

CALIDAD DE VIDA Y NECESIDADES DE SALUD EN CAMPAMENTOS: UNA MIRADA FUNDAMENTAL A LA EXTREMA POBREZA EN CHILE



I. INTRODUCCIÓN

En el contexto de un país cada día más desarrollado, que avanza frenético gracias a su estabilidad institucional y sus grandes cifras, es difícil encontrarse con la extrema pobreza. Sin embargo, oculta en sectores periféricos, o disimulada tras las grandes obras públicas, la marginalidad urbana subsiste y se reproduce cotidianamente. Los análisis existentes sobre campamentos en Chile tienden a centrarse habitualmente en la condición socioeconómica de sus habitantes, así como en el deficiente acceso a servicios básicos o las insuficiencias en la calidad de éstos. No obstante lo anterior, la extrema pobreza cobra formas diversas, extendiéndose como una categoría multidimensional, y por ende transversal a todos los ámbitos de la vida de los individuos.

Una de las dimensiones más soslayadas en el estudio de los campamentos es la salud, un déficit no despreciable cuando se trata de uno de los factores que más inciden en la calidad de vida de las personas, y con ello en su satisfacción con el entorno y el país en general. El presente artículo pretende contribuir al conocimiento de estos temas, dejando al descubierto las múltiples necesidades aún existentes para un porcentaje considerable de ciudadanos de nuestro país, y con ello los enormes desafíos que persisten en el diseño y proyección de políticas sociales integrales y eficientes que contribuyan a la erradicación de la pobreza.

El Catastro Nacional de Campamentos 2005, del Centro de Investigación Social (CIS) de Un Techo para Chile, señala la existencia de 453 asentamientos en nuestro

Paula Bedregal Médico especialista en Salud Pública y Pediatría; Magíster en Salud Pública y Master in Sciences in Health Systems Management, Profesora del Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Cynthia Zavala Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Jorge Atria Magíster en Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Director del Centro de Investigación Social de Un Techo para Chile.

Gabriela Núñez Socióloga, Universidad Alberto Hurtado, Coordinadora del Plan de Salud de Un Techo para Chile.

país¹. Pese a su reducción sostenida en la última década, el problema de los campamentos sigue afectando a Chile. De cualquier forma, la solución no sólo estriba en otorgar una vivienda social sino en cómo fortalecer las capacidades y satisfacer otras necesidades básicas de sus habitantes con miras a lograr una situación de vida más adecuada y satisfactoria para todas las familias que componen a este grupo de la sociedad.

II. CONTEXTUALIZACIÓN

En nuestro país, existen dos instancias nacionales canalizadas a través del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y del Ministerio de Salud (MINSAL), por medio de las cuales se genera conocimiento en salud. La primera es la Encuesta Nacional de Salud (ENS), aplicada durante el año 2003, que mide la prevalencia de diferentes patologías crónicas en la población chilena y las caracteriza de acuerdo a variables sociodemográficas. La segunda es la Encuesta de Calidad de Vida (ECV), también de proyección nacional que mide las percepciones, creencias y actitudes de las personas en relación a la salud, al acceso a los servicios de salud y percepción de calidad de vida de los chilenos, aplicada por primera vez el año 2000 y por segunda vez en 2006. Para esta investigación ambos instrumentos permiten obtener valiosa información acerca de la condición de salud de los chilenos y, por lo tanto, focalizar los recursos y generar estrategias específicas de intervención. Sin embargo, ambas instancias dejan fuera de la medición a las personas habitantes de campamentos, por lo que no disponemos de información específica de este tipo de población que nos permita focalizar nuestras intervenciones a sus requerimientos, a sus percepciones y a sus realidades.

Por otra parte, existe múltiple evidencia en la literatura, acerca de cómo la pobreza, la percepción subjetiva de

nuestro lugar en la escala social y el nivel socioeconómico marcan diferencias importantes en relación a diferentes resultados en salud; sin embargo, las políticas de salud se han enfocado principalmente a lo curativo, al tratamiento de las enfermedades ya producidas y no a intervenir sobre las causas que condicionan la generación y progresión de estas enfermedades, muchas de las cuales tienen su raíz en el contexto social de las personas.

En el mundo existe mucha evidencia, proveniente principalmente de países desarrollados, que muestra que intervenciones sobre las inequidades, sobre las conductas y sobre otros factores psicosociales pueden mejorar resultados en salud. Además, existen datos que han permitido evaluar la efectividad de diferentes acciones, de manera que el costo – efectividad de diferentes intervenciones relacionadas con salud es conocida.

