



Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud

INFORME FINAL

Estudio del Departamento de Epidemiología,
División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud

Santiago, Diciembre de 2008

Agradecimientos a la Dra. Ximena Aguilera, actualmente asesora en enfermedades transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud y Jefa de la División de Planificación Sanitaria al momento de iniciarse esta investigación, quien aportó al diseño y la primera fase de implementación del estudio.

Investigadoras Principales: Sra. Ximena Sgombich y Dra. Patricia Frenz

Co- investigadoras: Sra. Irene Agurto; Sra. María Victoria Valenzuela.

Coordinación General: Sra. Claudia González; Sra. Andrea Guerrero, Departamento de Epidemiología.

Contraparte Técnica MINSAL: Dra. Dolores Tohá, Dra. Nancy Dawson; Dr. Pedro Crocco

Apoyo administrativo: Sra. Patricia Rojo.

Equipo de Terreno: Sr. Mario Gallo; Sra. Iliá Jeldres; Sra. Doris Quiñimil.

Índice

INTRODUCCIÓN	5
I. OBJETIVOS	7
1.1 OBJETIVO GENERAL	7
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
II. METODO.....	8
<i>Etapa 1: Revisión bibliografía y análisis de la experiencia chilena.....</i>	10
<i>Etapa 2: Levantamiento de criterios sociales en relación a la salud presentes en la población.....</i>	11
Etapa 3: Panel de expertos nacionales.....	16
Etapa 4: Presentación de resultados con Servicios y SEREMIS.....	16
III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE PREFERENCIAS SOCIALES.....	18
A. MARCO CONCEPTUAL: ANALISIS DE PROCESOS DE PRIORIZACION SOCIAL EN SALUD EN LA LITERATURA ESPECIALIZADA	18
1) <i>Participación de la comunidad en la priorización en salud: marco histórico.....</i>	18
3) <i>Revisión de modelos de participación del público.....</i>	20
4) <i>Caracterizando a la comunidad y sus valores y comportamientos.....</i>	22
5) <i>Otra perspectiva para incorporar las visiones del público: después de los modelos de participación</i>	24
6) <i>Aprendizajes.....</i>	27
B. LA PRIORIZACIÓN EN SALUD EN CHILE	29
B. CRITERIOS SOCIALES PARA ESTABLECER PRIORIDADES SOCIALES EN SALUD 2008	33
1. Salud y determinantes sociales de la salud	33
2. Criterios sociales para establecer preferencias en salud	37
1) <i>Criterios sociales asociados a grupos prioritarios</i>	38
2) <i>Criterios sociales para establecer relevancia de problemas de salud</i>	51
3) <i>Criterios emergentes que orientan garantías y políticas de salud</i>	58

3. Evolución de los criterios social: riesgo de muerte, acceso a la atención y alto costo.....	67
4. Estrategias de las personas y sus familias para resolver problemas de salud	68
5. Valoración social del AUGE	73
C. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO DE PRIORIDADES SOCIALES	79
1. Conclusiones del panel de expertos en salud pública a la discusión sobre los resultados del estudio de Prioridades Sociales y sus implicancias para las GES.....	79
2. Aportes de los operadores AUGE de los servicios de salud pública a la discusión sobre los resultados del estudio de Prioridades Sociales y sus implicancias para las GES.....	81
IV. SINTESIS DE PRINCIPALES RESULTADOS	83
<i>Los criterios sociales para definir prioridades en salud.....</i>	83
<i>Valoración social del AUGE.....</i>	87
<i>Los criterios sociales y su aplicación a la definición de GES desde la perspectiva de los expertos y operadores AUGE87</i>	
<i>Condiciones de funcionamiento del AUGE.....</i>	88
<i>Interpretación de los criterios sociales para informar el proceso de expansión.....</i>	88
<i>Consideraciones acerca de la comunicación social del Plan AUGE</i>	89
<i>Principales limitaciones del estudio.....</i>	89
<i>Nuevas perspectivas para la investigación social en políticas de salud.....</i>	90
BIBLIOGRAFÍA	91

INTRODUCCIÓN

El sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), conocido comúnmente como el AUGE¹ y definido en la Ley 19.966², salvaguarda la atención bajo condiciones garantizadas para un conjunto de problemas de salud prioritarios. Esto implica necesariamente, en un contexto de recursos limitados, que la determinación de prioridades es inevitable. La priorización en salud sucede en todos los países del mundo con independencia de que los sistemas de salud tengan un carácter principalmente público o privado, del monto de los recursos con que se cuente, de la orientación de las políticas sociales o del grado de igualdad de los sistemas de salud o de la sociedad en su conjunto. El desafío es de realizar la priorización de intervenciones en salud de una manera consistente con el derecho a la salud. Existe un relativo consenso en lo planteado por Norman Daniels (2001) que propone la necesidad de que la priorización en salud obedezca a un proceso justo, es decir: que las decisiones y fundamentos sean públicos, que los fundamentos aludan a razones (evidencia y principios) que las personas consideren relevantes para el contexto, que las decisiones puedan ser sometidas a revisión y apelación y que exista un mecanismo legal apelativo que asegure que las tres condiciones anteriores se cumplan.

En diferentes países, incluyendo Chile, el sector salud ha analizado y puesto en práctica procesos de priorización. Los principios que guían estos procesos son múltiples, incluyendo aspectos económicos (costo-efectividad), sanitarios (carga de enfermedad), éticos (equidad, no discriminación), y los valores asociados con el ejercicio de ciudadanía (participación, transparencia) (Hunt 2007).

En Chile, la Reforma a la Salud y la puesta en vigencia de las GES establecen por ley los criterios y exigencias de los procesos relacionados con la definición de prioridades de salud. El artículo 13 de la Ley 19.966 señala:

“La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad. Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.”

Asimismo, el Reglamento de la Ley 19.966 que establece normas para la elaboración y determinación de las garantías explícitas en salud, en su artículo 7, párrafo 3, precisa el alcance de los estudios epidemiológicos y la necesidad de considerar estudios que indaguen en las preferencias sociales:

“se utilizarán estudios epidemiológicos de carga de enfermedad, tendientes a profundizar el conocimiento de la magnitud y tendencia de las principales causas de muerte y discapacidad en la población y las investigaciones respecto de las intervenciones existentes para prevenir,

¹ Se debe indicar que GES corresponde a la sigla del nombre oficial del sistema de *Garantías explícitas en salud*, que es conocido popularmente como AUGE por *Acceso Universal con Garantías en Salud*. Se utiliza indistintamente ambos nombres. Por ejemplo el Consejo Consultivo del sistema ha pedido expresamente llamarse Consejo Consultivo AUGE, mientras que la instancia directiva del Ministerio de Salud se llama Consejo Directivo GES. En este informe se ocupa indistintamente ambos términos, según el contexto. Por lo general, la ciudadanía conoce el nombre AUGE.

² Ley 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud, 25 de agosto de 2004. www.bcn.cl

tratar o rehabilitar el impacto de estas enfermedades, evaluando la evidencia científica disponible sobre el resultado de esas intervenciones. Asimismo, se considerarán estudios sobre las necesidades y expectativas de la población y sobre las preferencias sociales, destinados a conocer los problemas de salud que la población estima debieran ser cubiertos”³.

En este contexto jurídico - institucional se planteó la necesidad de levantar y actualizar información sobre los criterios sociales operantes para establecer prioridades en salud en Chile, y de esta manera introducir la consideración por las preferencias sociales en las decisiones relacionadas con la implementación y expansión de las GES, dando así cumplimiento a lo establecido en la normativa legal. Para dar cuenta de este propósito se inició en el año 2007 el proceso de investigación sobre *preferencias sociales para la definición de garantías explícitas en salud (GES) 2008*⁴, que comprendió una etapa inicial de revisión de la literatura precedente y experiencias nacionales en la materia para desde esos resultados definir la estrategia metodológica para la indagación sobre los criterios sociales expresados por la ciudadanía para establecer preferencias sanitarias. Posteriormente, se llevó a cabo un proceso de análisis y discusión de los resultados con distintos actores: expertos, autoridades, técnicos e instancias ligadas a la operación del GES como el Consejo Consultivo AUGE y el Directorio AUGE.

El presente informe presenta los objetivos y método del estudio y entrega los resultados de cada una de las etapas. Cabe enfatizar que los resultados centrales del estudio, corresponden a los criterios sociales para definir prioridades en salud levantados en el estudio cualitativo. Las etapas de análisis de estos criterios por un grupo de expertos en salud pública y la discusión sobre los mismos en talleres de trabajo con los equipos operadores del GES de todas las regiones del país contribuyen a la reflexión sobre la interpretación y aplicación de las preferencias sociales en la toma de decisión. El reporte concluye con los aprendizajes en relación a los estudios de esta naturaleza que persiguen la incorporación de las preferencias sociales. Se espera que este informe sea un aporte a la transparencia en los procesos de toma de decisiones que están a la base de la formulación de políticas públicas en nuestro país.

³ Reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las garantías explícitas en salud a que se refiere la ley N° 19.966, Párrafo 3, Artículo 7, página 7.

⁴ En adelante, Estudio de preferencias sociales.

I. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los criterios sociales operantes en la sociedad chilena para definir la importancia o prioridad de un problema de salud o grupo social, que permitan orientar decisiones sobre el establecimiento de prioridades y garantías en salud; y describir las estrategias de enfrentamiento así como la identificación de apoyos desde el Estado (Régimen de Garantías Explícitas).

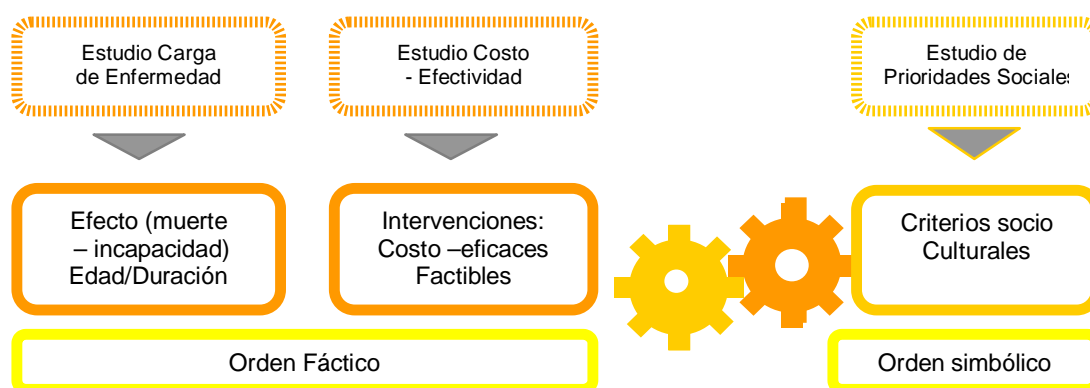
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el marco teórico y conceptual del proceso de priorización social, a través de la sistematización y análisis de las experiencias internacionales y nacionales.
- Levantar los criterios y valores sociales operantes para definir prioridades sociales en Chile a cinco años de la vigencia del GES.
- Articular instancias de discusión y validación de los resultados de este proceso con expertos en salud pública y equipos de salud operadores del GES

II. METODO

El estudio de preferencias sociales para la definición de garantías explícitas en salud (GES) 2008, es parte de un conjunto de investigaciones que fundamentan las decisiones de los equipos técnico – políticos en relación a la expansión de garantías 2007 – 2009, que incluye el Estudio de Carga de Enfermedad y el Estudio de Costo-Efectividad.

El presente estudio se aproxima a la comprensión de las preferencias sociales a través de la identificación de los criterios con los cuales las personas establecen el orden y jerarquización del conjunto de problemas y necesidades en salud, aludiendo a la importancia y valor social que tanto la definición como la satisfacción de la necesidad adquiere. El método del estudio es de naturaleza cualitativa y da cuenta de percepciones, creencias y representaciones en relación a la salud y los problemas prioritarios de salud, es decir, opera en el orden simbólico de la realidad social. Los resultados del estudio son los criterios socioculturales operantes en la sociedad para establecer prioridades en salud y constituyen un grupo de orientaciones que deben ser analizadas para guiar el proceso de toma de decisión respecto al sistema de garantías sanitarias. Los estudios de preferencias sociales complementan el aporte de los estudios de Carga de Enfermedad y Costo – Efectividad cuya naturaleza es cuantitativa (fáctica, que permite medir hechos), entregando información en unidades de tiempo susceptibles a un ordenamiento continuo. No obstante, es importante reconocer que estos estudios técnicos también incorporan elementos subjetivos y valóricos, en relación a temas como el peso asignado a la discapacidad o a diferentes grupos de edad.



El estudio de preferencias sociales consideró actividades de revisión sistemática de la literatura especializada, investigación y actividades de análisis y discusión de resultados.

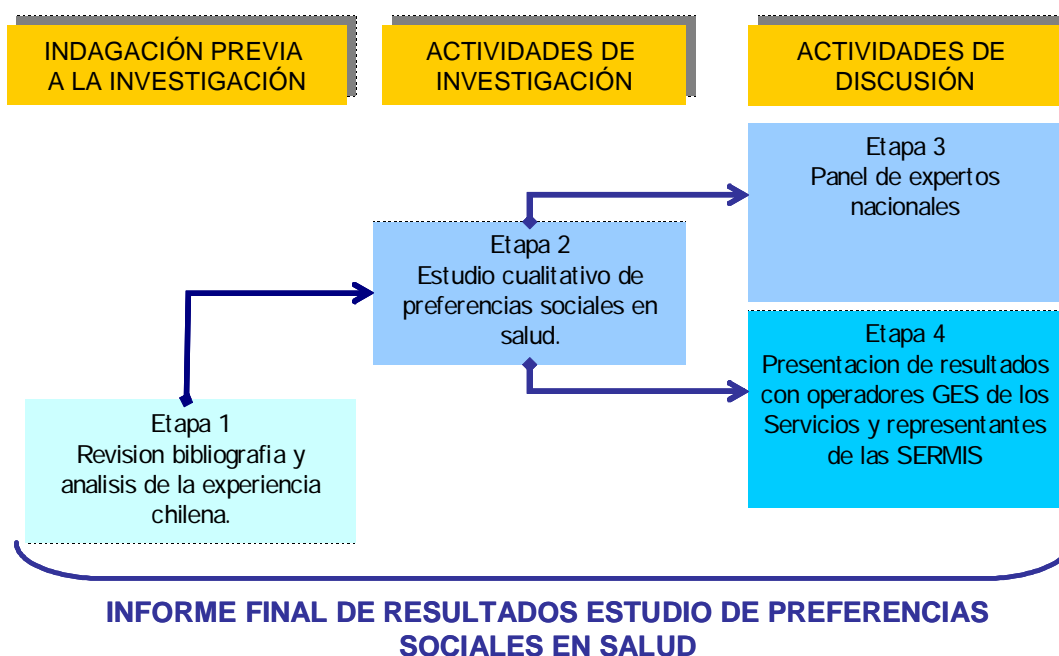
à Actividades de revisión sistemática de la literatura. Comprendió las actividades de recolección y análisis de información secundaria. El análisis sistemático de la literatura y la experiencia previa permite elaborar el marco conceptual del estudio y fue la base de las opciones metodológicas posteriores, específicamente la decisión de realizar un estudio cualitativo.

