no contemplen su compleja red de interacciones sociales y culturales.

Aunque, obviamente, hay diferencias entre países, existen ciertas regularidades que pueden permitir esbozar un **perfil de los pobres rurales en América Latina**.<sup>48</sup>

- Los pobres rurales tienden a tener familias más numerosas que el no-pobre rural e, incluso, que los pobres urbanos. La escasa evidencia empírica existente apunta a que el tamaño de la familia es una causa y no una consecuencia de ser pobre.

- Tienen mayores tasas de dependencia, es decir, más miembros que no trabajan por cada miembro que trabaja.

- Los pobres rurales tienden a tener una edad promedio mayor que los no pobres rurales.

- Tienden a ser menos educados. Esto está asociado tanto a una menor tasa de participación escolar como a una mayor tasa de deserción.

- El factor étnico es importante. Aunque no todos los pobres rurales pertenecen a grupos indígenas, la mayor parte de los indígenas de América Latina son pobres.

- Tienen menor acceso a infraestructura pública (caminos) y a servicios públicos (especialmente electricidad y saneamiento básico).

- La mayor parte de los pobres rurales tienen activos (en particular tierra) cuyos derechos de propiedad no son suficientemente seguros (ausencia de títulos registrados); o, si son seguros, son a costa de elevados costos de transacción.

- La mayor parte de los pobres rurales poseen tierras que no han sido beneficiados por los grandes proyectos públicos de irrigación.

- Tienen peores indicadores de salud, en particular una tasa de mortalidad infantil más alta.

- La mayor parte de los pobres rurales tienden a tener una canasta diversificada de ingresos tanto entre actividades agropecuarias y no agropecuarias como al interior de cada una de estas.

---

<sup>47</sup> MIDEPLAN, SERPALC V región, "Programa regional de superación de la pobreza 1996-2000.

<sup>48</sup> <http://www.grupochoylavi.org/pobrezarural/docs/doc7.pdf>

Si bien las características indicadas anteriormente señalan gran parte de la realidad chilena, se hace necesario clasificar y complementar dichos datos con otras **expresiones observables de la pobreza** y que también son válidas para la pobreza rural. Dichas expresiones se clasifican en:

- Nivel Familiar: bajos ingresos económicos, bajo nivel educacional; bajo nivel de empleo e inestabilidad del mismo; precarias condiciones de la vivienda; deficiente saneamiento básico; y deficiente atención de salud.
- Nivel Comunitario: bajo nivel de equipamiento en relación a la construcción de establecimientos educacionales, hospitales, consultorio y postas; calles no pavimentadas; carencia de centros comerciales, recreativos, culturales y religiosos.
- Nivel Organizacional: deficiente funcionamiento de organizaciones comunitarias; desconocimiento acerca de los recursos y beneficios existentes en la red social, escaso apoyo y colaboración de la comunidad en la gestión los dirigentes de sus organizaciones, desconfianza colectiva, carencia de sedes comunitarias, baja participación en la asambleas por parte de la comunidad.<sup>49</sup>

Después de esta aproximación hacia el tema de pobreza rural, se puede afirmar que en la comuna de Navidad, las familias se encuentran en una situación de pobreza pues se les imposibilita la satisfacción de necesidades básicas de las personas, así como también una adecuada inserción social, organización comunitaria y desarrollo de potencialidades humanas. Y es que el ataque a la pobreza requiere la participación activa de los pobres, lo cuales deben involucrarse en la búsqueda de soluciones.<sup>50</sup> La participación social esta entendida como “la promoción, cooperación y apoyo a la creación de mecanismos y redes de participación comunitaria, promoviendo la igualdad de oportunidades, para poder escuchar y tener en cuenta la diversidad de necesidades de todas las personas que forman parte de una comunidad...”<sup>51</sup> es un elemento clave si se quiere avanzar en reducir la pobreza y mejorar el bienestar de las familias, más aún existiendo derechos constitucionales en el tema de participación en el que cabe destacar el artículo 107, inciso cuarto de la Constitución Política de la República de Chile, precepto que define a las Municipalidades como “ corporaciones autónomas de derecho público y tienen como finalidad satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de la comuna” (Constitución Política de la República de Chile, 1981:77).

---

49 Seminario de Título: Estrategia de desarrollo rural, en las localidades de Los Caleos, Las Palmas y Pucalán de la Comuna de Nogales, desde una perspectiva de Servicio Social, Jorge Ávila, Karin Cabrera, Roberto Mayorga, Angélica Yáñez, Universidad de Valparaíso, 1998.

50 <http://www.eumed.net/tesis/amc/13.htm>

51 [http://www.recursosmujeres.org/contenido\\_tema.php?temaid=8](http://www.recursosmujeres.org/contenido_tema.php?temaid=8)

Finalizando este punto se declara elemental que el revertir el círculo vicioso de la pobreza requiere, por un lado, del ataque simultáneo de sus diversas causas, para la creación y/o fortalecimiento de la capacidad de los pobres de generar ingresos y oportunidades futuras, y por otro, de la atención de las necesidades más urgentes de la población más vulnerable.

## **2.2 SALUD - SALUD FAMILIAR**

### **2.2.1 Salud**

La salud es un derecho fundamental para la vida de las personas y ha sido declarado y aceptado en la Constitución Política del Estado y además por la Organización Mundial de la Salud. En la convención de los derechos humanos de 1948, el artículo N° 25, señala que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.”<sup>52</sup> .

Antes de 1946 la salud era considerada como la mera ausencia de enfermedad desde un nivel orgánico. Posterior a ese año la Organización Mundial de la Salud, OMS, redefine a la salud señalándola como el estado completo de bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, definición que si bien entrego una concepción de salud en términos afirmativos e incluyó las áreas mental y social, fue criticada por ser considerada Utopía, Estática y Subjetiva, por no contemplar el aspecto objetivo de la salud<sup>53</sup>

Finalmente en 1975 Milton Terris logró un mejor concepto que estableció grados entre salud y enfermedad, incluyendo lo subjetivo y lo objetivo: “Salud se define como el proceso que permite lograr el más alto nivel posible de bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>54</sup>

Posteriormente el concepto de salud – enfermedad evolucionó radicalmente, de ser concedida en forma individual, es decir que sólo se preocupaba de la persona y su afección. Hoy la salud tiene una nueva concepción, la de salud familiar que se entiende como “la disciplina que procura el equilibrio de las acciones de salud curativo - rehabilitadoras con las preventivas - promocionales, desde una mirada familiar, centrada en la comunidad, procurando la participación activa de la misma en su autocuidado.”<sup>55</sup> . Esta se preocupa de la persona en forma integral, ya

---

<sup>52</sup> Declaración de los derechos Humanos ,10 de diciembre de 1948.

<sup>53</sup> Apunte Interno Cátedra Trabajo Social en Salud, 2006

<sup>54</sup> Ídem 53

<sup>55</sup> Minsal, 1998

que no solo se enfoca en la enfermedad misma, sino desde la perspectiva del individuo y su interacción con el entorno social.<sup>56</sup>

Una visión más contemporánea considera la salud como un recurso personal y social, que dinamiza a las personas para enfrentar y modificar su ambiente de vida incorporando, por lo tanto, no sólo las características de las personas sino también la naturaleza de sus interacciones con el entorno físico, cultural, económico, político etc.(MINSAL, 1993; SERNAM,1994).

Ortiz T. (1996) define la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica familiar, en el cumplimiento de funciones de sus integrantes y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del grupo.<sup>57</sup>

### **2.2.2. Salud Familiar**

Por lo tanto la salud familiar hay que verla en una relación individuo-familia-sociedad. Esto quiere decir que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad).<sup>58</sup>

La **familia**, eje central en esta nueva visión de salud, es considerada el grupo primario de pertenencia. En su concepción más conocida esta constituida por la pareja y su descendencia. Pero mas allá de de las diversa estructuras familiares existentes, es posible entender a la familia como la célula social básica, ya que en toda sociedad es posible identificar una unidad que se denomina familia, componente esencial de la estructura social más amplia <sup>59</sup> .

La salud familiar se fundamenta en la teoría general de sistemas y tiene muy en cuenta al ser humano en su individualidad y en su integridad. Desde la teoría sistémica se ha planteado que la familia es una organización social primaria que se caracteriza por vínculos de consanguinidad y relaciones afectivas de intimidad y significado, siendo un subsistema del sistema social más amplio. Los miembros de la familia cumplen roles al interior de ésta y le permiten vincularse con otros sistemas sociales, tales como el trabajo, la escuela, el barrio, etc., configurando las relaciones secundarias o red social con que la familia y sus miembros se vincula. La familia es el contexto en que se aprenden valores y se transmite la cultura, siempre pasada por el filtro de las orientaciones propias de cada sistema familiar. La familia

---

<sup>56</sup> Apuntes Cátedra Trabajo Social en salud, modulo Conceptos Generales en salud, 2006

<sup>57</sup> Apuntes Cátedra Trabajo Social en Salud, 2006

<sup>58</sup> Ídem 57

<sup>59</sup> Hidalgo C, Carmen, Carrasco B, Eduardo, "Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2002

ocupa una ubicación geográfica particular-rural o urbana- que afecta la organización y los roles familiares.<sup>60</sup>

Este enfoque considera que la familia constituye un sistema social por que tiene las siguientes características<sup>61</sup>:

1. Sus miembros ocupan diversas posiciones familiares que están en situación de interdependencia. Un cambio en la posición, status, conducta o rol de un miembro lleva a un cambio en la conducta de otros miembros.
2. La familia es una unidad que mantiene sus límites, con grados diversos de rigidez y permeabilidad para la definición del mundo familiar y extrafamiliar.
3. La familia es una unidad que busca la adaptación y equilibrio, con patrones de interacción que se repiten una y otra vez.
4. La familia es una unidad que cumple tareas para responder a los requerimientos de las instituciones externas que representan a la sociedad, y para satisfacer las necesidades de sus miembros. Dicha reciprocidad es conocida como socialización de los miembros de la familia

Al trabajar desde una perspectiva familiar es necesario pensar en ella como un sistema que tiene las características de totalidad, negentropía y equifinalidad. Es decir, es un sistema formado por seres vivos (que pueden ser considerados como sistemas en si mismos), que más que la suma de ellos como individuos, que tiene un proceso de desarrollo que permite su crecimiento y complejización de la organización, y que diferentes influencias pueden producir efectos similares.<sup>62</sup>

Para efectos de esta investigación tomaremos como **definición de familia** aquella planteada por la Comisión Nacional de la Familia (CNF) que considera a familia como “*un grupo social unido entre si por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables*”. La familia es una experiencia intergeneracional, en que cada ser humano nace en presencia de –almenos- otra persona, que requerirá de otros para su sobrevivencia, estableciéndose una relación que durará largos años<sup>63</sup>.

Los estudios sobre familias adoptan varias tipologías para definir las y se consideran dos criterios de clasificación<sup>64</sup>: el tipo de hogar y la composición de la familia en términos de relaciones de parentesco.

---

<sup>60</sup> Hidalgo C, Carmen, Carrasco B, Eduardo, “Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2002

<sup>61</sup> Rhodes, Sonya; “Un enfoque de desarrollo del Ciclo de Vida Familiar”, Revista Trabajo Social N° 39.

<sup>62</sup> Ídem 60

<sup>63</sup> Seminario de Título: Pobreza Rural: Implementación de un Programa de desarrollo socio-agrícola en las localidades rurales de la comuna de Puchuncaví, Nardy Alborno, Tania Torres, María A. Urquieta, Universidad de Valparaíso, 1997.

<sup>64</sup> Apunte Interno, Cátedra Sociología de la Familia, 2005

La perspectiva del hogar considera la familia en función del hábitat. Para el MIDEPLAN el hogar es: aquel grupo constituido por una o varias personas, con o sin vínculos de parentesco, que hacen vida en común, se alojan y alimentan juntas. Se diferencian tres tipos:

**HOGAR**

- **Unipersonal:** el hábitat es constituido por una persona, por lo general un adulto mayor.
- **Familiar:** el hábitat es compartido por uno o más grupos familiares.
- **No Familiar:** el hábitat es compartido por dos o más personas, sin vínculos de parentesco entre sí.

Por su parte la clasificación por composición pone de relieve categorías como la parentalidad, la conyugalidad y la consanguinidad.

**COMPOSICION**

- **Familia Nuclear:** integrada por una pareja adulta, con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos.
  - **Simple:** Integrada por una pareja sin hijos
  - **Biparental:** padre y madre con uno o más hijos.
  - **Monoparental:** uno de los padres y uno o más hijos.
- **Familia Extensa:** integrada por una pareja o uno de sus miembros con o sin hijos y por otros miembros que pueden ser parientes o no.
  - **Simple:** una pareja sin hijos y otros miembros parientes o no.
  - **Biparental:** padre y madre, con uno o más hijos y otros parientes.
  - **Monoparental:** uno de los miembros de la pareja con uno o más hijos y otros parientes.
  - **Amplia o Extendida:** una pareja o uno de los miembros de ella con uno o mas hijos y otros miembros parientes o no.

La clasificación de los hogares de familia manifiesta las redes de parentesco y la solidaridad entre sus miembros.

La caracterización de la familia, a su vez, se relaciona con las etapas del ciclo vital familiar.

El ciclo vital de la familia plantea etapas de desarrollo que pueden ser entendidas en términos del desarrollo individual de los miembros de la familia y de la familia como un todo. (Constantine, 1986). Para dividir las etapas del ciclo familiar se consideran tres criterios: cuando se produce un cambio en el tamaño de la familia (nacimientos, salidas o muertes); cambios significativos en el rol complejo familiar,

dado por los cambios de edad del hijo mayor; cambios en la posición laboral de la(s) personas que sostienen la familia.<sup>65</sup>

Al respecto la teoría de Eric Erikson postula un conjunto interdependiente de ciclos vitales en el que se encuentran y relacionan las necesidades de cada fase específica en las diferentes etapas del desarrollo. Las etapas del ciclo de vida familiar en la tradición del ciclo de desarrollo individual de Erikson son secuenciales y cíclicas, e incluyen procesos multigeneracionales.

Según lo señalado por Sonya Rhodes en su artículo “Un enfoque de desarrollo del Ciclo de Vida Familiar” se consideran siete etapas del ciclo de vida familiar:

### **1. Intimidad versus idealización o desilusión**

Esta etapa corresponde a la primera fase de la formación de una relación de pareja y precede la llegada de los hijos. Tenga o no la pareja validación institucional – etapa previa al matrimonio, uniones no matrimoniales -, el criterio esencial en esta etapa, es que ella está haciendo una inversión en su relación.

### **2. Reabastecimiento versus autoabsorción**

Esta etapa se aplica a los años de la crianza de los niños pequeños; empieza con el nacimiento de primer hijo y termina cuando el último hijo entra al colegio.

### **3. Individualización de los miembros de la familia versus organización pseudo mutua.**

Esta etapa se aplica a aquellas familias que han terminado los años de llegada y crianza de los hijos pre – escolares.

### **4. Compañerismo versus aislamiento**

En esta etapa se encuentran las familias con hijos adolescentes. A medida que los hijos aumentan en edad, se producen mayores alteraciones en las relaciones padres – hijos, en las relaciones marido – mujer y, finalmente, en la composición familiar.

### **5. Reagrupación versus atadura o expulsión**

Se encuentran en esta etapa las familias cuyos hijos están abandonando el hogar para establecer sus propios hogares en forma independiente de sus padres. La familia sufre su mayor crisis enfrentando la creciente independencia de los hijos y las presiones bio – psicosociales tendientes a la separación.

### **6. Redescubrimiento versus desesperación**

Esta etapa es la primera de las dos fases post – parentales. Las disfunciones maritales propias de este período son tan perturbadoras, que se produce un alto porcentaje de divorcios que dan término al ciclo de vida de la familia durante estas dos etapas.

---

<sup>65</sup> Hidalgo C, Carmen, Carrasco B, Eduardo, “Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2002.

## 7. Ayuda mutua versus inutilidad

Esta es la segunda de las etapas post – parentales y la última en el ciclo de vida familiar. En la familia nuclear típica, corresponde al período desde la jubilación de los padres hasta su muerte.

De este modo se entiende que lograr superar las tareas del desarrollo es un pre-requisito necesario para un adecuado crecimiento y funcionamiento familiar tomando en consideración las variables relacionadas a las etapas del ciclo vital mencionadas.

Otro aspecto a desarrollar son las funciones que cumple la familia. La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar. Éstas son múltiples y esenciales para el desarrollo de la persona y para su sobrevivencia y estabilidad en la sociedad-

Las funciones de la familia son<sup>66</sup>:

- **Función biológica:** se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.
- **Función educativa:** tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.
- **Función económica:** se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.
- **Función solidaria:** se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
- **Función protectora:** se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

Se puede afirmar, además, que la familia es un sistema integrativo que cumple básicamente la función de sustento emocional para el desarrollo de los hijos, otorga estabilidad para los adultos y es fuente de apoyo social para todos sus integrantes. (Ackermann, 1977,; Horwitz, 1986; SERNAM, 1994). Como el principal agente socializador de los niños, comunica estilos de vida, prácticas saludables (protectoras) o patógenas (riesgosas), como también ciertas formas de resolver los problemas de salud<sup>67</sup>.

Es así como es posible llegar a entender la salud familiar como un proceso dinámico que se encuentra en un continuo equilibrio y cambio. La familia siempre está retada al cambio, los acontecimientos propios del ciclo vital y aquellos hechos o situaciones accidentales que producen cambios en la vida familiar; en su capacidad de adaptación, la llamada al reajuste familiar y la búsqueda del equilibrio.

---

<sup>66</sup> <http://www.bcn.cl/ecivica/famfun>

<sup>67</sup> [enfermeria-online.blogspot.com/.../factores-protectores-y-de-riesgo-en-la.html](http://enfermeria-online.blogspot.com/.../factores-protectores-y-de-riesgo-en-la.html) -

Dichas características de la familia permiten visualizar su importancia en la salud. Existe suficiente evidencia científica que demuestra, que entre los muchos factores condicionantes del proceso de salud-enfermedad, el sistema familiar tiene un rol preponderante en dicho proceso: las familias afectan la salud y enfermedad de sus miembros así como ellas son afectadas por la salud y enfermedad de ellos<sup>68</sup>. Cualquier problema de salud individual puede llegar a crear un problema de salud familiar, tanto de orden psicosocial, como de predominio biológico, así como también los problemas de salud familiar ejercen su influencia sobre la salud individual, determinándola a través de las prácticas saludables o patógenas seguidas por el grupo familiar.<sup>69</sup> Las interacciones familiares moldean muchas de las principales conductas que mantienen a los individuos sanos, como por ejemplo, los hábitos de alimentación, de higiene, la cantidad de ejercicio que se realiza, etc. Esto posibilita entender que los estilos de vida de los individuos surgen a partir de cómo éstos fueron socializados en relación a conductas protectoras y riesgosas para su salud<sup>70</sup>

Es por ello que resulta importante conocer y analizar los factores biopsicosociales que influyen sobre el estado de salud de las personas, los factores de riesgo y factores protectores de la familia, dada su participación clave en la salud física y mental de los individuos- El enfoque de factores de riesgo y factores protectores se basa en que: <sup>71</sup>.

- Las personas, las familias y los grupos tienen diferentes grados de posibilidad de desviarse de la salud y el bienestar.
- Las variaciones en la salud y el bienestar dependen del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos y necesidades.
- Los factores que determinan los niveles de salud y bienestar son múltiples e interrelacionados.
- El control de los factores de riesgo, ya sea suprimiéndolos o compensándolos, disminuye la probabilidad de daño.
- El refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de una salud mejor y mayor bienestar.

**Factores de riesgo.** Características de las personas o de las situaciones que tienen consecuencias negativas sobre el estado de salud individual. Los factores de riesgo constituyen condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura. Son factores de riesgo problemas tales como alteraciones

---

68 Hidalgo C, Carmen, Carrasco B, Eduardo, "Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2002

69 [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16\\_5\\_00/mgi15500.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_5_00/mgi15500.htm)

70 [enfermeria-online.blogspot.com/.../factores-protectores-y-de-riesgo-en-la.html](http://enfermeria-online.blogspot.com/.../factores-protectores-y-de-riesgo-en-la.html) -

71 Ídem 70

psiquiátricas familiares, baja autoestima de los individuos, factores de personalidad, etc.

Se han identificado condiciones familiares que pueden ser señaladas como factores de riesgo respecto de determinadas problemáticas de salud. A modo de ejemplo, las familias uniparentales, la separación y divorcio de los padres, los conflictos conyugales, el maltrato doméstico, la negligencia parental, el embarazo precoz, etc., son todos factores de riesgo para la salud, tanto de los adultos como de los adolescentes e infantes.

Los factores de riesgo pueden ser clasificados en<sup>72</sup>:

## **PERSONALES**

### 1.1. Etapas

#### *a) En niños:*

- Síndrome Bronquial Obstructivo (S.B.O) recurrente o Asma
- Insuficiencia Renal Aguda (I.R.A) grave
- Ritmicidad biológica inestable (control de esfínteres, patrones de sueño y alimentación)
- Desnutrición
- Riesgo desnutrición (menor de 1 año)
- Temperamento difícil

#### *b) En adolescentes:*

- Embarazo
- Sin escolaridad o escolaridad incompleta
- Adicción alcohol y/o drogas
- Conductas delictuales
- Actividades antisociales
- Conducta sexual temprana

#### *c) En adultos:*

- Hipertensión arterial severa
- Diabetes
- Depresión mayor
- Consumo alcohol, drogas y/o cigarrillos
- Embarazo añoso
- Cesantía prolongada o trabajo inestable
- Sin escolaridad o escolaridad incompleta
- Conductas delictuales
- Mala adherencia a regímenes medicamentosos.

### 1.2. Características del funcionamiento psicológico

---

<sup>72</sup> [enfermería-online.blogspot.com/.../factores-protectores-y-de-riesgo-en-la.html](http://enfermería-online.blogspot.com/.../factores-protectores-y-de-riesgo-en-la.html)

- Baja autoestima
- Baja motivación de logro
- Dificultades en la resolución de problemas, tendencia a la evitación de problemas
- Tendencia al fatalismo en situaciones difíciles
- Incapacidad para planificar
- Bajas habilidades intelectuales

## **2. FAMILIARES**

- Bajos ingresos económicos
- Ingresos no monetarios (mendicidad, ayuda municipal, donaciones, etc.)
- Maltrato intrafamiliar
- Abuso sexual
- Violencia conyugal
- Conflictos de pareja (maritales y/o sexuales)
- Separación de los padres
- Mujer sola como jefe de hogar
- Hijos con discapacidad
- Ausencia de planificación familiar
- Tensiones por embarazo, crianza, enfermedad
- Dificultades con la ley
- Embarazo temprano
- Enfermedades terminales
- Crisis en el ciclo de vida familiar

## **3. SOCIALES**

- Ausencia de apoyo social (ausencia de ayuda que el individuo obtiene de la red de relaciones sociales en la cual está inmerso) y de modelos sociales positivos.
- Ausencia de redes institucionales (sistema educativo, sistema de salud, iglesias, etc.)

**Factores protectores.** Características de las personas o de las situaciones que protegen o aminoran el efecto de estímulos nocivos o ambientales sobre el individuo.

Estos factores cumplen una función beneficiosa o de protección en el estado de salud del individuo, ayudándolo a su adaptación al ambiente físico y social. Los factores protectores son aquellos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas cuando se involucran en ellas. Son factores que reducen el impacto del riesgo en la conducta del individuo y que lo motivan al logro de las tareas propias de las etapas del desarrollo. Los procesos

protectores tienen que ver con la manera como enfrentan las situaciones y cambios en la vida.<sup>73</sup>

La clasificación de los factores protectores es la siguiente:

## **1. PERSONALES**

### **1.1. Características del funcionamiento psicológico**

- Habilidades intelectuales y competencias cognitivas
- Mayor sentimiento de autoeficacia y motivación de logro
- Mayor autoestima
- Humor más positivo
- Mayor empatía y conciencia interpersonal
- Mejores habilidades de resolución de problemas y estrategias de enfrentamiento tales como: orientación hacia las tareas, menor tendencia a la evitación de problemas
- Menor tendencia al fatalismo en situaciones difíciles
- Disposición y capacidad para planificar

## **2. FAMILIARES**

- Mayor nivel socioeconómico
- Ambiente familiar cálido y sin discordia
- Cohesión familiar
- Relación emocional estable, con al menos uno de los padres o un otro significativo (más allá si esa persona es un pariente, un padre, un Profesor o un amigo; lo central es que el interés del niño sea estable en el tiempo)
- Estructura familiar sin disfuncionalidades importantes
- Padres competentes y estimuladores
- Ausencia de separación o pérdidas tempranas
- Adaptabilidad familiar
- Flexibilidad (capacidad para el cambio)

## **3. SOCIALES**

- Apoyo social (emocional, material, informativo, entrega de valores, etc.
- Mejores redes de relaciones informales
- Clima educacional y/o laboral emocionalmente positivo, abierto y guiado por normas
- Modelos sociales (por ejemplo parientes, amigos o profesores) que fortalezcan y estimulen un enfrentamiento constructivo del individuo.

Los factores -protectores o de riesgo- son importantes como información sobre posibles condicionantes de una determinada conducta, pero no constituyen en sí

---

<sup>73</sup> [enfermería-online.blogspot.com/.../factores-protectores-y-de-riesgo-en-la.html](http://enfermería-online.blogspot.com/.../factores-protectores-y-de-riesgo-en-la.html) -

mismos un mal funcionamiento. Son herramientas bien definidas, pero tienen un valor limitado para realizar nuevas aproximaciones hacia la prevención de problemáticas familiares.

De lo anterior es posible establecer que los problemas de salud familiar tienen un origen multicausal, derivados de los factores que la determinan: *factores* socioeconómicos (condiciones materiales de vida de la familia, total de ingresos y per cápita familiar), factores socio psicológicos (modo de vida familiar, integración social, participación social, convivencia social), factores socioculturales (nivel educacional de los miembros de la familia), el funcionamiento familiar, la estructura familiar, el estado de salud de los miembros de la familia, la forma de afrontamiento a los acontecimientos y conflictos internos y externos y el acceso a las redes de apoyo<sup>74</sup>.

Hoy en día existe una percepción cada vez mayor de que no se puede lograr la salud familiar y comunitaria si no se tienen en cuenta dichos factores. El reconocimiento de la función fundamental que desempeñan las familias y las comunidades para lograr la salud y el bienestar óptimo de todas las personas ha llevado a la formulación del enfoque de la salud familiar que procura generar el desarrollo humano y social.

Tomando en cuenta los elementos señalados anteriormente, se puede resumir que la salud familiar es un proceso único e irrepetible que no se caracteriza por la suma de los problemas de salud individual de sus miembros, tiene un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos, socio-psicológicos, socioculturales, del funcionamiento familiar y de la propia salud individual de los miembros. Se encuentra en continua transformación, donde juegan un papel fundamental los recursos protectores de la familia y como estos puedan ser potenciados en un contexto de riesgo en salud acrecentado por situaciones precarias en su condición y calidad de vida.

---

<sup>74</sup> Apunte Interno Cátedra Trabajo Social en Salud, 2006

# Capítulo III



# Diseño Metodológico

### **3.1- Planteamiento del Problema:**

“Escaso conocimiento por parte del Equipo de Salud del Consultorio Navidad sobre el estado de salud y los principales problemas que afectan a las familias, en situación de pobreza rural de la comuna de Navidad

La información es de útil trascendencia para la institución como elemento que permita visualizar la importancia del abordaje de las problemáticas de los grupos familiares más vulnerables de la comuna, configurando una referencia sobre lo valioso que resulta el trabajo profesional desde dicha perspectiva. Lo anterior en el marco del proceso de transición en que se encuentra la Institución para llegar a convertirse en un Centro de Salud Familiar.

### **3.2 – Tipo de Investigación**

Este estudio se enmarca dentro del tipo de investigación Descriptiva Exploratoria. Se define como descriptiva ya que “miden de manera mas bien independiente los conceptos o variables a los que se refiere. Este tipo de investigación permite familiarizarnos con el problema de investigación para deducir que aspectos requerirán un análisis pormenorizado de llevarse a cabo indagaciones posteriores. Lo anterior ya que el tema en cuestión permitirá un acercamiento al estado de salud de las familias en condición de pobreza rural, investigación que no se ha realizado, constituyendo además el primer paso en la aplicación del Modelo Bio-psico-social en atención en salud.

Y exploratoria, en donde el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes, ya que del tema existe escasa información. Se espera que los datos obtenidos permitan una caracterización más clara de la situación de salud de las familias.

### **3.3- Objetivos de Investigación**

#### **3.3.1.- Objetivo General**

***“Conocer el Estado de salud familiar de la población en situación de pobreza rural de la comuna de Navidad, desde el Consultorio Navidad, en la sexta región, durante el primer semestre 2009”.***

#### **3.3.2.- Objetivos Específicos**

***1.1.- Caracterizar la situación de pobreza rural que afecta a las familias de la comuna de Navidad, desde la perspectiva:***

- a.- Sociodemográfica*
- b.- Económica*
- c.- Sociocultural*

***1.2.- Diagnosticar el estado de salud familiar de la población de la comuna, considerando los siguientes referentes:***

*1.-Factores Personales:*

*A.-Psicológicos B.-Biológicos C.-Sociales*

*2.-Factores propios del grupo familiar*

*a- Estructura b- Etapa ciclo vital c- Funcionamiento*

*3.-Factores sociológicos*

*a.-Modo de vida de la comunidad b.-Participación social*

#### **4.- Factores de Riesgo Familiares**

- 1.- ingresos económicos: monetarios

- no monetarios

-2.-Trato intrafamiliar

Existencia de: Violencia conyugal

- Abuso sexual

- Conflictos de pareja (maritales y/o sexuales)

- 3.-Crisis en el ciclo de vida familiar

- Planificación familiar

- Separación de los padres

- Mujer sola como jefe de hogar

- Tensiones por embarazo, crianza, enfermedad

Embarazo temprano- Enfermedades terminales

- Hijos con discapacidad

- 4.- Aspectos jurídicos
  - Dificultades con la ley
- 5.-Aspectos asociados a la salud
  - Alcoholismo

## **5. Factores Protectores Familiares**

1. Económicos
  - Mayor nivel socioeconómico
2. Familiares
  - Ambiente familiar cálido y sin discordia
  - Cohesión familiar
  - Relación emocional estable, con al menos uno de los padres o un otro significativo (más allá si esa persona es un pariente, un padre, un Profesor o un amigo; lo central es que el interés del niño sea estable en el tiempo)
  - Estructura familiar sin disfuncionalidades importantes
  - Padres competentes y estimuladores
  - Ausencia de separación o pérdidas tempranas
  - Flexibilidad (capacidad para el cambio)
  - Actividades Compartidas

### **3. 4.- Delimitación del estudio.**

Es fundamental estipular que este estudio intentara conocer los principales aspectos que están afectando el estado de salud de las familias en situación de pobreza rural de la comuna de Navidad, en el primer semestre de 2009.