Es por estas razones que el evaluar las condiciones de salud y las percepciones acerca de la calidad de ésta y de la vida en general en la población habitante en campamentos puede aportar información útil, enfocada a hacer un buen diagnóstico y a diseñar estrategias específicas de intervención enfocadas a esta población.

III. METODOLOGÍA

Se realizó un diseño transversal, usando como universo muestral los 6061 hogares de campamentos de la Región Metropolitana. Éstos se estratificaron por tamaño del campamento y por zonas (urbano/rural).

En paralelo, se diseñó una encuesta utilizando como base el WHOQOL2, un instrumento de calidad de vida probado en Chile, propuesto por la OMS y validado en países de habla hispana, el que se ajustó de acuerdo a las referencias extraídas en el pretest, así como en entrevistas cualitativas. En conjunto con este instrumento, se aplicaron preguntas ya validadas previamente, con base

¹ Ver revista del catastro nacional de campamentos en Chile, 2005, disponible en la web www.untechoparachile.cl/cis.

en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y la Encuesta Nacional de Salud, ambas del Ministerio de Salud de Chile. Finalmente, se aplicaron algunas preguntas modificadas del módulo de salud de la encuesta CASEN, destinadas a evaluar el acceso a redes de salud y conocimiento acerca de factores de riesgo modificables y prevalencia de enfermedades crónicas. Este instrumento fue elaborado por el equipo de investigación y revisado por el equipo coordinador de Un Techo para Chile.

Las encuestas fueron aplicadas como pretest en 10 casos para modificar problemas de lenguaje y comprensión. Con posterioridad a los ajustes, se reclutó a encuestadores voluntarios de la Fundación Un Techo para Chile y estudiantes de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los encuestadores fueron capacitados a través de un manual de encuestaje y de charlas.

Finalmente, la aplicación de la encuesta se realizó en los meses de junio y comienzos de julio de 2006. El tamaño muestral, considerando un error de 5% y una confiabilidad de un 95%, fue de 361 casos. El tipo de muestreo a realizar fue estratificado por zona, considerando además el tamaño de los campamentos (de acuerdo al catastro nacional de campamentos antes mencionado, existen 567 hogares en microcampamentos; 2294 hogares en campamentos medianos y 3200 hogares en macrocampamentos), considerándose a un total de 23.

Un criterio muestral fue realizar la encuesta a los jefes de hogar. Cada familia definió qué integrante de su núcleo cumple ese rol, el que, en su mayoría, recayó en las mujeres, ayudado también porque a las horas del día en que fue aplicada la encuesta fueron muchos los hombres que se encontraban laborando, ya sea en fuentes formales o informales de trabajo.

Las encuestas se digitaron y analizaron mediante el uso de un software estadístico apropiado para estos fines (SPSS 12.0). Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de la información de acuerdo a la naturaleza de las variables. El plan de análisis se ajustó a las necesidades de Un Techo para Chile y de los habitantes de campamentos, de manera de realizar un trabajo atingente y productivo.

IV. RESULTADOS

TABLA 1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Número total de casos	361 personas
Distribución por género	17,5% Hombres; 82,5% Mujeres
Edad promedio	36.3 años (rango: 15 -77)
Promedio de hijos	2.5 (RM 2000 – 2005: 2; RM 2005 – 2010: 1.9)
Porcentaje de analfabetismo	9,7% (nacional 8.2%; RM 4%)
Escolarización promedio	7,48 años (nacional 8.1; RM 9.1)
Promedio de años de vida en campamento	10.74 años (Estudio “Dinámica de la Pobreza” 2004: 7,8 años)
Porcentaje de allegados	33%

Caracterización de la muestra

En la caracterización de la muestra apreciamos un predominio de las mujeres y la fertilidad por sobre los niveles nacionales, e índices de analfabetismo en campamentos considerablemente mayores a los promedios en la RM, lo que es consecuente con los menores promedios de escolaridad. Además, llama la atención la larga data de vida en campamentos y los altos índices de allegamiento, que alcanzan a un tercio de los encuestados.

Calidad de vida relacionada a salud

En el estudio se encontró que la satisfacción general con la calidad de vida en promedio es baja, particularmente entre las mujeres. Más de un tercio de ellas la calificó como mala o muy mala. Entre los hombres, un 14,3% tiene la misma percepción, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. No encontramos diferencias significativas al ajustar por otras variables. Por otro lado, al preguntar por la satisfacción en general con la salud, un 31,6% de los encuestados se declararon insatisfechos con su salud. No se encontró asociación con la situación de allegado, tipo de campamento ni con alfabetización. Un 35,9% de las mujeres calificaron su salud como mala/muy mala, mientras que entre los hombres sólo un 11% la catalogaron así, siendo esta diferencia importante.