à *Actividades de investigación:* La investigación central corresponde al estudio cualitativo para conocer los criterios sociales de priorización sanitaria. La opción por realizar un estudio cualitativo se justifica porque permite un mejor abordaje del objetivo central del estudio y es coherente con lo formulado y dispuesto en la ley acerca de la importancia de indagar en las preferencias sociales y en los criterios que las fundan toda vez que corresponden a categorías que no necesariamente están predefinidas por los públicos.

Un enfoque cualitativo permite la comprensión de los procesos de establecimiento de criterios para definir preferencias y es precisamente ese el foco de esta investigación; el poder contar con una mirada interpretativa y comprensiva de cómo definen las personas sus requerimientos y prioridades en salud.

à *Actividades de discusión de resultados:* Comprende las actividades de presentación de resultados y la recogida de observaciones de los distintos grupos de interés que tienen responsabilidad en el diseño, expansión y operación de las GES. El panel de expertos y la discusión con los operadores GES forman parte de esta etapa, también se incluyen presentaciones al Consejo Consultivo AUGÉ y el Consejo Directivo GES.

Para dar cuenta de los objetivos planteados se diseñó un estudio que distinguió 4 etapas:



En adelante describiremos cada una de estas etapas en lo que refiere a las técnicas y procedimientos utilizados.

Etapas 1: Revisión bibliografía y análisis de la experiencia chilena.

Esta primera etapa del estudio tenía por objeto precisar el marco conceptual además de informar el diseño de las etapas siguientes.

à Revisión bibliográfica

Para el estudio de literatura internacional, se revisaron las siguientes bases de datos y bibliotecas de literatura especializada online – revistas científicas, indexadas, con revisión de pares- en orden de relevancia:

- Biblioteca de la National Library of Medicine and National Institutes of Health, Medline Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>) (inglés) (área medicina y salud pública)
- Biblioteca virtual en salud (<http://www.bvs.br/php/index.php>) (bases de datos Lilacs, Medline, biblioteca Cochrane y Scielo) (inglés y castellano) (área medicina y salud pública)
- Google Scholar (<http://scholar.google.com>) (inglés y castellano) (área medicina, salud pública, ciencias sociales, ciencias del ambiente)

La revisión sistemática de la literatura se hizo de acuerdo a los siguientes términos claves y de vocabulario especializado MeSH de Medline- resultados preliminares en azul- , en orden:

- Priorización en salud ([Health priorities](#), [Priorities, health](#), [Health priority](#), [Priority, health](#))
- Preferencias del público ([Patient preferences](#), [Patient preference](#), [Defenders, public](#), [Assistance, public, Preferences](#))
- Toma de decisiones en salud ([Decision making](#), [Decision modeling](#), [Decision trees](#), [Decision theory](#))

à Análisis de la experiencia chilena en procesos de priorización social

La revisión de la experiencia chilena en el estudio de las preferencias sociales en salud se realizó a través de una lectura, análisis y síntesis de los informes finales de los siguientes estudios:

- *Estudio de Priorización Inversiones en Salud: Componente Cualitativo*. Ferreccio C. et al. GREDIS, 1996.
- *Estudio de Percepción social y demandas hacia el sector salud en el contexto de Reforma*. FEEDBACK Comunicaciones, 2000.
- *Determinación de prioridades en salud para la expansión de GES*. Rodríguez M. et al. ALCALÁ Consultores, 2005

Los estudios mencionados fueron encargados y supervisados por el MINSAL a consultoras de investigación.

Etapa 2: Levantamiento de criterios sociales en relación a la salud presentes en la población.

1) Consideraciones generales

Esta etapa comprende un estudio cualitativo en todos sus componentes; técnicas, muestras y estrategia de análisis. Como ya hemos dicho la opción por el uso de técnicas cualitativas de investigación social descansa en el hecho que son las que mejor recogen las dimensiones, procesos y significados a través de las cuales las personas ordenan su accionar frente a la salud y sus requerimientos.

La investigación cualitativa se hace desde el campo de los procesos de significados generados por las distinciones que las personas crean en el lenguaje para referirse a la realidad (Conde, F en Delgado, J. et al.; 1999:99).

Las metodologías cualitativas de investigación permiten recuperar las negociaciones presentes en los grupos sociales, desde donde surgen consensos y modos comunes de interpretar la realidad. La investigación cualitativa busca conocer cómo las personas encuentran significación a la realidad social. Estos sentidos permiten a las personas tener dirección para orientarse en la realidad social como una trama o malla de relaciones.

La investigación cualitativa recupera la subjetividad de las relaciones sociales como una manera de observar y dar cuenta de los fenómenos sociales acogiendo la perspectiva de los propios sujetos/objetos de la investigación social. Por esta razón el investigador es el lugar donde la información se convierte en significación y en sentido dado que la unidad del proceso de investigación en última instancia no está ni en la teoría ni en la técnica - ni en la articulación de ambas - sino en el investigador mismo (Ortí, A en Delgado, J. et al.; 1999:90b).

Algunos autores han relevado la importancia de la investigación cualitativa en salud cuando se requiere describir, interpretar y explicar un fenómeno; cuando se desea explorar aspectos que se dan por sabidos, entender las prácticas profesionales, conocer la opinión de los usuarios de servicios de salud, evaluar políticas sanitarias complejas, entre otras (Popay y Williams, 1998 citado en Vázquez, M. et al, 2006:25). También la investigación cualitativa ha sido usada consistentemente en el estudio de las preferencias sociales de las personas respecto a las decisiones sobre prioridades en salud (Costa Font, J. 2005:19 (3): 249).

2) Técnicas

En esta investigación se usaron dos técnicas cualitativas de orden grupal: en la fase piloto se usó la técnica de grupo de discusión que permitía una potente exploración del discurso social y en la fase de investigación se consideró la técnica de grupo focal con un ejercicio de razonamiento simulado recogía las perspectivas individuales sin que fuera exigible a los grupos la generación de consensos. A continuación se describen estas dos técnicas.

Grupo de discusión: El grupo de discusión comprende un proceso de generación de consensos, considerando que la disputa por poder de parte de los hablantes, representada por la negociación, apunta finalmente a un común horizonte de sentido, que es precisamente la representación social de ese discurso,

esto es el modo en que esos discursos actúan en la sociedad. Lo que hace el grupo de discusión es develar de manera objetiva —mediante el consenso intersubjetivo (Ibáñez 1979) — aquellas representaciones sociales que operan como gatilladoras de los comportamientos y actitudes sociales. En el grupo de discusión los sujetos se reconocen como actores que comparten determinados esquemas interpretativos.

Grupo focal: Un grupo focal puede definirse como una discusión cuidadosamente diseñada para obtener las percepciones sobre una particular área de interés (Krueger 1991). Se trata de una entrevista grupal estructurada que posibilitan orientar el trabajo del grupo sobre materias específicas por lo que el rol del moderador es precisamente conducir la conversación en coherencia con sus objetivos específicos y evitar que el grupo abunde en nuevos contenidos, a diferencia de lo que sucede en el grupo de discusión. El investigador plantea previamente las temáticas y, si es el caso, el tópico no se da por agotado retornando nuevamente una y otra vez ya que interesa captar en profundidad los diversos puntos de vista sobre el asunto discutido.

3) Fase Piloto

Esta fase contempló la realización de dos grupos de discusión en la Región Metropolitana con el propósito de sondear el discurso grupal en relación a la salud y las preferencias sociales en salud:

- *Profesionales, C2, 25 y 45 años, urbano, Santiago*
- *Trabajadores y dueñas de casa,, C3D, 25-45 años, Santiago*

El objetivo de la fase piloto fue levantar los temas presentes en la población en relación a los problemas de salud, las estrategias para resolverlos y la percepción sobre políticas de salud.

Los resultados de la fase piloto permitieron que el equipo investigador identificará líneas específicas de indagación y principalmente se enfatizará el conocimiento de los criterios que definen las preferencias de salud por lo que se requería de una estrategia que admitiera una conversación muy direccionada en relación a los objetivos del estudio.

4) Fase de indagación

Estimulo: En este estudio se optó por trabajar con un *ejercicio de racionamiento simulado*. En términos operacionales este ejercicio se define como la presentación de una pregunta que obliga al grupo a tomar decisiones. Este ejercicio también se realizó conduciendo a los grupos a un razonamiento y a su argumentación.

El uso de esta estrategia provoca que el grupo ocupe un rol de decidor (en un escenario de simulación), por lo tanto, el grupo trabaja sobre una pregunta iterativa hasta consolidar un corpus de decisiones.

Si cada uno de ustedes tuviera una bolsa de dinero, ¿a cuales problemas de salud o enfermedades y a qué grupos de nuestra sociedad le asignaría recursos y por qué?

Siguiendo las lecciones de experiencias internacional y nacional no se expuso a los grupos un listado de enfermedades para ordenar jerárquicamente.

Los criterios para afinar las opciones de asignación de recursos indicados por los participantes fueron los siguientes:

- Especificar grupos de edad
- Especificar tipos de ubicaciones geográficas
- Especificar género
- Caracterizar vulnerabilidades, en caso de ser nombradas
- Caracterizar grupos socioeconómicos
- Caracterizar asegurador y prestador en salud

La guía de trabajo fue la siguiente:

- Identificar los problemas de salud y enfermedades más importantes para el país, para su grupo y para los participantes mismos y los criterios que fundan su importancia
- Modos de resolución de los propios problemas de salud
- Conocimiento sobre el plan AUGE
- Ejercicio de media hora de asignación de recursos en salud

En los casos en que los participantes prefirieron asignar los recursos para si mismos o para su propia comuna, el ejercicio se repitió planteando a los participantes ponerse en el lugar de un funcionario de salud quien debiera asignar esos recursos. La asignación para si mismos o para la comuna propia, se consideran también un resultado válido. No se buscó la creación de acuerdos en el ejercicio, sino la profundización y discusión de los criterios empleados para asignar sin embargo, la emergencia de consensos frente algunas decisiones se dio espontáneamente.

Se explicó a los participantes el carácter de simulación del mismo, como también el hecho que las autoridades de salud basan sus prioridades en un conjunto de criterios y no únicamente en la percepción del público.

Se consideró además que se presentarían situaciones en que un grupo o sus participantes se negarán a priorizar por afirmarse en la necesidad de dar cobertura universal (todos los problemas, todos los grupos sociales) a los problemas de salud de la población. Para controlar este sesgo, se insistiría en que se trataba de una simulación que sólo operaba con recursos limitados.

Consideraciones generales sobre la muestra: En lo cualitativo los criterios de selección de la muestra son de comprensión y no de representatividad estadística. En esta investigación se propuso una muestra estructural – acorde a los estudios cualitativos - que intenta llenar el espacio simbólico (el discurso) sobre el tema a investigar. Es importante la composición adecuada, es decir la pertinencia, “incluir en el grupo a todos los que reproduzcan mediante su discurso relaciones relevantes” (Ibañez, 1979:264) por sobre cualquier criterio de calidad.

En el caso de los estudios cualitativos, un mayor número no supone más información – en el sentido de novedades de conocimiento nuevo – sino mayor redundancia; repetición de las claves de los discursos ya obtenidos.

Criterios para el diseño de la muestra: En atención a lo señalado en párrafo que antecede, la muestra consideró en su definición los siguientes criterios.

Saturación: el número de grupos no se definió previamente sino que la muestra se cerró cuando se logró la saturación del tema estudiado. En este sentido la muestra fue abierta.

Comprensión (de pertinencia). En la selección de participantes se busca representar el conjunto de relaciones que se investigan. Interesa considerar no sólo lo más común sino también los diferentes tipos de oposiciones de relaciones, lo diferente, lo minoritario al interior de cada segmento social estudiado.

Criterios para selección de individuos: Se consideraron variables generales para la conformación general del grupo en estudio, y variables internas, para la definición del perfil específico de los entrevistados. Por último, se consideró la definición de ciertos criterios de exclusión.

Variables Generales	<ul style="list-style-type: none"> - Personas mayores de 18 años - Residentes en las regiones III, V, RM, VIII y IX
Variables Internas	<ul style="list-style-type: none"> - Género: Hombres y mujeres - Edad: entre 18y 75 años - Asegurador: ISAPRE y FONASA - Nivel socio económico (GSE) - Condición laboral
Criterios de exclusión:	<ul style="list-style-type: none"> - Estar en tratamiento por enfermedades graves: SIDA, cáncer, discapacidad física severa de cualquier causa, enfermedades mentales. - Personas que trabajen en servicios de salud o instituciones relacionadas públicas y privadas o que tengan familiares directos que lo hagan. - Cientistas sociales o personas ligadas a la investigación de mercado. - Nivel socioeconómico alto (*)

(*) El nivel socioeconómico se definió a partir de un proxy de ingreso calculado en deciles y escolaridad. En términos operativos se adaptó la clasificación de mercado de niveles socioeconómicas C1/C2/C3/D y E (ICCOM, 2002)⁵.

Las regiones seleccionadas se definieron tratando de capturar realidades heterogéneas del territorio nacional: Norte, Centro, Metropolitana, Sur y Sur – Araucanía. Todo esto atendiendo a las limitaciones de presupuesto del estudio⁶.

⁵ ICCOM (2007). Descripción básica GSE, ICCOM 2007. www.iccom.cl.

⁶ Se reconoce que las restricciones de recursos implicó dejar fuera de la muestra las regiones extremas y poblaciones alejadas e insulares.

Muestra: La muestra final fue de 21 grupos focales distribuidos en 5 regiones del país.

MUESTRA 23 grupos (2 piloto y 21 focus)			
	MUJERES	HOMBRES	MIXTO
III	<ul style="list-style-type: none"> → En gestación o con hijos menores de 2 años, trabajadoras y dueñas de casa, FONASA, urbano, Copiapó → Estudiantes, 18- 25 años, C3D, FONASA, urbano, Copiapó → Dueñas de casa y jubiladas, mayores de 65 años, C3D, FONASA, urbano, Copiapó 	<ul style="list-style-type: none"> → Trabajadores de la minería, 25 – 50 años, C3D, FONASA, urbano, Copiapó 	
V	<ul style="list-style-type: none"> → Trabajadoras y dueñas de casa, C3- D, 46- 65 años, FONASA, urbano, Valparaíso → Trabajadoras y dueñas de casa,, C3D, 26- 45 años, FONASA, urbano, Valparaíso 	<ul style="list-style-type: none"> → Mayores 65 años, urbano, C3D, FONASA, urbano, Valparaíso 	<ul style="list-style-type: none"> → Estudiantes, C2, 18- 25 años, urbano, Valparaíso
R M	<ul style="list-style-type: none"> → Trabajadoras y dueñas de casa,, C2C3, 45 a 65 años, rural, Colina 	<ul style="list-style-type: none"> → Adultos mayores C3- D, urbano, FONASA, Renca, Santiago → Profesionales, C2- C3, 26 y 45 años, ISAPRE, urbano, Santiago 	<ul style="list-style-type: none"> → Profesionales, C2, 26 y 45 años, urbano, Santiago (Piloto) → Profesionales, C2, 26 y 45 años, urbano, Santiago (Piloto) → Trabajadoras y dueñas de casa,, C2C3, 45 a 65 años, rural, Colina
VIII	<ul style="list-style-type: none"> → Profesionales, C2, ISAPRE, urbano, Chillán → Dueñas de casa y jubiladas, mayores de 65 años, C3D, FONASA, urbano, Palomares, Concepción 	<ul style="list-style-type: none"> → Profesionales, 25- 50 años, C2, ISAPRES, urbano, Concepción → Trabajadores rurales, 25 – 50 años, C3D, FONASA, rural, Pinto 	
IX	<ul style="list-style-type: none"> → Jóvenes trabajadoras y estudiantes, 18- 25 años, C3D, FONASA, urbano, Temuco → Dueñas de casa y jubiladas, mayores de 65 años, C3D, FONASA, rural, etnia mapuche, Vilcún 	<ul style="list-style-type: none"> → Trabajadores rurales, 25 – 50 años, C3D, FONASA, rural, Cherquenco → Trabajadores rurales, 25 – 50 años, C3D, FONASA, rural, Cherquenco → Jóvenes estudiantes, 18- 25 años, C3D, FONASA, urbano, Temuco 	

Contacto y selección de participantes y registro

Producción de grupos: La producción de los grupos estuvo bajo la responsabilidad de dos coordinadores de terreno que articularon una red de contactantes con experiencia en trabajo de campo en estudios cualitativos, en las regiones involucradas. A cada contactante se le instruyó acerca de los perfiles de los grupos y para chequear que estas características se cumplieran se aplicó un pre test antes de iniciar la sesión grupal de modo de asegurar los requisitos esperados.