#### **a.- Universo.**

Tomando como unidad de análisis a Familias en situación de pobreza rural de la Comuna de Navidad, y en base a una población de 219 familias, la situación es la siguiente: Con un error del 5% y un nivel de confianza del 95%, corresponde una muestra de 140 familias<sup>75</sup>.

#### **b.- Criterios para selección de muestra**

En base a la información recogida se ha determinado que el universo a contemplar será de 219 familias correspondientes a el total que en conjunto reúnen ocho localidades de la comuna, Alto Tumán, Tumán, Polcura, El Manzano, La Aguada, Risco Colorado, Los Mayos y Valle Negro.

Los criterios para la selección de estas ocho localidades, que conforman solo una parte de las 34 localidades de la comuna de Navidad, se fundamentan en: dos criterios a saber: en primer lugar dichas localidades fueron señaladas por

---

<sup>75</sup> Muestra cuantitativa, probabilística.

profesionales Trabajadoras Sociales tanto del Área Salud y Desarrollo Comunitario de la I. Municipalidad de Navidad, así como por profesionales de otras áreas, como las zonas con población en mayor riesgo y más vulnerables; así también y en virtud de la definición entregada sobre pobreza rural e indicadores tales como ubicación geográfica, acceso a servicios, condiciones de la vivienda entre otros, son las familias habitantes de estas localidades el mejor referente al momento de una elegir muestra significativa.

La exclusión de las otras localidades se basa en que de haber elegido el total de 1900 familias como universo la muestra no hubiese variado en cantidad en términos de proporciones y la aplicación del instrumento de recolección de datos se hubiese aplicado igualmente a las familias de los sectores señalados dadas las razones expuestas en el párrafo anterior.

### **c.- Unidad de análisis o muestra**

Para efectos de esta investigación se determinó la selección de una Muestra accidental<sup>76</sup>, entendida esta como: aquella en el cual los investigadores eligen arbitrariamente a los sujetos que conformarían la muestra, es decir, aquellos representativos para estas. Este tipo de muestra adopta el siguiente principio, "basta que uno de los sujetos reúna, sino todos, la mayoría de las características del universo, para que sea representativo y pueda ser tomada como muestra de ese todo". Es decir se seleccionan los casos que por diversas circunstancias se hallan al alcance de la investigadora.

En definitiva de las 219 familias reconocidas como universo, se tomaran como muestra todas aquellas familias que cumplan con los requisitos anteriormente estipulados, dejando un total de 140 casos que cumplen con los criterios

---

<sup>76</sup> Santander. E. Cátedra de Estadística Social II, "Sobre la Teoría del Muestreo", Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, 2005.

### **3.5.- Hipótesis de Trabajo y Variables en estudio**

Desde de los antecedentes expuestos, se plantea como hipótesis de trabajo de la presente experiencia de Seminario de Título, la siguiente formulación:

**Hipótesis de Trabajo:**

El **estado de salud familiar** es dependiente de las **expresiones de pobreza rural** de la población de la comuna de Navidad.

A partir de la Hipótesis de Trabajo, se definen y operacionalizan las variables, en una estructura operativa, de carácter descriptiva, asociada a la Ficha de Salud Familiar.

### **3.6.- Operacionalización de Variables**

❖ **Variable 1**

<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES HOMOLOGADOS A FICHA DESCRIPTIVA MODELO SALUD FAMILIAR</b>
<p><b><u>POBREZA RURAL</u></b></p> <p>situación compleja que considera los bajos ingresos, las carencias de infraestructura, deficiente acceso a bienes y servicios que ofrece la sociedad, falta de participación, existencia de problemas sociales propios de la idiosincrasia rural, y todas las formas de discriminación social. A nivel familiar las expresiones mas observables de pobreza</p>	<b>Factores sociodemográficos</b>	<b>Factores sociodemográficos</b>
	Sexo	Sexo
	Edad	Fecha de Nacimiento
	Estado civil	Estado civil
	Parentesco	Parentesco con el Jefe de Hogar
	Previsión	Previsión
	Nivel educacional	Escolaridad
	<b>Factores Económicos</b>	<b>Factores Económicos</b>
	Empleo	-Empleo -Persona del grupo familiar que trabaja -Estabilidad

rural son bajos ingresos económicos, bajo nivel educacional; bajo nivel de empleo e inestabilidad del mismo; precarias condiciones de la vivienda; deficiente saneamiento básico; y deficiente atención de salud.	Ingreso económico	-Ingreso por persona que trabaja -Ingreso total Grupo Familiar
	<b>Factores Socioculturales</b>	<b>Factores Socioculturales</b>
	Nivel educacional	Escolaridad
	Condiciones de la vivienda	-Tipo -Tenencia -Calidad -Piezas -Piso
	Saneamiento	-Agua -Combustible -Iluminación -Eliminación de Excretas -Eliminación de Basura
	Acceso a servicios	Ecomapa
	Redes Sociales	Ecomapa

❖ **Variable 2:**

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES HOMOLOGADOS A FICHA DESCRIPTIVA MODELO SALUD FAMILIAR
<p><b><u>SALUD FAMILIAR</u></b></p> <p>La salud familiar hay que verla en una relación individuo-familia-</p>	<p><b>Factores Personales</b></p> <p>-Psicológicos</p>	<p>-Estado de salud de los miembros de la familia.</p> <p>-Problemas de salud</p> <p>-Asistencia a Controles</p>

<p>sociedad. Esto quiere decir que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad).<sup>77</sup> Las interacciones familiares moldean muchas de las principales conductas que mantienen a los individuos sanos, esto posibilita entender que los estilos de vida de los individuos surgen a partir de cómo éstos fueron socializados en relación a conductas protectoras y riesgosas para su salud<sup>78</sup>, es por ello que resulta importante conocer y analizar los factores biopsicosociales que influyen sobre el estado de salud de las personas, los factores de riesgo y factores protectores de la familia, dada su participación clave en la salud física y mental de los individuos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biológicos</li> <li>- Sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estado de salud de los miembros de la familia.</li> <li>-Problemas de salud</li> <li>-Asistencia a Controles</li> <li>-Factores socioculturales</li> <li>-Factores económicos</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Factores propios del grupo familiar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estructura</li> <li>- Etapa ciclo vital</li> <li>- Funcionamiento</li> </ul>	<p>Genograma</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Factores sociológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Modo de vida de la comunidad</li> <li>-Participación social</li> </ul>	<p>Ecomapa</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Factores de Riesgo Familiares</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajos ingresos económicos</li> <li>- Ingresos no monetarios (mendicidad, ayuda municipal, donaciones, etc.)</li> <li>- Maltrato intrafamiliar</li> <li>- Abuso sexual</li> <li>- Violencia conyugal</li> <li>- Conflictos de pareja (maritales y/o sexuales)</li> <li>- Separación de los padres</li> <li>- Mujer sola como jefe de hogar</li> <li>- Hijos con discapacidad</li> <li>- Ausencia de</li> </ul>	<p>Juicio Diagnostico</p>

<sup>77</sup> Ídem 49

<sup>78</sup> blogspot

	<p>planificación familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensiones por embarazo, crianza, enfermedad</li> <li>- Dificultades con la ley</li> <li>- Embarazo temprano-</li> <li>-Enfermedades terminales</li> <li>- Alcoholismo</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Factores protectores Familiares</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor nivel socioeconómico</li> <li>- Ambiente familiar cálido y sin discordia</li> <li>- Cohesión familiar</li> <li>- Relación emocional estable, con al menos uno de los padres o un otro significativo (más allá si esa persona es un pariente, un padre, un Profesor o un amigo; lo central es que el interés del niño sea estable en el tiempo)</li> <li>- Estructura familiar sin disfuncionalidades importantes</li> <li>- Padres competentes y estimuladores</li> <li>- Ausencia de separación o pérdidas tempranas</li> <li>- Flexibilidad (capacidad para el cambio)</li> <li>- Actividades Compartidas</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Juicio Diagnóstico</p>
--	--	---

El resultado de la operacionalización, permite el diseño de la siguiente Ficha Familiar:

### 3.7 FICHA FAMILIAR



FAMILIA \_\_\_\_\_

Ficha N° \_\_\_\_\_



Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha \_\_/\_\_/\_\_

N° 1 corresponde al Jefe de Hogar

N°	RUT	Apellido Pat.	Apellido Mat.	Nombres	Parentesco con el jefe del hogar	SEXO	FECHA NACIMIENTO	E° Civil	Escolaridad	PREV.
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										



--

❖ **Observaciones**

---



---



---

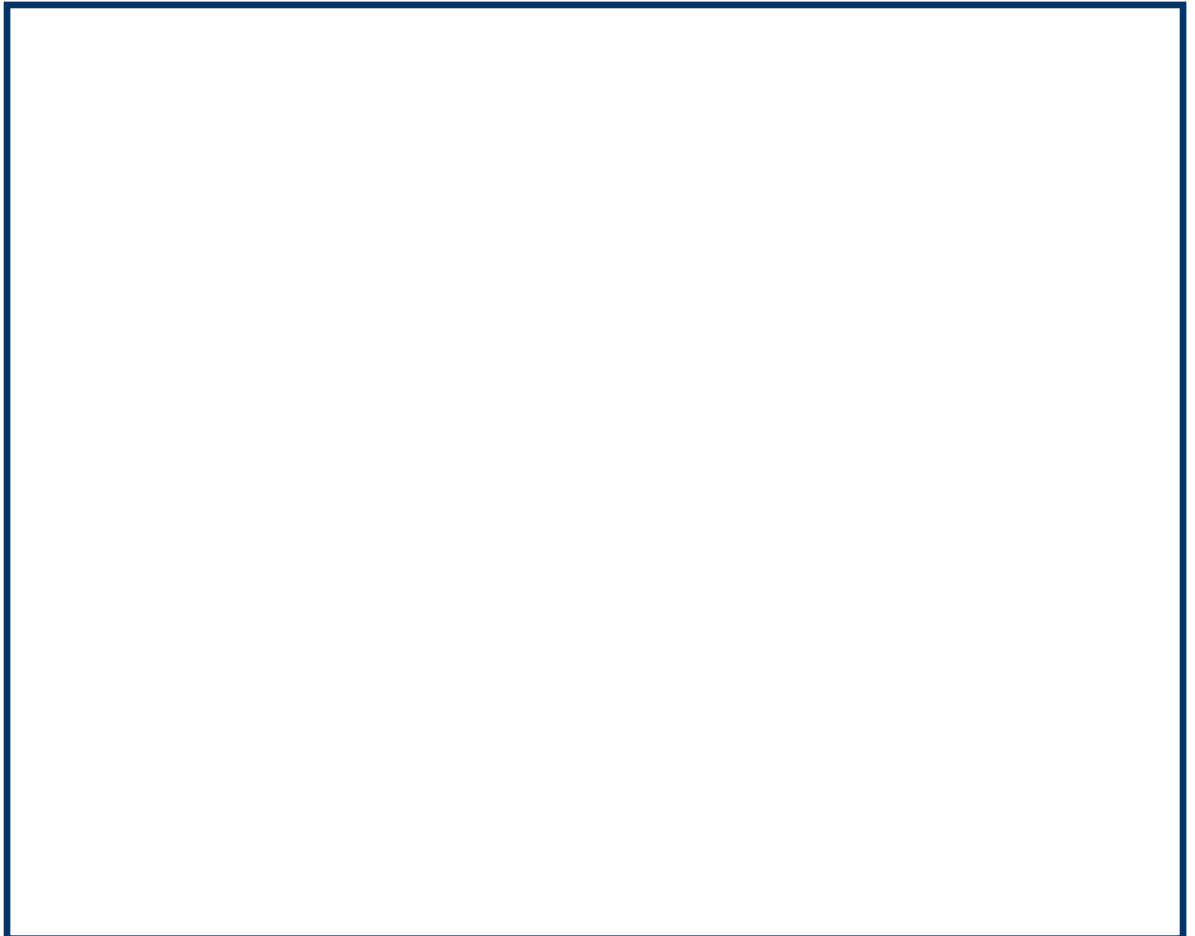
FACTORES DE RIESGO	SI NO		FACTORES PROTECTORES	SI NO	
	-Bajos ingresos económicos				1.- Mayor Nivel Socioeconómico
- Ingresos no monetarios (mendicidad, ayuda municipal, donaciones, etc.)			2.- Ambiente Familiar Calido Y sin discordia		
- Maltrato intrafamiliar			3.- Trabajo estable (Ingreso Suficiente)		
- Abuso sexual			4.- Cohesión Familiar		
- Violencia conyugal			5.- Relación emocional estable, con al menos uno de los padres o un otro significativo		
- Conflictos de pareja (maritales y/o sexuales)			6.- Estructura Familiar sin disfuncionalidades importantes		
- Separación de los padres			7.- Padres competentes y estimuladores		
- Mujer sola como jefe de hogar			8.- Ausencia de separación o perdida temprana		
- Hijos con discapacidad			9.- Flexibilidad ( capacidad para el cambio)		
- Ausencia de planificación familiar			10.- Actividades Compartidas		
- Tensiones por embarazo, crianza, enfermedad					

- Dificultades con la ley		
- Embarazo temprano		
- Enfermedades terminales		
- Alcoholismo		

❖ GENOGRAMA



❖ ECOMAPA



### 3.8-TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INFORMACION

Para efectos de esta Investigación se utilizó el paradigma cuantitativo<sup>79</sup>, ya que este enfoque positivista busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, manteniendo una medición penetrante y controlada. Se destaca por la objetividad y se encuentra al margen de los datos, es decir, mantiene una perspectiva desde fuera. En su lógica deductiva, busca comprobar y/o confirmar, reducir e inferir, orientando siempre la obtención de resultados fiables, ya que se basa en datos sólidos y repetibles, por lo tanto, permite generalizar, siendo su principal característica que permite acercarse a las particularidades del fenómeno.

Cabe señalar que para efectos de recolección de datos la integración de técnicas se complementaron, mediante la integración de técnicas de carácter cuantitativo y cualitativo, la primera se efectuó inicialmente en una primera parte del instrumento orientada a obtener datos sociodemográficos, condiciones de la vivienda, ingreso, salud y factores de riesgo y protectores lo cual se logro mediante preguntas directas. El carácter cualitativo del trabajo realizado por su parte se explica en la mayor parte del desarrollo de las entrevistas ya que el proceso principalmente fue mediante una entrevista no estructurada, distendida y cordial con las personas lo cual facilito la obtención de datos para elaborar genograma y ecomapa de cada una de las familias de la muestra.

Como estrategia de integración metodológica se utilizó la complementariedad, ya que cada método por separado permitió analizar diferentes aspectos de la misma realidad, conducente a resultados que sumados, aumentan el conocimiento de ésta. Este hecho se determinó adecuado y necesario, debido a las características del fenómeno en cuestión y el marco de referencia que sustenta este estudio, en donde contar con la percepción subjetiva de los miembros de las familias principalmente en su dinámica y relaciones (método cualitativo), permitió un conocimiento más amplio de éstas.

---

79. Pasten F. (2000), "Elaboración de Diagnósticos Sociales con la Utilización de Técnicas Cualitativas de Investigación, Editorial Edeval, Valparaíso.

En relación a lo anterior, para cada técnica utilizada se recurrió a los siguientes instrumentos:

El *método cuantitativo* permitió caracterizar la situación sociodemográfico de las familias de la muestra, para lo cual se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **Encuesta Descriptiva:** ya que busca describir cuantitativamente las características generales que presenta la población estudiada, siendo la Fase Inicial de la Ficha Familiar el instrumento que se utilizó para la recolección de estos datos.

El método cualitativo permitió conocer la percepción que tienen los miembros de las familias respecto a su estado de salud, factores de riesgo y protectores presentes así como el tipo de dinámica familiar intra y extra sistema.

- **Entrevista dirigida:** a través de este tipo de entrevista cualitativa se logro que los miembros del grupo familiar dieran respuesta a los temas preparados en una lista de verificación. Lo cual se plasmó principalmente en el reconocimiento de factores protectores y de riesgo presentes en cada familia.
- **Entrevista semiestructurada:** por medio de este instrumento fue posible precisar conceptos, recavar de mejor forma los datos sociodemográficos y económicos y construir adecuadamente Genograma y Ecomapa.
- **Observación Simple:** a través de este método fue posible responder a puntos del instrumento sin necesidad de realizar una pregunta directa en torno al tema como es el caso de la calidad de la vivienda. Además permite identificar otras condiciones y situaciones familiares que no son declarados por sus miembros y que se hacían latentes en el transcurso de la aplicación del instrumento, lo cual fue enriquecedor para la obtención de datos y construcción del perfil familiar.

#### ❖ **Levantamiento de la Información**

La aplicación de la Ficha Familiar se realizó mediante **Visita Domiciliaría**, técnica que para efectos de este Seminario de Título tuvo un fin Investigativo para conocer la realidad socio-económica, ambiental y cultural de los sujetos de investigación y cumplir con los objetivos planteados.

### **3.9 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

#### **♦ Análisis Cuantitativo de la Información**

Una vez aplicado el instrumento de recolección de datos aquellos que se encontraban bajo la lógica cuantitativa se registró a través de una codificación manual<sup>80</sup>, la cual tiene por objeto trabajar con una sábana, en donde se vaciaron todos los datos correspondientes a los datos de caracterización familiar. La Codificación se realizó por medio programa Excel y el programa estadístico informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Posteriormente se expusieron y analizaron los datos recopilados a través de gráficos descriptivos, que permitieron llegar a las conclusiones e interpretaciones finales.

#### **♦ Análisis Cualitativo de la Información**

El registro de la información recogida a través de la entrevista semiestructurada y la observación, que permitieron construir Genograma y Ecomapa respectivo por cada grupo familiar, se realizó mediante un Juicio Diagnóstico de carácter profesional que permitió interpretar y describir la dinámica y características de cada familia en razón de los objetivos planteados.

**-CRONOGRAMA SEMINARIO DE TITULO-**

<b>MES</b>	<b>MARZO</b>	<b>ABRIL</b>	<b>MAYO</b>	<b>JUNIO</b>	<b>JULIO</b>	<b>AGOSTO</b>	<b>SEPTIEMBRE</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>NOVIEMBRE</b>
<b>ACTIVIDAD</b>									
<b>Elaboración Contextos de la Experiencia</b>	<b>X</b>	<b>X</b>							
<b>Construcción Marco de Referencia</b>			<b>X</b>	<b>X</b>					
<b>Diseño Metodológico</b> (Construcción instrumento Definición Muestra)				<b>X</b>	<b>X</b>				
<b>Ejecución</b> (Aplicación Ficha Familiar por medio Visitas Domiciliarias)					<b>X</b>	<b>X</b>			
<b>Tabulación Datos</b>							<b>X</b>		
<b>Análisis De la Información</b>								<b>X</b>	
<b>Conclusiones y Aprendizajes</b>								<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Entrega Documento</b>									<b>X</b>

# Capítulo IV



# Análisis

## Análisis e Interpretación de los Datos en Función de los Objetivos.

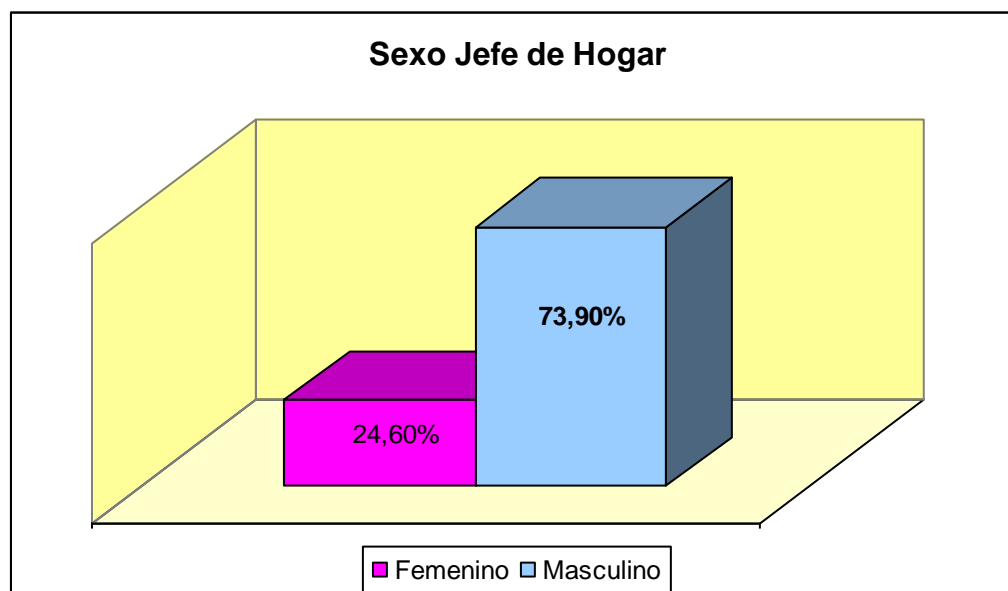
- **4.1 Objetivo Específico 1:**

**Caracterizar la situación de pobreza rural que afecta a las familias de la comuna de Navidad, desde la perspectiva:**

**1) Sociodemográfica**

- **SEXO**

Al analizar el sexo del jefe de hogar se observa claramente que si bien el porcentaje masculino es superior a la jefatura femenina, ésta no deja de ser significativa y se relaciona con el porcentaje de 36,5% que presenta la región de O'Higgins.



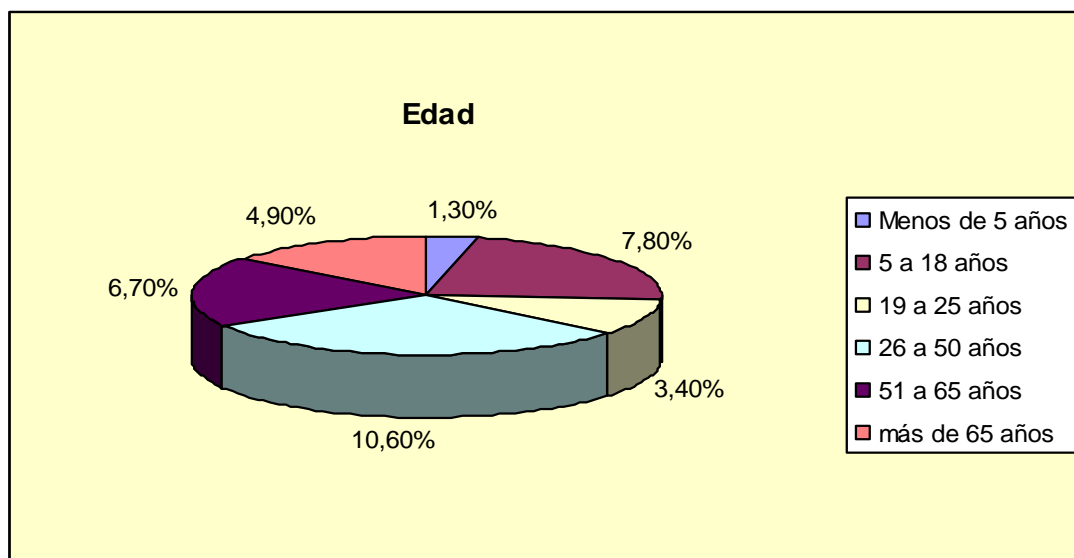
Es así que del total de familias encuestadas y en correspondencia a los porcentajes presentados en el gráfico anterior, los casos concretos muestran 35 familias con jefatura de hogar femenina y 105 familias con jefatura de hogar masculina.

La mayoría de los casos de jefatura de hogar femenina corresponde a madres solteras con 1 o más hijos conformando Familias Nucleares Monoparentales que en general se encuentran en mayor riesgo y vulnerabilidad pues las labores domésticas y los cuidados a los hijos impiden un desarrollo personal de estas mujeres jefas de hogar, así como oportunidades de participación laboral por lo cual los ingresos suelen ser escasos y compuestos generalmente por el Subsidio Único Familiar y aquellos percibidos por trabajos esporádicos.

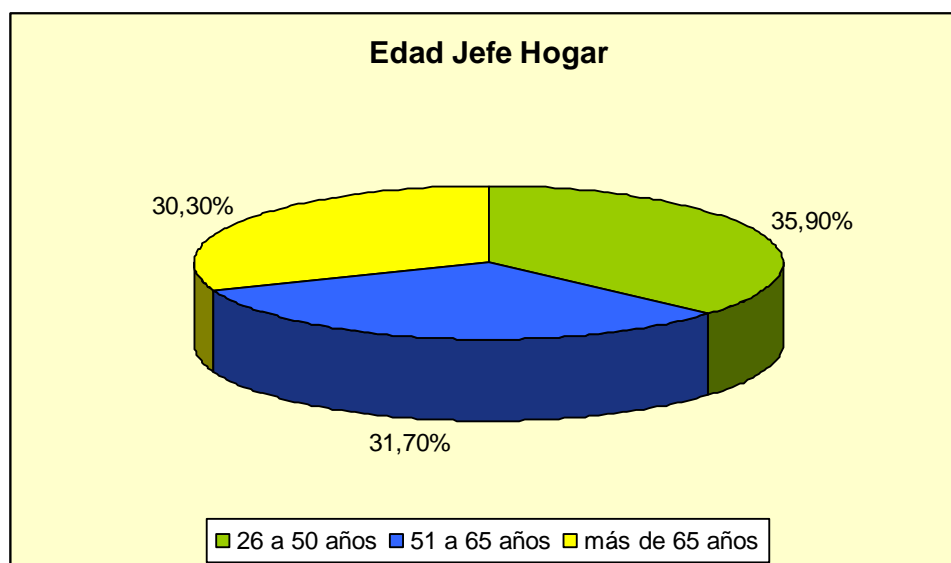
En cambio en los hogares con jefatura de hogar masculina existe una mejor percepción de calidad de vida, mayores ingresos y sentimiento de seguridad entre sus miembros, desde el aspecto económico y la figura de autoridad que éste representa para la familia.

- **Edad:**

La población encuestada presenta una pequeña variación y mayor porcentaje en el rango de edad de 26 a 50 años rango que implica dos etapas del proceso vital adultez joven y adulto, población que en 30 años mas será catalogada como adulto mayor. El menor rango lo obtuvo los menores de 5 años, lo cual plasma la baja natalidad en el último tiempo en la zona.



Por otro lado al analizar la edad del jefe de hogar la brecha entre los rangos de mayor porcentaje es mínima, siendo la mayoría el 35,9% esto es 51 familias, que representa el rango de edad entre los 26 y 50 años. Se observa también un alto porcentaje de jefes de hogar adulto mayor con un porcentaje correspondiente a 43 casos familiares.

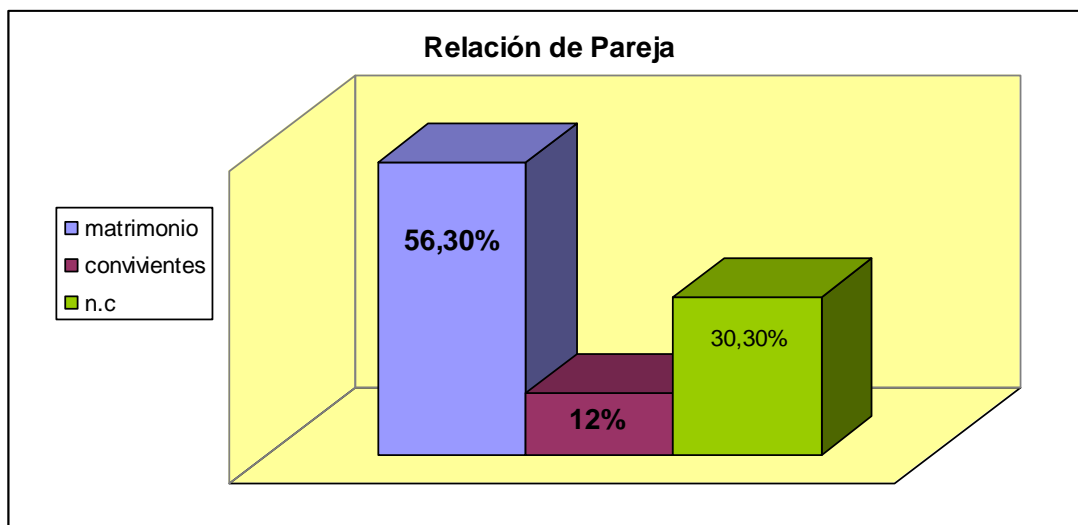


En lo que respecta a la edad de la pareja sea cónyuge o conviviente la mayoría sigue predominando el rango entre 26 y 50 años lo que da cuenta de parejas de edad similar y en la misma etapa de ciclo vital.

▪ **Estado Civil**

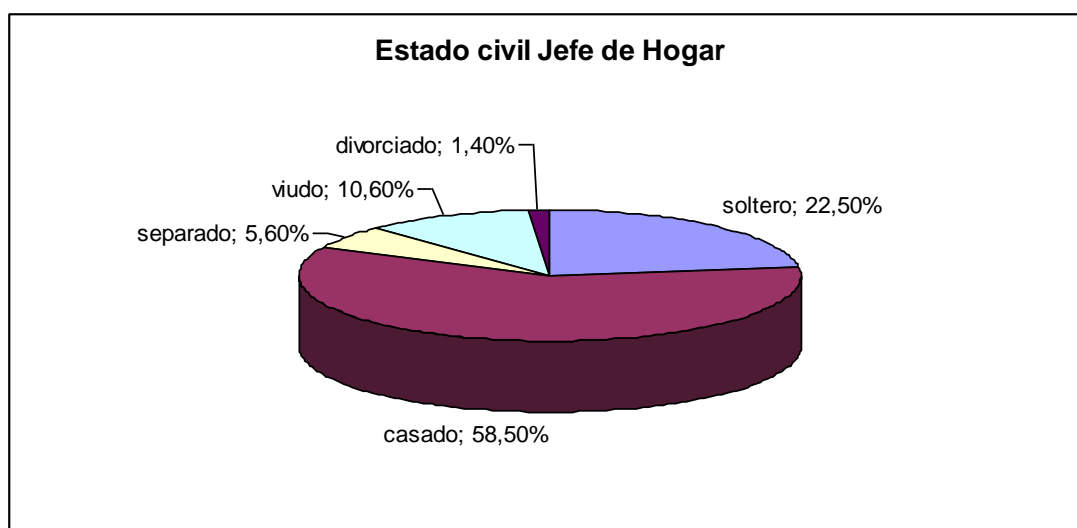
Evaluar este punto implica principalmente establecer el estado civil de la pareja y el tipo de vínculo (matrimonio o convivencia) lo cual permite configurar de mejor forma el perfil familiar.