Al analizar la calidad de vida por dimensiones, la dimensión estructural, es decir, la referida al nivel de infraestructura con la que cuenta el campamento, es la peor evaluada (36% de satisfacción promedio), seguido de la disponibilidad de redes (51% de satisfacción); aspectos psicológicos (54,6% de satisfacción) y la salud (57,84% de satisfacción). En general, las mujeres evalúan peor que los hombres la dimensión psicológica, y aquellos con menor alfabetización califican peor las áreas psicológicas y de salud.

Con respecto a las temáticas específicas, menos de un cuarto de los entrevistados señaló que el dolor físico le dificulta de manera significativa realizar actividades físicas habituales, siendo esto mucho más frecuente en los analfabetos.

Un 28% de los encuestados señaló que necesita bastante



o excesivamente un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria y un cuarto de ellos señalaron que tiene un poco o nada de energía suficiente para realizar las actividades cotidianas. Esta situación se asocia con ser mujer, con ser analfabeto y con el tipo de campamento en el que habita (rural 30%; urbano-medio 28,8%; urbano-macro 18%).

Señalaron insatisfacción con el sueño un 42% de los encuestados, siendo esta percepción significativamente mayor en mujeres que en hombres, y en analfabetos que en alfabetos.

El 26% de los encuestados indicaron insatisfacción con sus capacidades para trabajar, variable que no se asocia con otras variables en estudio.

Un cuarto de la muestra señaló disfrutar poco y nada con la vida, mientras que un 16,6% dijo que su vida tiene poco o nada de sentido, y en esto encontramos una asociación significativa con la alfabetización. Más de un tercio de los encuestados indicó tener sentimientos negativos como tristeza, ansiedad, desesperanza o depresión, con frecuencia o siempre, siendo esta situación más habitual entre mujeres analfabetas.

Llama particularmente la atención que prácticamente la mitad de los entrevistados, un 49,6%, señalaron tener poca o nada de aceptación hacia su imagen física y un 21,6% dijeron estar insatisfechos consigo mismos. Esto habla de una autoestima altamente lesionada, tema sobre el cual se hace imperativo intervenir. Además, un 20,5% de las personas declararon sentirse muy insatisfechas e insatisfechas con sus relaciones personales; 39,9% se encuentran insatisfechas con el apoyo que reciben de sus amigos y un 30% admitieron estar insatisfechos con sus relaciones sexuales. Esto último no se asoció con ninguna variable en particular. Consecuentemente a estos datos, un 40,3% de la muestra señaló percibir poco o nada de seguridad en su vida.

A la luz de estos resultados, cabe cuestionarse cuáles

son las fuentes de apoyo de estas personas y se resalta la necesidad de ayudar en la construcción de redes de soporte, ya que la percepción de falta de apoyo, sumado a la baja autoestima y a la alta prevalencia de sentimientos de tristeza y desesperanza son factores explicativos potentes de la elevada tasa de drogadicción y depresión que se encontró.

Por otra parte, un 64,5% señaló que ha tenido poco o nada de oportunidades para realizar actividades recreativas o de ocio. A mayor escolaridad, mayor posibilidad de realizar este tipo de actividades. Vale recalcar que el tiempo para efectuar actividades de ocio no va necesariamente correlacionado al ingreso, y ésta es una situación sobre la que es posible intervenir y sobre la que se puede hipotetizar que de lograr aumentar el tiempo para recreación podrían, a su vez, mejorar otros parámetros.

Problemas específicos de salud y conducta ante los mismos

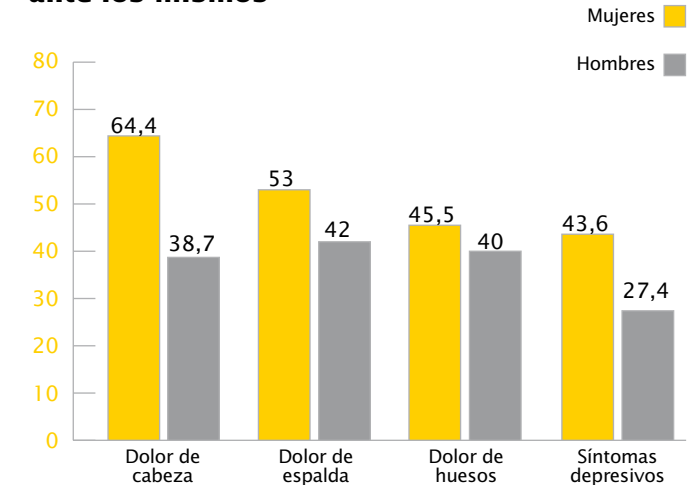


Figura 1: Prevalencia de algunas enfermedades. Respuesta múltiple, la suma de los porcentajes da más de 100%.