Registro: Cada sesión fue debidamente grabada y transcrita literalmente haciendo distinciones por género y moderador. Las transcripciones de estos grupos están disponibles en soporte digital.

5) Estrategia de análisis

La información recogida se analizó desde la perspectiva del análisis de contenido, estrategia que permitió establecer relaciones entre el texto y los aspectos relacionados con el sentido. Esta corriente permite un análisis textual – intensivo y exhaustivo - de las relaciones presentes en el discurso y su sentido subyacente.

Los textos fueron analizados por un equipo de investigadores cualitativos que propuso y discutió esquemas de interpretación de los resultados obtenidos.

Etapa 3: Panel de expertos nacionales⁷

El objetivo de la reunión de trabajo fue convocar a un panel de expertos/as en salud pública de todo el país para que realizaran un análisis reflexivo acerca de cómo los criterios sociales podrían orientar una lista de problemas de salud para la expansión de las garantías GES 2008 – 2010.

El método de trabajo tuvo las siguientes fases:

- Presentación proceso de expansión de garantías GES (presentación realizada por el Doctor Pedro Crocco)
- Metodología y resultados del estudio cualitativo (presentación a cargo de la Dra. Patricia Frenz y de Ximena Sgombich).
- Conversación ampliada con participación de los/as expertos/as convocados/as.
- Conformación de grupos de trabajo que reflexionan en base a una pauta y llegan a identificar los puntos de consenso y los de disenso entre ellos/as.
- Un equipo conformado por un/as representante de cada grupo realiza una síntesis de las propuestas planteadas por los tres grupos, para ser presentada a la Subsecretaria de Salud Pública, Dra. Jeannette Vega.

Los resultados del análisis por los expertos además de haber sido puestos al conocimiento de las autoridades para consideración en las decisiones sobre GES aportan a la reflexión sobre la manera de aplicar e interpretar los criterios sociales.

Etapa 4: Presentación de resultados con Servicios y SEREMIS⁸

Esta fase del estudio se diseñó junto con la Subsecretaría de Redes Asistenciales de acuerdo a las orientaciones de la Ministra de Salud y la Subsecretaría de Salud Pública. Su objetivo fue de presentar y discutir los resultados del estudio cualitativo a los equipos de los Servicios de Salud y SEREMIS de todo el país en una tarde del Taller GES 2008, con el fin de fortalecer los planes de mejora del GES y acciones conjuntas de los Servicios y SEREMIS.

- a) Los Talleres de Gestión de GES 2008 estaban orientados a fortalecer la capacidad de los servicios en reconocer debilidades en la operación de las GES y proponer expectativas de mejora.
- b) En este contexto, el taller trabajaba durante un día y medio sobre las directrices nacionales y la respuesta de los equipos regionales para superar las debilidades observadas en la operación del plan.
- c) La reflexión sobre el estudio de preferencias sociales se desarrolla posteriormente, articulándose naturalmente con el trabajo ya realizado desde el análisis de gestión para lo cual se releva:
 - la perspectiva de la complementariedad en el trabajo de ambas subsecretarías

⁷ El informe de esta etapa se encuentran en el Anexo 2 de este informe.

⁸ El informe de esta etapa se encuentran en el Anexo 3 de este informe.

- el sentido profundo de las acciones de salud que reconocen la perspectiva y requerimiento de las/los usuarios.
- d) En la presentación de los resultados se pone especial énfasis en las dimensiones del estudio relevantes para el contexto regional y los operadores GES, en la evaluación del AUGE y en los aspectos positivos y también deficitarios de la calidad de la atención.
- e) Luego se divide la audiencia en 5 o más grupos para trabajar sobre 3 preguntas:
 - ¿Qué aprendizaje dejan estos resultados para ustedes como operadores del AUGE, qué ámbitos se pueden mejorar?
 - ¿Qué orientaciones para la futura expansión de la GES surgen de estos resultados?
 - ¿Qué acciones conjuntas pueden realizar los Servicios y las Seremis para mejorar la gestión del GES?
- f) Cada grupo dispuso de una copia de la presentación y el apoyo de las investigadoras. Las conclusiones del grupo fue sintetizado en una presentación o documento. Posteriormente, se concentra los grupos en un plenario de cierre en donde los relatores presentarán de forma sintética los resultados de la reflexión realizada.

III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE PREFERENCIAS SOCIALES

Este capítulo se organiza en tres apartados, a saber: (A) Un primer acápite que presenta una síntesis de la revisión bibliográfica y su análisis y que constituye el marco conceptual de esta investigación y (B) un reporte sintético de la experiencia chilena en estudios de priorización social, ambos componentes serían la base sobre la cual se tomó la decisión metodológica de implementar (C) la investigación cualitativa de prioridades sociales en salud cuyos resultados constituyen el tercer y principal apartado.

A. MARCO CONCEPTUAL: ANALISIS DE PROCESOS DE PRIORIZACION SOCIAL EN SALUD EN LA LITERATURA ESPECIALIZADA⁹

Los procesos de priorización social en salud empleados para asignar recursos en salud y legitimar dichas decisiones con el público datan de los años ochenta en el mundo.

Los análisis comparativos de experiencias internacionales en materia de priorización social, indican que el establecimiento de prioridades en salud es un proceso dinámico y continuo y que está en constante revisión (Ferrer, M: 2004, Costa-Font, J; 2005). Sin embargo, no existe consenso acerca de cómo deben realizarse los procesos de priorización social y de cómo sus resultados se ponderan en la definición de prioridades en relación a otros criterios como costo y magnitud, entre otros.

Desde un punto de vista de justicia en políticas de salud, el foco ha ido cambiando durante los últimos 20 años. De acuerdo a Powers y Faden (2000), este comenzó con preguntas acerca de los derechos a la atención en salud, y luego hacia fines de los ochenta, se centró más explícitamente en los temas de racionamiento. Más recientemente, y siguiendo a estos autores, la atención se ha concentrado en buscar alternativas al análisis de costo efectividad, además de abordar las desigualdades en salud y no sólo desigualdades en el acceso a la atención en salud, que se han vuelto el centro del análisis moral.

La pregunta por la priorización en salud se ubica pues al interior del racionamiento de la atención y los recursos, cuya necesidad hoy en día está fuera de duda. Pero persisten las preguntas acerca de las formas de hacerlo. En los ochenta, las preguntas sobre como hacerlo eran de orden técnico y del orden de la participación social. Hoy en día, tal como indican Powers y Faden (2000b), estas preguntas se han enriquecido con los aportes provenientes de la reflexión moral y de la justicia, junto con el desarrollo de la bioética y los nuevos temas que requieren más que nunca una reflexión de este orden, tales como los avances en genética.

1) Participación de la comunidad en la priorización en salud: marco histórico

Como se ha indicado, la necesidad de priorizar la atención y los recursos en salud dados recursos limitados es un ejercicio económico que no es hoy en día puesto en duda. La participación del público en este tipo de ejercicios tiene como hito fundacional el proceso realizado en el Estado de Oregon, Estados Unidos en 1987. Los beneficios y limitaciones de esta experiencia se discutan en la siguiente sección. El principio básico que

⁹ Este acápite presenta una síntesis de los hallazgos del reporte bibliográfico sobre priorización social en salud realizado en el contexto de esta investigación. El reporte in extenso se presenta en el Anexo 1 de este informe y fue preparado por la Sra. Irene Agurto, Socióloga (noviembre, 2007) y revisado por las investigadoras principales.

informa la decisión de incluir al público en las decisiones sobre prioridades, tal como se recoge entre algunos autores es que precisamos comprender que no es posible escapar de la necesidad de racionar la atención en salud, y que dicho proceso debe ser público y visible, y que los protocolos de racionamiento justos deben ser autoimpuestos a través de un proceso racional de deliberación democrática. Es el racionamiento oculto lo que se presume injusto.

La participación del público en las decisiones sobre racionamiento es pues un asunto principalmente de estabilidad del sistema democrático, es decir, de hacer transparente las decisiones sobre política pública; y, en segunda instancia, es un asunto de ajuste a los valores y costumbres de una sociedad, es decir, que las decisiones adoptadas para priorizar la atención y los recursos en salud se ajusten a lo que dicha sociedad valora y aprecia.

Habiendo establecido y acordado los principios políticos que informan la necesidad de involucrar al público en dichas decisiones, el resto- las modalidades para hacerlo, la representatividad, la capacidad del público para tomar estas decisiones, la voluntad de hacerlo directamente o de delegar dichas decisiones en otros agentes o agencias, el valor técnico que debiera atribuirse a dichas decisiones, entre otros asuntos- sigue abierto al debate y al aprendizaje. La experiencia pionera de Oregon constituye, hasta hoy, una referencia central en términos de racionamiento y en términos de participación ciudadana en dichas decisiones.

2) La experiencia de Oregon: descripción, alcances y límites

El estado de Oregon inició en 1987 el primer proceso social de priorización de servicios de salud a ser ofertados a los beneficiarios de Medicaid, involucrando consultas al público, encuestas públicas y dos años de intenso debate. La lista priorizada de servicios, iniciada en 1994, constituyó un ejercicio que suscitó el interés general tanto en términos de racionamiento de atención de salud como de participación del público en dicho ejercicio.

Hubo críticas y entusiasmo por esta experiencia, particularmente durante los años noventa. En 1991, Dougherty (1991) reporta el interés que la experiencia suscitó en el Estado de Kansas como un marco para progresar hacia objetivos de reforma mayores, en particular hacia la obtención de mejores resultados de salud entre los más pobres, extendiendo el acceso y conduciendo a un sistema de seguro de salud universal del Estado de Oregon, sin crear cargas especiales para los pobres del mismo.

Este entusiasmo general, sin embargo, fue opacado por Hadorn (1991), quien llama la atención sobre el hecho que la lista priorizada parece favorecer tratamientos menores sobre otros que salvan vidas, cuestión que se debe al conflicto irreconciliable entre el análisis de costo efectividad y la poderosa proclividad humana de rescatar la vida en peligro: la ley del rescate. Asimismo, señala que la utilidad de la lista final es limitada por su falta de especificidad en relación con condiciones y tratamientos.

En 1993 en Inglaterra, Bowling et al (1993), obtuvieron resultados similares a aquellos que les fueron criticados a Oregon y a otras experiencias de la época: el público priorizaba las tecnologías que salvan vidas en contraste con servicios comunitarios y servicios para personas con enfermedades mentales, y daba menos prioridad que los médicos a la educación en salud y a la planificación familiar.

En 2001, las críticas son aún más duras al modelo de Oregon, cuando Oberlander et al (2001) argumentan que existe escasa evidencia para mostrar que el modelo ha operado como uno de racionamiento explícito y que, en realidad, no ha racionado servicios, como es dudoso que su política de suprimir la cobertura pública a

algunos servicios haya producido ahorros significativos. Concluye pues que adoptar la política de remover ítems de los servicios asegurados de Medicare para Canadá no resultaría tan factible ni tan financieramente atractiva.

Entre tanto, la participación ciudadana en la priorización en salud se continuó realizando en múltiples países. La discusión más sustantiva sobre la participación del público, en cual calidad, y para qué, es materia de las discusiones que tienen lugar desde el 2000 en adelante.

3) Revisión de modelos de participación del público.

En 2001, Ryan et al (2001) hicieron una revisión sistemática de la literatura buscando evaluar las técnicas cuantitativas y cualitativas para extraer las opiniones del público y luego compararon, a través de una encuesta a una muestra de tomadores de decisiones, su utilidad relativa vis a vis otros criterios para establecer prioridades: ganancias potenciales en salud, evidencia de efectividad clínica, impacto presupuestario, equidad en el acceso y desigualdades en el status de salud, y calidad de servicio. Los autores señalan la necesidad de emplear técnicas sensibles o bien usar técnicas cuya validez haya sido ya establecida. Respecto a las técnicas cuantitativas, indican que la técnica calidad de servicio (SERVQUAL) parece ser una técnica potencialmente útil, mientras que dos técnicas basadas en elección son una medida de valor, pero que tienen una aplicación limitada en salud, estas son: el proceso jerárquico analítico y la asignación de puntos. Otras más ampliamente empleadas y que se comportaron bien contra los criterios asignados incluyen la apuesta standard (standard gamble), el compromiso de tiempo (time trade-off), el análisis conjunto de elección discreta (discrete choice conjoint analysis) y disposición a pagar. Estos dos últimos también fueron los sugeridos por Shackley y Ryan (1995).

Concluyen que estudios cualitativos son los más adecuados para indagar los valores y criterios de preferencias sociales si bien todos los métodos tienen fortalezas y debilidades distintas y existe una gran ambigüedad en la literatura. Asimismo, indican que la decisión acerca de emplear técnicas individuales o grupales depende del tema en discusión y de las personas consultadas, pero que, para ambas, es crucial que el entrevistador/ moderador permanezca lo más objetivo posible. Las técnicas más empleadas son las entrevistas individuales y los focus groups.

A continuación se reportan algunas experiencias de participación ciudadana en procesos de priorización que se sustentan en instancias formales de consulta. North y Werkö (2002) comparan las experiencias de Inglaterra y Suecia. En Inglaterra se realizó a través de grupos consultivos y consejos de condados y en Suecia a través de las municipalidades y en ambos países para los presupuestos locales de salud. En Suecia, las iniciativas estaban limitadas a unos pocos consejos de condados, pero eran más distintivos y en uno de los casos resultó en la canalización sostenida de las visiones de los ciudadanos.

Algunos artículos reportan los análisis de las preferencias públicas en salud a partir de los resultados de la encuesta del Eurobarómetro. Costa Font (2001) señala que parece haber consenso en la submuestra del Eurobarómetro para España en el criterio que el sector público debiera financiar lo que público observa como "cuidados esenciales de salud" (sic), mientras que una amplia mayoría rechaza el criterio que son los individuos los responsables de financiar los cuidados no esenciales de salud. El criterio de edad es rechazado por la mayoría de la población, pues es visto como discriminación contra los mayores de edad. Concluyen que las reformas a los sistemas de salud que reduzcan significativamente el financiamiento colectivo a los sistemas de salud no sería aceptado por la mayoría. King y Maynard (1999) emplean datos sobre el Reino Unido del Eurobarómetro (1998) para examinar la opinión pública de las decisiones de

racionamiento, tales como financiamiento, la necesidad de poner límites a las coberturas de salud, entre otros. También empleando los datos del Eurobarómetro para seis países europeos, Mossialos y King (1999) analizan las actitudes ciudadanas hacia el racionamiento y la fijación de prioridades.