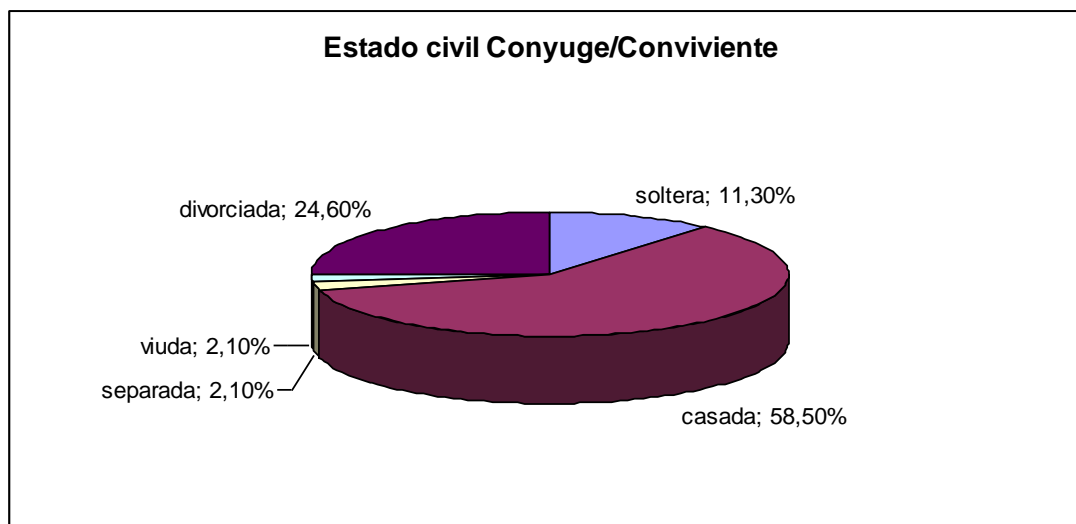
Según los datos obtenidos el porcentaje de parejas casadas es de 58,5 %, cifra que coincide al medir estado civil de jefe de hogar así como es de su pareja, de forma separada y que queda aun mas explícito con el 56,3% de uniones matrimoniales, tal como se puede observar en el siguiente gráfico.



Es así como el grafico porcentual se traduce en casos concretos en 80 matrimonios y 17 relaciones de convivencia. En lo que respecta a la barra n.c (no corresponde) se refiere a situaciones de familias monoparentales y hogares unipersonales principalmente.

En relación a las uniones sin vínculo legal o convivientes la cifra es menor y el estado civil predominante en este tipo de parejas es soltero con un 22,5% en los hombres y 11,3% en el caso de las mujeres.





Comentario merece el estado civil del jefe de hogar, cuyo porcentaje obtenido por los viudos, 10,6% que da cuenta de personas capaces de reestructurar y rehacer su vida nuevamente. Capacidad que si bien las mujeres tienen no se refleja en este caso pues los casos de viudez son menos en comparación al del jefe de hogar. De esto se puede inferir que las mujeres están más preparadas para la vida sin pareja, no así los hombres que requieren compañía y cuidados.

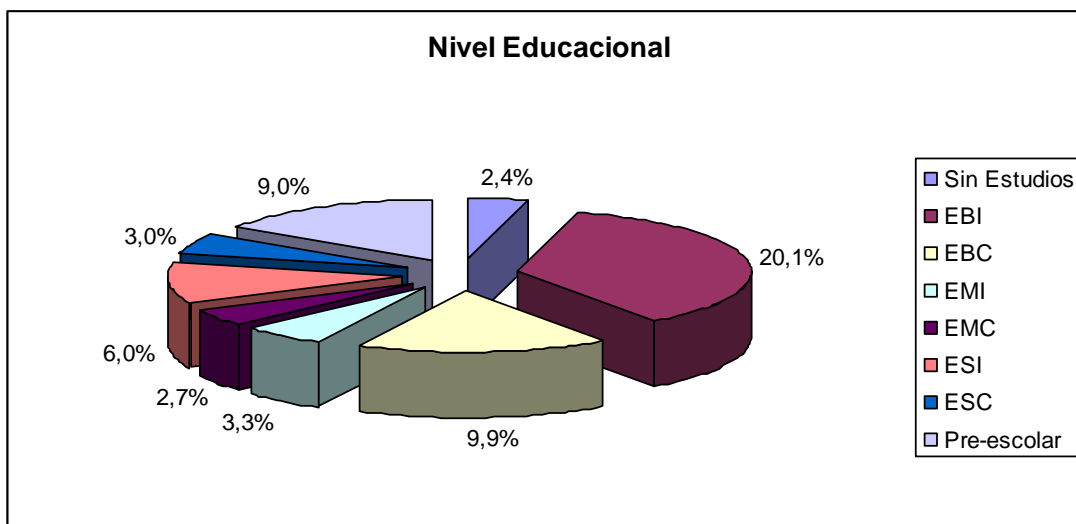
Por último en lo que respecta a los demás integrantes del grupo familiar el estado civil preponderante es soltero con un 15,2% y que puede explicarse porque en la mayoría de los casos son hijos en etapa escolar o adolescentes sin relaciones de pareja estable, aunque también existen situaciones de solteros adultos que no han establecido relaciones de pareja estables.

- **Nivel educacional**

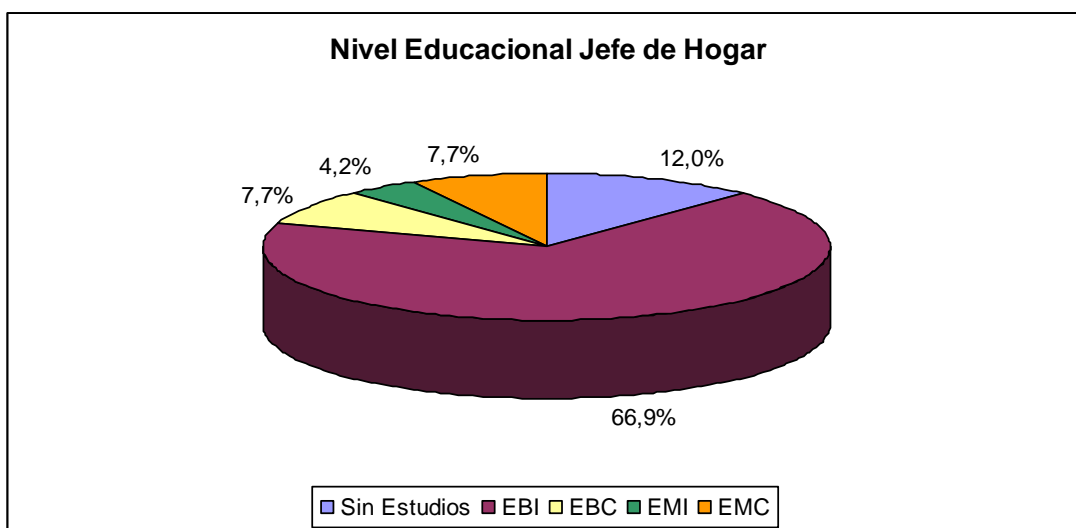
Esta dimensión muestra claramente que si bien la población total compuesta por los miembros de las familias encuestadas, muestra un alto porcentaje en EBI (Enseñanza Básica Incompleta) el resultado no resulta satisfactorio pues ese 20,1% unido al 2,4% de Sin Estudios indican una baja escolaridad de la población y más aún al dar cuenta que estos dos porcentajes están por sobre los de EBC (Enseñanza Básica Completa) que solo se representa con un 9,9% de la población. El gráfico Nivel Educativo demuestra además los bajos niveles de EMC (Enseñanza Media Completa) y ESC (Enseñanza Superior Completa) que en conjunto logran un 5,7% cifra que en relación al 9,3% que EMI (Enseñanza Media Incompleta) y ESI (Enseñanza Superior Incompleta) demuestra una leve y mínima diferencia en cuanto al logro de etapas académicas.

Es importante señalar que dentro de las categorías EBI, EMI, ESI se incluyen aquellos niños y adolescentes que se encuentran en período académico y dentro del sistema escolar. En cuanto a los Niveles Completos estos son más concretos pues muchas personas concluyeron etapas escolares en distintos procesos de su vida, desertando o no pudiendo continuar sus estudios por distintos factores, dichas

características que perfilan los casos correspondientes a todas las categorías de enseñanza básica, media y superior completos o logrados.



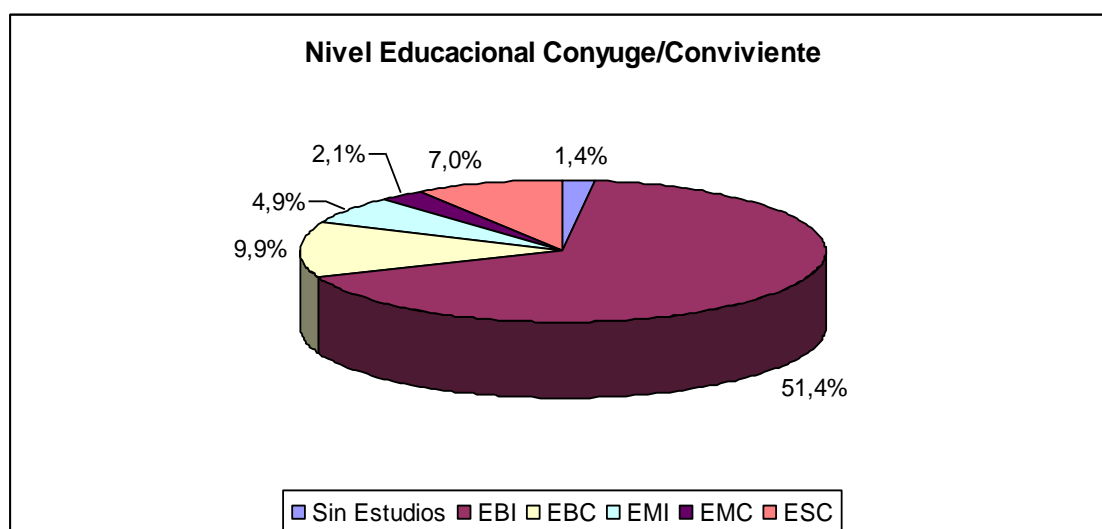
Al examinar el tema educación en las personas consideradas pilares del grupo familiar, es decir, padre y/o madre según corresponda, se aprecia en el siguiente gráfico, un alto porcentaje de casos de EBI siendo mayor con un 66,9%, esto es 95 familias cuyo jefe de hogar no completó su enseñanza básica.



En general los resultados en torno al nivel educativo del los jefes o jefas de hogar arroja lamentables datos en cuanto a niveles de estudio incompletos que responden a los señalados en la Ficha de Protección Social y en menor medida casos en que nunca pudieron acceder a la educación presentándose casos de analfabetismo que se incluyen tanto en los en la variable Sin Estudios como en la EBI pues aunque la mayoría logro 3ro año básico no todos lograron aprender a leer y escribir.

Respecto a la situación de la pareja aparecen casos aislados de Enseñanza Superior Completa y disminuye y aumenta, en relación al jefe de hogar, los

porcentajes de personas Sin estudio y Enseñanza Básica Completa respectivamente. En las otras categorías se presentan variaciones mínimas.



Los resultados obtenidos dan cuenta de una baja escolaridad de la población sobre todo en las personas mayores, padres y madres que no completaron siquiera el primer tramo de enseñanza obligatoria.

Aún así los patrones en las nuevas generaciones comienzan a cambiar y dadas las oportunidades y beneficios entregados por el gobierno y sus políticas sociales tanto en el ámbito social como en educación, así como también por iniciativas del municipio local, permiten que niños y jóvenes completen su Escolaridad al menos hasta enseñanza media y que continúen bajando los casos de deserción escolar y aumentando las oportunidades de acceder a la Educación Superior.

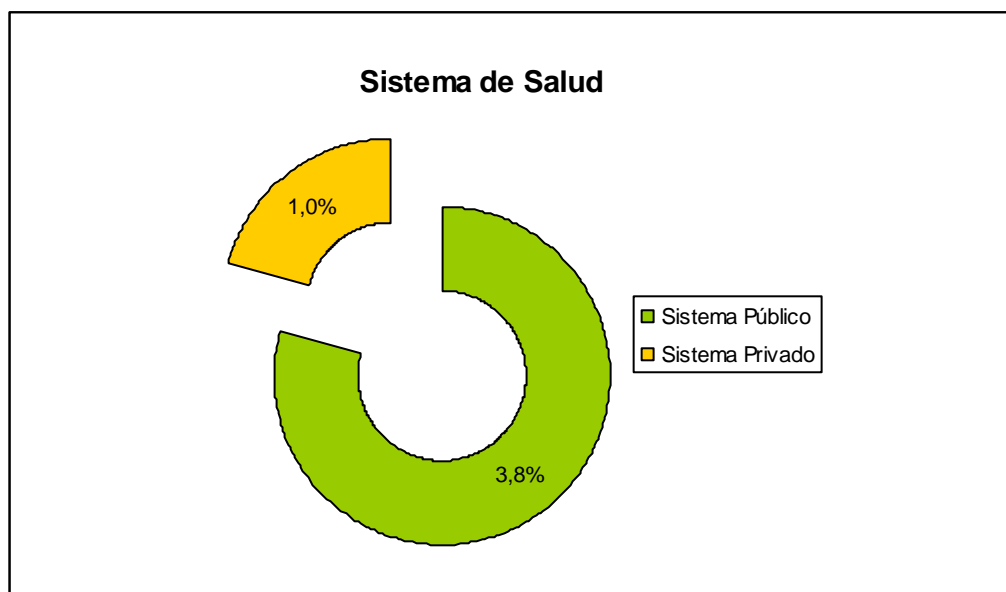
▪ **PREVISIÓN**

En lo que respecta al acceso del sistema de salud el 38,4% de la población se encuentra en el sistema público de salud y sólo el 1% al sistema privado. En general gran parte de la población se encuentra protegida por alguna modalidad de atención en salud, a través de Fonasa o AFP.

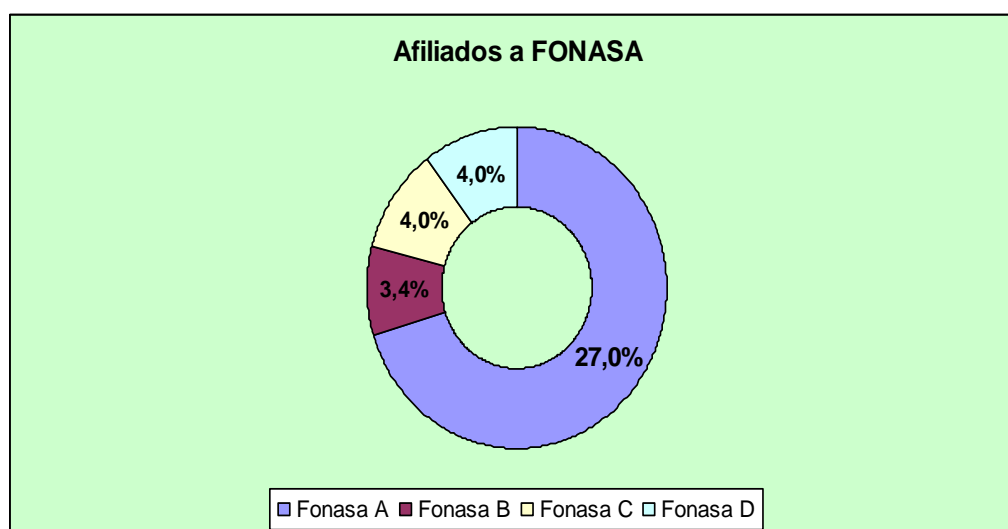
Existen además casos de Pensionados, personas que reciben una asignación periódica por servicios que prestó, por mérito u otra razón<sup>81</sup>: Vejez, Invalidez y Viudez. Se incluyen también los Jubilados, trabajadores que y han pasado a ser “pasivos”, o sea, que durante sus años productivos aportaron parte de su salario para, ya retirados del ámbito laboral, continuar percibiendo dinero mensualmente.

---

81



El 38,4 % que se encuentra en sistema público de salud esta bajo la cobertura del Fondo Nacional de Salud, principalmente al grupo A y B.



Al estar afiliado a Fonasa sus beneficiarios pueden acceder a cualquier servicio que ofrecen los establecimientos públicos de salud como también en los privados<sup>82</sup>, a médicos y centros de salud en convenio, en la Modalidad Libre Elección e Institucional.

En el caso puntual de los miembros de los grupos familiares estos acceden mayoritariamente a la Red Pública de Salud ingresando a través del Consultorio Navidad en donde la mayoría está inscrita, presentando su credencial de salud de Fonasa, la cual reemplaza la antigua tarjeta de gratuidad, o también la colilla de pago del Subsidio Único Familiar. El consultorio Navidad cuenta con personal profesional y técnico para la atención de sus usuarios y de ser necesario derivan con una interconsulta a los Hospitales que forman parte de su red.

Existen también casos en que el usuario sea por razones personales, por disconformidad con el servicio o el personal y sobre todo por obtener un diagnóstico

<sup>82</sup>

más rápido optan por atenderse en el sistema privado. Casos que están aumentando pues no todos se atienden directamente en el Consultorio Navidad optando por esta última opción u otras instituciones públicas de comunas cercanas.

En general la población tiene acceso a gratuidad en la atención sea por la cobertura que poseen ya que Grupo A y B tienen gratuidad en la atención y la atención que entrega el Consultorio Navidad es totalmente gratuita, independiente del grupo de categorización en la que se clasifique, incluso los afiliados bajo el Grupo C que en el sistema privado debe pagar 10% del valor total de la atención y el Grupo D que paga el 20% del valor total, no pagan por la atención.

## **2) Socioeconómica**

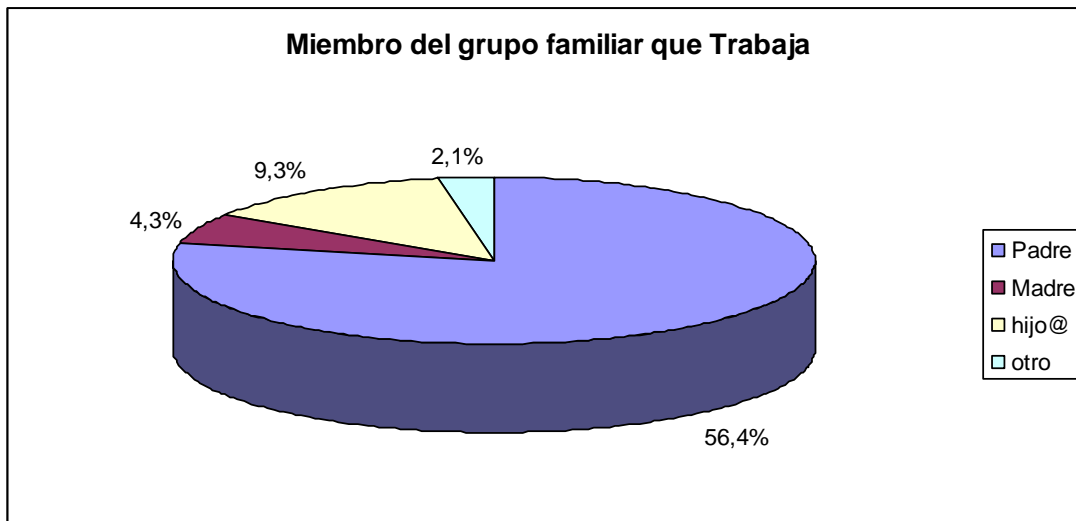
### **▪ Empleo**

#### **-Persona del grupo familiar que trabaja**

Al analizar este aspecto se debe iniciar señalando que del total de 140 familias encuestadas solo en 102 existe 1 miembro o 2 que trabajan y generan ingresos para el grupo familiar. Las otras 38 familias, equivalentes al 27,9 % de la muestra, presentan miembros inactivos laboralmente, esto es adultos mayores jubilados así como también casos de pensionados.

Esta dimensión está compuesta por el promedio general de personas que trabajan por hogar 1,2, es decir, en la mayoría de las familias es un miembro del grupo familiar el que participa en alguna actividad generadora de ingresos.

Según el gráfico que se presenta muestra al establecer al principal miembro trabajador de la familia que es el Hombre quien obtiene la mayoría en esta dimensión con un 56,4 % esto es en 79 familias es éste quien trabaja, seguido por los hijos y en tercer lugar la mujer sea cónyuge o conviviente, con menor participación en esta dimensión dedicadas mayoritariamente a las labores domésticas.



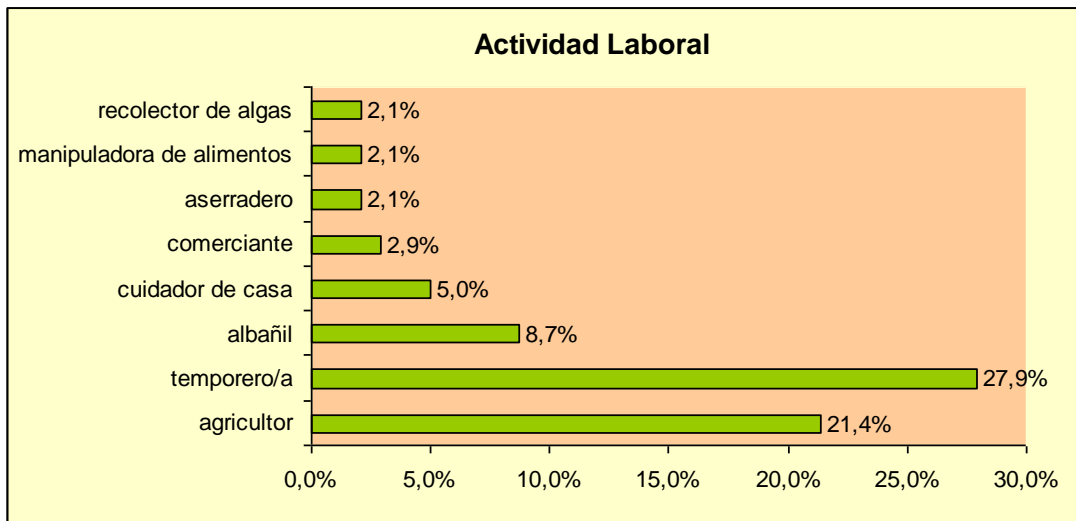
Existen 21 familias en que además del miembro señalado anteriormente se agrega otro, que según los datos es principalmente hijo o hija perteneciente a una familia nuclear monoparental con jefatura de hogar femenina. Así también existen situaciones de mujeres que trabajan al igual que su pareja aunque los casos son solo 7 de la muestra total, lo cual contrasta con las estadísticas a nivel de promedio nacional, que indican que se ha incrementado la proporción de hogares donde el jefe de hogar y su cónyuge (o pareja) trabaja.

En cuanto a la categoría “otros” es la menor de la muestra y en ella se incluyen nietos hermanos, es decir, aquellos casos de familias extensas.

En general se observa que la oportunidad y movilidad laboral aún sigue siendo baja para sectores de bajos ingresos, poniendo en evidencia la exclusión para estas personas, considerando la importancia de la situación laboral como medio de entrada y salida a la pobreza.

#### **- Tipo de Trabajo**

La comuna de Navidad zona agrícola, forestal y pesquera con urbanización en crecimiento perfila ciertos tipos de actividades algunas típicas de las zonas rurales y otras mas características. La investigación realizada arrojó en este punto un total de 20 tipos de trabajos, de los cuales el gráfico que se presenta a continuación señala aquellas que obtuvieron mayor frecuencia.



Se observa que la labor de temporero es la más desarrollada por los activos laboralmente de las familias, actividad que en sectores como Tumán, El Manzano y La Polcura está vinculada con el área forestal en la plantación de eucaliptos en grandes terrenos y parajes, tarea financiada por dueños de latifundios e inversionistas externos.

La agricultura queda en segundo lugar con un 21,4%, esto se puede entender desde el punto de vista económico por razones como el alto costo de fertilizantes para la tierra, deteriorada por la sobreexplotación y la ganadería, las malas cosechas y la baja venta de productos, lo cual ha desilusionado a los agricultores locales, debiendo recurrir a otro tipo de actividades o realizando labores en paralelo, todo con el fin de mejorar el ingreso.

El albañil o maestro ocupa el tercer lugar siendo un trabajo de baja oferta pero bastante demandado, dependiendo de la calidad y puntualidad, ya que funciona por plazos y cuyos empleadores suelen ser veraneantes o turistas. Estos últimos son los mismos que dan trabajo a los cuidadores de casa, encargados de vigilar la vivienda por el tiempo en que sus dueños se ausenten.

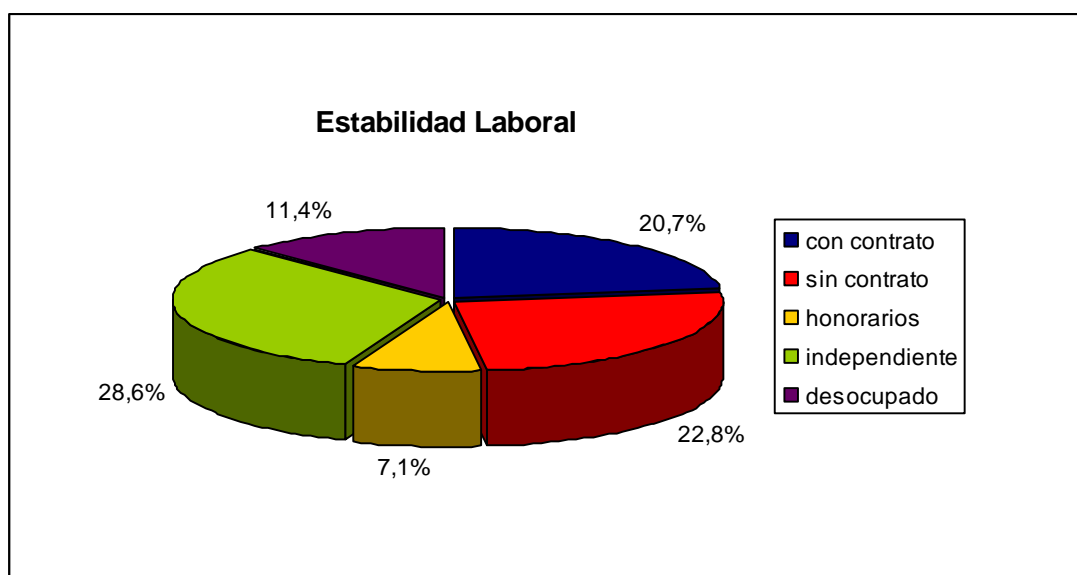
Los otros tipos de trabajo resultan menores y representan entre 3 a 5 casos de referencia por categoría y perfilan a un trabajador de baja escolaridad, sin profesión, de aprendizaje por oficio y que está destinado generalmente a extensas horas de trabajo y bajos ingresos.

Lo mismo ocurre con aquellos que no se incluyeron en el gráfico pues apuntan a una misma clase de trabajo, a los cuales las personas acceden por no existir otra opción tanto por sus capacidades o por las oportunidades laborales. No existe movilidad, los empleos que llegan ser estables se mantienen hasta la jubilación, no existe al concepto de ascenso. Y los agricultores y temporeros están supeditados a las condiciones del clima y al estado de salud personal.

## - Situación Laboral

Los datos que aquí se presentan analizan la estabilidad laboral de los grupo familiares con uno o dos miembros activos que trabajan, conocer si están regidos por un contrato de trabajo, es decir, bajo una relación de subordinación y dependencia con un empleador, así como los casos en que este documento no exista y el trabajo no este protegido ni asegurado para el trabajador. Se incluyen también trabajos a honorarios, independientes así como casos de desocupación con más de 6 meses sin actividad laboral.

El gráfico Estabilidad laboral resume la situación general de quienes trabajan en la familia.



Como se observa el mayor porcentaje corresponde a Independientes categoría que incluye a agricultores, recolectores de algas y comerciantes, personas que trabajan por cuenta propia sin horario y sin estar supeditados a ningún régimen estricto de trabajo, y menos aún a un jefe, especialmente en lo que se refiere al agricultor cuyo trabajo duro y esforzado rinde frutos trimestral y anualmente siendo las cosechas la principal fuente de alimento e ingresos para las familias. Los recolectores de algas por su parte, podrían categorizarse como temporeros pues su trabajo es mas estacional (verano), pero las familias trabajan recolectando este producto del mar cada vez que las condiciones del clima lo permiten, de forma autónoma y sin mas regulación que la establecida por su sindicato. En lo que respecta a los comerciantes son principalmente de tipo ambulante que en su vehículo particular ofrecen productos a los habitantes de las distintas localidades.

El segundo porcentaje más alto lo obtiene las situaciones en que no existe un contrato de trabajo y en este se incluyen temporeros, albañiles y cuidadores de casa. Los primeros principalmente dedicados a labores de forestación o plantación de eucaliptos, mas conocido como "metraje", trabajo por el cual reciben generalmente un pago diario y en algunos casos por metros de plantación, actividad

que no es continua dependiendo de dos factores principales, las buenas condiciones del clima y del interés del trabajador, por lo que en una semana pueden trabajar los 7 días continuos o sólo 2 o 4.

Similar situación es la de los albañiles cuyo trabajo suele ser pagado al día y en virtud del avance efectuado en la construcción. Por su parte los cuidadores reciben un ingreso mensual pero que esta bajo el mínimo.

Los casos anteriores permiten entender que dichas situaciones no existe ningún deber ni derecho recíproco en la actividad, ni seguros laborales y menos aún acceso a la protección social en salud e ingresos para la vejez.

En lo que respecta a las relaciones contractuales estas ocupan el tercer lugar con un 20,7% del total general de situaciones laborales, valor que se encuentra sólo un 2,1 % sobre los casos son contrato laboral, lo cual indica que poco a poco este tema puede ir mejorando para los trabajadores, con empleos más duraderos y con mejores condiciones. En esta categoría se incluyen aunque en menor medida que en la categoría anterior, los temporeros y cuidadores de casa que cuentan con un ingreso fijo por período de trabajo o anual según corresponda y aparecen los empleos derivados del sector público como chóferes, manipuladoras de alimentos y profesores.