El 26,9% de las mujeres y el 27,9% de los hombres señalaron haber tenido algún accidente los últimos seis meses, lo que motivó atención de salud. Llama la atención la similitud de la cifra entre hombres y mujeres cuando habitualmente son los hombres quienes sufren significativamente una mayor tasa de accidentes.

Frente a un problema de salud, es interesante que un 7,3% de los encuestados admitieron no hacer nada y un 31,4% prefieren automedicarse; sin embargo, la mayoría acude a centros de salud (39,2%) o a los servicios de urgencia (28,5%). No se encontraron diferencias significativas por género, excepto en no hacer nada, conducta más frecuentemente seguida por los hombres (Figura 2).

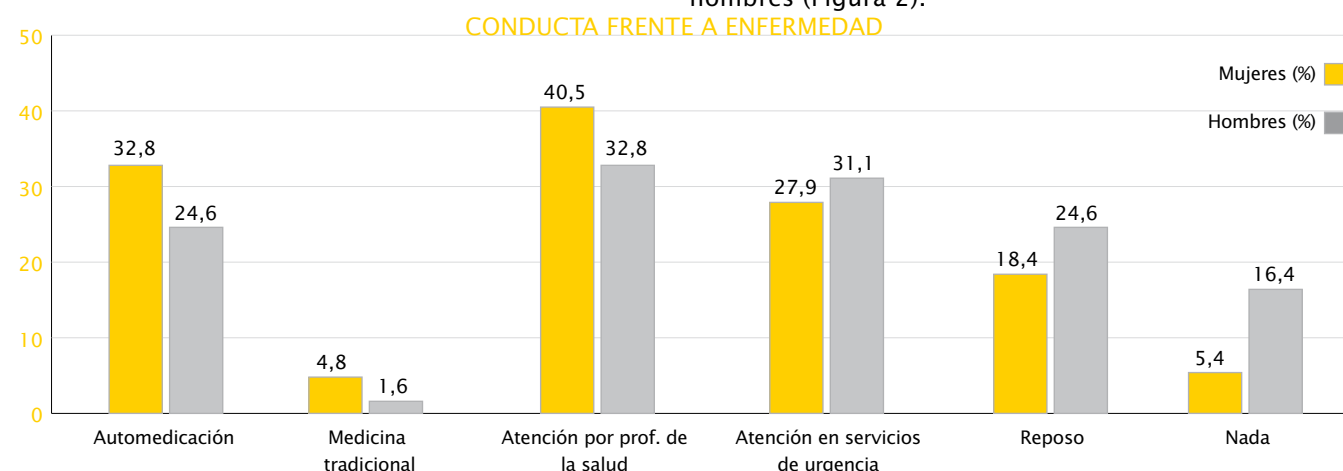


Figura 2: Conducta declarada ante el último episodio de enfermedad. Respuesta múltiple, la suma de los porcentajes da más de 100%.

Acceso a redes de salud

El acceso a estas redes es un factor importante en la calidad de salud de la población, ya que es la principal manera en que se accede a las políticas preventivas de este ámbito.

En la R.M., según datos del Ministerio de Salud del año 2005, la satisfacción con el acceso a redes de salud pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud alcanza un 76%, y la insatisfacción un 17%. En la muestra de esta investigación un 62% de los encuestados se manifestaron insatisfechos o muy insatisfechos con su acceso a los centros de salud. Los principales factores que explican esta desaprobación son la insatisfacción con los niveles de seguridad percibidos, con el transporte, con el apoyo de los amigos y con la propia salud. En relación a la previsión de salud, conviene recordar que se trata de un beneficio garantizado por el Estado a todos los ciudadanos, independientemente de sus ingresos. En esta población específica pudimos observar que un 20% declaró no tener previsión en salud, y un 32% dijo no estar inscrito en un centro de atención primaria. Entre quienes dijeron no tener previsión en salud, casi tres cuartas partes no están inscritos en un consultorio de atención primaria. Entre quienes declararon tener pre-

visión, un 85% declaró estar afiliado a FONASA, y un 9% señaló tener previsión, pero no conocer cuál es.