Numerosos artículos evalúan experiencias puntuales de participación social en priorización de salud; pero como indican Ryan et al (1995), la dispersión de conclusiones es alta y no parecen apuntar a elementos centrales del asunto. Tres de ellos merecen una mención aparte pues relevan asuntos que parecen centrales al proceso mismo de participación ciudadana antes que a la técnica misma. El primero releva la confianza puesta en la deliberación racional de los ciudadanos; el segundo apunta a las concepciones diferentes que pueden existir sobre el concepto mismo de salud; y el tercero, busca indagar en las influencias que el contexto puede tener sobre el proceso de deliberación.

§ *La crítica al proceso de deliberación racional:* Price (2000), basándose en la experiencia inglesa de los jurados ciudadanos, señala que la utilidad de estos deriva de la confianza en la deliberación racional de los ciudadanos antes que en las preferencias inmediatas de los consumidores. Pone en cuestión la afirmación acerca del distanciamiento crítico del público y se pregunta si efectivamente los jurados emplean la razón como un medio para resolver los desacuerdos fundamentales acerca de la provisión de servicios. Los reportes de la práctica de los jurados relevan una tendencia entre los jurados de suprimir – por medios no racionales- el lenguaje moral diario de la evaluación de la atención en salud y sustituirlo por un sistema de pensamiento en el cual parece permisible el negar tratamiento a personas enfermas. Este sistema de pensamiento lo identifica con un marco evaluativo particular, adecuado al idioma burocrático de la maximización del bienestar social. Concluye que los jurados están concernidos fundamentalmente con la persuasión no racional, y que debido a esto, son moral y democráticamente irrelevantes. Indica que los jurados no sustituyen la votación cuando se trata de proteger al público de las minorías fervientes.

§ *Los diferentes conceptos de salud:* comparando modelos de mercado y estatales de asignación de recursos en salud, Edgar (1998) sugiere que la forma en las cual las distintas comunidades tratan con la asignación de recursos de salud está vinculada a lo que llama su auto- comprensión moral. Es decir, que la provisión de atención en salud puede ser un foco de debate de la comunidad no simplemente acerca de las acciones moralmente aceptables e inaceptables, sino también relativo a la comprensión que la comunidad tenga acerca de lo que vale la pena y es moralmente defendible para la vida humana. Esta auto- comprensión moral esta interrelacionada con los diferentes conceptos de salud que están implícitos en los diferentes sistemas de asignación de recursos. Concluye que las decisiones sobre asignación de recursos en salud deben ser hechas en respuesta a un debate continuado, público y abierto acerca de los significados de la salud y de los significados de la atención en salud para una comunidad en particular.

§ *Elementos de contexto:* Abelson (2001) releva algunos elementos de contexto que influyen diferencialmente en la participación ciudadana en la toma de decisiones de salud locales, basándose en la experiencia canadiense. Entre ellos: la propensión de la comunidad con atributos sociales y estructurales distintos de involucrarse en “estilos” (sic) de participación diferentes; la importancia atribuida a los “valores de la comunidad” (sic) en moldear tanto los valores cualitativos y cuantitativos de la participación tales como el rol de los consejos de salud, de los gobiernos locales y de la colaboración interorganizacional como “facilitadores” (sic) de la participación, y la politización que emerge en los procesos de participación frente a temas contenciosos como es el cierre de hospitales.

Por otra parte, se realizaron algunos estudios tendientes a responder la pregunta por las similitudes o diferencias entre las preferencias del público y aquellas de los especialistas.

En 2005, Wiseman en Australia (2005) encontró considerable uniformidad entre las preferencias de los profesionales de la salud y el público. Del mismo modo, en el ejercicio de priorización realizado en Chile en 1995 Ferreccio et al (MINSAL 1996), las preferencias del público también tendían a coincidir con aquellas de los especialistas, con la excepción de lo que Hadorn denomina la regla del rescate, que en este caso priorizaba muy alto la atención a la infancia versus otros grupos de edad al aplicar la metodología DALY. No parece haber evidencia suficiente para afirmar la consistencia o inconsistencia entre los criterios del público y aquellos de los especialistas.

4) Caracterizando a la comunidad y sus valores y comportamientos

A la reflexión y evaluación sobre los modelos de participación, le sigue una reflexión acerca de la comunidad misma y su voluntad/capacidad e interés en participar en la priorización en salud. No se pone en cuestión el valor político de la participación social, sino su utilidad práctica para estos ejercicios de priorización.

Lomas (1998) y a partir de la experiencia canadiense, señala que la comunidad puede adoptar al menos tres roles distintos al proveer de input para la toma de decisiones pública:

- contribuyente,
- tomador colectivo comunitario de decisiones o
- paciente.

Cada uno de estos roles puede ser mapeado en tres áreas diferentes de toma de decisiones de política pública de salud: niveles de financiamiento y organización del sistema, los servicios que elegimos a ser ofertados con fondos públicos, y las características de aquellos que debieran recibir los servicios ofertados. Sugiere pues definir claramente las áreas que son más apropiadas para recibir input del público, de acuerdo a estas posiciones adoptadas, dado que el ciudadano promedio hasta entonces había mostrado poco interés en contribuir y que raramente tenía las destrezas que la participación le pedía. Señala que la literatura sugiere que existen áreas limitadas para las cuales sería útil obtener input significativo, dado el interés general de los gobiernos por promover la participación. En particular, al público general debiera pedírsele proveer de input, pero no determinar las prioridades de las múltiples categorías de servicios que potencialmente pueden recibir fondos públicos. No recomienda esto para servicios específicos, dado la falta de interés y de destrezas del público en general. Los grupos de pacientes, en cambio, debieran ser aquellos que proveyeran input para decidir las características sociodemográficas de quienes debieran recibir los servicios ofertados. El rol esperado de estos consumidores no es que adopten una perspectiva en su propio interés, sino que adopten lo que Rawls llama el "velo de la ignorancia" (sic) para reflejar visiones compasivas de las prioridades entre características sociodemográficas. *Señala también que no hay un método óptimo para solucionar los problemas comunes de escasez de información sobre la cual basar las prioridades, dificultades en arribar a consensos, baja representatividad de los participantes, y falta de oportunidad para una discusión informada previo al declarar las prioridades.*

La reflexión conduce a preguntarle al propio público si le interesa participar y bajo cuales condiciones. Se observó lo siguiente:

- En 1995 en Inglaterra, Abelson et al (1995) consultaron las opiniones de algunos grupos de decisión que pudieran tener un rol en la gobernanza de los servicios de salud y sociales. Los participantes tendieron a asignar autoridad a los tomadores tradicionales de decisiones, tales como funcionarios electos, expertos y el gobierno provincial. Pero también favorecían un rol consultivo para quienes acudían a las reuniones de municipios (es decir, ciudadanos interesados).
- En 1995, basado en la experiencia de Ontario, Canadá, Singer (1995) descubrió que los participantes tenían interés en involucrarse si se les daba el tiempo suficiente y que sí eran capaces de adquirir las destrezas necesarias para ello.
- En 2003, Wiseman et al (2003), realizaron una encuesta en Sydney, Australia, para preguntar la disposición a participar y encontraron que si bien las preferencias del público en general fueron consideradas las más importantes, señalaron que cualquier proceso de toma de decisiones necesitaba ser informado por la preferencias de una amplia gama de grupos. Las preferencias de los políticos fueron consideradas las menos importantes para la priorización en atención de salud.
- Abelson et al (2004), luego de un estudio cualitativo en Canadá, descubrieron que el público era altamente crítico a su propia participación, sin embargo, le interesaría hacerlo bajo algunas condiciones: los participantes le daban gran importancia al contenido y balance de la información para construir confianza y credibilidad entre los ciudadanos y los tomadores de decisiones; los participantes se veían a ellos mismos y a los tomadores de decisiones como fuentes de información a ser compartida durante el proceso de consulta; y los participantes destacaron la importancia de acordar sobre los principios de la información y la comunicación antes que cualquier otro principio.
- Liltva et al (2002) revisaron el interés del público en participar en las decisiones de atención de salud y encontraron que había un fuerte deseo en todos los grupos de que el público estuviera involucrado a los niveles tanto de sistema y de programa, y menos interés con involucrarse a nivel individual. Al nivel del sistema y de programa, los informantes favorecían la consulta, sin asumir responsabilidad sobre las decisiones pero con la garantía que sus contribuciones fueran escuchadas y que las decisiones después de las consultas fueran explicadas. Los informantes a nivel de los pacientes sentían que el público debiera participar sólo para establecer criterios para decidir entre beneficiarios potenciales de tratamiento.
- Coast (2001) en el Reino Unido, y también empleando técnicas cualitativas, analiza la relación entre los ciudadanos y sus agentes. Encontró que existe mucha variación en el grado en que los ciudadanos quieren involucrarse en tomar decisiones de racionamiento, dependiendo del conocimiento, experiencia, objetividad y el potencial de preocupación al negar atención. Los agentes, en contraste, ven a los ciudadanos necesitando que tomen las decisiones por ellos y sugieren que es primordialmente la tarea de la autoridad de salud el actuar en esta capacidad.

Estos estudios se han basado en muestras de conveniencia o pequeña cantidad de focus groups por lo que no tienen un estándar de rigurosidad técnica tan sólida pero resultan ilustrativos de un asunto que no era evidente a fines de los ochenta, cuando se desarrolló la experiencia de Oregón: *que la comunidad parece buscar un rol consultivo y restringido en la toma de decisiones sobre priorización de salud, y que alguna manera continúa confiando en las autoridades electas para tomar las decisiones*. La necesidad de transparencia en las decisiones y el acceso a la información sobre la cual se basan parece ser lo central.

En síntesis y tal como señala Fleck (1994), lo que parece injusto es el racionamiento oculto, antes que las decisiones sobre el racionamiento o la propia participación de la ciudadanía en dicho proceso.

5) Otra perspectiva para incorporar las visiones del público: después de los modelos de participación

Pareciera que la controversia sobre la utilidad y las formas de involucrar a la comunidad en las decisiones sobre racionamiento de la atención y recursos de salud no está zanjada, pero, a partir de esta revisión de la literatura, resulta evidente que la discusión ha ido cambiando de foco: desde la búsqueda por las mejores modalidades para extraer las preferencias del público e involucrarle en la toma de decisiones, pasando por la revisión de estos supuestos, y el de consultar al propio público acerca de su interés en participar. Hoy en día, y luego de la incorporación de nuevas disciplinas a esta discusión, como las teorías de la justicia, la filosofía y la bioética, junto con la experiencia acumulada y las no pocas insatisfacciones con la misma, el tema pareciera orientarse en otra dirección.

Tentativamente, es posible identificar dos corrientes: una de ellas, más reciente, que apunta a alimentar la discusión teórica sobre la consulta ciudadana en las decisiones sobre priorización de recursos en salud, y la segunda, pareciera con más tradición, que apunta a incorporar las visiones del público al interior de modalidades técnicas de priorización. No parece posible discernir- con la información disponible en esta revisión- si estas dos vertientes se pueden acoplar en algún momento, o si se trata de dos órdenes de asuntos distintos.

En la primera línea identificada, se ubican los aportes desde las teorías de la justicia, la filosofía y la bioética:

- Burgess (2004) describe el rol de la consulta pública para el análisis ético y la gobernanza de los estudios de genética y biotecnología, cuidando las formas de la consulta tal de evitar los sesgos de los grupos dominantes, quienes tienden a excluir algunos intereses o perspectivas cerrando anticipadamente los alcances del dialogo ético.
- Mullen (2007) se pregunta acerca de como la consulta pública puede contribuir a hacer más defendibles las decisiones sobre los aspectos éticos de las políticas, separando las distintas concepciones de la defensa de decisiones sobre la ética: sea en el sentido de la legitimidad en virtud de reflejar los intereses cuyos intereses son afectados, o en el sentido de la capacidad de defender y responder a los desafíos presentados en el debate ético. La pregunta es pues acerca de las formas de consulta que tienen el potencial de hacer las decisiones más defendibles en cualquiera de los dos sentidos. La consulta puede tener un rol en traer nuevas ideas y desafíos al debate, aunque no es claro si esto incrementará la capacidad de defensa de cualquier decisión en la ética.
- Tauber (2003) sugiere revisar el concepto de autonomía al interior de la justicia distributiva, señalando que si la autonomía es definida estrictamente en términos de la individualidad atomística, entonces las obligaciones y deberes sociales están subordinados a los derechos individuales. Alternativamente, cuando las personas son definidas por sus relaciones la "autonomía relacional" (sic) produce un balance de responsabilidades contra los reclamos individuales para maximizar la justicia distributiva. El concepto de autonomía relacional provee a la medicina con una base filosófica para el racionamiento comunal de los recursos de salud.
- Gould (1996) explora tres formas de asignar recursos en salud: análisis de costo- efectividad, toma de decisiones democrática informada y "velo de la ignorancia", como ejemplos de justicia de procedimiento y empleando el criterio de consenso como el criterio para juzgar procesos en competencia. Cabe señalar que para este autor el análisis de costo- efectividad no cumple con el

criterio de consentimiento real o presunto, incluso si los costos y la utilidad relativa a salud puedan ser medidos perfectamente. Se estima que las estructuras gubernamentales existentes no pueden asimilar de modo creíble la información necesaria para la toma de decisiones sobre racionamiento, y los esfuerzos comunitarios no son representativos. Las aplicaciones del velo de la ignorancia en que las personas se esfuerzan por superponer los intereses colectivos a los personales, son más útiles para identificar principios de racionamiento de la atención de salud que para tomar decisiones concretas.

- Y en 1994, Calman (1994) mencionaba los aspectos éticos involucrados en la asignación de recursos, señalando la importancia de basar las decisiones en los resultados de la atención de salud y su consiguiente evaluación económica. Por tanto, la base de conocimiento y la auditoría de los resultados del tratamiento clínicos resultan muy importantes. El involucramiento del público es visto como un aspecto integral de este proceso, pero el proceso en su conjunto se requieren mejores métodos

En la segunda línea identificada, a saber, incorporar las visiones del público en instrumentos técnicos de priorización, se encuentra lo siguiente:

- à Basándose en Amartya Sen y Martha Nussbaum, busca incorporar algunos elementos comunitarios como una forma de mejorar los usos actuales de Presupuesto de Programas y Análisis Marginal (Program budgeting and marginal analysis, PBMA) en la fijación de prioridades. Sugiere que virar hacia una base comunitaria para la fijación de prioridades altera la distribución de los derechos de propiedad sobre la toma de decisiones de servicios de salud y aumenta la posibilidad que los ejercicios de PBMA sean implementados. En contraposición a los defensores del bienestar/individualismo como es normalmente concebido, sugiere que algunos de los problemas del PBMA tal como se aplican hoy día se deben a la falta de un "compromiso creíble" (sic). Sugiere pues incorporar los valores de la comunidad y comunitarios en los ejercicios de priorización de PBMA para contribuir a superar las barreras que dificultan implementar sus recomendaciones. Esto refleja el concepto de Sen de las capacidades, pero extendiéndolo a un nivel comunitario, y permite poner al frente los valores de la comunidad en oposición a los valores individuales.
- à Walker y Siegel (2005) discute sobre la existencia de una justificación moral clara para incorporar las preferencias valóricas de la sociedad en los análisis de costo efectividad en la asignación de recursos de salud. Propone distinguir la relación entre principios morales y valores: una vez que los principios morales han sido aceptados para rechazar algunos de los valores sociales (tales como aquellos que son irracionales o que revelan prejuicios), se requeriría hacer un recuento de por qué es necesario apelar a los valores sociales antes que a los principios morales para determinar una división justa de los recursos de salud. En segundo lugar, discute la justificación moral para usar los valores sociales, criticando los conceptos de representación, consenso presunto y decisión democrática como las nociones invocadas para justificar este rol. Concluye que si bien se han levantado propuestas interesantes, aun no se ha encontrado una justificación perentoria para incluir los valores sociales en los análisis de costo efectividad.
- à Hasman (2003) revisa los métodos empíricos aplicados en el análisis de la toma de decisiones en prioridades de atención de salud y destaca tres elementos metodológicos: selección del grupo de sujetos, selección del enfoque y grado de información provisto al público. Concluye que se requiere un

método combinado para dar representatividad comprehensiva a los valores en el establecimiento de prioridades y así dar cumplimiento a los objetivos de la ética empírica.