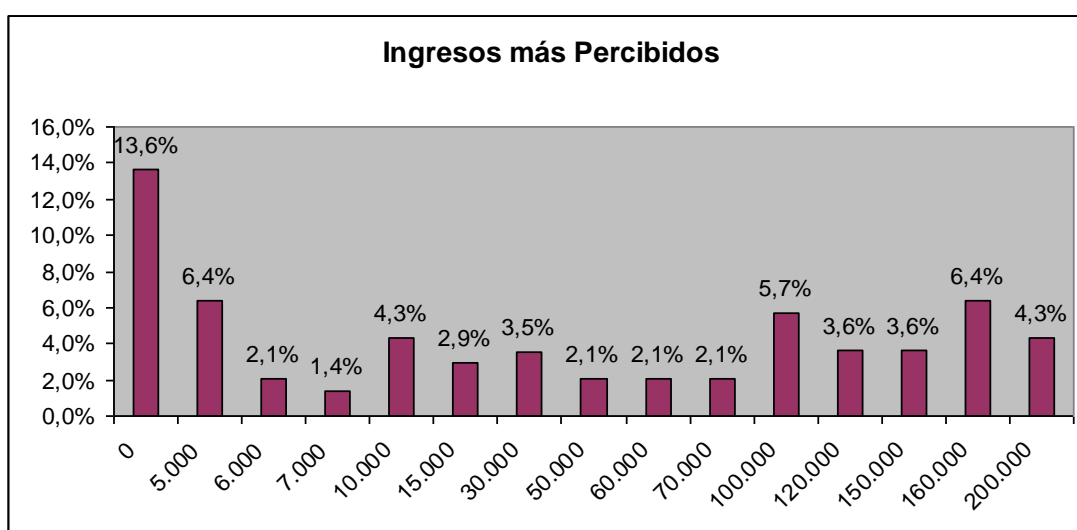
Es importante señalar que la inestabilidad presente se debe a una falta de capacitación derivada de un bajo nivel educacional y a la desinformación pues son muy pocos los casos en que las personas conocen o tienen noción de sus derechos como trabajadores. Lamentablemente esos casos son mínimos y las empresas externas que llegan al sector aprovechan de la ignorancia de las personas en este tema.

La última categoría que requiere análisis es el 11,4% de desocupados lo cual implica 16 familias en que por concepto de trabajo remunerado no se han percibido ingresos generalmente en un período no inferior a seis meses siendo las mujeres y temporeros los más afectados. Dichas situaciones permiten entender el contexto de las familias de dichas localidades cuyas oportunidades para surgir siguen siendo escasas dentro de su sector o la comuna. A lo anterior se suma la falta de capacitación en algún oficio lo cual permitiría ampliar las oportunidades para ambas situaciones, la mujer dueña de casa y el o la temporera con una limitada perspectiva de trabajo y un solo tipo de actividad para desempeñar, más aún estacional, debiendo subsistir anualmente con ahorros y trabajos esporádicos.

- **Ingreso económico**

- Ingreso por persona que trabaja**

Como se pudo entender en los puntos anteriores relacionados con el empleo, la estabilidad laboral no es una característica predominante en las relaciones laborales de los habitantes de la comuna de Navidad. Se explicó además que existe en promedio 1 miembro por grupo familiar que desarrolla alguna actividad generadora de ingresos, los que según se observa en el gráfico Ingresos más Percibidos, establece dentro del amplio rango de sueldos o ingresos 15 cifras que resultan ser mayoría.



Se entiende que existen 6 cifras que sitúan el ingreso mensual de la familia bajo el I Quintil de Ingreso Autónomo por Hogar, esto es \$29.122, lo cual significa grupos familiares en situación de extrema pobreza resultando impactante al que se suma el 13,6% que señala no percibir ingresos por un período de tiempo prolongado. Dichos casos indican que estos grupos familiares no obtienen ganancias necesarias para cubrir una canasta básica familiar, que según Mideplan 2003 su valor es de \$29.473. Tales características ubican a estos grupos familiares en el 3, 2% nacional de la "línea de indigencia" pues no cuentan con el ingreso mínimo necesario por persona para cubrir el costo de una canasta alimentaria ya que son considerados indigentes los hogares que, aun cuando destinaran todos sus ingresos a la satisfacción de las necesidades alimentarias de sus miembros, no logran satisfacerlas adecuadamente.<sup>83</sup>

Por otro lado al establecer la línea de la pobreza, la cual está determinada por el ingreso mínimo necesario por persona para cubrir el costo de dos veces una canasta mínima individual para la satisfacción de las necesidades alimentarias, y tras obtener como ingreso promedio de los 140 hogares la cantidad de \$127.438 (total que considero ingresos por concepto de remuneración, pensión, jubilación.

<sup>83</sup>

SUF., Becas, y otros) y con un promedio por hogar de 3,17 integrantes entrega un ingreso Per capita de \$40.201, resultado que indica una disminución del riesgo, pero sigue estando bajo el valor para considerar los hogares fuera de las línea de la pobreza, pues en general los ingresos no alcanzan para satisfacer las necesidades básicas de todos los integrantes de la familia.

En síntesis en torno a este punto queda claro que el ingreso per cápita está bajo los estándares establecidos y mas aún al entender que en muchas familias parte importante o único ingreso con que estas cuentan mensualmente proviene de algún beneficio social, ya que los sueldos fijos o al menos aquellos que se pueden considerar como más estables y seguros para los grupos familiares indican cantidades muy bajas, insuficiente para una buena calidad de vida de sus miembros.

#### **-Ingreso total Grupo Familiar**

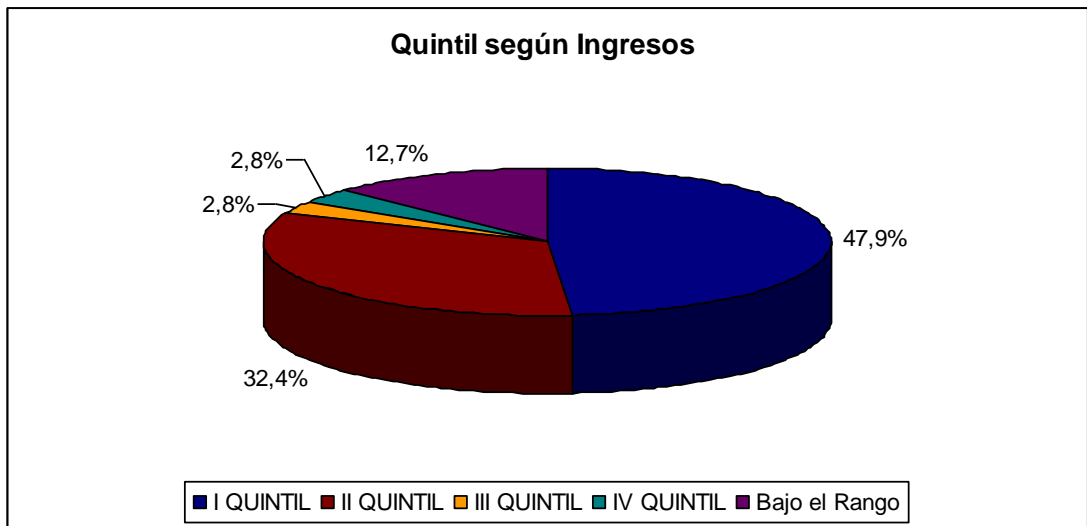
Al configurar el ingreso total del grupo familiar se consideró: sueldo, pensión (viudez, vejez, invalidez, alimentos), Jubilaciones, Subsidio Único Familiar, Becas para estudiante (Presidente de la República, Municipal), Asignación Familiar e ingresos por participación en Programa Puente.

La categorización se establece en base a los Quintiles Autónomos Nacional de ingreso y que se presentan en la siguiente tabla:

<b>Quintil Autónomo Nacional</b>	<b>Promedio Ingreso Autónomo por Hogar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Promedio Ingreso Autónomo por Hogar</b>
<b>I</b>	29.122	0	49.400	127.668
<b>II</b>	65.859	49.407	83.658	268.693
<b>III</b>	104.446	83.660	130.656	387.722
<b>IV</b>	173.740	130.669	236.509	607.348
<b>V</b>	593.100	236.527		1.674.721

**Fuente: Casen 2006**

Así al partir de la base del Ingreso Autónomo del I Quintil (\$29.122) y continuando en razón del Promedio de Ingreso por Hogar los resultados del Ingreso Total del Grupo Familiar según Quintil es el siguiente:



El gráfico muestra que el mayor porcentaje lo obtiene el I Quintil que con un total de 68 familias en este rango. El II Quintil por su parte lo conforman 46 familias del total de la muestra que se encuentran en esta categoría reingreso. El III y IV Quintil con igual porcentaje equivalente a 4 familias cuyos ingresos están sobre los \$ 269.000. En lo que respecta al V Quintil este no se grafica pues no existen casos en esa escala de ingreso.

Por su parte la sección designada “Bajo el Rango” se refiere a todas las familias en condición de pobreza extrema ya que su ingreso esta bajo el I Quintil de Ingreso Autónomo, es decir 18 familias que cuentan con menos de \$29.122 mensuales para poder satisfacer las necesidades básicas de todos sus miembros, por lo que en tal situación son calificadas como indigentes, como se explicó en el punto anterior.

### 3) Sociocultural

- **Nivel educacional**

El Nivel educacional de los miembros de las familias demuestra una baja escolaridad, pues son varios los casos en que sus integrantes no terminaron su enseñanza básica y son escasas las circunstancias en que uno de ellos logra acceder a la educación superior. Tal contexto se puede entender por la transmisión generacional familiar, partiendo del bajo nivel educativo de los padres, lo cual tiene sus consecuencias en el desarrollo personal de las nuevas generaciones que repiten el patrón sea por deserción o falta de recursos e influye y merma los logros escolares, el desarrollo cognitivo y perfila negativamente el futuro de los hijos.

Aparece entonces un tema importante en el análisis de este punto, el ámbito laboral pues el nivel educacional bajo pone en desventaja y disminuye las oportunidades de trabajo, ya que la educación resulta clave para el logro de la movilidad social, entendida esta como los movimientos o desplazamientos que efectúan los individuos, las familias, o los grupos dentro de un determinado sistema

socioeconómico<sup>84</sup>, es decir cambiar de rubro o ascender en un empleo, movimientos que se producen escasamente en las familias de esta comuna.

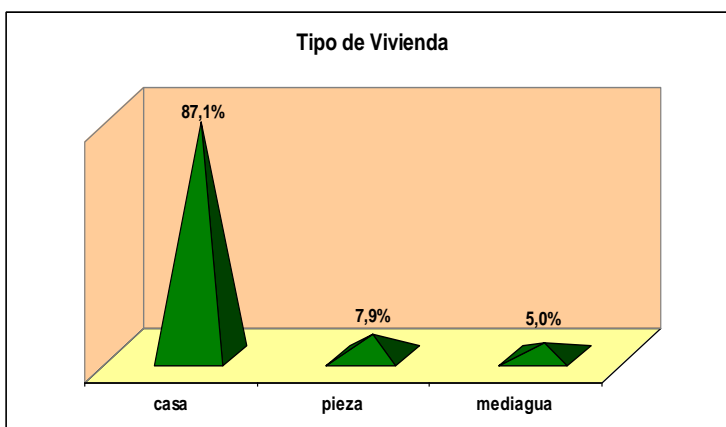
Se conforma así una comunidad que en términos generales posee familias con bajo nivel educacional pero que busca mejorar esa situación con ayuda del municipio y de los beneficios del Estado lo cual a comenzado a configurar una generación mas activa y comprometida con su educación pero sobre todo bajando los casos de deserción y aumentando las posibilidades de completar sus estudios básicos y medios y entrar a la Educación superior.

#### ▪ Condiciones de la vivienda

##### -Tipo

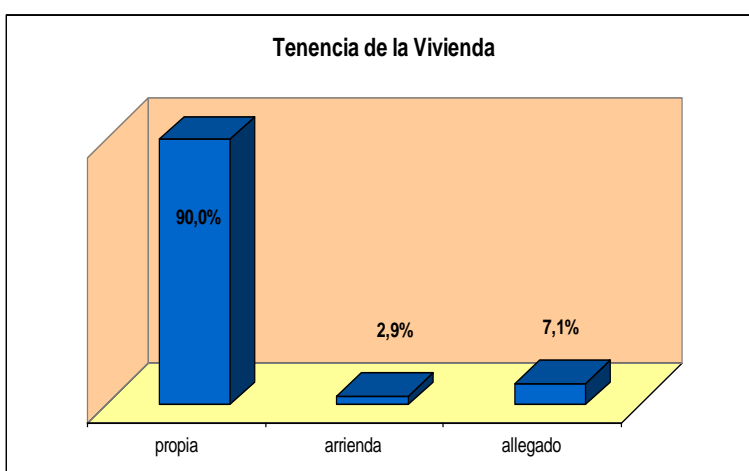
Los datos arrojados por la Ficha Familiar indican que el tipo de vivienda predominante es la Casa, siendo 122 familias que prefieren esta clase de construcción para habitar.

Los otros dos tipos son habitados por 11 y 7 familias respectivamente.



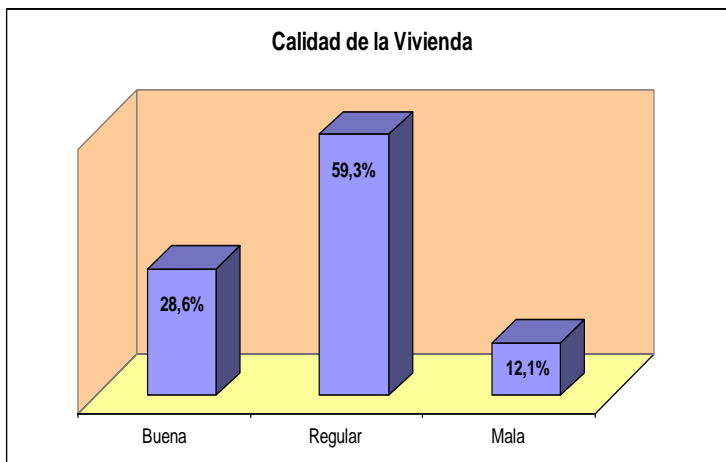
##### -Tenencia

Del total de familias encuestadas 126 declaran que la vivienda en que habitan es propia. Respecto a esto es trascendental señalar la importancia que tiene para estas familias el concepto de vivienda propia considerada una meta para la constitución de un hogar familiar, seguro y que se convierta en un bien raíz para heredar.



### -Calidad

Se consideró la calidad de 83 viviendas como regular tomando en cuenta material, conservación y equipamiento. Estas 83 viviendas son de madera y mixto (madera, Cholguán, Esternit), no presentan daños estructurales, con espacio adecuado e implementos básicos para la comodidad de sus habitantes.



Por su parte 40 familias habitan viviendas en buen estado, construcción amplia en que se observa una mayor inversión. Generalmente poseen cocina, baño y ducha al interior de la vivienda y están bien amobladas en comparación a las 17 viviendas evaluadas como de mala calidad o de material ligero, o severamente deteriorado, sin servicios al interior, de espacios reducido, mala ventilación y con escaso equipamiento y muebles deteriorados.

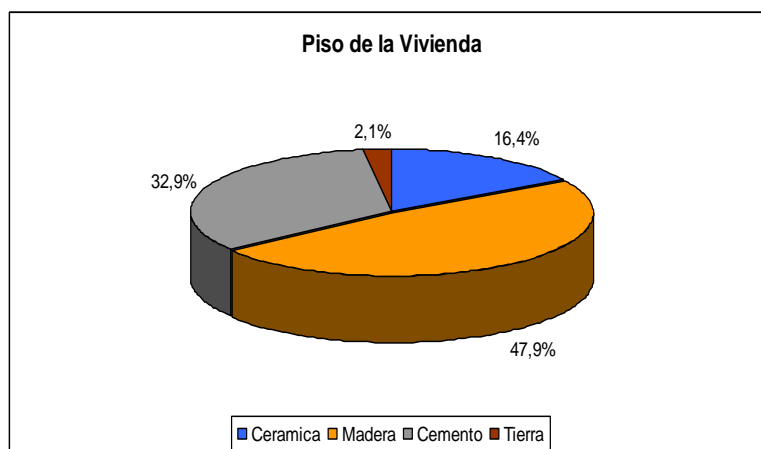
### -Piezas

Respecto al número de personas por dormitorios los resultados arrojan que las familias de la Comuna de Navidad no se encuentran en situación de Hacinamiento, pues en un 91,4% equivalente a 128 familias 2,4 o menos personas comparten el dormitorio.

Por su parte los casos de hacinamiento medio registraron 10 familias y hacinamiento crítico solo 2 resultados que se consideran positivos pues disminuyen los elementos causantes de factores de riesgo y que afectan la calidad de vida de los miembros de la familia, desde la concepción que el espacio es el elemento básico de la vivienda para la defensa de la personalidad y para el buen curso de las relaciones entre sus habitantes.

### -Piso

El piso de las viviendas familiares es otro punto a considerar en esta análisis, se obtuvo como resultado que 67 familias poseen vivienda con piso de madera; 46 con piso de cemento, 23 con cerámica y solo 3 con piso de tierra.



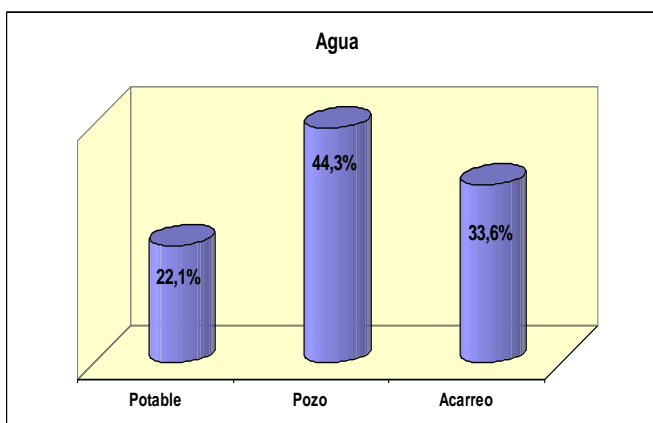
Las que poseen piso de madera generalmente son construcciones del mismo material, viviendas de adobe o de material mixto. En cuanto a las de cemento y cerámica se refieren a que más de 3 piezas de la vivienda poseen este tipo de piso, ya que en general muchas viviendas presentan pisos mixtos.

En cuanto al piso de tierra que obtuvo el menor de los casos se refiere a la vivienda en donde se ubica living comedor y dormitorios, en lo cual sólo se conocieron 3 situaciones. Pero al referir sobre la cocina, habitación que no esta integrado a la vivienda de forma pareada o al interior y espacio en el que se desarrolla gran parte de la vida familiar éstas si poseen piso de tierra, con alrededor de un 90% del total.

- **Saneamiento**

### **-Agua**

Como se observa en el gráfico las familias de la comuna utilizan preferentemente agua de pozo ya que el servicio de Agua Potable Rural no llega a todos los sectores, por lo cual 62 familias de esta comuna poseen pozo o noria para poder abastecerse de este recurso. En cuanto al sistema de acarreo son 47 familias las que por medio de un motor eléctrico que envía el agua a tambores particulares o comunitarios, por acarreo manual y por abastecimiento municipal



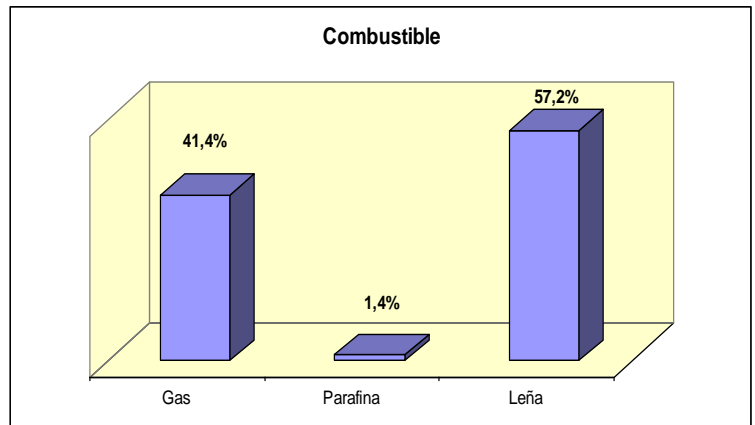
(camiones aljibes) pueden contar con agua, la que a veces no es suficiente para cubrir la demanda familiar debiendo racionar este vital elemento.

En lo que respecta al agua potable 31 familias cuentan con este beneficio siendo principalmente aquellas ubicadas a menor distancia geográfica de localidades mas urbanizadas, como es el caso de Risco Colorado cercano a la localidad de Rapel.

### -Combustible

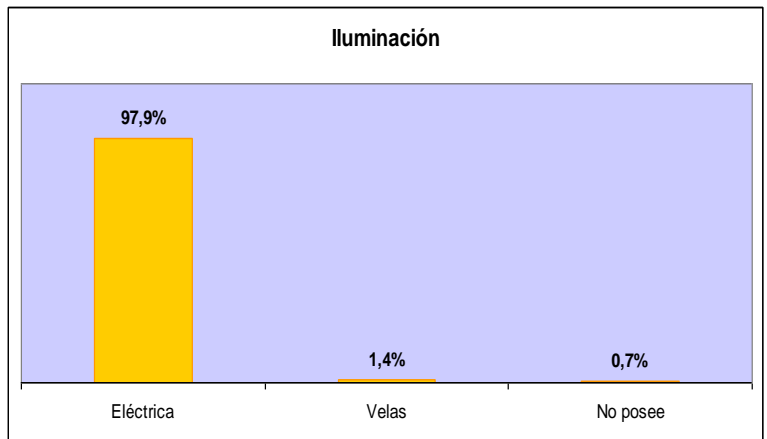
Tal como se mencionó en el contexto de sujeto de intervención el combustible más utilizado es la leña siendo preferido por 80 familias, para cocinar o calentar la vivienda. Este tipo de combustible es más requerido en sectores como Tumán, El Manzano, La Polcura en que hay leña por la gran cantidad de bosques en dichos sectores lo que permite acceder a las familias de forma gratuita.

El gas por su parte es utilizado por 58 familias que prefieren este tipo de combustible por lo práctico y poco contaminante y su uso es en forma paralela a la leña para cocinar y calentar alimentos y la vivienda.



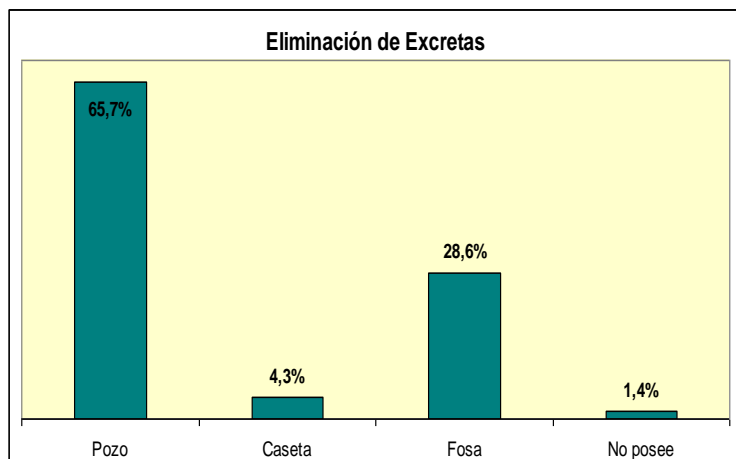
### -Iluminación

Si hay un servicio que ha logrado una amplia cobertura en la comuna de Navidad es la Red de energía eléctrica que en de las 140 familias abastece a 137, lo cual mejora enormemente la calidad de vida de las familias sobre todo en lo que respecta a electrodomésticos que ayudan en las labores diarias, hace posible abastecerse de recursos como el agua y disfrutar de la televisión que permite mantenerlos informados y entretenerlos.



### -Eliminación de Excretas

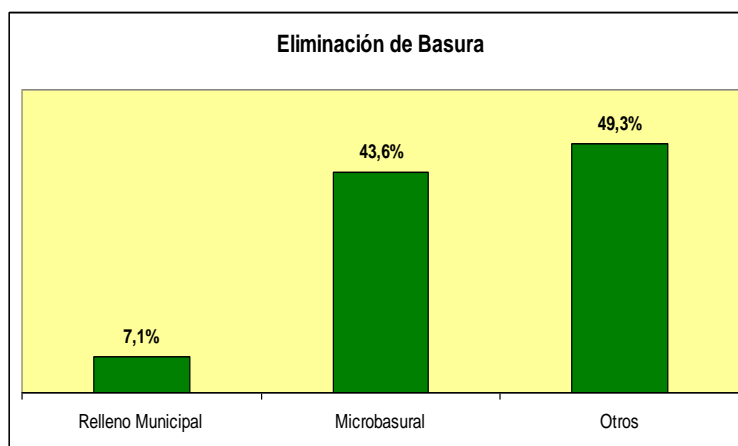
Las familias de estas localidades no cuentan con sistema de alcantarillado que permita cubrir esta necesidad, por lo cual la mayoría, 92 familias, posee pozo negro. La Fosa no fue considerada inicialmente en la elaboración del instrumento pero dado los



casos en que estas se mencionó se incluyó en el análisis pues 40 familias utilizan este sistema para eliminar sus excretas. Por último solo 6 familias utilizan la caseta sanitaria como baño y los 2 casos que señalaron no poseer ninguno de los tipos anteriores ocupa el sistema conocido coloquialmente como “a todo campo”, opción insalubre y contaminante, aunque por suerte esta situación es la menor.

### **-Eliminación de Basura**

La eliminación de basura implica donde van a parar los desechos orgánicos y los que no del grupo familiar. El mayor porcentaje lo cubre la alternativa otros con 69 que para no acumular su basura la queman, la reciclan, o la más utilizada, la tiran a un hoyo. Esta última alternativa que es la más practicada por las familias que participan en el programa Puente, es bastante útil pues permite ir sepultando los desechos y evita generar focos infecciosos.



Los microbasurales, esto es acumulación de basura en un sector cercano o alejado de la vivienda, ocupa el segundo lugar ya que 61 familias eliminan sus desechos en sitios eriazos o quebradas, creando focos infeccioso y fuente de malos olores así como de plagas e insectos.

### **- Acceso a servicios**

Utilizando el Ecomapa, instrumento que permite descubrir el acceso a servicios es posible señalar que para las familias de la comuna es limitado principalmente por la distancia geográfica, pues el transporte público no abarca todas las localidades por lo cual el traslado para asistir a controles, por atención en casos de urgencias o para hacer las compras diarias o mensuales conlleva un gasto extra en transporte para el acercamiento, por lo tanto el acceso y satisfacción de tales necesidades están supeditadas a la disponibilidad de transporte y contar con dinero para poder pagarlo.

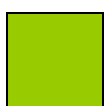
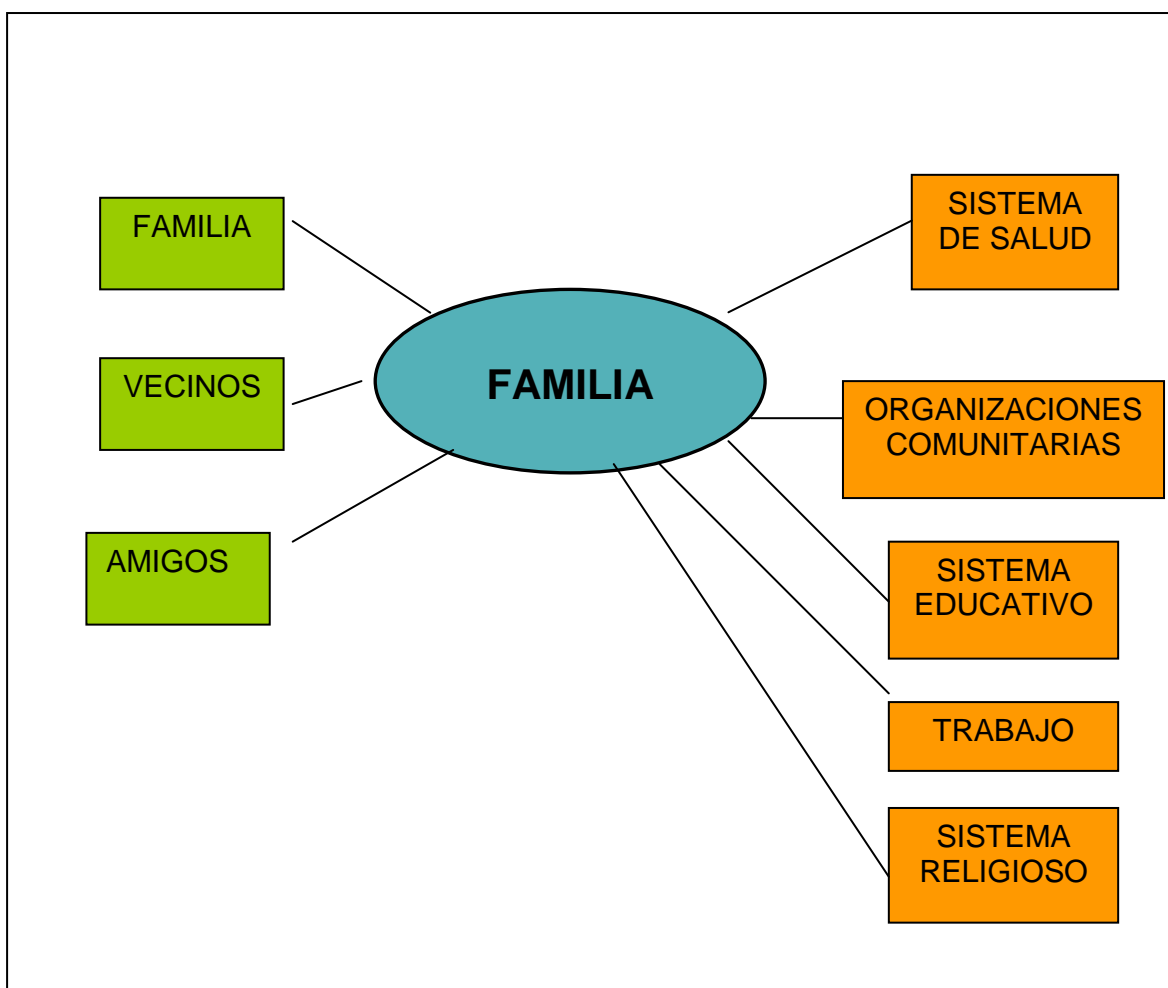
Tienen además menor acceso a infraestructura pública como caminos sin pavimentar y algunos en mal estado, sobre todo en la estación de invierno, y no cuentan con servicios públicos especialmente saneamiento básico y agua potable, lo cual ratifica en este aspecto el perfil de las familias en situación de pobreza rural.

## -Redes Sociales

Los miembros de la familia cumplen roles al interior de esta y le permiten vincularse con otros sistemas sociales, configuran las relaciones secundarias o red social con que la familia y sus miembros se vincula.

Las redes de apoyo familiar y los vínculos con otros subsistemas, entrega como resultado, en razón de una mayor frecuencia, que las redes de apoyo de las familias en situación de pobreza rural de comuna de Navidad son las que se muestran a continuación:

### ECOMAPA



**Relaciones Primarias**

- **Familia:** constituye la red de relaciones más importante y más frecuente en 74 familias. Esto se explica por que en cada localidad las comunidades están conformadas por familias con algún grado de parentesco, por lo que la cercanía física permite que la comunicación y las relaciones de apoyo proliferen.
- **Vecinos:** en general existe buenas relaciones con los vecinos, donde se dan relaciones de ayuda mutua y cooperación. Los sectores rurales configuran perfiles de este tipo en que el contacto con los vecinos es importante sea en

la vida cotidiana, en situaciones adversas o en actividades tradicionales como la cosecha.