A partir del siguiente modelo de regresión logística (condicional), las únicas variables que resultaron significativas estadísticamente y que explican la inscripción en centros de salud (pilar de la atención pública de salud) fueron: edad (OR 0.978 [0.956 - 0.999]); sexo (OR: 2.1 [1.177 - 3.805]); número de hijos (OR 1.25 [1.049 - 1.492]) y ser allegado (OR 0.461 [0.285 - 0.745]). Así, a medida que un individuo aumenta su edad, disminuye ligeramente la probabilidad de inscribirse en el centro de salud². Esta disminución es mayor cuando se trata de la condición de allegado (ser allegado reduce de manera importante la probabilidad de estar inscrito en centros de salud); como contraparte, ser mujer incrementa considerablemente la probabilidad de estar inscrito, y a medida que aumenta el número de hijos la probabilidad también aumenta, aunque más sutilmente que en el caso de la variable sexo.

En nuestro país, uno de los programas más importantes es aquel destinado al control sano de niños menores de seis años, y además es uno de los que tiene mejor cobertura a nivel nacional. El programa ampliado de inmunizaciones (PAI), según cifras ministeriales del año 2003, cubre aproximadamente al 96% de la población del país. En este estudio encontramos que sólo el 77%

de los niños presentaron sus vacunas al día. Otro de los esfuerzos importantes en materia de apoyo a la población infantil es la entrega de leche en los consultorios. En esta muestra, el 68% de los encuestados con derecho a este beneficio declaraban retirar la leche de su consultorio, versus un 79% que lo hizo a nivel de la Región

Metropolitana y un 85% a nivel país. Probablemente, esto se relaciona con que este beneficio se obtiene a través de los consultorios, en los que la leche es entregada al realizar los controles de salud a los niños, y hay que recordar que un tercio de la muestra no se encontraba inscrita en el consultorio y que un 26% indicó no tener los controles sanos de los niños al día.

COMPARACIONES SOBRE DISTINTOS ÍTEMS

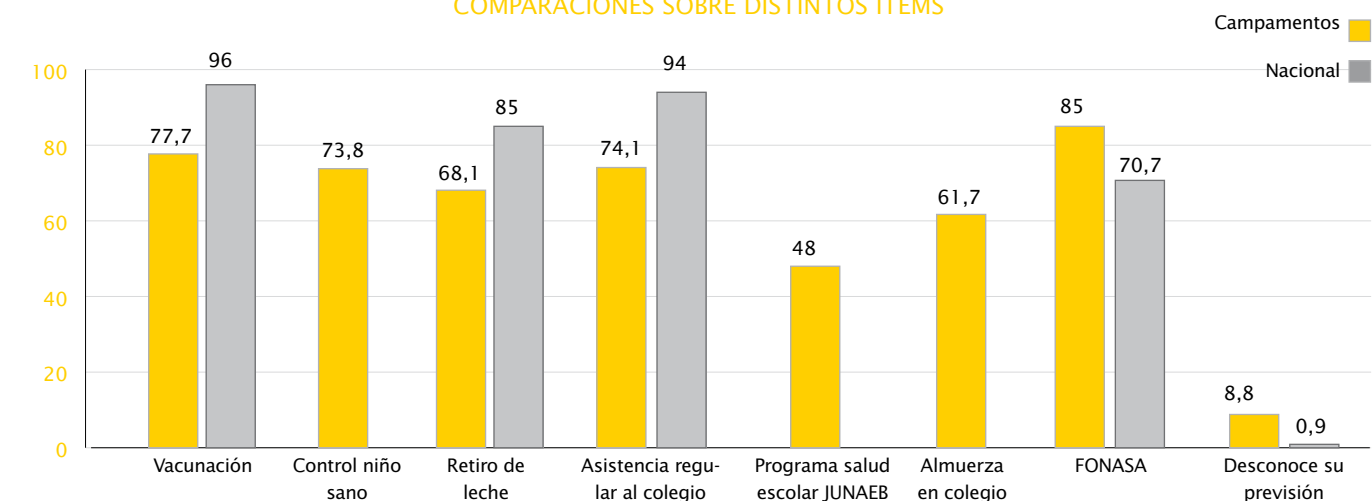


Figura 3: Con respecto a los escolares, tres cuartas partes de los niños entre 6 y 15 años asisten regularmente al colegio, 61% participan del programa de alimentación complementaria y menos de la mitad, un 47%, ha sido evaluado en el programa de salud escolar, gestionado por la JUNAEB y que consiste en la pesquisa de algunas condiciones frecuentes de detectar en escolares como escoliosis y vicio de refracción, para los cuales existen fondos especiales designados para su tratamiento. En los ítems control niño sano, programa de salud escolar JUNAEB y almuerzos en el colegio no fue posible obtener los porcentajes nacionales.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