Desde una visión más práctica y más cercana a la salud pública, se observan los siguientes planteamientos:

- Emanuel (2000) contribuye con otro planteamiento al debate sobre justicia y atención en salud: señala que este debate ha ocurrido distanciado de las instituciones que le conciernen, y que si el debate girara en dirección de los principios morales que son ampliamente aceptados en estas instituciones y hacia principios que tienen que ver con la asignación de recursos antes que principios en general, o los modos en que se toman estas decisiones, es posible lograr un acuerdo.
- Ubel (1999) modifica la noción inicial acerca de que los valores de la comunidad debieran jugar un rol en la toma de decisiones en salud hacia la pregunta por la creación de políticas de atención de salud que de alguna forma reflejen tales valores y sugiere una agenda de investigación preliminar para este fin.
- En esta misma línea, en una comunicación personal con una representante de la Región de Salud de Calgary, Canadá (Clarke 2007), ésta planteó que luego de la experiencia de Oregon en que se observó la dificultad del público de priorizar, y algunos ejercicios propios en la región, el planteamiento actual es que la priorización en salud es una tarea de salud pública, cuyos representantes deben ser capaces de interpretar los valores y la moral de la comunidad correspondiente. De este modo, han suprimido la consulta pública en la priorización en salud.

Desde una perspectiva feminista, Månsdotter y colaboradores (2004) a partir de cinco propuestas suecas para mejorar la salud de la población o la "equidad de sexo", sugieren revisar el marco normativo y analizar los impactos diferenciales de la asignación de recursos para la salud de hombres y mujeres.

En otra línea, esta revisión bibliográfica indagó en las áreas de medio ambiente, gestión de riesgos y de desastres buscando las formas de participación ciudadana, los modos de involucramiento de los valores y la moral de la sociedad, o los principios de justicia distributiva que pudieran estar contenidos en estos marcos de referencia.

Se encontraron dos experiencias donde el tema está incluido:

- un artículo de Harvey y Reed (2005) para la planificación de emergencias sanitarias medioambientales sanitarias, en el cual se menciona la consulta en profundidad al público como una de las fases de la planificación.
- un artículo de Jardine et al (2003), sobre los marcos de referencia empleados por distintas agencias internacionales y canadienses sobre la gestión de riesgo de salud humana, ocupacional y medioambiental para arribar a un marco consensuado entre las distintas agencias involucradas en la provincia de Alberta, Canadá. No obstante, el involucramiento del público o de las partes interesadas es también mencionado como uno de los elementos del sistema de gestión de riesgo, sin profundizar mayormente en ello.

Llama también la atención, que una revisión rápida de los criterios de exclusión e inclusión para construir sus paquetes de beneficios de salud garantizados de países europeos seleccionados y su potencial de aplicación en Polonia (2006), ninguno de los países catastrados incluye referencias a consultas al público, aceptabilidad de los paquetes, o consistencia con los valores o la moral de la sociedad. Es posible, no obstante, que estos

procesos no hayan sido indagados o bien que estén contenidos en la priorización de problemas de salud antes que en tipos de atención, tratamientos y drogas.

6) Aprendizajes

Es posible concluir que hay dos principios básicos que actualmente están fuera de duda: que es necesario racionalizar la atención y los recursos de salud, y por lo tanto priorizar es un ejercicio sine que non. En segundo lugar, tampoco nadie pone en duda la necesidad de que esta priorización incluya de alguna forma las preferencias sociales, los valores, la moral o el contexto cultural de la sociedad. Como se ha señalado anteriormente, la discusión sobre cómo o qué exactamente incorporar, sigue abierta.

La consulta al público parece responder a la necesidad de legitimar las políticas públicas de salud sobre asignación de recursos escasos; asegurando por una parte el ejercicio democrático y de participación ciudadana, y por otra, asegurando, o al menos intentando, un ajuste a valores, como diría Max Weber. El primer elemento se juega fundamentalmente en las formas de la participación- quienes son consultados, como se trata con los diversos grupos de interés (sean mayoritarios o minoritarios), con las diversidades (como el género, las etnias, etc)- mientras que el ajuste a valores coloca por una pregunta por cuales valores son los compartidos, o como se analizó anteriormente, cual es el sentimiento de justicia y de moral involucrado en estos ejercicios y en la propia sociedad.

Como resulta evidente, el incipiente pero interesante debate sobre la justicia, la moral y los valores encontrado en la literatura reciente, es necesariamente una reflexión de la sociedad sobre si misma y excede los marcos de las políticas de salud, aun cuando le involucra centralmente. De todas formas, los principales elementos valóricos que orientan al público respecto a decisiones de priorización ya han sido identificados en los estudios realizados en Chile, y como se indica en el análisis del marco legal, las preferencias sociales ya se encuentran incorporadas como un criterio central en AUGES tal como existe en la actualidad. Poner en marcha mecanismos permanentes de consulta pública sobre las definiciones del GES es una decisión política mayor, que debería tener respaldo legal, en particular dado las complejidades sobre métodos, representatividad, y la ponderación de sus resultados. En el contexto del proceso de expansión de garantías GES 2007 – 2009 parece ser más productivo indagar entonces en modalidades que resguarden los principios democráticos del país actual y aquellos elementos de política pública que esta administración política busca resguardar, tales como la equidad.

En este marco, y recogiendo los aprendizajes de la literatura, no es evidente que a la ciudadanía (más allá de los grupos de interés propio) le interese o ha demandado participar en ejercicios de priorización, pero sí es evidente que le interesa que no se haga a sus espaldas- el racionamiento oculto que lleva a la percepción de injusticia. Antes que las modalidades de participación, parece necesario asegurar la información pública y los principios que orientan la priorización.

También la literatura destaca la necesidad de segmentar a los públicos de acuerdo a los niveles de decisión involucrados: intervenciones a ser financiadas con recursos públicos, sistema y programas, distribución de la atención según perfiles sociodemográficos, etc. Sería interesante analizar esta línea de discusión para el caso de Chile y la incorporación de nuevas patologías, empleando posiblemente instancias de debate de salud y seguridad social ya existentes.

Es posible articular esta modalidad al concepto acuñado en la literatura, la moral vigente en las instituciones, que en Chile podría identificarse como la larga tradición en salud pública. Esto implica involucrar a diversos agentes de la salud pública en el debate sobre priorización, en el entendido que ellos no sustituyen el pensamiento ciudadano, pero que son parte central de la moral de las instituciones concernidas.

El reporte de la discusión bibliográfica releva el valor de integrar la perspectiva de la población en el diseño de políticas públicas de salud y, en particular, de aquellas que conllevan procesos de racionamiento de recursos. Conocer los criterios sociales que movilizan preferencias de las personas en relación a la salud entrega a los equipos técnicos información para dar respuesta a sus demandas y requerimientos. De ahí la importancia de contar con estudios nacionales en la materia que periódicamente monitoreen las expectativas de la población y la respuesta de ésta a las políticas de salud.

B. LA PRIORIZACIÓN EN SALUD EN CHILE

En Chile se han realizado tres estudios de participación del público en procesos de priorización en salud, todos los cuales han sido encargados por el Ministerio de Salud para aportar a las decisiones sobre políticas de salud:

- *Estudio Priorizaciones de Inversiones en Salud (1996), Componente Cualitativo*, Informe Final. Ferreccio, C.; Agurto, I.; Sgombich, X.; Román, M.; González, C.; Guajardo, G.; Martinic, S.; Lara, F. y Arcos, R. Santiago.
- *Estudios Iniciales de Percepción de Salud (2000)*. Informe Final Fase Cualitativa de Investigación. Feedback Comunicaciones, Santiago.
- *Percepción Social en Salud: Determinación de Prioridades en Salud propuestas en la Implementación de las Garantías Explícitas en Salud (2005)*. Informe Final Integrado. Alcalá Consultores Asociados Limitada, Santiago.

El año 1996 el estudio llevó por título “Priorizaciones de Inversiones en Salud” (Ferreccio y colaboradores 1996) y fue encargado por el Departamento de Desarrollo Institucional, insertándose en el marco de la reforma del sistema de salud chileno. Esta fue la primera investigación que relevó las técnicas cualitativas en profundidad para conocer y priorizar las necesidades en salud desde el punto de vista de los usuarios del sistema. Los resultados obtenidos se relacionaron con el estudio técnico cuantitativo de carga de morbilidad que se realizó simultáneamente a través del cálculo de los “años de vida saludables perdidos” (AVISA) para la población chilena.

El año 2000 se denominó “Estudios Iniciales de Percepción de Salud” (Feedback 2000) fue encomendado por la Comisión Interministerial para la Reforma de Salud y buscó identificar áreas críticas del sistema de salud; generar un proceso consensuado de formulación de políticas de salud integrales con participación de los usuarios y actores sociales del sector salud y elaborar propuestas de rediseño del sector salud, tanto público como privado.

El estudio realizado el año 2005 llevó por título “*Percepción Social en Salud: Determinación de Prioridades en Salud propuestas en la Implementación de las Garantías Explícitas en Salud*” (Alcalá 2000) pretendió ordenar el listado de los 31 problemas de salud cuyas garantías serían implementadas en el marco legal de las Garantías Explícitas en Salud, de acuerdo a los criterios que operan en la población para definir sus prioridades de atención en salud.

A continuación se presenta un cuadro síntesis de las principales características técnicas de los tres estudios señalados para continuar con un análisis comparativo de los principales resultados obtenidos.

<i>Características Técnicas de los Estudios Cualitativos de Preferencias Sociales en Salud (1996 – 2005)</i>			
<i>Ítem</i>	<i>Estudio 1996</i>	<i>Estudio 2000</i>	<i>Estudio 2005</i>
Instrumento de recolección de datos	Grupos de discusión (18 GD)	Grupos de conversación. (22 GC)	Grupos de discusión. (12 GC) Talleres de análisis ciudadano (12 TAC)
Criterios sociales identificados	Percepción de gravedad e intensidad del síntoma; percepción de riesgos y valor social del tiempo presente; conocimiento del problema y del tratamiento y percepción de beneficios al actuar Riesgo de muerte, costo, acceso, frecuencia, ciclo vital, genero, funcionamiento social	Autocuidado, prevención; discapacidad, acceso a intervenciones complejas	Riesgo de muerte, costo, acceso, frecuencia, ciclo vital, genero, funcionamiento social
Aporte a las políticas de salud	Comprensión de las preferencias sociales Percepción general de la situación de salud en Chile Aporte a la discusión en las fases iniciales de la reforma.	Análisis de escenarios para la Reforma y su posicionamiento en la ciudadanía. Detección de aspectos críticos en relación al acceso a la salud.	Ordenamiento de preferencias sociales
Aspectos críticos	Muestra restringida a usuarios FONASA y Región Metropolitana		Genera un ordenamiento poco estable de problemas prioritarios.
Unidad de análisis/Colectivo de referencia	Beneficiarios del sector público de salud (usuarios/as o indigentes FONASA) de la RM	Usuarías de ISAPRE y FONASA en 4 regiones del país	Usuarios y usuarias de los sistemas público y privado de salud de 4 regiones del país

El estudio realizado en 1996 entregó resultados en relación a cinco ejes temáticos: posición del individuo y del grupo frente a la salud; percepción de gravedad e intensidad del síntoma; percepción de riesgos y valor social del tiempo presente; conocimiento del problema y del tratamiento y percepción de beneficios al actuar. Se obtuvieron además condiciones generales del proceso de priorización y los criterios sociales en uso en relación a la priorización en salud.

El año 2000, los resultados se ordenaron en relación a seis ejes: construcción del concepto de salud; conducta, autocuidado y prevención; valores deseados en el sistema de salud; autoridades sanitarias; aspectos de la propuesta de reforma y especificaciones a nivel regional y rural.

El estudio realizado el año 2005, en tanto, ordenó los resultados en relación a las preocupaciones sociales en salud; criterios sociales de priorización en salud; prioridades ciudadanas efectivas en salud y percepción social sobre la reforma sectorial. Sin embargo se limitó en el análisis a una actualización de los criterios establecidos en el estudio del año 1996.

Los énfasis y las conclusiones obtenidas en cada estudio realizado dan cuenta de contextos de país diferentes. Así entonces, se transita desde un momento donde la necesidad de reformar el sistema de salud es asumida por el Gobierno de turno, y por lo tanto, se necesita información que permita una mirada diagnóstica frente a la priorización en salud que realizan las personas (1996) hacia un énfasis en lo que se espera de una reforma al sistema de salud (2000) y posteriormente, hacia la percepción que tienen las personas de la reforma en proceso de implementación (2005). En los tres estudios, un aspecto central a

considerar fueron las percepciones, opiniones y/o posiciones de los/as individuos/as, grupos y comunidades frente a la salud en general, aspecto que se describe comparativamente a continuación:

El estudio realizado en 1996 encontró que los/as beneficiario/as siguen un proceso específico para priorizar un problema, el cual incorpora no sólo el problema y la intervención, sino también los beneficios que obtiene al actuar o no actuar frente a un problema y una atribución de responsabilidades a diversos agentes. La posición desde la cual hablaron los sujetos/as en esa oportunidad fue desde el colectivo social en condiciones de no enfermedad. Según los/as autores/as, los/as beneficiarios/as realizaron una priorización defectuosa de los problemas específicos en salud, donde la referencia fueron los problemas conocidos. Realizaron además una evaluación que no fue de costo – efectividad sino de costo – beneficio frente a intervenciones y percepción de beneficios al actuar. Los criterios sociales en uso sobre el tema estuvieron afectados por variables culturales – religiosas; el conocimiento; variables sociales; y variables demográficas.

El estudio realizado en el año 2000 no entregó antecedentes respecto proceso de priorización propiamente tal ni buscó relevar los criterios sociales, pero la discusión permite identificar las preocupaciones sociales operantes respecto al sistema de salud, en particular la atención en salud: el alto costo y el temor de no recibir atención oportuna o de calidad de problemas graves o de riesgo vital, que pone énfasis en prestaciones como operaciones y hospitalizaciones. Los grupos sociales privilegiados siguen siendo la infancia y la adultez mayor.