- **Amigos:** es de todas las relaciones la menor y es señalada principalmente por los miembros más jóvenes del grupo familiar, quienes crean y mantienen este tipo de vínculo.



### Relaciones Secundarias

- **Sistema de Salud:** sea a través del Consultorio Navidad o instituciones de otras comunas y ciudades, en 113 familias al menos 1 de sus miembros mantiene relación con el sistema de Salud.
- **Organizaciones Comunitarias:** las mas mencionadas fueron la Junta de Vecinos, Comités (de vivienda, agua potable, pavimentación), Club Deportivo y Sindicato (pescadores, algueros) de la respectiva localidad.  
La participación en las junta de vecinos arrojó mayoría con 85 casos, lo que da cuenta de una alta representatividad y del interés por colaborar y conocer que pasa en la comunidad, tendencia que si se apoya puede llegar a construir un capital social en que las familias trabajen unidas por su bienestar y una mejor calidad de vida.
- **Sistema Educativo:** presente en 69 familias se fundamenta esencialmente por que son familias con hijos en etapa escolar por lo cual la relación con este sistema es a través de ellos y las actividades que los establecimientos educacionales crean para la integración de los padres en la educación de sus hijos.
- **Trabajo:** este tipo de red solo la poseen 47 familias en que algún miembro esta vinculado a algún tipo de trabajo sea de forma permanente, esporádica, dependiente o bajo subordinación.
- **Sistema Religioso:** es el último por la menor frecuencia ya que esta red está presente sólo en 22 familias. Tal situación explica por la distancia geográfica de las capillas, además de que el servicio no llega siempre de forma regular a estos sectores como ocurre en los más urbanizados. Y también se explica por el desinterés en participar en la ceremonia religiosa.

Todas estas redes sociales cumplen un rol importante de compañía, apoyo emocional, guía y consejo e intercambio de información, regulación social y apoyo

Entendiendo además que la interacción social es vital para el desarrollo de las potencialidades de cada persona.

Se entiende entonces el concepto sistémico de familia, ya que esta cumple las tareas para responder a los requerimientos de sus redes sociales a la vez que satisface las necesidades de sus miembros, construyendo una relación de reciprocidad y socialización de los miembros de la familia.

- **4.2- Objetivo Específico 2:**

***Diagnosticar el estado de salud familiar de la población de la comuna, considerando los siguientes referentes:***

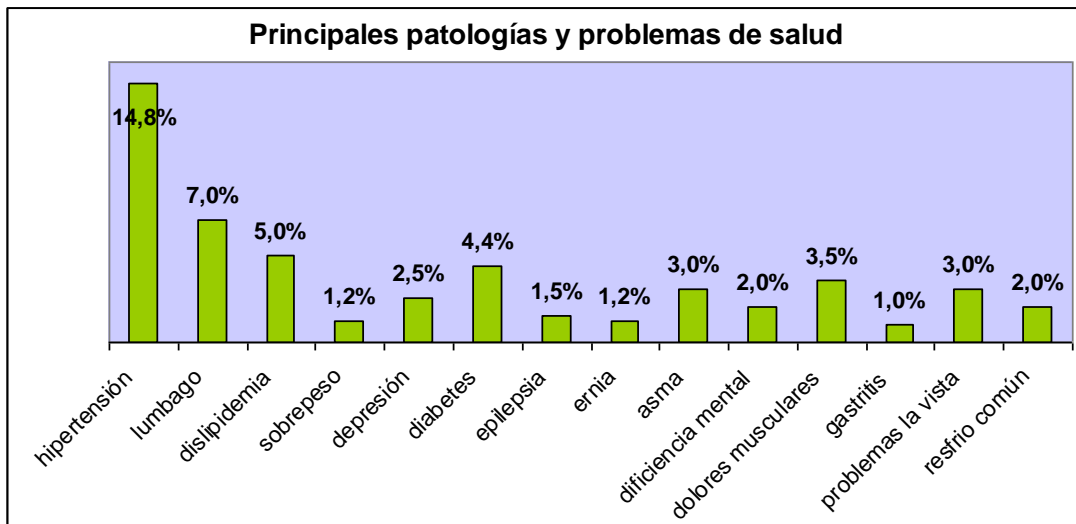
**1) Factores Personales**

El análisis realizado permite señalar que de las 140 familias que componen la muestra en 58 de ellas todos sus miembros asisten a sus controles o consideran la atención de los centros de salud ante cualquier dolencia o urgencia; en 69 uno o más miembros no se controlan, no consideran la atención profesional o se declaran aparentemente sanos y en 13 familias ninguno de sus miembros se controla o acudido a algún centro de atención público o privado en busca de atención.

De un promedio de 3 integrantes por familia 2 padecen alguna patología o presentan malestares. Se agrega además las situaciones en que alguno de los miembros del grupo familiar se declara Aparentemente Sano por lo cual no recurre o no considera la atención médica profesional como opción al momento de presentar dolencias.

Del total de las familias encuestadas y de los miembros que declararon su estado de salud, el 72, % de ellos señaló asistir a sus controles médicos de forma regular, a diferencia del 27,8% que no lo hace. Resultado que entrega una buena perspectiva pues da a entender que existe responsabilidad y compromiso de las personas con mantener un buen estado de Salud, principalmente en las mujeres quienes son las más preocupadas tanto de acudir a sus controles, así como de velar por la asistencia de sus hijos a estos. Al contrario el hombre adulto es quien o se declara sano o no asiste a sus controles regulares y no recurre al consultorio o posta cercana cuando se siente mal por no considerarlo necesario, posponiendo el diagnóstico médico y posible tratamiento de sus problemas de salud, haciendo uso de medicina casera como infusiones que otorgan alivio de forma paliativa.

El análisis de las patologías y problemas de salud que afectan a los integrantes de las familias de la comuna de Navidad entrega una amplia lista (ver anexo Pág. 140) siendo las de mayor frecuencia las siguientes:



La hipertensión o presión arterial alta que afecta el sistema cardiovascular, el lumbago o dolor de espalda, la dislipidemia o colesterol alto y por último la diabetes enfermedad metabólica son padecidas por al menos un miembro del grupo familiar, especialmente en los adultos hombres y mujeres mayores de 25 años. Favorablemente y a excepción del lumbago estas enfermedades reciben tratamiento y quienes las padecen se preocupan de asistir a sus controles y tomar sus medicamentos.

Por su parte el lumbago, dolencia frecuente en el hombre adulto, no recibe el tratamiento y atención que requiere, a pesar de que en muchos casos este malestar impide poder realizar tareas domésticas y actividades laborales, lo cual incide en la disminución de posibilidades de ingreso familiar.

Por su parte las enfermedades mentales como la depresión y deficiencia mental refieren pacientes del sexo femenino y menores de edad, ambas presentan una variación en la regularidad del tratamiento, pero la mayoría de los casos se controla periódicamente en el Consultorio Navidad o Posta de atención más cercana.

El sobrepeso aparece como un problema en ascenso que se observan particularmente en mujeres adultas y niños y que solo en 3 o 4 casos existe preocupación por mejorar su estado de salud. El sobrepeso puede explicarse por un concepto culturalmente arraigado en las zonas rurales: gordura se asocia con salud, entre más gordito se vea un niño significa que goza de buena salud, por lo cual el afecto o la retribución por buenas acciones suele darse en alimentos que no responden precisamente a lo establecido en pirámide nutricional, haciendo, además, uso excesivo del pan como satisfactor de la necesidad de alimento, por la efectividad y el menor costo. Tal situación requiere intervención profesional en promoción de la salud y prevención para evitar mas casos de sobrepeso y obesidad, siendo necesario educar a estas familias en torno a una buena alimentación.

En cuanto a las dolencias musculares, estas afectan las extremidades y usualmente no poseen un diagnóstico médico pues quienes las padecen postergan o no requieren asistir al centro de salud por atención. Lo mismo ocurre con los problemas a la vista, los casos de disminución de la visión sea en uno o ambos ojos tanto en niños como adultos es escasamente tratada principalmente por la falta de profesional oculista u oftalmólogo en el Consultorio Navidad que otorgue atención de forma regular, por lo que obtener un diagnóstico requiere servicios particulares que no todos pueden costear.

En otro punto y contario de lo anterior la regularidad de Controles Sanos para los menores de 5 años de edad es cumplida en todos los casos siendo esta tarea responsabilidad de la mujer.

En lo que respecta a los controles preventivos para la mujer estos se cumplen, ya que estas suelen ser las más comprometidas no solo con su estado de salud individual sino también con el de cada uno de los miembros de su familia. Importante es señalar situaciones en que la mujer dejó sus controles con la matrona o por alguna enfermedad por que su pareja se lo impide pues éste no cree necesario que recurra por atención. Las subordinación da la mujer implica por lo tanto un atentado contra su individualidad y libertad de decisión además del deterioro de su estado de salud, ya que estas no son capaces de contradecir la opinión y mandato de su marido para no generar conflicto dando cuenta claramente de la cultura machista presente en estos sectores.

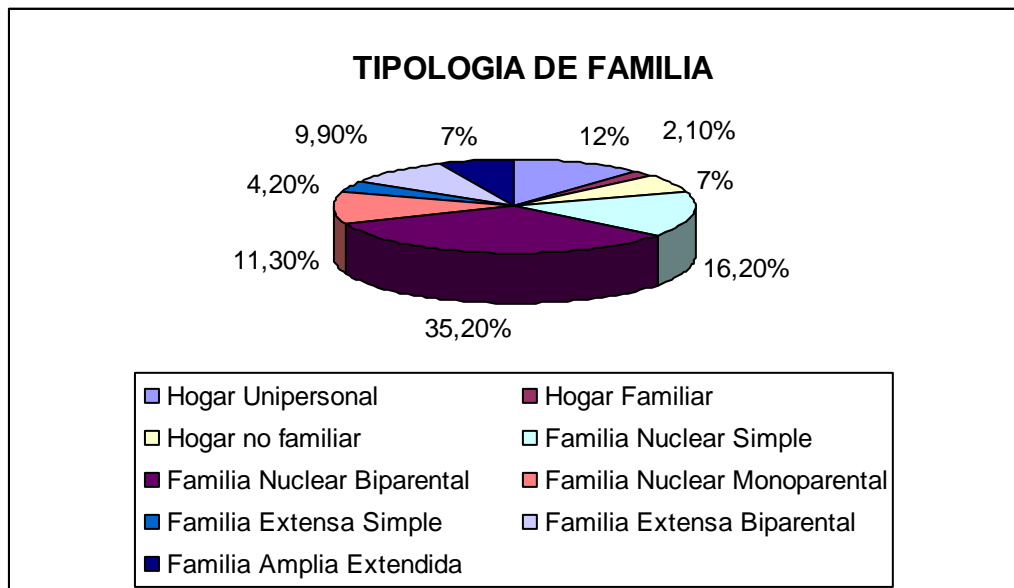
Concluyendo este punto se declara que el Estado de Salud de las familias de la Comuna de Navidad se evalúa como regular dada la cantidad de familias que se controlan y las patologías existentes tomando en cuenta sobre todo que las mas frecuente llegan a convertirse en enfermedades crónicas o hereditarias sea por genética o por que los patrones culturales o alimentarios se repiten. Entendiendo que un miembro enfermo afecta la salud de todos los componentes, que las interacciones familiares y la educación que este sistema entrega moldea las conductas de sus miembro para logra una vida sana. Y a pesar de que existe un alto porcentaje de asistencia a controles el ideal sería que todos los miembros de las familias de la comuna de Navidad cumplieran este compromiso con su salud y comprendieran la importancia de un diagnóstico medico. Así podremos entender de mejor forma la salud familiar en su relación individuo - familia y sociedad y de la influencia entre estos tres para su logro, y la importancia de otros factores como el económico y cultural predominantes en estas familias.

## 2) Factores propios del grupo familiar

### - Estructura

Según el resultado del análisis efectuado el promedio de composición de las 140 familias de la comuna de Navidad es de **3,17**, cifra que se encuentra bajo el promedio nacional de 3,7 según datos de la Encuesta Casen 2006 y más aún del 4,5 promedio correspondiente a los hogares en situación de pobreza.

Dicho resultado es posible explicarlo por dos causas. La primera se debe a que existe un aumento de los hogares de tipo unipersonal constituido principalmente por adultos mayores. Una segunda causa se explica por la emigración hacia otras ciudades por estudio o trabajo lo cual disminuye el número de miembros en las familias, las que de nucleares biparentales o extensas pasan a convertirse en Nucleares simples. Ambas características unidas aun descenso de la natalidad permiten entender el promedio obtenido tras la investigación y que está muy por bajo los estándares nacionales establecidos.



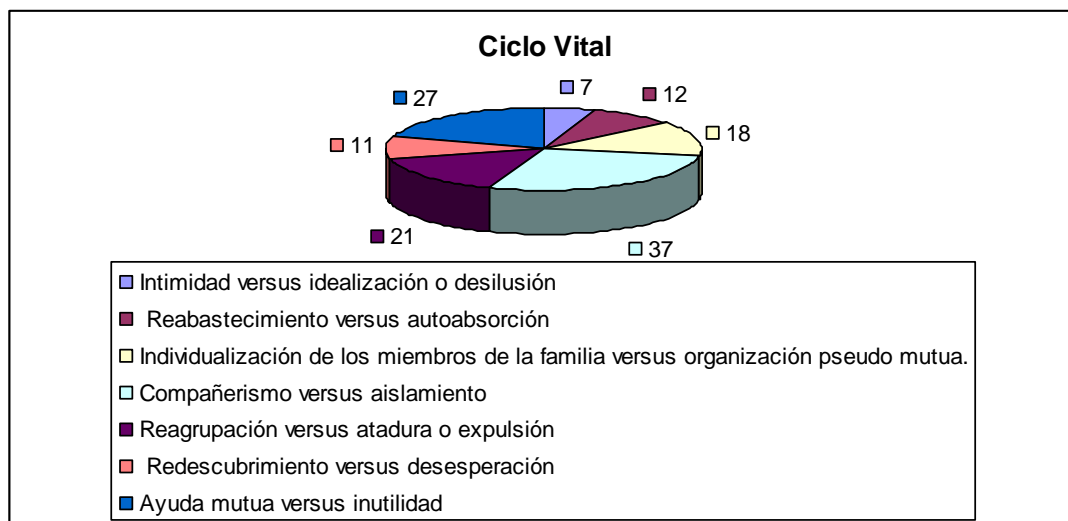
Como se observa en el gráfico existe un 12 % de hogares unipersonales, es decir, conformado por 1 sola persona y 16,2% de Familias Nucleares simples esto es compuesta por una pareja sin hijos, equivalente a 23 familias, cantidad menor a lo que se refiere a la familia Nuclear Biparental con un 35,2 % correspondiente a 50 familias de las 140 encuestadas.

Dichas situaciones no dejan de ser indiferente al momento de las mediciones ya que los procesos biológicos continúan su curso hacia la adultez mayor y por otra parte no se generan empleos y mejores oportunidades en la zona estos porcentajes aumentaran progresivamente, conformando a la vez hogares con ancianos en completa soledad y la continua disminución de integrantes por grupo familiar.

## - Etapa ciclo vital

Según lo señalado por Sonya Rhodes las familias a lo largo de su vida pasan por distintas etapas que otorgan lineamientos a su formación y desarrollo y paralelamente a los roles y funciones de sus integrantes.

Los resultados arrojados tras al análisis del Genograma permiten señalar que el N° de Familias de la comuna de Navidad se encuentran en cada etapa es:



La mayor parte de las familias logra avanzar de forma correcta en su ciclo vital, pero existen excepciones en que las etapas no siguen su secuencia o se interrumpen. Ejemplos claros de ello son los casos de los hijos que llegada la etapa **Reagrupación versus atadura o expulsión**, continúan viviendo con sus padres, no por que ellos lo impidan sino que los hijos toman tal decisión o se constituyen en hogares unipersonales. Otra situación recurrente es que los hijos una vez que han salido del hogar retornen, con su nueva familia, al hogar familiar, interrumpiendo el proceso de sus padres y el propio, pues tal hecho conlleva una redefinición de roles, los padres vuelven a ser padres y se convierten en abuelos-padres de sus nietos y la hija muchas veces deja su nuevo rol de madre para mantener el primero. Tal dinámica fue posible observar en al menos 15 familias.

En lo que respecta a las otras etapas del ciclo, un breve análisis para cada una:

- **Intimidad versus idealización o desilusión:** fase en que se encuentran principalmente parejas adultas constituidas por solteros y/o vuido/as y separado/as, sin hijos y sin planes de tenerlos y la idealización no suele producirse pues generalmente se ha perdido la ilusión en la primera relación
- **Reabastecimiento versus autoabsorción:** las doce familias que se encuentran en esta parte del ciclo cumplen con sus roles de nuevos padres y el cuidados de sus hijos pequeños. Predomina la autoabsorción pues la pareja no se adapta rápidamente al nacimiento del niño, pierde intimidad y

madre e hijo forman una triada excluyendo al padre, cuyas funciones para con su hijo se limitan a la satisfacción de sus necesidades materiales.

- **Individualización versus organización pseudo mutua:** sólo 18 familias atraviesan por esta etapa en que uno de sus miembros, el menor o único hijo es menor de 4 años, apoyando la familia el logro de su identidad individual, lo cual es reforzado por instituciones educativas.
- **Compañerismo versus aislamiento:** los adolescentes buscan el compañerismo principalmente en sus amigos y compañeros de colegio ya que pasan la mayor parte del tiempo en los internados de los establecimientos educacionales, por lo cual la familia no logra desarrollar esta capacidad en su interior pero si apoya lo que sus hijos construyen fuera de ella. No existen conflictos más allá de los habituales que pueden manifestar los adolescentes y en general no son jóvenes rebeldes. La ausencia de los hijos en la semana por otro lado beneficia el compañerismo de los padres pues le permite realizar actividades que renueven su relación de pareja, pero no ocurre en todas las familias, pues como en todo existen excepciones, cuya causa principal es el trabajo.
- **Redescubrimiento versus desesperación:** etapa del “nido vacío” pero que en el caso de las familias de la comuna de Navidad vuelve a llenarse pues lo hijos retornan al hogar sea con la nueva familia que han construido (pareja-hijo o sólo hijo/s) por lo cual el redescubrimiento no es posible para la pareja que ya se había despojado de su rol de padres. Por otro lado no existen casos de separación o divorcio en esta etapa, al contrario la soledad o la incorporación o reintegración de un miembro, une mas a la pareja.
- **Ayuda mutua versus inutilidad:** la pareja ya adulto mayor con su jubilación mantiene contacto con sus hijos y nietos produciendo la ayuda mutua y evitando el sentimiento de inutilidad.

Lo anterior demuestra que cada grupo familiar cumple sus funciones, destacándose el que predomina, en la respectiva etapa del ciclo, el aspecto positivo que se debe cumplir por sobre el negativo. Esto da cuenta de familias que poseen y construyen elementos en su interior para superarse, formar, educar y apoyar a sus miembros, a pesar de las dificultades del contexto.

#### - Funcionamiento

El funcionamiento familiar esta regido por las funciones de la familia y las tareas que debe cumplir para su estabilidad y sobrevivencia en la sociedad y el desarrollo de sus integrantes.

Según los datos recogidos por el genograma y mediante la entrevista semi estructurada la función educativa y protectora son las que más se cumplen, principalmente en relación a entregar valores, ya que la familia es el mejor lugar de

socialización, reeducación y de vinculación con otros sistemas. En cuanto a la función protectora es llevada a cabo esencialmente por la mujer en su rol de madre como también el de hija cuando del cuidado de los padres adultos mayores se trata.

Por su parte la función económica es realizada por el hombre en su rol de padre, jefe de hogar y proveedor, pues es él quien se preocupa de generar los recursos para poder dar satisfacción a las necesidades materiales de su familia.

Se puede señalar que en términos de funcionamiento las familias son bastante organizadas y claras respecto a los roles que cada uno debe cumplir, aunque existe situaciones de roles compartidos como el de proveedor entre padre e hijo y labores domésticas cooperando madre e hija, lo cual claramente está caracterizado por un tema de género y roles adscritos que trasciende.

### **3) Factores sociológicos**

#### **- Modo de vida de la comunidad**

La forma en que cada familia se desenvuelve en su comunidad esta muy relacionada con las costumbres, creencias e historias y ritmos de vida característica de cada localidad. A lo anterior se suman los niveles de interacción con sus vecinos y con organizaciones comunitarias como Sindicatos y Clubes deportivos que otorgan un sentimiento de identidad comunitaria con su sector y las reuniones con el Centro de Padres respectivo, actividades que permite la vinculación con la comunidad mayor. Parte importante también del modo de vida comunitario esta marcado por el tipo de labores para generar ingresos, lo cual crea una red de relaciones, especialmente en la agricultura en donde aún existen comunidades solidarias cuando de ayudar a otro en alguna tarea se trata.

Lo antes expuesto esta configurado por el contexto, los recursos con que cada localidad cuenta y los servicios a los que es posible acceder, lo cual contribuye a la valorización del potencial colectivo y favorece el crecimiento de la identidad comunitaria.

#### **-Participación social**

Respecto a este punto se puede señalar que los aspectos de la participación social relacionadas con las familias en situación de pobreza rural de la comuna de Navidad esta referida principalmente a la ejecución del Programa Puente puerta de entrada al Chile Solidario. La participación en los talleres y actividades vinculadas al programa permiten dar cumplimiento a la promoción y creación de mecanismos participación comunitaria, a lo que se suman las actividades deportivas y las vinculadas con la educación.

En general en la comuna se generan diversas actividades recreativas y de servicios, que logran concitar la atención de muchas personas en asistencia y participación pero no son representativas de las localidades de la muestra pues al hacer un diagnóstico objetivo mayoritariamente quienes más se vinculan y aprovechan tales oportunidades provienen de los sectores más urbanizados de la comuna.

Lo anterior deriva nuevamente en que las medidas para que la información llegue a todos los sectores no es suficiente, así como también se debe considerar la falta de motivación y desinterés por participar, características que no han sido lo suficientemente abordadas.

Para finalizar este punto se puede sintetizar que la participación social de las familias en situación de pobreza Rural es baja, tanto en las acciones de tipo recreativas culturales como en aspectos más personales como la Salud, aspecto en que aún falta mucho por trabajar si se quiere lograr un concepto de salud familiar en donde la participación social resulta clave para su mantenimiento.

#### **4) Factores de Riesgo Familiares**

Los aspectos biológicos, psicológicos y sociales asociados a una mayor probabilidad de morbilidad familiar declarados en la Ficha Familiar e identificados a través de técnicas como la entrevista y observación arroja la siguiente información de los factores de riesgo analizados por categoría:

##### *1.- Ingresos Económicos*

Dentro de esta categoría se obtuvieron datos que dan cuenta que la mayor parte de la población posee bajos ingresos monetarios, disminuyendo a Nivel familiar su poder adquisitivo y satisfacción de necesidades y menos aún el poder incurrir en gastos que pueda considerarse como un lujo y salir del presupuesto familiar, cuando éste existe. En cuanto a aquellos ingresos considerados como no monetarios la mayoría se refiere a ayudas entregadas por la Municipalidad de Navidad, pero solo en 29 familias se mencionó haber obtenido en algún momento algún aporte, expresado principalmente en mercadería, dinero para gastos médicos, Becas para estudiante y materiales para mejorar la vivienda. Las otras 111 familias manifestaron por su parte su desilusión y malestar por la falta de información y la inequidad en la entrega de beneficios.

##### *2.- Trato intrafamiliar*

Se consideró para el reconocimiento de este punto la existencia de 4 factores de riesgo maltrato intrafamiliar, Violencia conyugal, Abuso sexual y Conflictos de pareja (marital y/o sexual). En lo que respecta al maltrato solo en 6 grupos familiares la víctima, principalmente mujer señaló ser agredida física o psicológicamente por su pareja. Si bien la estadística es baja la apreciación profesional infiere que existen

más situaciones no declaradas principalmente por temor a que el tema sea conocido por agentes externos al grupo familiar lo cual puede traer consecuencias más graves para la víctima. Otra razón estimada es que el concepto de maltrato no es concebido como algo tan grave sino más bien aceptado culturalmente como una forma de ejercer autoridad y respeto por el agresor.

Aunque por definición la violencia conyugal implica que los que viven el problema de violencia son los integrantes de la pareja, este tipo de maltrato afecta a toda la familia. Son los niños o jóvenes, u otros adultos que viven en la casa, que son espectadores de la violencia entre la pareja son también maltratados.<sup>85</sup> Los datos arrojados por la ficha indican que solo en 11 familias se presenta este tipo de maltrato cantidad menor en consideración al total de la muestra pero que no deja de ser preocupante al reflexionar sobre sus componentes y los miembros del grupo familia que se ven afectado. Finalmente las situaciones de abuso sexual solo fueron mencionadas en 2 familia, A pesar que la literatura se refiere a el abuso sexual a menores los casos expuestos en esta familias coincidieron con los de maltrato y violencia conyugal por lo cual si bien los casos son pocos la gravedad es mayor pues se acumulan 3 factores de riesgo en el Trato Familiar en un solo grupo familiar.

### *3.-Crisis en el ciclo de vida familiar*

Las crisis en la familia se pueden producir por distintos eventos o situaciones que alteran la dinámica familiar y las relaciones entre sus miembros. Tal es el caso de el embarazo temprano presente en 26 familias entendiendo este como el nacimiento de un bebe antes de los 18 años de edad, lo cual deriva en Tensiones familiares que 34 familias manifestaron atravesar en algún momento y cuyas causas se asocian como se señalo anteriormente a los embarazos no deseados de alguno de sus miembros, ala crianza de los hijos y mas recurrente de los nietos y en menor frecuencia por la enfermedad de algún integrante. Se comprende entonces la ausencia de planificaron familiar entendiendo esta como la falta de programación de la cantidad hijos que la pareja desea tener y los tiempos para ello. Al respecto se encontró que en 32 familias no hubo planificación familiar, realidades en que no existió control de la natalidad con más hijos de los esperados y las razones mas mencionadas se refirieron a la ineficacia de los anticonceptivos orales y los dispositivos intrauterinos.

Otras situaciones que producen crisis en la familia ocurre cuando uno de sus miembros presenta alguna discapacidad física o mental, específicamente se evaluó los casos de hijos con invalidez encontrados en 12 familias, lo cual implica una reasignación de roles y compartir funciones.

---

85: <http://www.ecovisiones.cl/informacion/violenciaenlapareja.htm>

Los conflictos de pareja sean estos maritales o sexuales también provocan periodos de crisis familiares. Tales conflictos presentes en 18 familias se relacionan principalmente con problemas de comunicación, conflictos de autoridad en una cultura predominantemente machista, situaciones por problemas sexuales y aquellos vinculados a las tareas cotidianas y la incompatibilidad de caracteres. Tales elementos de no ser controlados o abordados conducen a la separación de los padres, que del total las familias solo se han producido en 21 de ellas; el rompimiento de la estructura tradicional familiar tras la separación deriva en la formación Hogares unipersonales y familias monoparentales con jefatura de hogar femenina pues suelen ser las mujeres quienes se hacen cargo del cuidado de los hijos.

#### *4.- Aspectos jurídicos*

Del total de la muestra solo en 4 familias se mencionó tener alguna situación legal no resuelta, pero las razones no fueron declaradas.

#### *5.-Aspectos asociados a la salud*

De los dos aspectos relacionados con la salud el padecimiento de alguna enfermedad terminal de algún miembro sólo se identifico en 6 familias.

Por su parte el alcoholismo fue mencionado en 19 familias, siendo habitualmente el jefe de hogar el que presenta este problema. La cifra entregada es baja pero como ocurre con la violencia, el alcoholismo no es entendido como una enfermedad y no es reconocido ni declarado por la familia, pues la observación realizada permite señalar la existencia de más casos que los reconocidos.

En general este tema es complicado, la falta de reconocimiento e interés por salir de la situación y la producción artesanal de licores aumenta mas el riesgo, constituyendo un factor que a pesar de representar menos de la sexta parte del total de la muestra se mantiene sin control ni oportunidades de rehabilitación.

En general los factores de riesgo a excepción de los Bajos ingresos se encuentran presenten en menos del 50% del total de las familias, lo que indica un buen diagnóstico aunque no implica una despreocupación por parte de las autoridades locales y la intervención profesional, siendo imperioso trabajar con las familias los factores de riesgo examinados.

## Factores protectores Familiares

Las características de las personas o situaciones que protegen o aminoran el efecto nocivo en las familias y además ayudan a disminuir la probabilidad de conductas de riesgo sobre los miembros de las familias de la comuna de Navidad se analizan de la siguiente forma:

### *a- Económicos:*

Se consideraron en esta categoría como factores protectores el poseer un mayor ingreso económico y tener un trabajo estable. Lamentablemente ambos están bajo el 50 % ya que del total de las familias sólo un 15% cuenta con un mayores ingresos, estimados suficientes para satisfacer las necesidades de todos su miembros y un 20% o 28 familias del total, declararon poseer un empleo estable, esto es contar con contrato de trabajo o al menos poder ejercer una labor de forma regular sin periodos amplios sin trabajar.

Así se entiende que en el aspecto económico las familias de la comuna de Navidad se encuentran vulnerables, lo que explica las situaciones de pobreza y extrema pobreza presentes. Pues el no contar con suficientes recursos económicos unido a una inestabilidad laboral, configura un contexto que limita las posibilidades, merma las expectativas e impide el desarrollo individual y el progreso familiar.

### *b. Familiares:*

Para evaluar los factores protectores que involucran a la familia se consideraron varios componentes.

El primero de ellos se refiere a la existencia de un ambiente familiar calido y sin discordia y que como resultado obtuvo un 72,1%, es decir; 101 familias en que se percibe, se manifiesta y observa un ambiente grato de relaciones.

El segundo se refiera a la cohesión familiar entendida como los lazos y uniones que conforman la esencia de las relaciones familiares<sup>86</sup>, este factor obtuvo como resultado un 77,1% que concretamente se traduce en 108 familias. La cohesión esta asociada también a la dependencia emocional, el consenso conyugal y las actividades compartidas, esto último igualmente fue considerando un factor a evaluar obteniendo 85 familias en que sus miembros dedican tiempo a la familia, se reúnen en un mismo espacio físico al menos 1 vez al día y toman las decisiones sobre temas que involucran a todos los miembros de la familia en forma conjunta.