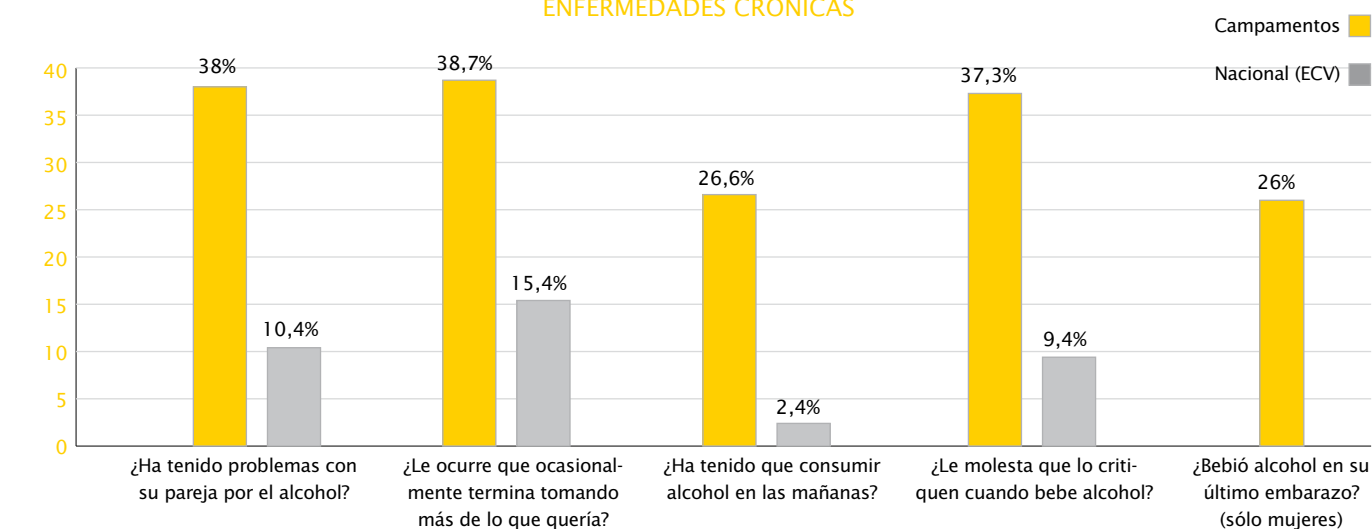
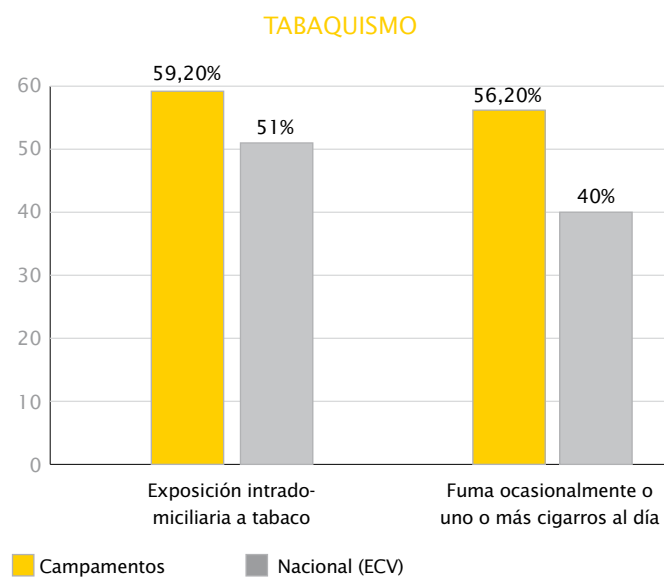


Figura 4: Los datos nacionales fueron sacados de la Encuesta de Calidad de Vida (2000). Con respecto a la pregunta sobre los problemas con la pareja, la mayoría de las respuestas afirmativas en los campamentos fueron de mujeres. En la segunda pregunta, de izquierda a derecha, las afirmaciones fueron significativamente mayores en hombres (55%) que en mujeres (34%), y en ambos casos mayores a la población general (15%).