En el estudio realizado el año 2005, actualiza los criterios sociales fueron riesgo vital; gravedad; vulnerabilidad; frecuencia; minusvalía y externalidades negativas – económicas, familiares, identitarias – (MINSAL, 2003, p. 47). Estos criterios tendrían como trasfondo variables ideológicas; informacionales; sociales y demográficas. Este estudio realiza un ejercicio de ordenamiento del listado de problemas AUGE, apareciendo en los primeros lugares: cáncer gástrico; cáncer de próstata; tumores al sistema nervioso central y leucemia en adultos. Sin embargo, el proceso de someter a las personas a ordenar preferencias en relación a problemas de salud concretos es considerado poco adecuado y este tipo de estrategias había sido rechazada en el informe del año 96. Se critica que el listado podría expresar preferencias poco estable y que estaría afectado por el nivel educacional de las personas, la información sobre cada problema y su comprensión, la disposición del entorno en donde se lleva a cabo el ordenamiento (luminosidad, distancia entre las personas y la información) y los soportes (presentación de las enfermedades).

En el estudio realizado el año 1996, los criterios de priorización estuvieron afectados por un conjunto de variables culturales, religiosas, socioeconómicas, conocimientos técnicos, demográficos y sociales. Los aspectos de gravedad del síntoma, el conocimiento del problema y percepción de beneficios al actuar fueron elementos centrales para otorgar prioridad a un problema. La percepción de riesgo personal y social apareció como un asunto menos nítido. La frecuencia de un problema de salud apareció como un criterio de priorización. La influencia de normas sociales y culturales en la connotación de enfermedades específicas fue un factor importante en términos de responsabilidad del cuidado. Se halló importancia atribuida a problemas psicológicos, especialmente entre las mujeres.

En los tres estudios, la infancia es la etapa del ciclo vital que tiene una valoración social alta. La pubertad y adolescencia son períodos que no fueron reconocidos como importantes en 1996 ni en el año 2000. En el estudio del 2005 aparecen relacionados con las adicciones pero se debe tomar en cuenta que el problema presentado al grupo fue drogas y alcohol en menores de 19 años. La edad adulta aparece en 1996

considerada importante pero no necesariamente prioritaria porque concentra una alta productividad económica y porque es poco vulnerable a enfermedades.

El adulto mayor fue considerado una "carga" en 1996. El hito de los 60 años marcaría el fin de un ciclo vital y el comienzo de otro que no puede vivirse con características propias, sino como la espera de la muerte. La alta valoración de la edad productiva se hace a costa de una postergación de los problemas de salud propios. En cuanto a la discapacidad, en 1996 se observó una mayor tolerancia a discapacidades y secuelas leves, en conjunto con mayor tolerancia al dolor.

Los criterios sociales encontrados en 1996 fueron marcadamente experienciales, en el sentido que se formaron a través de la experiencia del colectivo con los problemas de salud que les han afectado, y a través de su experiencia con el sistema de salud, y en menor medida que han conocido por otros medios. Así entonces, los/as beneficiarios/as no hablaron de criterios de prioridad, sino de problemas de salud que contienen criterios de prioridad.

En el año 2005, el resultado de la priorización a nivel del colectivo tendió a hacerse consensual en un grupo reducido de problemas de salud. El mayor nivel de consenso se registró en torno al cáncer gástrico (consenso absoluto), seguido de los tumores del sistema nervioso central, el cáncer de próstata y la leucemia en adultos. De ahí en adelante la priorización tendió a dispersarse progresivamente. Esto es explicado por los/as autores en virtud de las variaciones que presenta cada grupo y segmento de la población al momento de priorizar y reedita el cuestionamiento sobre este tipo de procedimientos lo que fue señalado en distintos momentos del proceso por el propio MINSAL.

Entre las determinantes principales de las variaciones en los resultados del proceso de priorización destacó la variable ciclo vital, seguida de género, ruralidad y en menor medida del sistema de protección en salud (FONASA/ISAPRE). Escasa o nula relevancia presentó la localización regional de las personas. Los/as autores de este estudio (MINSAL, 2005) enfatizaron que la priorización en función de problemas de salud específicos difícilmente llevará a un listado único consensuado por y para todo el colectivo social.

B. CRITERIOS SOCIALES PARA ESTABLECER PRIORIDADES SOCIALES EN SALUD 2008

Este apartado da cuenta de los resultados del componente de investigación cualitativa del estudio de *Preferencias Sociales para definición de garantías explícitas GES*. El reporte contiene (1) una descripción contextual de lo que la población percibe qué es la salud y cómo los determinantes sociales afectan dicha definición; (2) un análisis relacional de los criterios sociales que emergen de las conversaciones grupales y que están a la base de las preferencias sociales y su agrupación por pertinencia; (3) las estrategias de las personas y sus familias para resolver problemas de salud y las dimensión de calidad de la atención percibida de los prestadores de salud; (4) el AUGE y su valoración social.

Como se indicó en la sección metodológica, los resultados que se presentan en este capítulo corresponden al análisis de los focus group que consideraron explícitamente el tratamiento de los criterios sociales de priorización en dos momentos:

- al inicio de los focus group solicitando al grupo nombrar aquellos problemas de salud y enfermedades relevantes hoy día y los criterios que fundan estas menciones;
- y la última parte la sesión, con el ejercicio de racionamiento simulado en donde la moderación conduce al grupo a que asigne recursos a segmentos sociales específicos y problemas de salud.

1. Salud y determinantes sociales de la salud

La interpretación que los grupos hacen de la salud recoge al menos dos significados que se modulan según los distintos contextos vitales y los determinantes sociales que afectan a las personas y sus grupos de referencia.

- En primer lugar, está la elaboración de la salud en la línea de la “calidad de vida en salud” que refiere a un discurso propio de los residentes urbanos, particularmente de los/las trabajadores/as y profesionales que resienten las condiciones de trabajo y empleo y de habitabilidad como factores estresores. Para estos colectivos la salud, es más que la ausencia de enfermedad, es el logro de ciertas condiciones materiales que les permiten un desarrollo relativamente armónico en los distintos ámbitos de la vida y, en particular, en el bienestar psicosocial.

“Para mi salud es como la integración de todos los aspectos del ser humano, es decir, la salud mental, física. La mental que te lleva a que tengas problemas físicos” (Mujer, C2, RM)

“Es como un bienestar, cuando uno está a gusto en un lugar. Hay situaciones que a uno lo ponen mal o bien, emocionalmente. Y ahí empiezan a producir todos los tipos de malestares físicos” (Hombre, C3D, RM)

Una mirada más compleja sobre la salud y la enfermedad la encontramos en el discurso de mujeres mapuches de Vilcún (IX región) y de trabajadores de sectores rurales para quienes la enfermedad es el resultado del quiebre del ser humano con su ecología, en un sentido amplio. Los procesos de

industrialización, la alimentación, la medicalización, el transporte son factores, entre otros, que han deteriorado la salud de las personas y su capacidad para responder a la enfermedad.

“Era más natural

Antes sí se enfermaba y una le daba un remedio y una oración y se pasaba

- Ahora hay que ir al médico y dan puros remedios” (Mujeres mapuches, Vilcún, IX región)

“Por la alimentación se enferman, imagínese arroz fideos, que tienen eso mucha masa.”

- Muy fino.” (Mujeres C3D, 65-75 años, etnia mapuche, Vilcún, IX Región)

“Uno es responsable de su salud, porque uno es desordenado para servirse cosas, pero también estos últimos años las cosas son artificiales, muchas hormonas en la carne, en la verdura antes no se usaba mucho el abono, porque las tierras daban, ahora no dan” (Hombres C3D, trabajadores rurales mayor de 45 años, Cherquenco, IX Región)

Para todos los grupos, pero especialmente los grupos urbanos de trabajadores(as), la salud está fuertemente influenciada por aspectos sociales que definen vulnerabilidades. Estos determinantes sociales, que obviamente no son conceptualizados como tales por los grupos, se utilizan consistentemente tanto para explicar las causas de los problemas de salud y la enfermedad, como la prioridad que estos aspectos tienen en su prevención.

Los entornos sociales y culturales, la vida en la ciudad y el descuido de los hijos en las familias, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente, el ingreso, el acceso a servicios de salud, la habitabilidad y la posición en la jerarquía social son todos aspectos mencionados como detonantes de la mala alimentación, el sedentarismo, el stress y los problemas psicosociales.

En los grupos urbanos se expresarán los determinantes en un alto grado de vulnerabilidad percibida por las personas a causa de inestabilidad laboral, los ingresos, el costo de la vida, el transporte, entre otros. Los grupos de sectores rurales expresan estar afectados por la exposición sostenida a riesgos en el trabajo, los bajos ingresos, el acceso a servicios de salud y el aislamiento de los centros urbanos.

→ Condiciones de empleo: el empleo discontinuo y la desprotección en salud

“Yo me he sentido identificado re harto con lo desprotegido, porque no tengo contrato ni tampoco tengo boleta y es una situación que en mi área (arquitectura) (Hombre, C2, RM)

“Sabemos que en Chile trabajamos bastantes horas, a la familia muy poco la vemos, muchas veces el trabajo no es muy bien remunerado, todo es caro, entonces va por otro lado” (Mujer, C3 D, RM)

→ Vida urbana, el trabajo y la esfera psicosocial : Efectos de las políticas de transporte en la calidad de vida de las personas y la salud

“por ejemplo: las crisis de pánico, la ansiedad, eso mismo, la gente no tiene, la depresión la gente no tiene tiempo durante las mañanas, toma el Transantiago, tiene horas súper largas de trabajo, problemas en la casa, para volver a la casa, entonces que pasa, que el santiaguino, por lo menos es muy ansioso, yo encuentro que por ejemplo la gente comienza a chupar más también, es como una válvula de escape, la gente está ahí en break y lo primero que hacen es fumarse uno o dos cigarros al hilo así, entonces eso crea ansiedad en la forma de vida que estamos llevando, muy rápida, con poco tiempo para hacer nada, el mismo hecho de que tengan una hora o media hora para almorzar,

eso mismo hace que se coman un completo, porque no tienen tiempo de hacer otra cosa (hombres, C2- C3, 26 y 45 años, profesionales, Santiago)

“yo creo que Transantiago yo creo que es una de las primordial enfermedades que hay para el ciudadano (hombres, Adultos Mayores, C2C3D, Urbano, Renca)

→ Condiciones de trabajo y la exposición a riesgos de salud

“Sí, tenemos que lidiar con el frío además una no tiene un vehículo, de mi casa no tengo locomoción directa y tengo que caminar. Eso les pasa a muchas personas como nosotras y lidiar con la lluvia el frío y las personas de tiempo completo tiene que estar con la ropa mojada todo el día” (Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)

“porque en un espacio de poca ventilación más el poco espacio de ventilación lo ahoga y hay que sacársela (la máscara) y el minero que tiene poca capacidad de respiración, obviamente se ahoga. Por eso que el minero con años de trabajo en un ambiente contaminado viene la silicosis porque el pulmón se contamina con tierra” (Hombres C3-D, trabajadores minería, III Región)

→ Contaminación

“La contaminación en si ha afectado hasta los infantes. Puedo poner un caso muy patético muy de cerca. Mi hija nació producto de la fundición. Porque yo trabajaba en ese momento una zona contaminada. Estuvo atendida en el Roberto del río y ahí murió. Nació con una malformación con problemas, en los pies y en la cabeza en la línea media. De partida yo hice un estudio con la doctora de la universidad de Chile. No han querido solucionar la situación en la Fochi, para que no salte el polvo debería poner una malla” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

→ Posición socio económica como determinante de la expectativa de vida

“Hasta hace muy poco estaba preguntando por el cáncer con algunas compañeras, entonces yo dije ¿por qué las personas que tienen cáncer y tienen plata, por ejemplo las de la TV, todas se sanan? ¿por qué las personas de escasos recursos se mueren?” (Mujer C3D, RM)

→ Calidad deficitaria de las viviendas

“a lo mejor en las poblaciones se dan muchos resfríos, enfermedades y muchas veces tienen que ver por ejemplo, en mi caso yo soy arquitecto, con casas que tienen mala aislación, ya, y viviendo mal construidas que a veces la gente se enferma por eso, o el cambio de ambiente, entonces creo que no solo apuntaría a la ehheh como se llama a la salud en sí, sino que de a donde proviene y tratar de atacar esos focos...” (Hombres, C2- C3, 26 y 45 años, profesionales, Santiago)

→ Aislamiento geográfico: Los pueblos rurales y alta cesantía

“Lo más lindo que nos ha pasado es que el diputado trajo la ambulancia. Porque de qué porte era la ambulancia, era chica. Aquí cuando hay un enfermo grave hay posibilidades de que venga la ambulancia de Vilcún pero si no llega se muere no más” (Hombres C3D, trabajadores rurales mayor de 45 años, Cherquenco, IX Región)

“Donde está la cesantía, por ejemplo, en Lota y coronel porque ahí es muy mala la salud. Y también en los pueblos chicos, poner mínimo una posta. Por ejemplo, en la 4ª región hay unos pueblos que la

gente tiene que caminar horas para llegar a un centro asistencial (Mujeres, C3D, 26-45 años, urbano, Valparaíso)

“Básicamente hay que invertir en los lugares más aislados, porque claro aquí en Viña el hospital esta súper malo, pero por lo menos están las cosas básicas, en cambio en las zonas rurales a veces ni siquiera hay agua potable o electricidad” (Mujeres, C3D, 26-45 años, urbano, Valparaíso)

→ Percepción de asimetría en la distribución de los recursos: marginalidad territorial

“Santiago y el sur de Chile, se lleven toda la plata que nosotros producimos en la segunda y tercera región, porque nosotros nunca estamos estirando la mano para pedir. Salvo que tengamos un terremoto como no tenemos lluvia ni aluviones a lo más aguantamos a la vieja en la casa. Tanto dinero para Chaitén no estoy en contra. Y el Transantiago 29 mil millones de dólares para funcionar, otros tantos perdidos, ¿y nosotros? yo he trabajado toda mi vida aportando con granitos de arena. Nunca estiramos la mano para nada” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

Este reconocimiento de los determinantes sociales que producen problemas de salud es compartido por grupos urbanos y rurales con independencia de género y grupo de edad. Sin embargo, el peso de los factores psicosociales recae de manera importante en quienes viven en los centros urbanos.

“yo creo que tendría que ser en ciudades, porque es un problema urbano...los niños de Chiloé tienen otro problema de salud quizás, pero no un problema asociado a obesidad o una vida estresada o al estrés de la ciudad o a la comida chatarra (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago).

“ la prevención debería ser en la adolescencia, porque ahí uno empieza a acumular cosas, que el estrés del colegio, obviamente con todo eso uno se estresa, los papás encima tuyo, los profesores encima tuyo, que la PSU, que tenís que entrar a la universidad, que los papás quieren que entres a una estatal, y vamos acumulando, acumulando cosas, que a los veintidós, veintitrés, veinticuatro en adelante uno explota y termina enferma (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

“Y después tienen depresión porque los compañeros los molestan. Lo del Bullying, la agresión les pegan fuerte.” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

Surge también una asociación entre las condiciones sociales de vida y las oportunidades de de las personas de implementar estilos de vida saludables y actuar sobre los factores de riesgo lo que se refleja en aspectos como la alimentación, el sedentarismo, el tabaco, el stress, la violencia.