Otro factor protector que entregó resultados relativamente positivos es la flexibilidad de la familias para los cambios, para afrontar y enfrentar nuevos acontecimientos y condiciones de vida, con una muestra de 81,4% este factor engloba 114 grupos familiares que refieren esta característica, la que puede ser considerada como propia de las familias de sectores rurales y en condiciones de

---

<sup>86</sup>

pobreza, ya que la flexibilidad es necesaria debido a las difíciles situaciones que debe enfrentar, a las inestabilidades y los cambios, por lo que más que un factor protector puede definirse casi como una condición intrínseca e inevitable para la sobrevivencia de estas familias.

Por otro lado el instrumento arrojó respecto al factor: Relación emocional estable, con al menos uno de los padres o un otro significativo, más allá si esa persona es un pariente, un padre, un Profesor o un amigo, un porcentaje de 45% equivalente a 63 familias. Los hijos cuentan con algún referente a seguir o que les brinde apoyo en lo académico y personal, generalmente este rol lo cumple la madre, hermanos y profesores. Situación que se complementa al conocer las familias en que existen padres competentes y estimuladores con un 32% correspondiente a 45 familias en que uno o ambos padres apoyan el proceso de crecimiento, socialización y educación de los hijos.

Por último en lo que se refiere a una Estructura familiar sin disfuncionalidades importantes, dicha condición está presente en 63 familias y da cuenta de la inexistencia de crisis graves derivadas de alguna separación u otro evento no esperado o deseado. Así en lo que respecta a la ausencia de separaciones o pérdidas tempranas en la familia del total de la muestra 59 familias, esto es un 42,1%, declararon haber enfrentado tales episodios, lo cual se relaciona con el factor anterior ya que las separaciones y pérdidas entorpecen la funcionalidad de la estructura familiar.

Todos los factores mencionados cumplen una función beneficiosa para la familia, ayudando a sus miembros a la adaptación al ambiente físico y social, así como también a una buena relación familiar. Se puede señalar que según los datos expuestos las familias de la comuna de Navidad poseen varios factores protectores que configuran en si familias especialmente unidas, flexibles y con capacidad de adaptación y afrontamiento a los problemas, combatiendo y superando las expresiones de la pobreza rural.

Finalmente y en comparación con los factores de riesgo estos son menores a los protectores, lo cual es positivo al contextualizar desde tales factores el escenario general de las familias en situación pobreza rural de la comuna de Navidad.

### **Hipótesis de Trabajo:**

El estado de salud familiar es dependiente de las expresiones de pobreza rural de la población de la comuna de Navidad.

La **hipótesis nula (Ho)** en este caso corresponde a:

**Ho:** El estado de salud familiar es independiente de las expresiones de pobreza rural de la población de la comuna de Navidad.

Para efectos de comprobar la Ho se utilizó el Chi Cuadrado, prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.

La tabla de contingencia elaborada consideró en cada una de las dimensiones las siguientes variables:

#### **D 1: Expresiones de la Pobreza Rural**

- Total Ingreso grupo familiar en base a los Quintiles de Ingreso
- Nivel Educacional del Jefe de Hogar
- Tipo de Trabajo
- Calidad de la Vivienda
- Previsión Social Jefe de Hogar

Se eligió el jefe de Hogar por considera que en los tres aspectos constituye un referente general para perfilar la situación de toda la familia.

#### **D2: Salud Familiar**

- Asistencia a controles de la Familia
- Factores de Riesgo
- Factores Protectores

Se consideraron estos tres aspectos por responder su análisis a parámetros cuantitativos y la implicancia en el Estado de Salud de las familias.

El análisis de las variables por medio de la construcción de tablas de contingencia se resume en la siguiente tabla de datos que muestra los valores de Chi cuadrado obtenidos entre la D1 y D2:



**POBREZA RURAL**

		Ingreso	Educacional	Trabajo	Vivienda	Previsión	
<b>S A L U D  F A M I L I A R</b>	<b>Factores de Riesgo</b>	Bajos Ingresos Familiares	<b>0,000</b>	0,487	0,024	0,032	0,780
		Ingresos No Monetarios	0,620	0,487	0,166	0,033	0,102
		Maltrato Familiar	0,420	0,378	0,992	0,285	0,690
		Abuso Sexual	0,629	0,575	0,492	0,223	0,693
		Violencia Conyugal	0,665	0,566	0,394	0,091	0,695
		Conflictos de Pareja	0,878	0,588	0,625	0,444	0,403
		Separación de los padres	0,311	0,656	0,027	0,017	0,535
		Hijos con discapacidad	0,699	0,423	0,977	0,034	0,225
		Ausencia de planificación familiar	0,038	0,128	0,238	0,084	0,047
		Tensiones por embarazo, crianza, enfermedad	0,161	0,054	0,526	0,200	0,913
		Dificultades con la ley	0,482	<b>0,002</b>	0,819	0,543	0,931
		Embarazo temprano	0,707	0,362	0,648	0,962	0,481
		Enfermedades terminales	0,880	0,282	0,808	0,038	0,200
		Alcoholismo	0,707	0,295	1,000	0,431	0,044
		Mujer sola como Jefa de Hogar	0,311	0,361	0,028	0,047	0,631
		<b>Factores Protectores</b>	Ambiente Calido y sin discordia	0,880	0,734	0,804	0,097
		Trabajo estable	<b>0,001</b>	0,000	<b>0,001</b>	0,823	0,100
		Cohesión Familiar	0,996	0,429	0,456	0,024	0,768
		Relación emocional estable	0,393	0,033	0,201	0,107	0,024
		Estructura Familiar sin disfuncionalidades	0,742	0,427	0,831	0,023	0,806
		Padres competentes y estimuladores	0,510	0,026	0,040	<b>0,003</b>	0,031
		Flexibilidad	0,915	0,351	0,674	0,761	0,093
		Actividades Compartidas	0,615	0,663	0,128	0,522	0,296
		Mayor Nivel socioeconómico	0,615	0,073	0,019	0,434	0,836
		Ausencia de separación o perdida temprana	0,034	0,635	0,128	0,035	0,770
	<b>Controles</b>	Asistencia a Controles	0,354	0,627	0,043	0,874	0,233

En consecuencia y según es posible observar en la tabla en todos los cruces de variables realizados, el valor de significación asint. de chi- los valores están por sobre 0,05 o 0,01 por lo que **no se rechaza Ho**, por lo que se entiende que las variables serían independientes.

En cuanto a las dimensiones que obtuvieron un resultado bajo el valor alfa que por lo tanto son dependientes entre si, una breve observación para entender el porque de la relación:

### Ingreso Familiar \* Bajos Ingresos

Tabla de contingencia

			Bajos ingresos		Total
			si	no	
ingreso familiar	I QUINTIL	Recuento	64	3	67
		% de ingreso familiar	95,5%	4,5%	100,0%
	II QUINTIL	Recuento	31	15	46
		% de ingreso familiar	67,4%	32,6%	100,0%
	III QUINTIL	Recuento	4	0	4
		% de ingreso familiar	100,0%	,0%	100,0%
	IV QUINTIL	Recuento	1	3	4
		% de ingreso familiar	25,0%	75,0%	100,0%
	BAJO EL RANGO	Recuento	18	0	18
		% de ingreso familiar	100,0%	,0%	100,0%
	Total	Recuento	119	21	140
		% de ingreso familiar	85,0%	15,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,358 <sup>a</sup>	5	,000
Razón de verosimilitudes	31,273	5	,000
N de casos válidos	140		

a. 7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Los bajos ingresos son dependientes de Ingreso Familiar o lo que es lo mismo están relacionados. Este resultado apoya lo declarado en el análisis al señalar que el Ingreso Económico, que mantiene a las familias bajo el I Quintil, es insuficiente convirtiéndose en el limitante más importante para el progreso familiar, pues sus bajos valores niegan el poder adquisitivo y la satisfacción adecuada de de necesidades básicas.

### Ingreso Familiar \* Trabajo estable

La tabla de contingencia muestra como los ingresos del I y II Quintil y aquellos bajo el rango (pobreza extrema) están relacionados con trabajos inestables que no proporcionan ingresos sufrientes a la familia. Las labores agrícolas y de temporada, principales tipo de trabajo en la comuna, no entregan estabilidad laboral y menos aún ingresos fijos mensuales por lo cual las familias se encuentran en la incertidumbre si lo que se posee será suficiente para cubrirlos gastos del mes.

Situación que se contrapone con el III y IV Quintil en donde la estabilidad laboral determina el nivel económico familiar

Tabla de contingencia

			Trabajo estable (Ingreso Suficiente)			Total
			si	no		
ingreso familiar	I QUINTIL	Recuento	7	60	0	67
		% de ingreso familiar	10,4%	89,6%	,0%	100,0%
	II QUINTIL	Recuento	14	31	1	46
		% de ingreso familiar	30,4%	67,4%	2,2%	100,0%
	III QUINTIL	Recuento	2	2	0	4
		% de ingreso familiar	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
	IV QUINTIL	Recuento	4	0	0	4
		% de ingreso familiar	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	BAJO EL RANGO	Recuento	1	17	0	18
		% de ingreso familiar	5,6%	94,4%	,0%	100,0%
		Recuento	0	1	0	1
		% de ingreso familiar	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Total	Recuento	28	111	1	140	
	% de ingreso familiar	20,0%	79,3%	,7%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,174 <sup>a</sup>	10	,001
Razón de verosimilitudes	27,972	10	,002
N de casos válidos	140		

a. 13 casillas (72,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

### Nivel educacional jefe de hogar \* Dificultades con la ley

Tabla de contingencia

			Dificultades con la ley		Total
			si	no	
Nivel educacional jefe de hogar	Sin estudios	Recuento	2	15	17
		% de Nivel educacional jefe de hogar	11,8%	88,2%	100,0%
	EBI	Recuento	0	95	95
		% de Nivel educacional jefe de hogar	,0%	100,0%	100,0%
	EBC	Recuento	2	9	11
		% de Nivel educacional jefe de hogar	18,2%	81,8%	100,0%
	EMI	Recuento	0	6	6
		% de Nivel educacional jefe de hogar	,0%	100,0%	100,0%
	EMC	Recuento	0	11	11
		% de Nivel educacional jefe de hogar	,0%	100,0%	100,0%
	Total	Recuento	4	136	140
		% de Nivel educacional jefe de hogar	2,9%	97,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,461 <sup>a</sup>	4	,002
Razón de verosimilitudes	13,581	4	,009
N de casos válidos	140		

a. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.

El nivel de educativo puede relacionarse con dificultades con la ley en situaciones que las personas por desconocimiento o falta de educación cívica no conocen cual son sus responsabilidades legales o hacen caso omiso a las instancias jurídicas a los que son citados, las que se vinculan principalmente con el no pago de las pensiones de alimento de los padres hacia los hijos, que suelen estar sin resolución o ha sido desobedecidas. Esto se puede entender de mejor

forma al observar la tabla de contingencia que muestra los casos de Sin Estudios y Enseñanza Básica Completa son quienes tienen más relación en este aspecto.

### Tipo de Trabajo \* Trabajo Estable

Tabla de contingencia

			Trabajo estable (Ingreso Suficiente)			Total
			si	no		
Tipo de trabajo	dueña de casa	Recuento	1	2	0	3
		% de Tipo de trabajo	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
	chofer	Recuento	2	0	0	2
		% de Tipo de trabajo	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	agricultor	Recuento	3	25	0	28
		% de Tipo de trabajo	10,7%	89,3%	,0%	100,0%
	dama de compañía	Recuento	0	1	0	1
		% de Tipo de trabajo	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	cuidador de casa	Recuento	3	1	1	5
		% de Tipo de trabajo	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	comerciante	Recuento	1	3	0	4
		% de Tipo de trabajo	25,0%	75,0%	,0%	100,0%
	recolector leña	Recuento	0	1	0	1
		% de Tipo de trabajo	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	profesor	Recuento	1	0	0	1
		% de Tipo de trabajo	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	asesora del hogar	Recuento	0	1	0	1
		% de Tipo de trabajo	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	aserradero	Recuento	0	3	0	3
		% de Tipo de trabajo	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	manipolador/a alimentos	Recuento	1	2	0	3
		% de Tipo de trabajo	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
	encargado tranque	Recuento	1	0	0	1
		% de Tipo de trabajo	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	jardinero	Recuento	0	1	0	1
		% de Tipo de trabajo	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	recolector de algas	Recuento	0	3	0	3
		% de Tipo de trabajo	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	artesano/a	Recuento	0	1	0	1
		% de Tipo de trabajo	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	albañil	Recuento	5	3	0	8
		% de Tipo de trabajo	62,5%	37,5%	,0%	100,0%
	temporero/a	Recuento	5	27	0	32
		% de Tipo de trabajo	15,6%	84,4%	,0%	100,0%
	empleado público	Recuento	1	0	0	1
		% de Tipo de trabajo	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	pensionado/jubilado	Recuento	4	37	0	41
		% de Tipo de trabajo	9,8%	90,2%	,0%	100,0%
Total		Recuento	28	111	1	140
		% de Tipo de trabajo	20,0%	79,3%	,7%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	70,419 <sup>a</sup>	36	,001
Razón de verosimilitudes	46,296	36	,117
N de casos válidos	140		

a. 50 casillas (87,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Aquí pueden considerarse las situaciones de trabajos con contrato o a honorarios, correspondientes temporeros, cuidadores de casa, choferes y empleados del sector público. En lo que respecta a los comerciantes estos son independientes, autorregulan su trabajo y la estabilidad es acorde a sus necesidades.

Por otro lado el trabajo dueña de casa es algo instaurado socialmente y convertidas en labor adquirida y desempeñada de forma constante por la mujer.

## Calidad de la vivienda \* Padres competentes y estimuladores

Tabla de contingencia

			Padres competentes y estimuladores		Total
			si	no	
calidad de la vivienda	buena	Recuento % de calidad de la vivienda	20 50,0%	20 50,0%	40 100,0%
	regular	Recuento % de calidad de la vivienda	24 28,9%	59 71,1%	83 100,0%
	mala	Recuento % de calidad de la vivienda	1 5,9%	16 94,1%	17 100,0%
Total		Recuento % de calidad de la vivienda	45 32,1%	95 67,9%	140 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,619 <sup>a</sup>	2	,003
Razón de verosimilitudes	12,934	2	,002
N de casos válidos	140		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 5,46.

En este caso la relación de dependencia adquiere un carácter negativo, pues se asocia mayormente a las familias que no cuentan con este factor protector. Mas que a la materialidad de la vivienda se vincula con el espacio físico destinados por ejemplo a las tareas escolares o a para la conversación, que crean instancias en que ambos o uno de los padres desarrolle este factor protector de forma mas recurrente

# Capítulo V



# Conclusiones y Aprendizajes

## Conclusiones en Torno a las Temáticas.

Cuando se inició la propuesta de este seminario de título el vincular dos temáticas resultaba un poco ambicioso dada la complejidad de las temáticas a investigar. Considerando la pobreza como un fenómeno demasiado amplio al momento de buscar entender sus causas desde la perspectiva de la salud familiar que considera la salud individual y el contexto en que las personas se desenvuelven, tomando como unidad de análisis principal el sistema familiar.

El proceso de investigación llevado a cabo proporciona información que nos lleva a las siguientes conclusiones respecto a los temas Investigados:

### **Pobreza Rural**

#### ◆ **Respecto a los antecedentes socio-económicos**

Desde lo socioeconómico es posible señalar que el concepto de pobreza como carencia de recursos se vuelve más fuerte cuando se habla de pobreza rural en la Comuna de Navidad, ya que los ingresos de las familias resultan insuficientes para cubrir adecuadamente las necesidades básicas, encontrándose incluso casos de Pobreza extrema. Lo anterior se explica por dos razones: la baja escolaridad que limita la capacidad generadora de ingresos y la distancia geográfica la cual dificulta la vinculación con la comunidad y el acceso a servicios.

Lo anteriormente expuesto permite inferir que la pobreza rural en estas familias resulta casi cíclica y generada por muchos factores, en que el principal es el económico pues a partir de él se derivan sus otras expresiones.

#### ◆ **Respecto a los aspectos sociodemográficos**

Desde este aspecto es posible declarar:

- a) El analfabetismo y los bajos niveles alcanzados en Educación en la población adulta, es un patrón que se niega a continuar, configurando familias cuya meta es lograr que las nuevas generaciones alcancen niveles más altos de educación y puedan construir un futuro con mejores oportunidades laborales.
- b) El tipo de empleo se caracteriza por la actividad agrícola y los trabajos de temporada, principales actividades desarrolladas por los miembros activos de cada familia en las distintas localidades, estas no constituyen en sí una preferencia sino más bien a única alternativa dada la baja escolaridad y la escasa capacitación. Tales factores configuran familias pobres cuya característica principal es la negación de sus oportunidades de desarrollo y la no expansión de las capacidades para alcanzar niveles mínimamente aceptables.

- c) La pobreza rural se caracteriza por atenderse solo en el Sistema Público de Salud pues la mayoría de las familias cumplen sólo con los requisitos socioeconómicos para acceder a una atención gratuita o de menor costo.
- d) Insuficiente educación sexual, poco apoyo familiar y falta de orientación profesional pueden considerarse causas que se expresan en la jefatura de hogar femenina la que continuará aumentando si no se toman las medidas necesarias para que las separaciones de hecho y las madres solteras con uno o varios hijos de distintos padres dejen de ser algo recurrente en estas localidades..
- e) La pobreza como exclusión de derechos por su parte se materializa en estas familias en la falta de información, en no participar de los procesos de decisión para plantear soluciones a sus problemas y en el limitado acceso a servicios.
- f) Las familias en situación de pobreza rural investigadas difieren de los promedios sobre tamaño del grupo familiar, siendo menor al estimado en las estadísticas nacionales. La causa, además de la baja natalidad, es el aumento de la emigración campo-cuidad, lo que es inevitable dada las escasas oportunidades laborales y educacionales por lo que son mas las familias en que alguno de sus integrantes se va en busca de un empleo o para mejorar las condiciones de este.

#### **Salud Familiar**

- a) La intervención en Salud desde el consultorio Navidad es insuficiente al acercar este servicio a la comunidad, ya que no cubre todos los sectores de la misma forma, lo cual se traduce en mayores tiempos de espera por atención para el usuario de las localidades mas alejadas.
- b) La salud familiar por su parte aún no es un concepto concebido por las familias, explicar el nuevo enfoque se complejiza por que la Salud es entendida como un tema personal y de relación médico-paciente
- c) La mentalidad paternalista de los habitantes de la Comuna de Navidad convierte en responsable a la autoridad local y a la labor de los profesionales de sus malas condiciones de vida, de la irregularidad de sus controles y del desinterés por acceder a los beneficios a los que tiene derecho. Dicha situación impide el logro adecuado del bienestar en salud y alcanzar un nivel de autonomía, en que los habitantes de la Comuna logren un grado de comprensión de si mismos y de lo que esperan de su entorno en términos realistas y acordes a los recursos disponibles.

Los planteamientos expuestos son elementos que pueden convertirse en obstáculos para las futuras intervenciones en Salud Familiar donde el compromiso de la familia como un todo es primordial.

A pesar de que el panorama parece complicado para las familias de la comuna de Navidad existen elementos positivos a considerar en los dos temas investigados:

- a. La calidad de la vivienda es mayoritariamente regular pero existe una preocupación por orientar parte de los recursos familiares a mejorar su infraestructura material, por lo cual las prioridades familiares están bien enfocadas en este ámbito sociocultural. Además se debe añadir la labor de Un techo para Chile en la comuna que con su programa de habitabilidad ha mejorado la construcción de varias viviendas de las familias.
- b. Las condiciones de saneamiento si bien no son las más adecuadas no constituyen un factor de riesgo o foco de infecciones y enfermedades. El apoyo entregado por el Programa Puente es responsable de ello, pues ha logrado educar y concientizar en torno al tema.
- c. La frecuencia porcentual de los factores de riesgo es menor a lo de los factores Protectores, es decir, estos últimos predominan sobre los primeros. Los más destacados la flexibilidad, la cohesión familiar y el buen ambiente familiar, que permiten declarar que las familias de la Comuna de Navidad encuentran equilibrio y adaptación en su interior.
- d. Por último los indicadores en salud han disminuido, ya que al menos una cuarta parte de las familias asiste a sus controles y en la mitad de los casos dos de sus miembros lo hacen. Se agrega que no existen casos de mortalidad, con una población adulta bastante longeva, con una edad promedio que supera la de los pobres no rurales.

La respuesta del Gobierno a la situación de pobreza en la comuna de Navidad se hace presente a través de los programas e iniciativas señaladas, con el fin de entregar las garantías mínimas de la calidad de vida a estas familias, por lo cual hacer un correcto diagnóstico por medio de los instrumentos correspondientes, permitirá que tales derechos lleguen a estas familias que sin duda forman parte del 40% más pobre del país.

La relación entre Pobreza Rural y el Estado de Salud Familiar va mas allá de los resultados cuantitativos que no establecen relación entre estas., pero que desde lo cualitativo la influencia entre ambas es clara especialmente en lo que respecta al ingreso familiar.

Desde la experiencia en terreno y el juicio profesional es posible declarar la vinculación entre ambas temáticas pues queda claro que la pobreza dificulta aún más el logro de un funcionamiento efectivo de la familia en sus funciones y dinámica, contribuyendo a la aparición y mantención de factores de riesgo que afectan la salud familiar. La ruralidad por su parte restringe la regularidad de los controles, los tratamientos médicos y la participación social.

Finalmente se puede concluir que en mayor o menor medida para trabajar en Salud familiar se deben considerar los factores sociodemográficos, socioeconómicos y socioculturales característicos de la pobreza rural de la Comuna de Navidad y por su parte la Pobreza Rural puede encontrar en la Salud Familiar un ámbito de trabajo importante para lograr su erradicación.

### **Conclusiones en torno a la Metodología:**

La metodología empleada para el desarrollo del presente Seminario de Título responde a una investigación de carácter descriptiva-exploratoria que permitió realizar un proceso de indagación y análisis de la realidad de las familias en situación de pobreza rural de la Comuna de Navidad.

El trabajo de terreno permitió conocer a cada familia en su contexto y obtener la información de forma más directa sobre las manifestaciones de cada temática para su posterior análisis.

El trabajo investigativo aporta nuevo conocimiento a la profesión así como información a la institución patrocinante en temas atinentes a la realidad de la Comuna de Navidad y a los proyectos en el área Salud, pues un nuevo estudio podrá avanzar y profundizar a partir de los resultados obtenidos en esta investigación.

Por lo anterior se considera que la metodología empleada fue permitió dar respuesta a los objetivos de la investigación y contribuir al acervo profesional del equipo del Consultorio Navidad.

Finalmente y partir del trabajo desarrollado, es posible considerar el proceso como una fuente de conocimientos y aprendizajes que pueden ser útiles para facilitar experiencias posteriores y decisiones futuras.

## Conclusiones desde Trabajo Social:

### Trabajo Social y Competencias Profesionales

La experiencia de Seminario de Título permitió el desarrollo de las siguientes competencias profesionales (Modelo Bunk / Echeverría):

#### ◆ Competencias personales

- **Autonomía Profesional:** sea en un trabajo conjunto o individual resulta primordial desarrollar la capacidad de tomar decisiones de manera oportuna y acorde con las prioridades de cada etapa del proceso que se esté llevando a cabo.

- **Adaptabilidad:** Como trabajador/ a Social en el área Rural es necesario, ser flexible y poseer la capacidad de adecuarse al contexto y al perfil de los habitantes con la apertura profesional y sensibilidad para trabajar con las familias y la comunidad en torno a sus particulares necesidades y exigencias.

- **Habilidades Comunicacionales:** el establecer una buena relación con los miembros de la familia requiere poner en práctica habilidades como la capacidad de escuchar, el respeto y la empatía, sobre todo al enfrentar situaciones en que existen juicios de valor negativos hacia el Trabajo Social y el rol de las autoridades locales, que retrasan el logro de un feedback positivo.

- **Manejo de Recursos:** La Vinculación con Profesionales del Ámbito Social, Agrícola y de la Salud constituye una buena fuente de información primaria que permite aprovechar el conocimiento del recurso humano que forma parte de las principales instituciones de la comunidad. Además en un contexto en que la labor se ve dificultada por la distancia geográfica el no contar con medio de transporte para el acercamiento a las localidades, una oportuna gestión de redes permite hacer uso de los escasos recursos existentes.

- **Disponibilidad:** deriva de lo expuesto en la competencia anterior, pues ante tal situación se debe estar siempre listo para actuar o acudir cuando se es requerido. Se debe aprovechar cualquier instancia que facilite la labor y permita sobre todo optimizar tiempos.

- **Compromiso:** como profesional el compromiso que se adquiere al iniciar cualquier proyecto no es solo con los beneficiarios directos, sino también con la institución que respalda pues se debe responder a sus lineamientos y metas, así como también cumplir con las expectativas surgidas en torno a lo que se ha buscado lograr con la experiencia.

- **Proactividad:** todo/a Trabajador/a Social debe poseer esta competencia que va mas allá de asumir responsabilidades o tomar decisiones, significa ser capaz de crear oportunidades, concretar ideas y actuar con decisión y determinación cuando de alcanzar objetivos se trata. No se puede estar en la pasividad en espera de la una orden, es necesario saber actuar asertivamente.

#### ◆ **Competencias Técnicas**

En el contexto Rural y de Salud la información es escasamente entregada de forma equitativa y regular a toda la población por lo que es necesario poseer una preparación que junto a las bases conceptuales de las Ciencias Sociales, conocer los servicios que entrega la Institución en la cual se enmarca la labor y los conocimientos respecto a los ámbitos de investigación que permita desempeñar el Rol de educadora social informal mas eficientemente.

La labor de Trabajo Social por lo tanto requiere de una actualización permanente en Políticas Sociales vinculadas a la población mas vulnerable, así como poseer Conocimiento en otras áreas profesionales como la Salud, que hará posible satisfacer la necesidad de entendimiento de los miembros de la familia y entregar respuestas con una Visión Integradora de las dudas y problemas que puedan manifestar

#### ◆ **Competencias Metodológicas**

- **Elaboración de planes de contingencia:** no sólo en intervención se debe considerar esta competencia, el proceso de investigación conlleva muchas situaciones en que los recursos pueden fallar o no ser lo suficientes para construir o levantar la información de manera adecuada por lo que siempre debe existir una opción que no de por perdido el tiempo de trabajo.

- **Teoría – Práctica:** Nunca en ningún ámbito de la labor profesional se debe olvidar la concordancia que debe existir entre ambas etapas de un proceso. Lo fundamental es saber que recoger del amplio bagaje teórico para construir de forma correcta las bases e instrumentos que permitan una buena praxis.

El Trabajo Social debe desarrollar además, la capacidad de buscar más allá de lo que los postulados indican y construir información perfeccionando la investigación con ayuda de técnicas como la observación. Así será posible continuar enriqueciendo el campo teórico-práctico de la profesión.

#### ◆ **Competencias Participativas**

La tarea de Trabajo Social en Salud familiar implica un trabajo multidisciplinario que resulta primordial para una adecuada intervención, permitiendo demostrar las potencialidades en diversos espacios y compartir herramientas y

conocimientos con otros profesionales para elaborar así un mejor diagnóstico familiar.

Pero un trabajo multidisciplinario no es posible si el Departamento de Salud y el Consultorio de la Comuna Navidad no construyen pronto los lineamientos institucionales para el trabajo con familias y trabajan por mejorar las condiciones de acceso a la salud, que contribuirían conjuntamente a disminuir la negativa percepción de las personas en torno a algunos profesionales en el área.

La labor de Trabajo Social en zonas rurales pobres desde el ámbito Salud implica además la capacidad de asumir desafíos, pues se enfrenta a factores desconocidos y no mencionados en la teoría, y requiere la preparación en áreas diametralmente distintas a las de Trabajo Social con el fin de entregar una atención más integral y acorde a las verdaderas necesidades de las familias de la Comuna.

Finalmente solo queda señalar que las competencias expuestas sólo son parte de las grandes capacidades que se pueden descubrir y desarrollar en la labor profesional. Un Saber por perfeccionar en el Futuro Profesional que como Trabajador Social buscará en su Hacer alcanzar un cambio social en que la pobreza Rural no quede olvidada tras la indigencia y pobreza de las zonas urbanas y las Salud Familia se convierta en una forma de posibilitar el cambio de mentalidad de las familias de la Comuna de Navidad en la responsabilidad que les corresponde en su Estado de Salud.

### Aprendizajes

- Respecto a la pobreza Rural y la Salud familiar:

Respecto a la Fuente de Información la experiencia desde Salud con familias en situación de pobreza rural genera dos aprendizajes:

1. Al hablar de pobreza y sus factores la información entregada por las familias muchas veces es modificada en relación a la realidad y se puede hablar también de omitir información en algunos aspectos. Y es que la necesidad por obtener algo a cambio es un factor común en todas las familias que buscan, en cada instancia de vinculación con las instituciones locales, información y poder sacar alguna utilidad económica o material inmediata derivada de la labor que se realiza en terreno, pues les resulta extraño entender un proceso que involucre dar a conocer tantos aspectos internos de la familia sin que tenga un fin que se materialice.
2. Contrario a lo anterior en lo que respecta a Salud son claros y descriptivos buscando a la vez orientación sobre los problemas y dolencias que no han controlado.

- Respecto a Trabajo Social en la Institución

Destacan las habilidades personales de la profesional en un trabajo coordinado y de retroalimentación con profesionales del área de la Salud y la preocupación por actualizar sus conocimientos en Salud Familiar, características que unidas al buen desempeño de sus funciones en la consulta social constituyen un referente a seguir.

Si bien como alumna seminarista no existió un trabajo regulado y supervisado constantemente se procuró informar oportunamente de los procesos que se estaban llevando a cabo en terreno los cuales fueron apoyados por la Institución.

- Respecto a las Experiencia de Seminario de Título

**- Metodología de tesis:**

El proceso metodológico fundado en 4 etapas principales permitió establecer objetivos concretos a corto plazo en virtud del plazo final de entrega de Seminario de Título.

El trabajar bajo el paradigma cuantitativo y utilizar técnicas cualitativas y cuantitativas constituyó un gran desafío especialmente en esta última donde el apoyo docente y la búsqueda bibliográfica fue crucial para poder construir un

instrumento que respondiera responder de forma coherente a los objetivos planteados.

El apoyo y orientación de la Profesora Guía y otros académicos convirtió el proceso en un descubrir en el hacer ampliando los conocimientos y aprendizajes.

Lo principal durante el proceso fue responder a cada etapa en cada una de sus fases y en relación al tiempo programado para su cumplimiento.

#### **- Competencias Necesarias:**

Un trato calido y empático resultaran cruciales, tales habilidades no deben jamás obviarse en el trabajo en zonas rurales donde las personas son mas susceptibles a las expresiones y al tipo de comunicación que podamos entregarle.

En segundo lugar mantenerse informada, pues la investigación en terreno convirtió a la alumna en una de las pocas fuentes inmediatas de información, por lo cual lectura de diarios, noticias, repaso de conceptos, información sobre beneficios sociales y conocer el funcionamiento del Consultorio Navidad y los servicios que este presta a los usuarios fue lo principal en este ámbito.