En relación al tabaquismo, un 60% de los encuestados declararon estar expuestos al humo del cigarro dentro

de su casa, versus un 51% de la población general. Un 56% señalaron fumar activamente, versus un 42% encontrado en promedio en la ENS 2003. De este porcentaje,

² En el caso de la variable edad se da el fenómeno de aumento de inscripción en centros de salud en los extremos; de esta forma, aunque el resultado de la regresión logística evidencia que decrece la probabilidad de estar inscrito a medida que se avanza en edad, esto debería revertirse una vez que se llegue al último segmento etario.



un 31% pertenece al estrato E (Figura 4).

En cuanto a enfermedades crónicas, en la muestra un 41,6% de los individuos se declararon hipertensos en comparación al 10,3% que señalaron lo mismo en la ECV, y al 33,6% que corresponde al promedio país de hipertensión, encontrado en la Encuesta Nacional de Salud (ENS). En el análisis por NSE de la ENS, el grupo E presenta niveles de hipertensión de un 42%, comparables a los de la población de campamentos. Un 35% de la muestra declaró estar actualmente en tratamiento antihipertensivo y un 13% estar en control en el programa de hipertensión de su consultorio.

Respecto a los diabéticos, un 36% de la muestra declaró sufrir esa enfermedad (ECV 3,2%) y un 32% dijo estar en tratamiento por la diabetes, pero de ellos sólo un 4% se controla con el programa de diabetes de su consultorio. Esta cifra es muchísimo más alta que la prevalencia nacional de esta dolencia, que corresponde a un 4%, por lo que es un dato que requiere mayor análisis.

Al preguntar por la actividad física, un 92% de la muestra declaró ser sedentaria, definiendo sedentarismo como la no realización de actividad física por un mínimo de 30 minutos, tres veces a la semana. Estos valores son similares a los encontrados en nuestra población en otras encuestas.

V. CONCLUSIONES

A partir de los resultados anteriores, la presente investigación arrojó las siguientes conclusiones:

- En la población habitante de campamentos existe una alta insatisfacción con la calidad de vida en general, y en específico en relación con la salud. Lo anterior, que se ve reflejado en múltiples percepciones sobre prevalencia de enfermedades y conductas de riesgo, se constituye como un aspecto fundamental en la situación de pobreza

de los pobladores, afectando su bienestar cotidiano y dificultando aún más la superación de los problemas de pobreza que los aquejan.

- Lo anterior, sin embargo, contrasta con un mal aprovechamiento de la estructura de oportunidades que la sociedad ofrece. A partir de este estudio, se comprueba que existe una sub-utilización importante de los recursos de salud, cuestión que se manifiesta principalmente en tres fenómenos: el distanciamiento de las redes de salud primarias (visible en el alto nivel de individuos habitantes de campamentos no inscritos en los consultorios aledaños al asentamiento), el desconocimiento del tema previsional y en la conducta mostrada ante el padecimiento de una enfermedad (de acuerdo al presente estudio, aparecen como opciones preferenciales la automedicación y el no hacer nada).

- De la misma forma, también hay una gran cantidad de personas que no acceden a prestaciones que tradicionalmente tienen alta cobertura en nuestro país, como el control de niño sano, los programas de vacunación y el retiro de leche desde el consultorio. Las cifras de personas que no acceden a estos beneficios son consistentes con las de las personas que señalan no estar inscritas en su centro de salud (lugar desde el que se accede a estas prestaciones).

- Todo lo anterior abre la interrogante acerca de las causas que permitan entender el comportamiento anteriormente descrito. A manera de hipótesis, es posible pensar en la falta de información de este segmento, debido principalmente a un descuido por parte de los gobiernos locales, así como también a la alta rotación de individuos y familias, dificultando un seguimiento sistemático de su situación social. Estas debilidades se apreciarían de manera conjunta en la calidad de vida de los residentes de campamentos, acentuando los problemas no sólo de salud, sino de acceso a vivienda definitiva o a los múltiples subsidios que el Estado ofrece. Otro tema que tiene relación es la alta insatisfacción con el acceso a las redes de salud -casi ocho veces mayor a la reportada en la Región Metropolitana según cifras del Ministerio de Salud-. Se trata entonces de una población especialmente insatisfecha (trato indigno, poca deferencia, promesas incumplidas, etc.) lo que de seguro ayuda a explicar el distanciamiento. Por último, factores estructurales también tendrían incidencia (como el transporte), concluyéndose que el mal aprovechamiento de las oportunidades existentes en salud puede tener asociado un conjunto diverso de explicaciones.