- Imposibilidad de instalar hábitos de alimentación saludable

“Llora, si le doy fideos con salchicha, le doy los fideos con salchichas todos los días, cero preocupación, o sea estoy criando así un gordo, pero me da lo mismo, y uno les dice por favor colaciones saludable, igual llegan con así el paquete de papas fritas (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

“Los malos hábitos que da la familia a los hijos, que los padres son obesos que los hijos son y después van a seguir adquiriendo malos hábitos” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

“Todos los alimentos la mayoría, todos vienen con hormonas y lamentablemente eso engorda harto, un pollo no alcanza a tener 15 días y usted se lo esta comiendo. Es mucha la cantidad de hormonas

que les están echando a la comida” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

“La obesidad, los mismo que hay mucha comida rápida y chatarra por eso ha aumentado la obesidad” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

“La obesidad también se está haciendo importante ahora, sobre todo los niños” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

- Malnutrición y problemas psicosociales

“Porque es una enfermedad que se transmite por la TV, la radio, internet, esta de moda las minas flacas, raquílicas, y eso se puede prevenir. Es una enfermedad psicológica. Debiera ser la anorexia y la bulimia” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

El mayor problema que enfrenta este argumento de las determinantes sociales desde el punto de vista del público es, al extremo, la imposibilidad de intervenir en ello, más allá de un enfoque holístico sin propuestas concretas. En el trasfondo de la conversación es que el estado de salud es un resultado del estilo de desarrollo.

→ Enfoque holístico:

“Como enseñar a vivir mejor, porque de ahí que ya derivan todas nuestras enfermedades poh’, si una persona se empieza alimentar mejor, empieza no sé, si empieza a tener actividades al aire libre, si hace deporte, no sé, ahí hay menos probabilidades de que el cuerpo se enferme, entonces buscar por esa parte de llevar un estilo de vida diferente (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

→ Consecuencias del estilo de desarrollo:

“La obesidad es inherente al progreso del país y con la poca mortalidad de los habitantes, porque la obesidad se relaciona con el sedentarismo. Antiguamente, nosotros llegamos del colegio y nos servían el plato de comida y en seguida debíamos caminar 5 ó 6 cuadras. Ahora no toman colectivo, la gente no viaja, llega a la casa y se instala en el PC,..., en vez de mandarle una colación que alimente le mandan chatarra, nosotros creamos la obesidad, porque todos los días van al gimnasio, nosotros no lo conocíamos, solo la cancha de tierra” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

2. Criterios sociales para establecer preferencias en salud

El levantamiento de los criterios sociales permite conocer cómo se establecen las preferencias en salud, es decir, la forma en que las personas establecen el orden de sus necesidades en salud que aluden a la importancia y valor social que asignan a su definición y satisfacción (Ferrecio y colaboradores 1996).

Los criterios sociales para establecer prioridades en salud son referentes, juicios y razonamientos relativamente estables en el tiempo que elaboran los grupos sociales para establecer ciertas condiciones y preferencias en relación a los problemas de salud. Los criterios sociales evolucionan debido a los cambios epidemiológicos, sociales y culturales, reflejos de los estadios de desarrollo de los países, y el impacto de las

políticas sociales y políticas de salud, además de la exposición a medios de comunicación de la población, entre otros factores.

Como ya hemos dicho, en el presente estudio la identificación de los criterios sociales emerge principalmente de la discusión sobre los problemas de salud importantes y del análisis del ejercicio de racionamiento simulado al que se sometieron los grupos. Al respecto, es necesario precisar que la técnica de simulación funcionó adecuadamente a nivel grupal en la medida en que no se presentaron resistencias limitantes a la realización de un racionamiento en salud, es decir, el grueso de los grupos fue capaz de asignar recursos aunque esto implicará incluir y excluir a grupos o problemas de salud.

La oposición temporal al racionamiento simulado se observó en la imposibilidad de competencia para establecer prioridades ante la magnitud de las necesidades de salud y en la aspiración a la equidad y acceso universal a la salud atendiendo a las condiciones de desarrollo del país.

→ Imposibilidad de priorizar:

“o sea, abarcar otro foco más, no tan sólo los niños, sino que también los papás, porque ser papá ...entonces como pongo un plan de vida saludable en ese sector, me voy a la clase media, la clase media es tan amplia, y si tienen que ser pocos a quién le asigno los recursos y si se los asigno a la clase alta me echo a todo un país encima...(Risas)...o sea como se me ocurre dar recursos a la clase alta si ellos tienen plata, o sea olvídale...(Risas)” (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

→ Búsqueda de equidad y acceso universal:

“A todos

Mod: pero no alcanza para todos

“Pero tiene que alcanzar, porque el país tiene ganancias, hay países que tienen salud gratis, Cuba, Argentina y ellos no están claro son mas personas, son innovadores” (Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco)

La insistencia en la universalidad está especialmente presente en los grupos más jóvenes.

A partir de la discusión que surgió en los grupos en torno a problemas y grupos prioritarios, fue posible conceptualizar y distinguir tres grupos de criterios que determinan prioridades en salud.

1. Criterios sociales para definir grupos prioritarios
2. Criterios sociales para establecer relevancia de problemas de salud
3. Criterios emergentes que orientan garantías y políticas de salud

1) Criterios sociales asociados a grupos prioritarios

Estos criterios corresponden a los argumentos que relevan preferencias sociales fundamentadas en la importancia sustantiva o relativa de atención en salud para ciertos grupos de la población. Ante la pregunta *¿a qué grupos asignaría recursos?*, las categorías centrales del análisis de preferencias sociales están asociadas a etapas del ciclo vital y género.

→ Ciclo vital

Importancia relativa de la infancia y los adultos mayores

Infancia y vejez son las dos etapas del ciclo vital que se consideran prioritarias. En el caso de la infancia se definen un conjunto de parámetros de vulnerabilidades de salud que deberían salvaguardarse y que están relacionados con los cuidados en los primeros años.

“A los niños chiquititos, ellos están más vulnerables. Ellos no saben.

Una que es grande tiene conciencia de lo tiene y no tiene que comer, pero los les están dando comida los papás con mucho aceite y frituras...” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

“Prioridad a los menores y después a los adultos. A los niños necesitados independiente de dónde sean del campo de la ciudad. A los niños pobres es más grave por su situación” (Hombres C3D, trabajadores rurales usuarios Fonasa, Cherquenco, IX Región)

“Debería haber igualdad para todo.

-Yo creo que todos tenemos derecho, pero hay prioridades. Los niños tiene un futuro por delante, no quiere decir que los abuelitos se van a dejar sin atención ni alimentación, sino que también, pero hay muchos niños que ni en los hospitales los atienden” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

Cuando se profundiza en la discusión, los grupos centran la prioridad de la infancia en algunos segmentos percibidos de mayor vulnerabilidad, atendiendo a que, en general, niños y niñas se encuentran cubiertos por el sistema de salud, a lo menos en los primeros años.

“Yo en los viejitos no se porque será, me estoy acercando muy luego, pero pienso que los niños están muy cuidados, los bebes desde que nacen, están con controles, el embarazo, la lactancia, después posteriormente las vacunas, yo pienso que los niños están bien,...”(Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

Por lo tanto, la prioridad estaría dada a grupos más específicos de niños/as como aquellos afectados por enfermedades graves o bien que se encuentran institucionalizados.

“A los niños de cáncer, da pena cuando los ve en la TV tan chiquititos y con esa enfermedad” (Mujeres mayores de 65 años, Palomares, VIII Región)

“Claro por supuesto, hay que ayudar a los niños de bajos recursos” (Mujeres mayores de 65 años, Palomares, VIII Región)

“Yo ayudo mucho a los niños, aunque tenga un pan se lo doy a los niños.

- Los enfermos con parálisis.

- Los niños que no tienen papá y mamá que los dejan abandonados.”(Mujeres C3D, 65-75 años, etnia mapuche, Vilcún, IX Región)

“A los huérfanos, yo voy a la iglesia y de vez en cuando les damos una ofrenda para que compren sus útiles de aseo. Además a los viejos que los dejan solos en los hogares” (Hombres C3D, trabajadores rurales usuarios Fonasa, Cherquenco, IX Región)

La prioridad por la vejez se funda en sentimientos de compasión y reconocimiento. Esta etapa de la vida supone una pérdida importante de salud así como de capacidades funcionales, además muchos adultos mayores dejan de percibir ingresos, tienen más dificultades para convivir en el entorno familiar, son cuidados por terceros o son cuidadores de postrados u otros ancianos o, como sucede en los sectores rurales, están obligados a seguir trabajando sin importar su condición de salud.

→ Pérdida de ingresos a causa de la jubilación

“A los pensionados, porque son los que tienen el sueldo más bajo, y tienen menos posibilidades, y la inflación es tan alta. Aquí la luz y el agua es muy cara.” (Hombres C3D, trabajadores rurales mayor de 45 años, Cherquenco, IX Región)

→ Reconocimiento social

“Yo creo que hay que apostar por el adulto mayor, un programa de fuerte (¿?) adulto mayor, el tipo llevo, estoy hablando de los 65 años, se jubiló y de ahí para adelante con seguimiento y todo el tema porque mal que mal es un premio, tu trabajas 40 años has cotizado toda tu vida”.(Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción, VIII Región)

→ Dificultades con el entorno familiar

“Porque empiezan a sentirse que están sobrando en el hogar. Yo voy al consultorio y converso con otras señoras y la familia no tiene la paciencia, la tolerancia, ellos no son tan ágiles como antes, se les olvidan las cosas” (Mujeres C3-D, usuarias Fonasa 65 y más años, Copiapó, III Región)

Al igual que lo que ocurre con la infancia, la prioridad por la vejez es relativa y finalmente, los colectivos consultados reconocen mayor importancia a aquellos grupos de adultos mayores abandonados, que viven en instituciones o que padecen discapacidades importantes.

“Me dan mucha pena los abuelitos que están en la calle, pero ellos ya han vivido todo. En cambio los niños no han tenido la posibilidad de vivir lo que han vivido”. (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

Los grupos de adultos mayores priorizan a sí mismos, en especial las mujeres, y lo hacen en la mayoría de los casos aludiendo a la agudización de las condiciones de pobreza que ocurren en sus familias cuando hay personas enfermas o postradas, por la pérdida de ingresos a causa de no poder seguir trabajando o porque tienen niños bajo su cuidado.

→ Continúan siendo el apoyo familiar

“Mi hija también sufre de presión alta. La mayor tiene un tumor en el cerebro y el otro tiene un riñón que se les está secando. Al otro lo operaron de la columna y no quedó bien y sufre de dolores terribles y ahora tiene una hernia en el ombligo. Puros problemas y todo eso una tiene saberle ayudar” (Mujeres C3-D, usuarias Fonasa 65 y más años, Copiapó, III Región)

“Mi hija ya no puede caminar, usa bastones, esta enferma de una cadera y todavía no la pueden operar, eso me tiene harta intranquila a mí” (Mujeres mayores de 65 años, Palomares, VIII Región)

→ Cuidado de postrados

“Allá en mi casa me preocupa la niña que vive conmigo, ella es lisiada, pienso si le pasara algo de pronto, le viniera algo terrible no tengo a quien volver mis ojos como para llevarla a un médico o a un

consultorio y por eso digo diosito, cuida a mi niña y a mi también, siempre estoy pidiendo eso, porque siento que ya voy a estar en un apuro que es para morirse, cuando uno no puede hacer nada, sobre todo los años que tengo yo y estoy cuidando a mi niña por el consultorio, por los enfermos postrados y son dos nietos que tengo, uno lo cuida su mama ahí al ladito, es menor que a mía, los dos son de pañales”(Mujeres mayores de 65 años, Palomares, VIII Región)

→ Vulnerabilidad social

“Me faltaron 8 años para jubilarme. Un día llegué al seguro y el caballero me dijo que me faltaban 10 años y me tenía que seguir imponiendo y trabajé 30 años y se quedaron con todo los patrones. Recibo 50 mil pesos como pensión de gracia. Y fui con unas personas que sabían más y nada, no aparecía” (Hombres C3D, trabajadores rurales mayor de 45 años, Cherquenco, IX Región)

Más allá del efecto de la compasión por niños y ancianos especialmente vulnerables señalados en el punto anterior, se observa que los adultos de grupos medios, medios bajos y bajos reconocen los beneficios que reciben niños y adultos mayores en términos de salud, incluyendo las coberturas de AUGE según grupo de edad que se focalizan en estos grupos, y también reconocen los vacíos que esta política deja, como se analizará más adelante.

Emerge la discusión sobre la vulnerabilidad de grupos de edad “históricamente” priorizados: adultos mayores y niños siguen siendo priorizados especialmente cuando su condición de vulnerabilidad social es crítica no obstante se reconoce la concurrencia de políticas públicas de salud y otras políticas sociales en apoyo de estos segmentos. La constatación de los efectos de las políticas públicas focalizadas en estos segmentos permite que los grupos de jóvenes, adultos jóvenes se autoperciban desprotegidos y postergados.

“Pero es que los niños hasta cierto punto igual tienen sus ganancias como el adulto mayor. Es que quedamos como al medio. Es que por eso estamos diciendo que los niños y los adultos mayores están más protegidos” (Mujeres, C3D, 26-45 años, urbano, Valparaíso)

à *Equidad en la atención en todas las etapas del ciclo vital*

La equidad se relaciona con la importancia que los grupos dan a asegurar igual acceso a la atención en salud en todas las etapas del ciclo vital. Los grupos de edad que aparecen especialmente desprotegidos son la adolescencia y juventud y los adultos y adultos jóvenes.

Justamente, y a diferencia de lo observado en la literatura, se percibe una incipiente preocupación desde el campo de las políticas de salud por los grupos en las etapas más productivas del ciclo vital.

→ Adultos jóvenes

“Porque se benefician los niños o se benefician los viejos, a los 65 uno es adulto mayor, pero desde los 25, pongámosle, hasta los 50-60 años, uno no tiene tanta facilidad como los niños o los adultos mayores” (Mujeres, C3D, 26-45 años, urbano, Valparaíso)

“No sé yo creo que la gente que está como en nuestras edades, como entre los veinticinco o treinta y cinco años, que son los que están recién empezando a trabajar, que estamos...que a veces no sabemos cómo llevar todo y es todo rápido poh’, entonces no sé como prevenir más esa área” (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

→ Adultos

“Para nosotros los de 40 ó 50 años que no estamos en la tercera edad, nos cuesta mucho la salud vamos al hospital y nos dicen venga en 3 meses más y en tres ya se nos quita” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

“A los niños los cuidan harto, al igual que los ancianos. Y si vemos las desprotegidas somos nosotras, desde un rango de edad.” (Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)

→ Adolescentes y jóvenes

“Hay mucha depresión se ve mucho en primavera. Mi nieta se trató de dos veces tirarse a la vía. Yo creo que los nervios.” (Mujeres C3-D, usuarias Fonasa 65 y más años, Copiapó, III Región)

“Los habíamos dejado de lado. Hay personas jóvenes que se quitan la vida. Es una enfermedad.” (Hombres C3D, trabajadores rurales usuarios Fonasa, Cherquenco, IX Región)

“Moderadora:... y hasta que edad debería ser la posta infantil...

- Hasta los 18 años.

- Sí, sobretudo las niñas mujeres. (Mujeres, C3D, 26-45 años, urbano, Valparaíso, V región)

“Yo comentaba con la doctora el otro día que llegaban niños a hacerse exámenes y tenían 12 años ó 13 años y ya tenían SIDA y embarazadas.

Para la juventud, porque es el porcentaje que más tiene SIDA acá en Copiapó, más que los mayores” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

à Género

La dimensión de género nos entrega distinciones acerca de cómo hombres y mujeres se posicionan frente a la salud, siendo recurrente la referencia a roles cultural y socialmente definidos que llevarán a sostener o no conductas de cuidado, relación con los sistemas de salud, cuidados de salud hacia otros y expectativas de atención diferenciadas por género.