Lo anterior deja claro que no basta con saber sobre un área específica o dos, un/a Trabajador/a Social debe estar capacitado en distintas temáticas para dar respuesta a la comunidad, pero sobre todo para que el sentimiento de decepción o e ignorancia disminuya.

#### **- Trabajo autorregulado por la estudiante**

Se refiere principalmente a que el realizar el Seminario de Titulo individualmente significo mayor trabajo, tiempo y uso de recursos unidos a la organización adecuada priorizando las actividades vinculadas con las etapas del proceso de investigación a otras de carácter personal.

#### **-Valores que encarna el trabajo de salud con pobreza rural y el compromiso profesional**

Al culminar este proceso se comprende de mejor forma el por que se tomó este camino profesional, no existe otra carrera que brinde la satisfacción que esta entrega, la retribución personal que se logra al transmitir a la persona al informarla, orientarla, aconsejarla demuestra lo importante de nuestra labor y valor de nuestra palabra. El empoderarse del rol de Trabajadora Social en el ser y el hacer y descubrir habilidades técnicas, personales, metodológicas olvidadas en algún rincón de nuestro amplio espectro de conocimiento adquirido en la formación académica, comprometen, reencantan y reformulan los principios personales y profesionales que guían el actuar, en base a los valores y principios éticos inculcados durante los años de formación, que prevalecen y se manifiestan en el Hacer.

## **Recomendaciones**

### ***- Para los que trabajen en estas temáticas:***

Es importante que el Trabajador social en lo que respecta a Pobreza Rural desarrolle un buen trabajo en red, una buena gestión de Recursos y una mejor educación comunitaria. Lograr que el concepto de acceso universal se obtenga de forma igualitaria y en virtud de los recursos disponibles para que las familias en riesgo accedan a lo que por derecho les corresponde.

Por lo tanto lo principal es llevar a la práctica ideas para descentralizar la información y sobre todo orientar a la población entorno a que esta pasando en el país especialmente respecto a las nuevas políticas sociales que se han creado e instaurado a nivel local y nacional.

Educar a la comunidad significa orientar y guiar, alejándose del paternalismo, conceder a las personas ser artífices de su propio desarrollo, incentivando así la autonomía personal y el desenvolvimiento de las capacidades personales.

Por su parte en Salud Familiar que inicia sus lineamientos y comienza a construir teorías, es necesario considerar las zonas rurales en la elaboración de sus fundamentos pues estos se construyen en base a la realidad urbana, obviando factores puntuales y característicos de la pobreza rural. Se recomienda en la labor de Trabajo Social reformular las ideas establecidas y crear instrumentos que consideren todos los aspectos de pobreza rural relacionados con la salud familiar.

### ***-Para implementar en el equipo de salud del Consultorio Navidad:***

Aunque aún no se cuenta con la infraestructura y profesionales necesarios el Consultorio Navidad puede trabajar en Salud Familiar enfocando bien los recursos materiales disponibles, creando espacios de educación y coordinando el equipo de salud de forma correcta. En términos concretos podría traducirse en hacer uso de las redes de Apoyo como la Ilustre Municipalidad de Navidad y los espacios físicos con los que esta cuenta. Aprovechar los días de pago del Subsidio Único Familiar para crear actividades de promoción de la Salud y Prevención de conductas de riesgo. Organizar en forma conjunta con los establecimientos educacionales Ferias de la Salud, que según la experiencia obtenida en las prácticas profesionales en el área, educa transversalmente a la población a la cual va dirigida así como también a los estudiantes los cuales además conforman los grupos familiares que se busca concientizar. La labor requiere ser creativo y coherente a las necesidades y problemáticas reales en Salud de las Familias.

Por último un buen trabajo multidisciplinario, que entregue una retroalimentación positiva entre los distintos profesionales ayudará a construir un diagnóstico familiar que logre llegar a las subyacentes de los problemas para una intervención más efectiva y acorde las verdaderas necesidades de las familias de la comuna.

# Anexos

**Tabla 1-. Estado de Salud de las Familias en Situación de Pobreza Rural de la Comuna de Navidad.**

La información que a continuación se presenta es en base a los datos recavados al aplicar la Ficha de Salud Familiar y está construida sobre las respuestas de los miembros de cada grupo familiar al consultar por su Estado de Salud. Los Resultados entregan Enfermedades diagnosticadas, Asistencia a controles preventivos y Dolencias, malestares continuos y deterioro de sentidos que no han sido tratadas o han interrumpido tratamiento, por lo cual en muchos casos la denominación médica de la aflicción no es mencionada con nombre específico sino en torno a la parte del cuerpo que afecta.

### Simbología

**+** Integrante del grupo familiar (Quién) :

**Jh:** Jefe de Hogar

**Cónyuge:** pareja esposa o conviviente

**Hijo:** hijo

**Otro:** nieto, abuelo, hermano, sobrino

**+** Asistencia Control

**58**

Todos los integrantes de la familia se controlan

**69**

No todos los miembros del grupo familias se controlan o acuden por asistencia médica.

**13**

Familias en que ninguno de sus integrantes se asiste a sus controles médicos o considera la atención médica en caso de malestar.

**-Tabla 1-**

Ficha Familiar	Quien	Enfermedad	Se controla
1	Jh	Colesterol	si
	Hijo	Resfrio Común	si
2	Jh	Accidente Vascular	si
	conyuge	Gastritis	si
3	Hijo	Epilepsia	si
4	conyuge	Artrosis a la rodilla	no
		Tendinitis	si
		Gastritis	si
5	Jh	Hipertensión	no
	conyuge	Gastritis	si
		Asma	si
		Bronquitis Crónica	si
6	Jh	Glaucoma	si

	conyuge	Depresión	si
	Hijo	Epilepsia	si
	Hijo	Epilepsia	si
	Hijo	Esquizofrenia	si
7	conyuge	Hipertensión	si
		Depresión	si
		Problemas Estomacales consecuencias	si
		Alcoholismo	no
8	jh	Hipertensión	si
		Desgaste óseo	si
	hijo	Hipertensión	si
		Enfermedad Mental	si
9	jh	Hipertensión	si
		Diabetes	si
	conyuge	Hipertensión	si
10	conyuge	Hipertensión	si
		Artritis	si
		Depresión	si
	hijo	Dolencias musculares	no
	hijo	Asma	no
11	jh	Hongos manos	no
		Problemas Oído	no
		Fractura Cadera	no
	conyuge	Artrosis	no
		Hipertensión	si
	hijo	Miopia	si
	hijo	Conjuntivitis	no
12	jh	Artrosis a la Columna	no
13	jh	Artrosis	si
		Hipertensión	si
	conyuge	Cardiacos	si
		Embolia Cerebral	si
14	jh	Diabetes	si
		Erpes	si
		Colesterol	si
	conyuge	Colesterol	si
		Dolencias musculares	no
15	jh	Artritis	no
		Resfrio Común	no
	conyuge	Diabetes	si
		Dolor Abdominal	si
16	jh	Artrosis	si
17	conyuge	Control mujer	si
	hijo	Control sano	si
18	jh	Sobrepeso	no
		Duelo	si
	hijo	Sobrepeso	si
		Duelo	si
19	jh	Problemas Corazón	si
	conyuge	Diabetes	si
		Hipertensión	si
		Artrosis a la Columna	si
	hijo	Perdida Memoria	si
20	jh	Hipertensión	si
	conyuge	Hipertensión	si
	hijo	Paralisis Cerebral	si
21	jh	A.S	si
	conyuge	A.S	si
22	jh	Hipertensión	si
		Colesterol	si
		Dolores musculares	no

	conyuge	Hipertensión	si
		Depresión	si
		Colesterol	si
		Soplo al Corazón	si
23	conyuge	Control mujer	si
	hijo	Control sano	si
		Sobrepeso	si
24	jh	Perdida Visión	si
	hijo	Resfrio Común	si
		Control sano	si
25	jh	Fractura Pie	no
		Úlcera Gastrica	no
	conyuge	Hipertensión	si
		Colesterol	si
	hijo	Fractura Pie	no
	otro	Diabetes	no
26	jh	Cálculo	si
		Control Adulto Mayor	si
	conyuge	Epilepsia	si
		Hipertensión	si
27	jh	Asma	si
		Astigmatismo	no
28	conyuge	Varices	si
		Hipertensión	si
		Sobrepeso	no
	otro	Paralisis Cerebral	si
29	jh	Dolores musculares	no
		Caries	no
	conyuge	Caries	no
		Resfrio Común	no
	hijo	Control sano	si
30	jh	Reumatismo	no
	conyuge	Dolencias musculares	no
	hijo	Hipertensión	si
31	jh	Diabetes	si
		Hipertensión	si
		Artrosis	si
	hijo	Hipertensión	si
		Problemas Corazón	si
		Dolor óseo	si
32	jh	Dolencias musculares	si
	hijo	Alcoholismo	no
33	jh	Control mujer	si
	hijo	Enfermedad a la Pelvis	si
		Problemas de Aprendizaje	si
34	jh	Perdida Visión	si
		Hipertensión	si
	conyuge	Hipertensión	si
	hijo	Epilepsia	si
		Anemia	si
	hijo	Displacia a la cadera	si
		Peritonitis	si
35	jh	Hipertensión	no
	conyuge	Resfrio Común	si
	hijo	Cataratas	si
		Problemas de Aprendizaje	si
36	jh	Asma	si
	conyuge	A.S	no
	hijo	Resfrio Común	si
	hijo	Resfrio Común	si

37	jh	Diabetes	si
		Perdida Visión	si
	hijo	Depresión	si
		Perdida Visión	si
		Dolores musculares	no
		Problemas a la piel	no
	hijo	Paralisis Facial	si
	otro	Problemas de Aprendizaje	no
38	jh	A.S	no
	conyuge	Hipertensión	si
		Control mujer	si
	hijo	Control sano	si
39	jh	Hipertensión	si
		Artrosis	si
	conyuge	Artrosis a la Columna	si
		Problemas Corazón	si
	otro	Diabetes	si
		Parkinson	si
		Artrosis	si
	otro	Miopia	no
	Depresión	si	
40	jh	Hipertensión	si
		Problemas Corazón	si
		Perdida Visión	si
		Artritis	si
	conyuge	Asma	si
	otro	Hemorragia Prostata	si
	Bronquitis	si	
41	conyuge	Soriasis	si
		Hipertiroidismo	si
		Hipertensión	si
42	jh	Diabetes	si
		Hipertensión	si
43	jh	Diabetes	si
		Colesterol	si
		Artritis	si
44	jh	A.S	no
	conyuge	Hipertensión	si
	hijo	A.S	no
45	jh	problemas a la vista	si
46	jh	problema a la prostata	no
	conyuge	Quistes	no
		Colesterol	no
		Hipertensión	no
	hijo	Epilepsia	no
47	jh	Control mujer	no
	hijo	A.S	no
48	jh	A.S	no
	conyuge	Dolencias musculares	no
	hijo	A.S	no
	hijo	Resfrio Común	si
49	jh	problema a los huesos	si
		Hipertensión	si
	conyuge	problemas a la vista	no
50	jh	Fractura Pie	no
		Dolores musculares	no
51	jh	siatica	si
		Hipertensión	si
	conyuge	problema a los huesos	si

52	jh hijo	Lumbago A.S	no no
53	jh conyuge hijo hijo	Fractura brazo artrosis a los huesos Asma Asma columna desviada problemas a la vista	si si si si no no
54	jh j conyuge	Asma Lumbago Gastritis problemas a los pulmones Bronquitis Crónica Hipertensión LCFA	si si si si si si si
55	jh conyuge	Ernia problemas a la vista	si si
56	jh	Depresión	si
57	jh conyuge hijo otro	Dolores musculares Control mujer Control mujer Escoliosis control sano	no si si no si
58	jh conyuge otro	Alcoholismo Atrofia a las rodillas Prolapso Tendinitis a.s	si si si si no
59	jh hijo	Hipertensión artrosis Escoliosis estravismo	si no si si
60	jh conyuge hijo hijo	A.S Colitis viscerosa Miopia Dolores musculares	no si si no
61	jh otro	A.S A.S	no no
62	jh conyuge	Perdida Visión dolores estomacales	no si
63	jh conyuge	Fractura brazo úlceras fractura pierna dolor rodilla trastornos del sueño calculos renales controles psicologa dolor columna	no no no no si no no no
64	jh conyuge	Diabetes Hipertensión Neurosis crónica Hipertensión Artrosis extremidades	si si si si si
65	jh conyuge hijo	Paralisis Facial Hipertensión Hipertensión Control mujer A.S	si si no no no
66	jh conyuge	post operatorio vesicula Diabetes Hipertensión	si si si

		Control mujer	si
67	jh	Hipertensión	si
		Colesterol	si
		Fractura	no
	otro	Hipertensión	si
		Artritis reumatoide	si
	otro	Hipertensión	si
68	jh	Dolores musculares	si
	conyuge	Hipertensión	si
		Colesterol	si
		Control mujer	si
	hijo	Resfrio Común	no
	hijo	Resfrio Común	no
69	jh	Miopia	no
	hijo	Adenoides	si
70	jh	A.S	no
	conyuge	admidalitis crónica	si
		Problemas Corazón	si
	hijo	fractura pierna	no
71	jh	A.S	no
	conyuge	Erpes	si
		Manchas en la piel	no
72	jh	Depresión	si
		perdida de la memoria	si
73	jh	Paralisis Facial	si
		Hipertensión	si
		Colesterol	si
		Ulcera Gastrica	si
	conyuge	Hipertensión	si
		Tendinitis	si
	hijo	A.S	si
74	jh	problemas a la vista	no
75	jh	Dolencias musculares	no
	conyuge	Esquizofrenia	no
	hijo	post opertorio	si
	hijo	control sano	si
76	jh	A.S	no
	conyuge	Diabetes	no
		Epilepsia	si
		Control mujer	si
	hijo	problema a la columna	si
		Control mujer	si
77	jh	Hipertensión	si
		Esofarigitis	si
		Dolores musculares	si
	hijo	Resfrio Común	si
	otro	A.S	si
78	jh	Silicosis	si
	conyuge	Hipertensión	si
		Diabetes	si
		Artrosis	si
	hijo	Ernia	no
79	jh	Dolores musculares	no
	conyuge	dolores estomacales	no
80	jh	Ernia	no
		Hipertensión	si
	conyuge	Control mujer	si
	hijo	Problemas Oído	si
	hijo	problemas a la vista	si
81	jh	Ernia	no
		Hipertensión	si
	conyuge	Hipertensión	si

		Colesterol	si
		Sobrepeso	si
		Dolores musculares	no
82	jh	post operatorio vesicula	no
		Dolores musculares	si
	conyuge	Control mujer	si
	hijo	problema a la columna	si
83	jh	Hipertensión	si
	conyuge	Control mujer	si
	hijo	A.S	si
84	jh	Hipertensión	si
	hijo	A.S	si
	otro	A.S	si
85	jh	Hipertensión	si
		Colesterol	si
	conyuge	Control mujer	si
	hijo	A.S	si
	hijo	A.S	si
86	jh	Hipertensión	si
		gota	no
		dolor oseos	si
		fractura columna	si
		perdida piezas dentales	no
	conyuge	perdida piezas dentales	no
		Hipertensión	si
		Problemas Corazón	no
		artrosis cadera	si
	hijo	Control mujer	no
	otro	control sano	si
87	jh	A.S	no
	conyuge	Hipertensión	si
		Colesterol	si
		problemas a la vista	no
	hijo	Control mujer	si
	hijo	fractura	si
	hijo	A.S	si
88	jh	Diabetes	no
		cancer al estómago	no
		problemas la hígado	no
89	jh	A.S	no
	conyuge	Control mujer	si
	hijo	problemas a la vista	no
	hijo	A.S	si
	hijo	A.S	si
90	jh	A.S	no
	conyuge	Control mujer	no
	hijo	A.S	no
	otro	control sano	si
91	jh	Diabetes	si
		Hipertensión	si
		Colesterol	si
	conyuge	Colesterol	si
		Control mujer	si
	hijo	A.S	si
	hijo	dental	si
92	jh	Úlcera Gastrica	si
	conyuge	Hipertensión	si
		Diabetes	si
		Colesterol	si
		Varices	no
		problemas a la vista	no
93	jh	Control mujer	si

		post operatorio	si
	hijo	Manchas en la piel	no
		Manchas en la piel	no
		Sobrepeso	no
94	jh	Hipertensión	si
95	jh	Hipertensión	si
	conyuge	Hiperuricemia	si
		Hipertensión	si
96	jh	Hipertensión	si
		colon irritable	si
97	jh	A.S	no
	conyuge	Asma	no
		Control mujer	si
	hijo	Quistes	si
		taquicardia	si
	hijo	Asma	si
	hijo	problemas a la vista	no
	otro	control sano	si
		Problemas Corazón	si
98	jh	Control mujer	si
	conyuge	Infeccion urinaria	si
	hijo	control sano	si
99	jh	Diabetes	si
	conyuge	Colesterol	no
		perdida de la memoria	si
		problemas a los huesos	si
	hijo	Control mujer	no
	hijo	Depresión	no
	hijo	presion baja	no
	otro	control sano	no
		columna desviada	no
100	jh	Dolores musculares	si
		Hipertensión	si
		tos constante	si
	conyuge	Fractura Cadera	no
		Colesterol	si
		Dolores musculares	no
101	jh	Depresión	si
102	jh	Problemas Corazón	no
		problemas para respirar	no
	conyuge	Depresión	si
		Control mujer	si
	hijo	A.S	no
	hijo	A.S	no
103	jh	Varices	no
		fractura pierna	no
104	jh	Hipertensión	si
	conyuge	Hipertensión	si
		Control mujer	si
	hijo	asma cronica	si
	hijo	asma cronica	si
	hijo	asma cronica	si
		controll sano	si
105	jh	lumbago	si
	conyuge	timpanos rotos	si
	hijo	A.S	si
	hijo	A.S	si
106	jh	A.S	no
	conyuge	Depresión	si
	hijo	A.S	no
	hijo	A.S	no
107	jh	Colesterol	si

		Control mujer	si
	conyuge	A.S	no
108	jh	Diabetes	si
		Hipertensión	si
	conyuge	Diabetes	si
		Hipertensión	si
	hijo	Hipertensión	si
		Control mujer	si
	otro	control sano	si
		asma cronica	si
109	jh	Dolores musculares	no
		dental	no
		Alcoholismo	no
	conyuge	A.S	no
110	jh	A.S	si
	otro	deficiencia mental	si
111	jh	A.S	no
	conyuge	Depresión	no
	hijo	Miopia	no
	hijo	A.S	si
112	jh	artrosis	si
		Hipertensión	si
		Diabetes	si
		Colesterol	si
	conyuge	fuma	no
		Paralisis Facial	si
		Colesterol	si
	hijo	Hipertensión	si
		lumbago	si
		dolor al pecho	si
113	jh	problemas a los riñones	si
		Hipertensión	si
		bronquitis	si
114	jh	A.S	no
	conyuge	Depresión	si
	hijo	A.S	si
115	jh	Escoliosis	si
		Problemas Corazón	si
	conyuge	Hipertensión	si
		Colesterol	si
116	jh	Hipertensión	si
		Colesterol	si
		problemas a la vista	si
		Resfrio Común	si
117	jh	A.S	si
	conyuge	Hipertensión	si
		colon irritable	si
		Colesterol	si
		Control mujer	si
	hijo	Hipertensión	si
	hijo	A.S	si
	hijo	A.S	si
	hijo	asma	si
118	jh	A.S	no
	conyuge	Hipertensión	si
		Control mujer	si
	hijo	A.S	si
	hijo	control sano	si
119	jh	perdida de la audición	si
		problemas a la prostata	si
		Problemas Estomacales	si
	conyuge	Hipertensión	si

		Gastritis	si
120	jh conyuge	problemas a los riñones Colesterol Control mujer	no si si
121	jh	Diabetes Hipertensión	si si
122	jh conyuge	Cáncer Hipertensión espolones en los pies	si no no
123	jh	Diabetes Hipertensión Neuralgia	si si si
124	jh  hijo	Hipertensión Diabetes Síndrome de Down	si si si
125	jh conyuge	A.S Control mujer	si si
126	jh conyuge  hijo hijo	Diabetes Hipertensión Colesterol Gastritis Control mujer A.S A.S	si si si si si si si
127	jh  hijo hijo otro	Diabetes problemas a la vista problemas a la cadera A.S Epilepsia Úlcera Gastrica	si no si si si si
128	jh	artrosis Prolapso Ernia Depresión Hipertensión	si si si si si
129	jh	problemas a la cadera dolor al pecho	si no
130	jh conyuge	Hipertensión Hipertensión Colesterol Control mujer	si si si si
131	jh conyuge  hijo hijo hijo otro	Alcoholismo Colesterol Control mujer A.S Control mujer Tartamudo control sano	no si si no si no si
132	jh  otro	Dificultades lenguaje Obesidad Retraso mental Retraso mental	no si si no
133	jh  conyuge  hijo	problemas a la prostata Ernia Hipertensión asma Sobrepeso Control mujer síndrome menopausia A.S	si no si si si si si si
134	jh conyuge	A.S crisis de pánico	no si

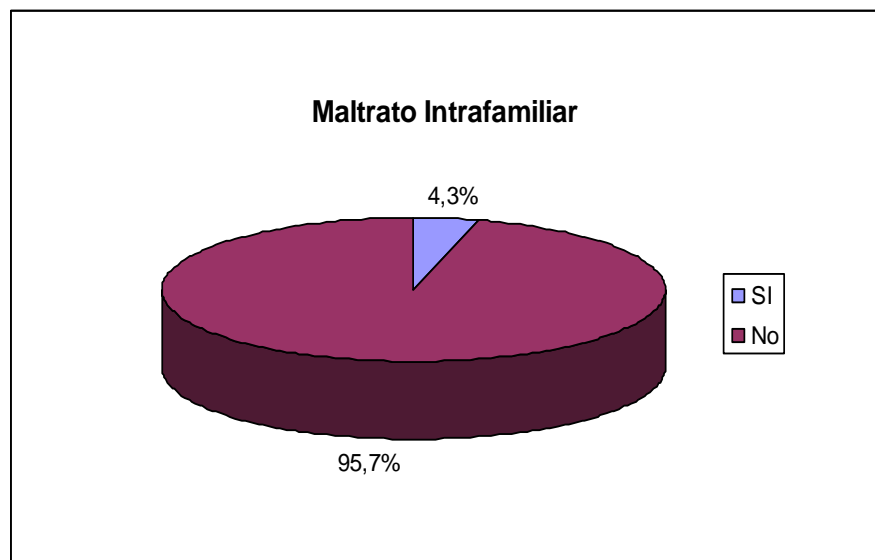
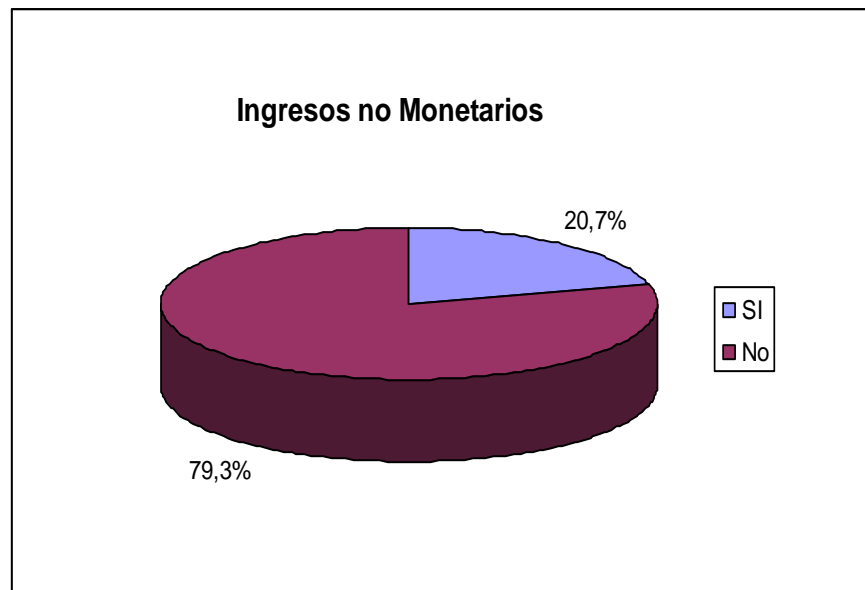
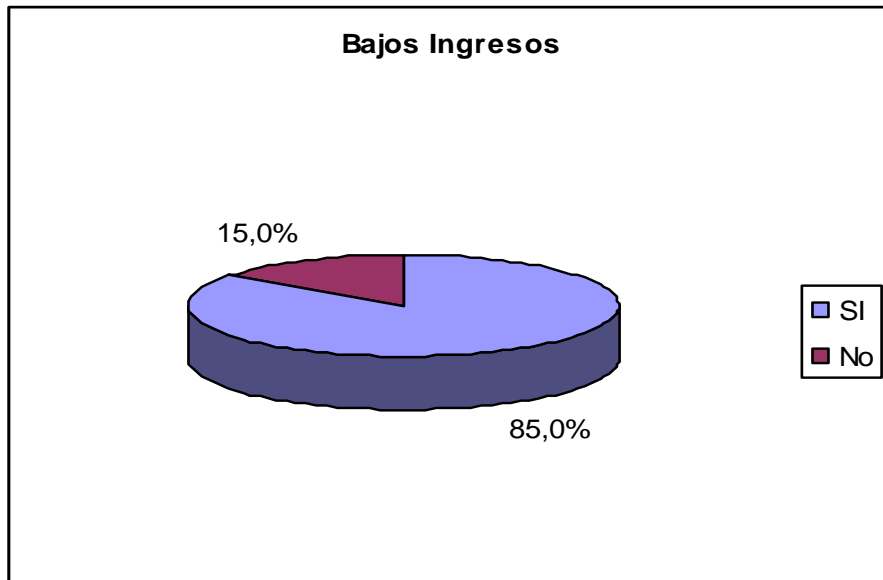
	hijo	A.S	no
	hijo	A.S	si
135	jh	Epilepsia	si
		Control mujer	si
	hijo	Displacia a la cadera	si
		Control mujer	si
	hijo	A.S	si
	hijo	control sano	si
	hijo	A.S	si
	hijo	A.S	si
136	jh	Parkinson	si
	conyuge	Hipertensión	si
		Control mujer	no
		Colesterol	si
	otro	A.S	si
137	jh	Quistes	si
		dolores estomacales	no
	conyuge	artritis a los huesos	no
		Asma	si
		Problemas Corazón	si
		Dolencias musculares	no
138	jh	Carpiano	no
	otro	Ernia	no
139	jh	A.S	no
	conyuge	Hipertensión	si
		Tumor a la pierna	si
		Control mujer	si
		Mioma	si
140	jh	Control mujer	si
	conyuge	asma	no
	hijo	A.S	si
	hijo	A.S	si
		control sano	si

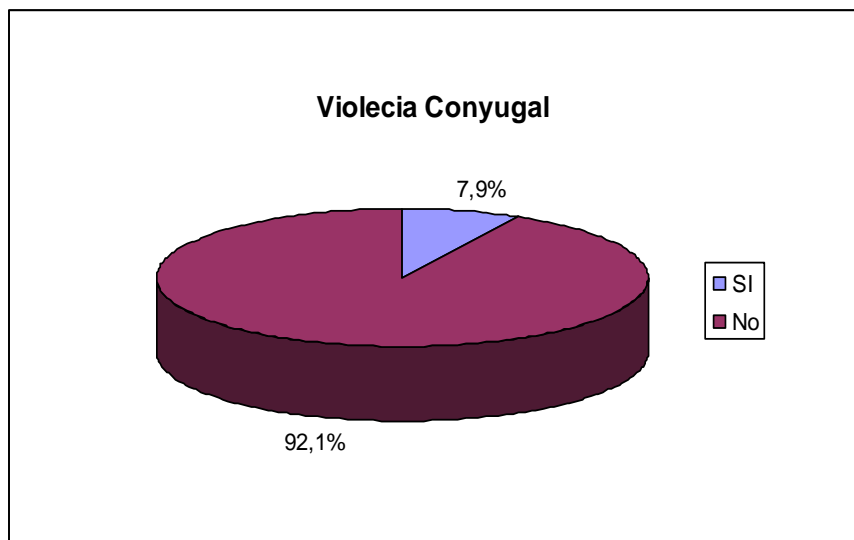
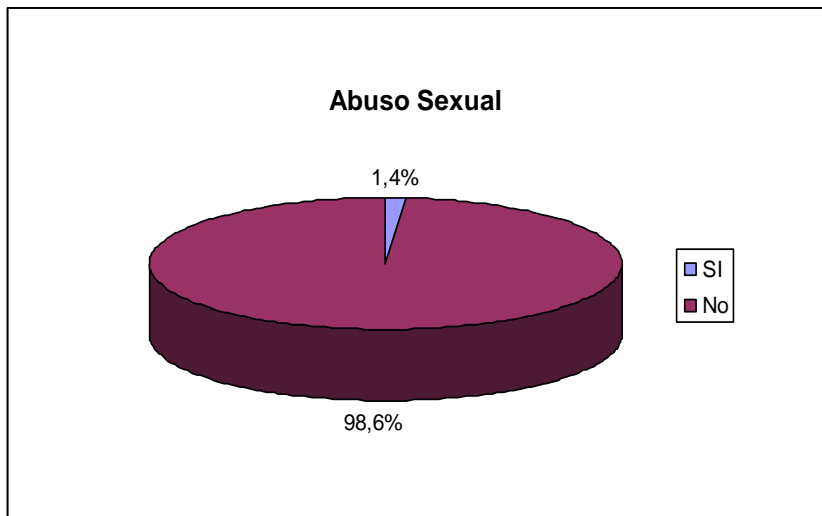
**Tabla 2.- N° Total Patologías y Problemas de Salud declarados por los Integrantes de las Familias en situación de pobreza rural de la Comuna de Navidad**