En lo que toca específicamente a las condiciones de salud de los habitantes de campamentos, resultan especialmente interesantes las siguientes conclusiones:

- Se evidencia una importante cantidad de problemas derivados del alto consumo de alcohol en la población estudiada. Esto obliga a promover el diseño de estrategias más focalizadas, entendiendo que el consumo de alcohol es pernicioso no sólo por cuanto atenta contra las condiciones de salud, sino que también porque impide una correcta inserción de los individuos en la sociedad, poten-

ciando los problemas sociales vinculados a la pobreza.

- En lo concerniente al consumo de tabaquismo, nuevamente ocurre en la población habitante de campamentos una situación delicada, pero que es atípica respecto del consumo esperado. De manera general, la prevalencia al tabaquismo es mayor en los estratos socioeconómicos altos, debido a la correlación importante que existe con los recursos económicos (en los estratos socioeconómicos bajos existe una limitación económica que puede constreñir un mayor consumo de cigarrillos debido a su alto costo). Esto es corroborado por la Encuesta Nacional de Salud, donde se señala que el 42% de la población nacional mayor de 18 años consume tabaco, a diferencia del grupo socioeconómico E, donde el consumo equivale al 31% de la población. No obstante estas cifras, la población estudiada evidencia altísimos niveles de tabaquismo, presentando un comportamiento diferente a la gradiente socioeconómica del resto del país. Este resultado, además de poner en jaque la correlación entre recursos económicos y consumo de tabaco, provee de una alerta especial para detener los altos índices de consumo (56% de la población habitante de campamentos declara fumar activamente, mientras que un 60% admite estar expuesto al humo de cigarrillo en su casa), de lo cual es preciso hacerse cargo de manera apremiante.

- En consonancia con los argumentos anteriores, es necesario también realizar intervenciones más activas y eficaces en lo que toca a la mayor prevalencia de los síntomas anímicos, depresivos y de sueño que lo acaecido con la población nacional. Mientras en Chile un 17% de la población mayor de 18 años declara presentar estos síntomas, en campamentos la cifra aumenta más del doble (40% presenta síntomas). Existe, asimismo, una alta disconformidad con la autoimagen, cuestión que bien puede interpretarse como una muy baja satisfacción con el cuerpo y la apariencia física, repercutiendo esto directamente en los estados de ánimo, la confianza y los niveles de autoestima de las personas. Este acápite ilustra también la importancia de diseñar estrategias integrales de intervención en salud que contemplen tanto la dimensión física como la mental.

- Finalmente, a partir de esta investigación se destaca la carencia de tiempo destinada por los habitantes de campamentos a recreación y actividades de ocio en general, lo que en estricto rigor no debiese estar correlacionado

con los ingresos, pudiendo existir factores adicionales. Esto empeora los síntomas anímicos antes mencionados, incrementando paralelamente el sedentarismo y sus problemas colaterales, además de una mayor prevalencia de hipertensión. Lo anterior sugiere la oportunidad de trazar intervenciones en salud juntando esta preocupación con la práctica de deportes y actividades recreativas, obteniéndose beneficios múltiples (disminución del sedentarismo y la obesidad, liberación de endorfinas, disminución del riesgo cardiovascular y de los problemas de sueño, etc.). A través de este estudio, ha sido posible percibir los enormes desafíos de la sociedad chilena en lo que concierne al ámbito de la salud y la calidad de vida. La pobreza en sí representa exclusión: exclusión de recursos, de oportunidades, de redes sociales. Las necesidades de salud insatisfechas de la población habitante de campamentos representan una exclusión adicional, debido a la incapacidad que produce en las personas para acceder a las ya escasas oportunidades existentes, aumentando la privación y las pérdidas económicas y sociales. Es tarea pendiente para las políticas de salud incentivar el desarrollo de intervenciones multidimensionales y focalizadas, tendientes a proveer de mínimos que efectivamente lleguen al grupo objetivo, incrementando las oportunidades de los individuos y mejorando la calidad de vida en general. Alberto Hurtado decía que "El gran enemigo de Cristo en Chile es la apatía, la indolencia y la superficialidad con la que se miran todos los problemas". El principal desafío que enfrenta la sociedad chilena es hacer de estos temas una cuestión apremiante y no ajena, asimilando la enorme importancia que tiene en miles de personas y ante la cual es necesario hacerse parte, por medio de la denuncia, del voluntariado o de la promoción y difusión