<b>Patología/Problema</b>	<b>N° de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Alcoholismo	5	0,8%
Accidente Vascular	1	0,2%
Adenoides	1	0,2%
Admidalitis	1	0,2%
Anemia	1	0,2%
Artrosis	14	2,6%
Artrosis (columna , rodilla)	17	2,8%
Aparentemente Sanos	69	11,6%
Asma	18	3%
Astigmatismo	1	0,2%
Atrofia Muscular	1	0,2%
Bronquitis	4	0,7%
Calculo Renal	2	0,7%
Control Adulto Mayor	1	0,3%
CANCER	2	,0,2%
Cardiopatía	1	0,3%
Caries	2	0,2%
Carpiano	1	0,3%
Cataratas	1	0,2%
Control Mujer	43	7,3%
Colesterol Alto	30	5%
Colitis	1	0,2%
Colon Irritable	2	0,3%
Columna Desviada	2	0,3%
Conjuntivitis	1	0,2%
Crisis de Pánico	1	0,2%
Control Sano	18	0,3%
Deficiencia Mental	1	0,2%
Problemas dentales	2	0,3%
Depresión	15	2,5%
Desgaste óseo	1	0,2%
Diabetes	26	4,4%
Dificultades en el Lenguaje	1	0,2%
Desplacia	2	0,3%
Dolencias Musculares	21	3,5%
Dolor abdominal constante	4	0,7%
Dolor huesos	2	0,3%
Dolor pecho	2	0,3%
Dolor Espalda	1	0,2%
Dolor Rodilla	1	0,2%
Duelo	2	0,3%
Embolia Cerebral	1	0,2%
Enfermedad Mental	2	0,3%
Enfermedad a la pelvis	1	0,2%
Epilepsia	9	1,5%
Ernia	7	1,2%
Erpe	2	0,3%
Escoliosis	3	0,5%
Esquizofrenia	2	0,3%
Esofaringitis	1	0,2%
Espolones (pies)	1	0,2%
Estrabismo	1	0,2%
Fractura	4	0,7%
Fractura Cadera	2	0,3%
Fractura pie	6	1%
Fumador	1	0,2%
Gastritis	6	1,0%
Glaucoma	1	0,2%

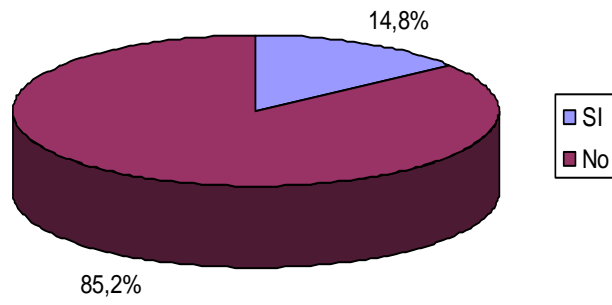
Gota	1	0,2%
Hipertensión	88	14,8%
Hiperuricemia	1	0,2%
Hipertiroidismo	1	0,2%
Hongos	1	0,2%
Infecciones	1	0,2%
Quistes	3	0,5%
LCFA	1	0,2%
Lumbago	4	0,7%
Manchas en la piel	3	0,5%
Problemas por Menopausia	1	0,2%
Mioma	1	0,2%
Miopía	5	0,8%
Neuralgia	1	0,2%
Neurosis	1	0,2%
Obesidad	1	0,2%
Paralasis Facial	4	0,7%
Parálisis Cerebral	2	0,3%
Parkinson	2	0,3%
Perdida Auditiva	1	0,2%
Perdida piezas dentales	2	0,3%
Perdida memoria	3	0,5%
Perdida Visión	18	3%
Peritonitis	1	0,2%
Perdida Auditiva	1	0,2%
Perdida piezas dentales	2	0,3%
Post Operatorios	4	0,7%
Presión arterial baja	1	0,2%
Problemas para el aprendizaje	3	0,5%
Problemas a la cadera	2	0,3%
Problemas a la Columna	2	0,3%
Problemas al corazón	10	1,8%
Problemas al estomago	2	0,3%
Problemas al Hígado	1	0,2%
Problemas a los huesos	3	0,5%
Problemas a la piel	1	0,2%
Problemas al pulmón	1	0,2%
Problemas a la espalda	1	0,2%
Problemas a la espalda	2	0,3%
Prolapso	2	0,3%
Problemas Próstata	4	0,7%
Resfrío común	12	2,0%
Retraso Mental	2	0,3%
Reumatismo	1	0,2%
Síndrome de Down	1	0,2%
Ciática	1	0,2%
Silicosis	1	0,2%
Sobrepeso	7	1,2%
Soplo al corazón	1	0,2%
Soriasis	1	0,2%
Taquicardia	1	0,2%
Tartamudez	1	0,2%
Tendinitis	2	0,3%
Tímpano Roto	1	0,2%
Tos constante	1	0,2%
Trastornos del Sueño	1	0,2%
Tumor	1	0,2%
Ulcera	5	0,8%
Varices	3	0,5%
	604	

**GRÁFICOS PORCENTUALES**  
**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES**

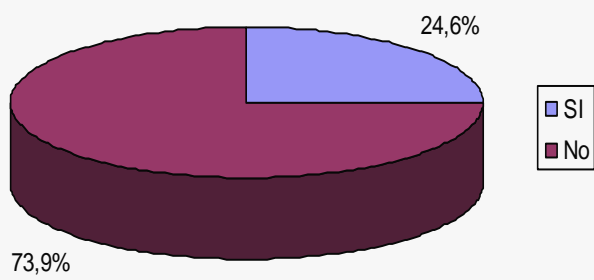




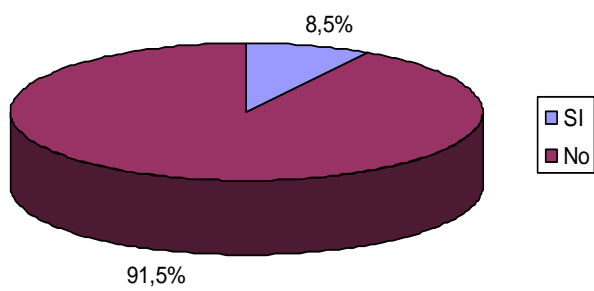
### Separación de los Padres

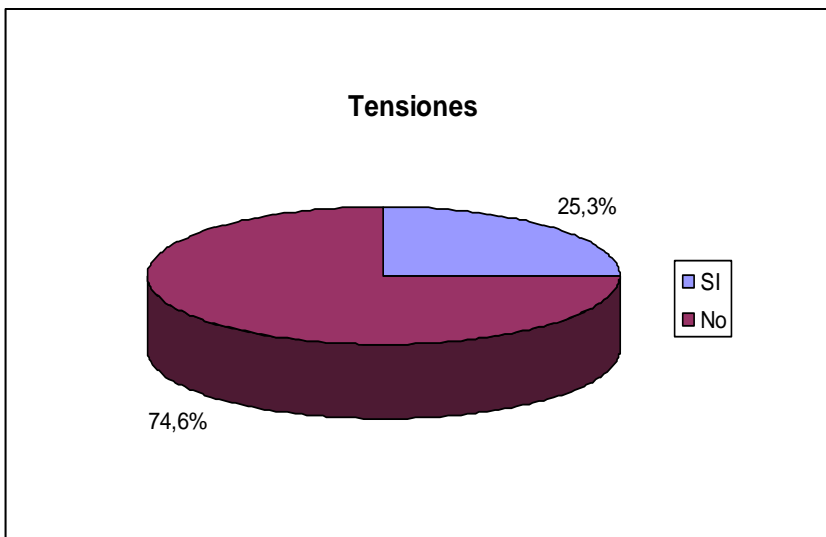
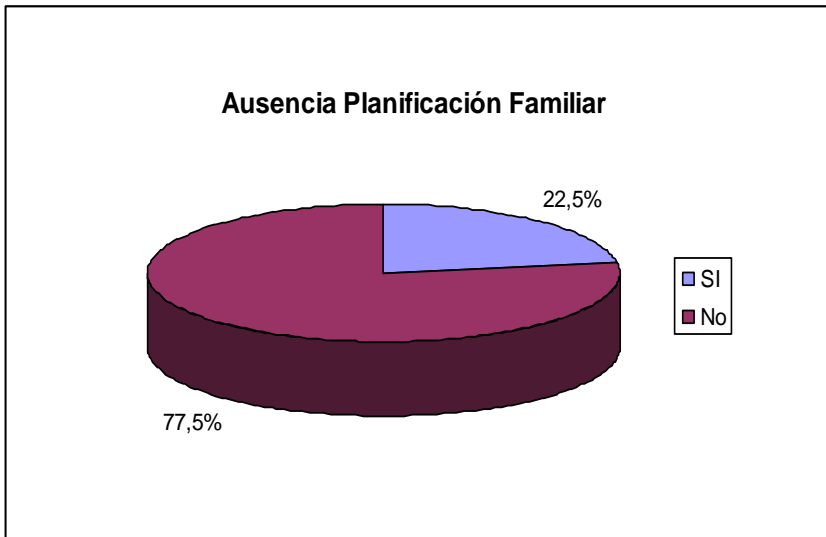


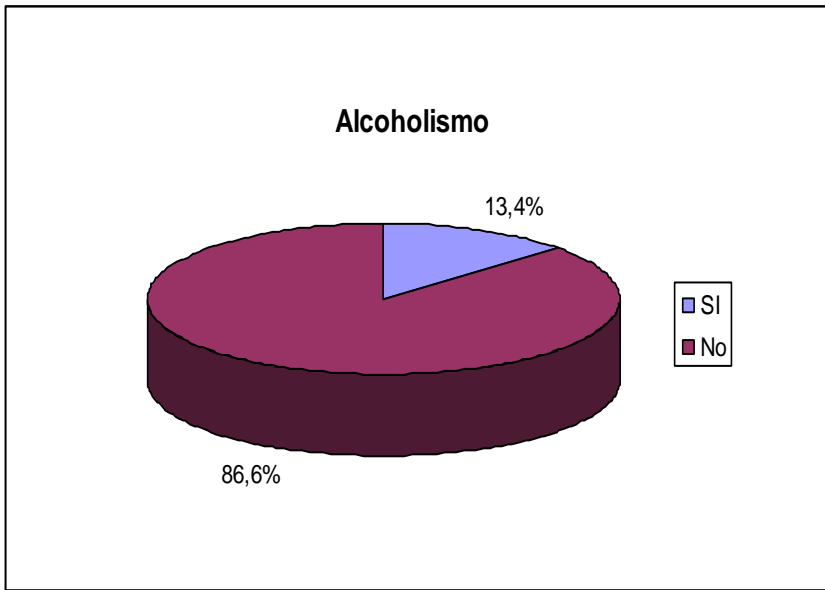
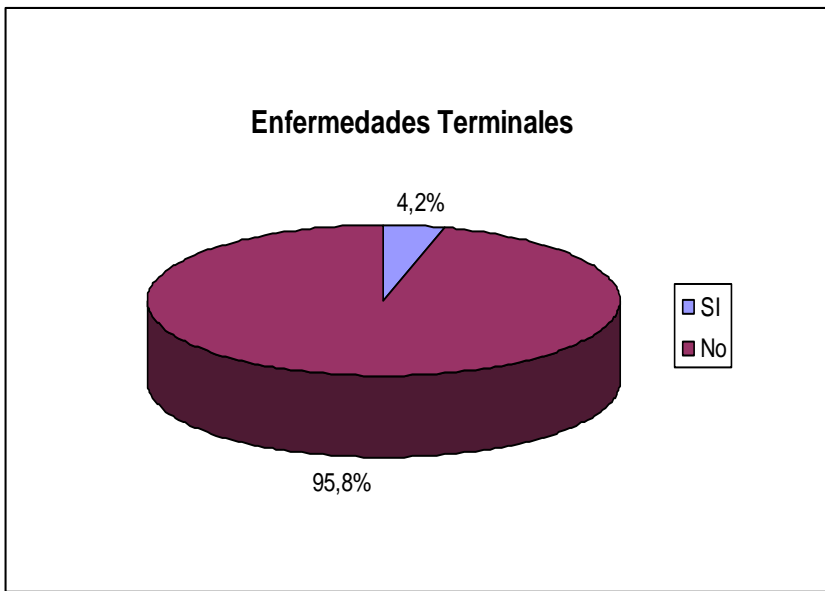
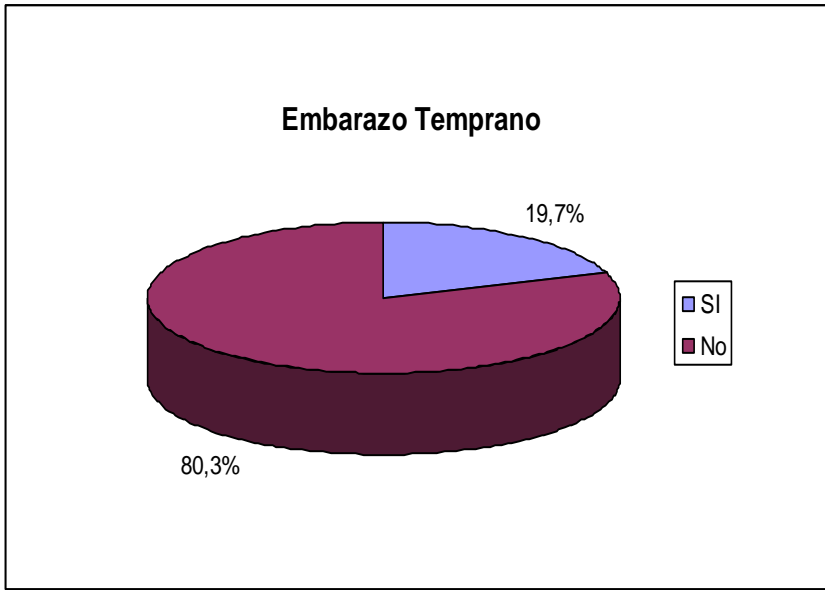
### Mujer Jefa de Hogar



### Hijos con Discapacidad

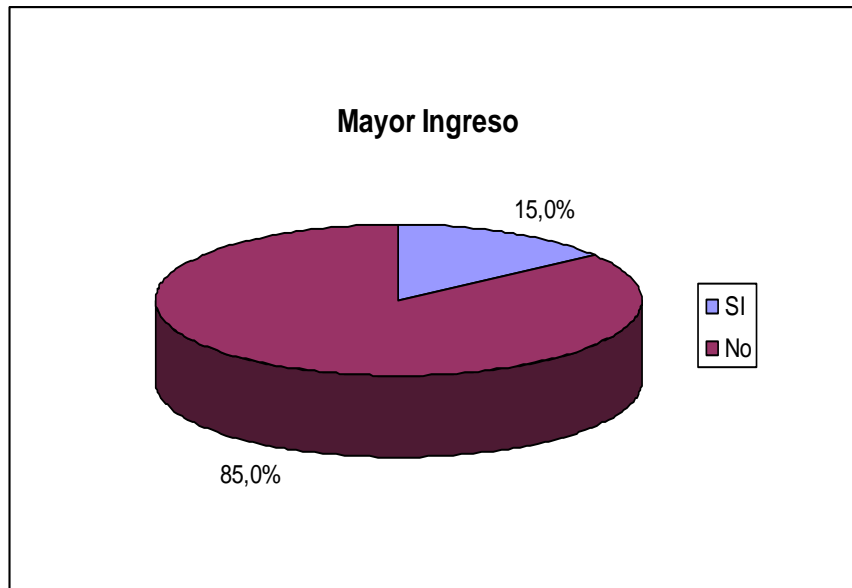




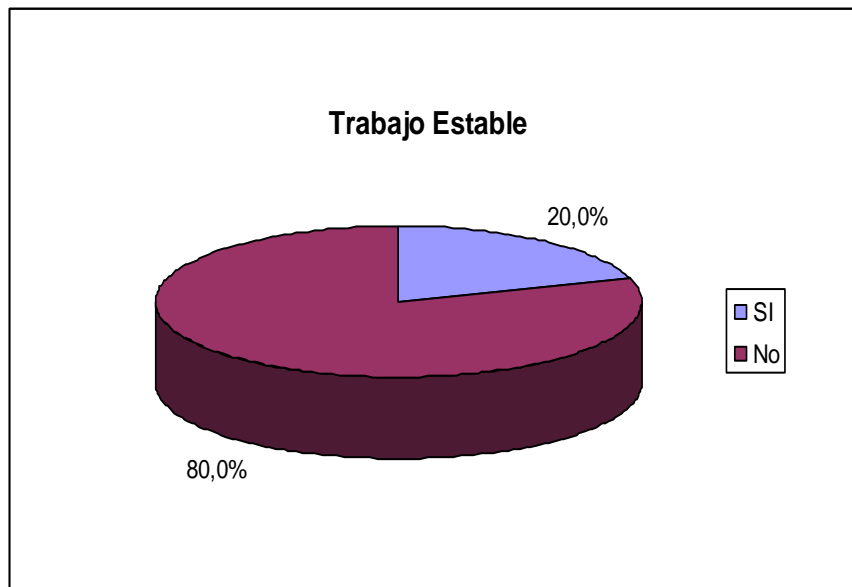


**GRÁFICOS PORCENTUALES**  
**FACTORES PROTECTORES FAMILIARES**

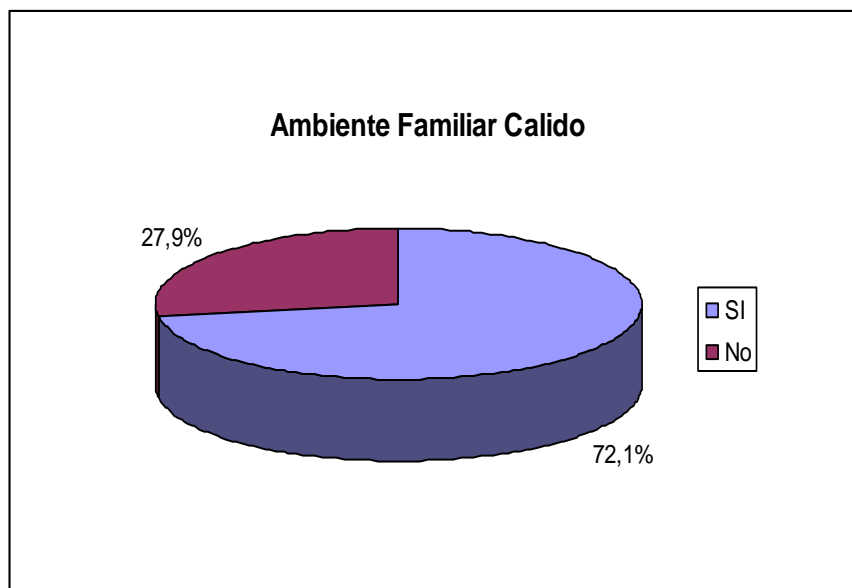
**1-Mayor Nivel Socioeconómico**



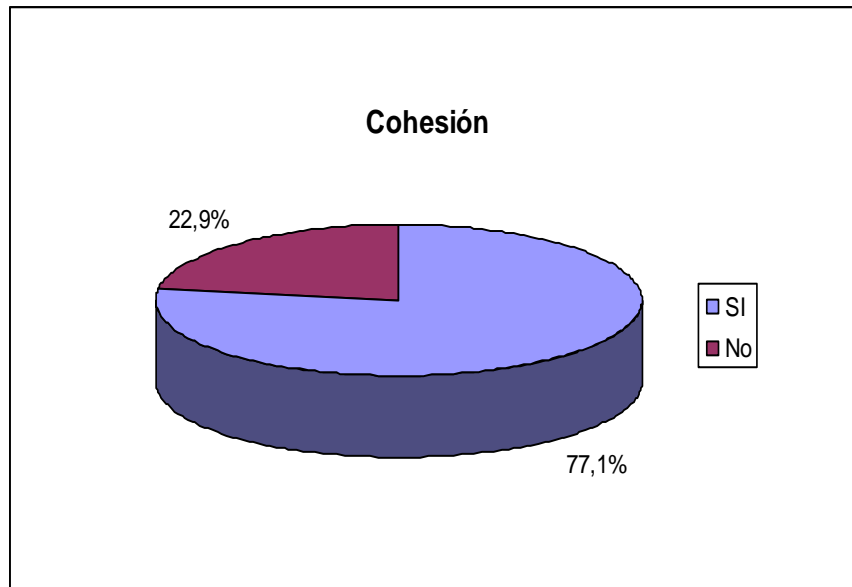
**2.- Trabajo estable (Ingreso Suficiente)**



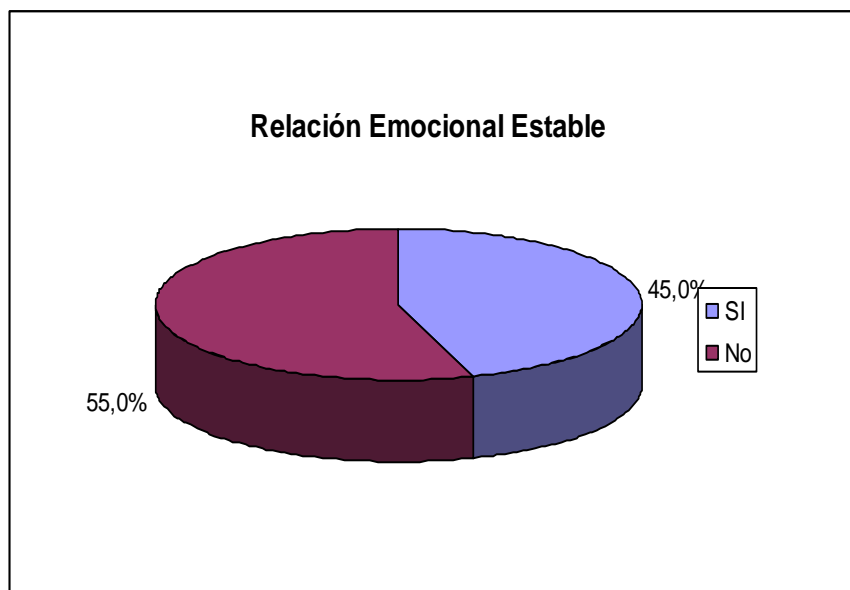
**3.- Ambiente Familiar Calido Y sin discordia**



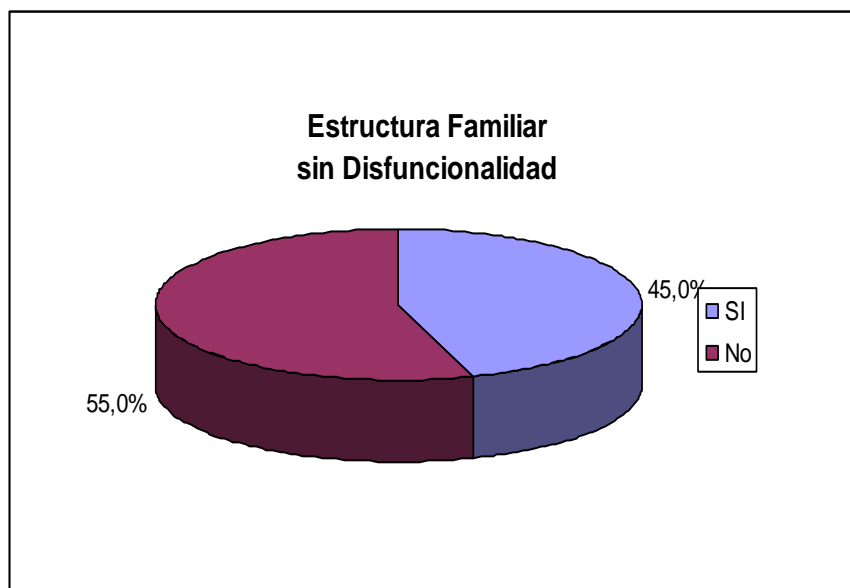
**4.- Cohesión Familiar**



**5.- Relación emocional estable, con al menos uno de los padres o un otro significativo**



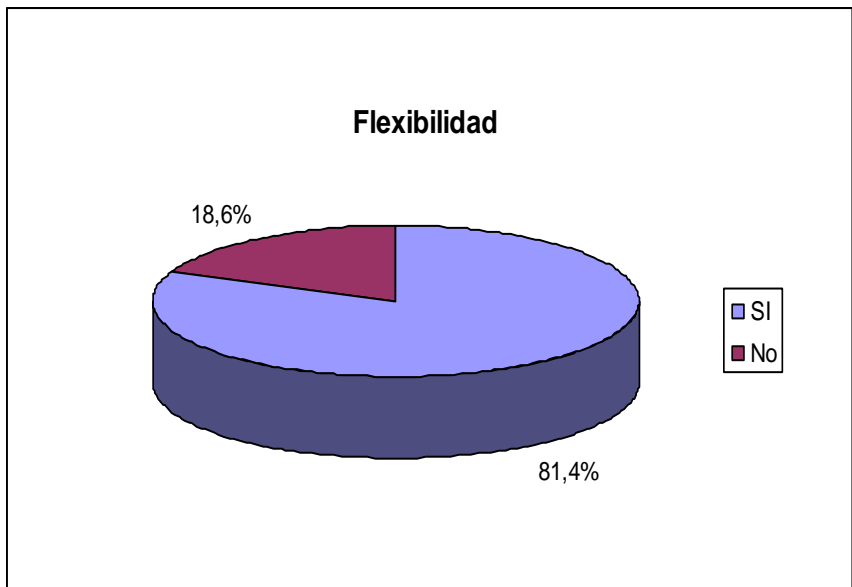
**6.- Estructura Familiar sin disfuncionalidades importantes**



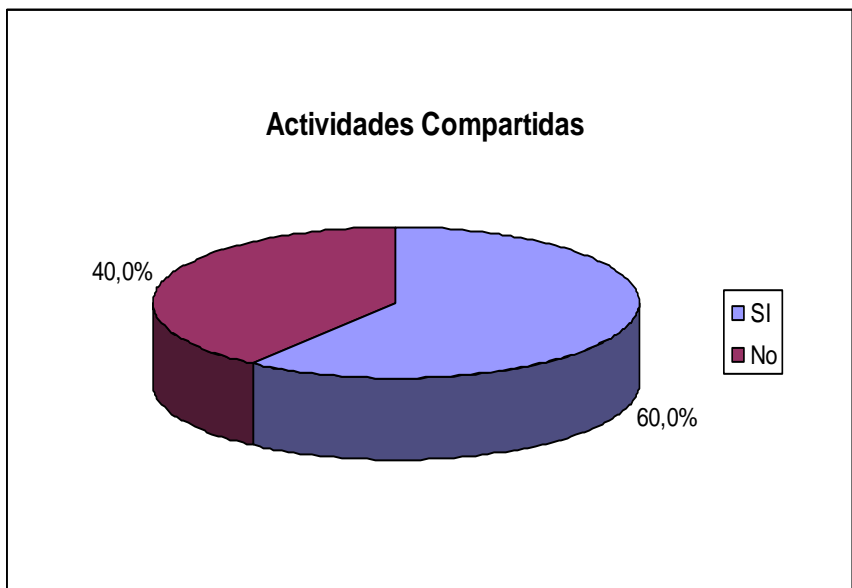
**7.- Padres competentes y estimuladores**



**8.- Flexibilidad (Capacidad para el cambio)**



**9.-Actividades Compartidas**



**10.- Ausencia de separación o pérdida temprana**



# Bibliografía

## BIBLIOGRAFÍA

### ❖ LIBROS

- SAMPIERI, Roberto, FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar, "Metodología de la Investigación", Tercera Edición, México, McGraw-Hill, 2003.
- ANDER EGG, Exequiel, "Apuntes para Trabajo Social", Buenos Aires Argentina, Humanitas, 1992.
- MANCILLA M, Carlos, "El médico de familia y la salud familiar", Valparaíso, Universidad de Valparaíso, 2005.
- HIDALGO C, Carmen y CARRASCO B, Eduardo, "Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria, Chile, Universidad Católica de Chile, 2002.
- CEA D' ANCONA, María Ángeles, "Metodología Cuantitativa, Estrategias y técnicas de investigación social", Madrid, Síntesis, 2001.
- ALVAREZ M, María Eugenia y Martínez H, Horacio, "El desafío de la pobreza", Bogotá, fundación Social, 2001.

### ❖ SEMINARIOS DE TITULO

- ÁVILA, Jorge, CABRERA, Karin, MAYORGA, Roberto y YÁÑEZ Angélica, "Estrategia de desarrollo rural, en las localidades de Los Caleos, Las Palmas y Pucalán de la Comuna de Nogales, desde una perspectiva de Servicio Social, Tesis (Licenciatura en Trabajo Social), Valparaíso, Chile, Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, 1998.
- ALBORNOZ, Nardy, TORRES, Tania y Urquieta, María A., "Pobreza Rural: Implementación de un Programa de desarrollo socio-agrícola en las localidades rurales de la comuna de Puchuncaví, Tesis (Licenciatura en Trabajo Social), Valparaíso, Chile, Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, 1997.
- SUAZO, Paola y FUENZALIDA, "Trabajo Social y atención primaria en salud; configuración de perfiles de cargo para la gestión del recurso humano del centro de salud Cordillera, Comuna de Valparaíso,

Tesis(Licenciatura en Trabajo Social),Valparaíso, Chile, Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, 2008.

- SÁNCHEZ F, Andrea, Estudio acerca de las Repercusiones en la Calidad de Vida, de los trabajadores que se han visto afectados por un Accidente de Trabajo, afiliados al Instituto de Normalización Previsional (INP) Sector Activo dictaminados con pensión de Invalidez Parcial, Invalidez Total y Gran Invalidez, ante la Ley N° 16.744, otorgados el año 2005, en la Región Metropolitana, Tesis(Licenciatura en Trabajo Social),Valparaíso, Chile, Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social,2006.
- BERNIER S, Leslie, Competencias profesionales en trabajo social rural, Tesis (Licenciatura en Trabajo Social),Valparaíso, Chile, Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, 2004.

#### ❖ ARTICULOS ELECTRONICOS

- Nidia Aylwin y Mía. Olga Solar, Santiago 2002, Sonya Rhodes, "Un enfoque de desarrollo del Ciclo de Vida Familiar" Revista Trabajo Social N° 39, Trabajo Social Familiar, editorial UC Chile.
- Plan de Salud Comunal 2008, Consultorio Navidad
- CASEN 2006, Resultados Casen Región O'Higgins (pdf), documento disponible en [www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl)

#### ❖ APUNTES DE CÁTEDRA

- Cazorla, Ketty, (2006) Apuntes Cátedra Trabajo Social en Salud, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso. Apuntes de Circulación Interna.
- Declaración de los Derechos Humanos, Artículo n° 25, Apuntes de Circulación Interna Cátedra trabajo social en el sector vivienda, Universidad de Valparaíso, 2004.
- Lobos, Fernando (2004), Apuntes Cátedra Sociología de la Familia, Universidad de Valparaíso. Apuntes de Circulación Interna.
- Cazorla, Ketty (2006), Apuntes Cátedra Trabajo Social en salud, modulo Conceptos Generales en salud, Universidad de Valparaíso. Apuntes de Circulación Interna.

- Cazorla, Ketty (2006) Apuntes Cátedra Trabajo Social en Salud, Situaciones Profesionales en Atención Primaria en Salud, 2006.

#### ❖ PÁGINAS WEB

- [www.muninavidad.cl](http://www.muninavidad.cl)
- [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- [www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl)

#### ❖ OTROS

- Ilustre Municipalidad de de Navidad, *Guía turística Comuna de Navidad*, Sociedad editorial cultura y difusión del Secano S.A ,2008.