- Las mujeres se perciben en una situación de inequidad social donde tienen menos reconocimiento, traducido esto en ingresos inferiores, falta de recompensa y valoración de las labores domésticas y de crianza. Todo esto se ve reforzado por un sentimiento de inferioridad biológica y social que las hace más vulnerables frente a la enfermedad. En relación a la salud, las mujeres reconocen su rol histórico de cuidadoras, ahora tensionadas por las exigencias de los cambios culturales que al buen desempeño en el campo de lo doméstico suman la participación en el mercado laboral.
- Para los hombres, existe un conjunto de problemas de salud ligados al mundo del trabajo que no siempre son considerados como tales y suelen ser minimizados hasta que sus síntomas se hacen evidentes. Dicha minimización parece explicarse en gran parte porque no se trata de enfermedades, o problemas de salud claramente identificables, salvo los accidentes e trabajo, pero por otra parte, tal como ellos lo exponen, parecen referirse los efectos de la exposición acumuladas que se manifiestan después de jubilar. Por otra parte, los hombres expresan su capacidad de postergar sus necesidades de salud para mantener el rol de proveedor,

reconociendo mejores condiciones en relación a las mujeres consideradas más frágiles emocional y fisiológicamente.

- *Las mujeres*

Las mujeres tienden a priorizar siempre por sí mismas con independencia de si son usuarias FONASA o ISAPRE. Los hallazgos de este estudio confirman la autopercepción de las mujeres caracterizada por la asimetría e inferioridad biológica y social y por el reconocimiento de múltiples roles al interior de la familia (crianza, cuidado de salud y proveeduría). En el ámbito de la salud esto se manifestará como una menor capacidad para hacer frente a las enfermedades que padecen y la afirmación de su importancia como cuidadora de la salud del grupo familiar, condiciones que se mantendrán estables desde la adolescencia hasta la adultez mayor. También las mujeres adultas, adultas jóvenes y jóvenes se sentirán llamadas a sumarse a la modernidad vía incorporación al mundo del trabajo no sin el costo de sentirse permanentemente exigidas y autoexigidas.

Los resultados confirman la presencia de los roles tradicionales de género sin encontrar en el discurso social cambios significativos en la relación de la mujer con la salud. El rol de cuidadora exclusiva del grupo familiar sigue definiendo su posición en relación a la familia y a los sistemas de salud. El discurso de las mujeres contiene rasgos potentes de parentalidad (“*los hombres son un hijo más*”) en relación a sus pares masculinos y victimización (“*todo cae sobre nosotras*”). Los problemas de la esfera psicosocial tendrán una mayor preponderancia entre las mujeres.

→ Percepción de inferioridad biológica

“Si, las mujeres son más débiles que los hombres, los hombres no se quejan son más fuertes” (Mujeres mayores de 65 años, Palomares, VIII Región)

“Porque la mujer la mujer es como más sensible, requiere más cuidado, el hombre es como más varonil, así como más macho” (Mujeres, C3D, 18 a 25 años, rural, Colina).

→ Carga del trabajo doméstico y la crianza

“Si porque ellas tiene el mismo derecho de los hombres, porque trabajan mucho, más que el hombre, lo que no sale es a trabajar en trabajos pesados y está en la casa todo el día trabaja que trabaja. Cuando mi esposa se iba al hospital era terrible hay que lavar, que peinar mandar a los niños a las escuela” (Hombres C3D, trabajadores rurales mayor de 45 años, Cherquenco, IX Región)

→ Los hombres priorizan a las mujeres antes que a sí mismos:

“Bueno, yo soy hombre, no sé muy bien cómo será para las mujeres, pero yo creo que para ambos. Pero son como más para la mujer, porque tienen muchas veces la responsabilidad de ser la mamá y estar más pendiente del hijo, a pesar de que el hombre ahora también están pendientes de los hijos, pero yo creo que quizá pa’ la mujer es todavía más complicado que para el hombre, aunque para el hombre también es complicado” (Hombres, C2- C3, 26 y 45 años, profesionales, Santiago)

→ Resentimiento de la condición de salud a causa de las exigencias de la vida moderna

“...hoy en día las mujeres vivimos tiempos muy difíciles, con muchas exigencias entonces eso gatilla en mucho estrés, porque las mujeres queremos ser buenas madres buenas esposas mantenernos

regias encachas toda la vida en fin etc. eso genera una presión tremendamente desgastante.” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

→ Trabajo doméstico y trabajo remunerado

“Antes trabajaba el hombre no más y una se dedicaba a los hijos ahora no, hay que trabajar y aportar y preocuparse de los hijos y la casa y los hombres son un hijo más hay que verlos cuando están enfermos. Todo cae sobre nosotras.” (Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)

Las mujeres usuarias de ISAPRE, priorizan por género y grupo de edad: tienden a priorizar a las mujeres adolescentes en tanto consideran que es el tramo de edad crítico para la prevención en general, y de problemas de alimentación y de salud mental, como la anorexia y la bulimia, asociado a un entorno de *bullying*.

“Estudí en un colegio de mujeres y era algo de todos los días, porque te sentí's gorda o que te enojai' con la compañera que te dice gorda, no faltan las niñas que son malas y indistintamente está ligado a eso, entonces en el colegio y en la adolescencia deberían preocuparse de las mujeres” (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

Las mujeres de sectores medios priorizan también por sí mismas atendiendo al hecho que sus pares de sectores más bajo estarían aseguradas apropiadamente en el sistema público de salud.

“Yo la invertiría en mujeres de clase de media, en exámenes gratis, de todo tipo después de los 40, en densimetrías, en mamografías PAP, pero en la mujer de clase media, no en la mas pobre porque ellas tienen toda la ayuda del estado, y la gente con mas plata no tienen problema, en cambio la de clase media es la mas desvalida, entonces ahí invertiría” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

Las mujeres de sectores bajos priorizan por ellas y por grupo de edad, en especial se privilegia a las adultas mayores que se ven más expuestas a la pérdida de sus capacidades físicas y cognitivas y no sólo a la enfermedad.

*“No, no sólo a los jóvenes
- A mí me da terror el Alzheimer, porque tuve que cuidar a mi mamá” (Mujeres C3-D, usuarias Fonasa 65 y más años, Copiapó, III Región)*

La relación entre el estado de salud y la exposición a riesgos para la salud en el trabajo es mucho menos relevante para las mujeres y no constituye un tema recurrente en el discurso grupal. Sin embargo, cuando este tema emerge refiere a una generalización en que “todos los trabajos” pueden acarrear problema para la salud y quienes se sienten expuestas parecieran ser menos resistentes a la prevención de riesgos que sus pares masculinos.

*“Yo uso mascarilla pero igual termino ahogándome y la nariz como pelada igual que la garganta.
- Cualquier trabajo tiene complicaciones. Estar frente a un computador te afecta la vista, trabajar con el mouse te daña las manos, la espalda. Yo trabajo en una zapatería y te duelen las piernas y te salen varices.” (Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)*

Género y problemas de la esfera psicosocial

Los problemas de la esfera psicosocial son reconocidos en todos los segmentos de mujeres con independencia del nivel socioeconómico, la edad o la condición ocupacional. Se asigna una importancia mayor a los problemas de salud mental y, en particular, a los efectos de éstos sobre la salud física (“psicosomático”). También es relevante la distinción por género como atributo de identidad; supone que la mujer tiene una capacidad más amplia para generar respuestas a los estímulos del entorno: *sensibilidad*.

El correlato que se produce en el discurso de los hombres es coherente con lo expresado entre las mujeres en el sentido que efectivamente afirma una resistencia a reconocer problemas psicosociales y a definirlos como propios del mundo femenino. En los colectivos rurales y de regiones – en oposición a los que sucede con las mujeres – será un atributo de identidad no tener o expresar problemas de salud mental. Sólo en los grandes centros urbanos, los colectivos de hombres expresan preocupación por problemas de salud mental refiriéndose principalmente al stress. Las estrategias masculinas para superar este tipo de problemas estarán apoyadas en los grupos de pares.

En algunos casos se sugiere que los problemas de salud mental se relacionan con los niveles socioeconómicos más acomodados. Otras visiones más parciales asocian la presencia de problemas de la esfera psicosocial a la identidad nacional y otras, a los problemas de reproducir la vida cotidiana.

Mujeres y problemas de salud mental

- Mujeres que trabajan y condiciones de la vida moderna

“Igual en todos los niveles hay depresión, sea cierto o no, pero la gente que trabaja y que esta en el nivel del medio le afecta como mas todo o sea el impuesto, la paga de impuesto, la bencina, tu sales a la calle y tienes que pagar por todo, por todo” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

- Angustia

“Lo nervios los pensamientos, la angustia, la presión no me baja porque esos bochornos no se me pasan” (Mujeres mayores de 65 años, Palomares, VIII Región)

- Predominio de la visión holística de la salud

“...nosotros no tenemos un solo cuerpo tenemos el cuerpo emocional, ¿donde esta??. No esta, no lo vemos, pero esta y es súper importante, todo esta relacionado, un mal rato con el marido, no tener que darle de comer a los niños es un estrés espantoso, o sea hay muchas cosas que tienen que ver con el ser humano que no se toma en cuenta en salud, de prevención de salud” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

- Efectos de los problemas emocionales en la salud física

“Un mal rato y ya, una separación, bueno lo cuento porque cuando me separe me dio cáncer de mamas por la rabia, gracias a dios fui operada y estoy bien, el doctor me prohibió esto de andar mal porque me puede volver.”(Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

Hombres y problemas de salud mental

- El grupo de pares y la superación de los problemas emocionales

“Bueno hay personas depresivas pero por genética.

Son casos mínimos.

No es como Santiago.

Y si alguien tiene depresión, nos controlamos nosotros mismos.

Nos tomamos una chelita y ya” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

- Identidad masculina, autoimagen y problemas de salud mental

“Un hombre no le va a decir a un amigo “oye amigo tengo depresión, necesito un abrazo” (risas)”

- Una mujer siempre lo hace, y un amigo siempre te va a decir vamos a una disco a tomar y eso” (Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco, IX Región)

- Efectos de los problemas de salud mental en la salud física

“Eso también pasa por el tema del estrés, nosotros estamos estresados, eso provoca fuerte en problemas del estomago” (Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción, VIII Región)

Otras explicaciones sobre las causas de los problemas de salud mental

- Pobreza y salud mental

“Hay un dicho muy popular que lo he escuchado con mucha frecuencia, el pobre no tiene tiempo para tener estrés ni para depresión, dentro de todas sus necesidades la prioridad es satisfacer sus necesidades básicas” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

- Identidad nacional y problemas de salud mental

“Yo he tenido las suerte de viajar a países tropicales, las personas son extrovertidas, son gritones hablan fuerte, son diferentes” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

- Precariedad de los recursos y efectos en la esfera psicosocial

“En estos momentos la depresión está en los matrimonios jóvenes, porque no tienen para pagar deudas.(Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

Los hombres y las condiciones de trabajo

Los hombres están afectados por las condiciones de trabajo y sus consecuencias para la salud. Muchas veces no se explicita una relación directa causa – efecto, entre el trabajo y la condición de salud actual, pero queda en evidencia que sí han estado expuestos a riesgos sostenidos producto de su actividad laboral. En este sentido, se observa una preocupante desprotección de los hombres trabajadores de sectores medios bajos y bajos en relación a la salud ocupacional. Los relatos hablan de una imposibilidad para implementar medidas de seguridad o desconocimiento de ellas.

- Tolerancia a dolencias para evitar ausentismo del trabajo

“El lumbago ahora. Es súper complicada con cualquier mala fuerza produce al tiro dolores y es complicada y hay que pedir licencias y son muy complicadas acá para las licencias.” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

→ Exposición a riesgos por desconocimiento de las medidas para prevenirlos

“Mi padre cuando yo nací, antiguamente los cerros los araban y le saltó algo a la vista y quedó ciego, perdió la vista. La gente que trabaja en tractor o con maquinaria agrícola tiene que saber manejarla y andar atento a un mal descuido porque se puede accidentar. Tener cuidado en las subidas o bajadas.” (Hombres C3D, trabajadores rurales mayor de 45 años, Cherquenco, IX Región)

“Yo trabajaba en la barraca y me entraba el polvo y me dio asma y tuve que dejar de trabajar ahí. Pero ahora como está mala la cosa uno no puede estar muchos días sin trabajar. En el verano sobretodo porque la madera está seca y levanta polvo.” (Hombres C3D, Trabajadores rurales usuarios, Pinto, VIII Región)

Cuando se trata de adultos mayores la mirada retrospectiva sobre las causas que explican su estado de salud actual aluden a que el trabajo ha repercutido negativamente, particularmente cuando ya no son laboralmente activos y aún cuando no se verbalice un problema de salud específico, sino un conjunto de condiciones de trabajo. Los trabajos pesados o en ambientes tóxicos, o poco aptos para la salud, generaron problemas de salud que no fueron oportunamente tratados y que hoy se expresan en la vejez y constituyen una importante carga de enfermedad para los hombres.

“Problema de, por ejemplo a mí, varios, trabajaba de los trece años, también trabajaba en la construcción y todo eso me repercutió ahora.

-Moderadora: Pero, ¿qué cosa le repercutió?

- Por ejemplo las vérices, pienso que la hipertensión también repercutió y todo lo que...me repercutió en eso y todo tipo de cosas y en eso en la práctica a uno a esta edad. Por ejemplo ahora estoy mal de la vista, entonces pienso que por ahí no me fue bien (Hombres, Adultos Mayores, C2C3D, Urbano, Renca)

“Yo me he dado cuenta que el minero deja de comer, pierde el apetito y el cuerpo es como papel ingiere todo y uno no come puro liquido. El problema la tierra nos alimenta los pulmones” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

“Tengo una enfermedad que es de la, es de la columna, mucho trabajo desde joven, trabajar duro” (Hombres, Adultos Mayores, C2C3D, Urbano, Renca)

“Yo quedé desviado de la cintura, por la columna, porque levantábamos tarros de hierro y todos estábamos con problemas de la columna (Hombres, C3D, mayores 65 años, urbano, Valparaíso)

“Yo trabajé de Fogonero y todos los elementos ahí son tóxicos, bueno antiguamente se trabaja con “quiel”(no se entiende muy bien) que tira un polvillo parecido al del carbón vegetal y después que terminaban los turnos y íbamos al médico con los bronquios totalmente destruidos el lo único que nos decía era que nos tomáramos un vaso de vino” (Hombres, C3D, mayores 65 años, urbano, Valparaíso)

“Claro a mí ahora (la silicosis) me está repercutiendo y no puedo hacer muchas actividades que hacía normalmente, por que mis bronquios que están malos, me canso” (Hombres, C3D, mayores 65 años, urbano, Valparaíso)

También este argumento se presenta en los grupos más jóvenes y de sectores urbanos a partir de las condiciones que rodean el trabajo: factores psicosociales e insatisfacción y poco tiempo para alimentarse.

○ Factores psicosociales

“pero con una presión o cumplir con las metas por salir adelante” (Hombres, Adultos Mayores, C2C3D, Urbano, Renca)

“... como no tomar en cuenta que un profesional que se ha dedicado varios años a estudiar, este totalmente liquidado en 10 años de trabajo, pero es que no puede ser, debe haber una alternativa de sacar a las personas dentro del horario de trabajo, un espacio para hacer gimnasia, de relajación”(Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

“pero yo haría también un pequeño alto y dejaría constancia de las enfermedades psicológicas, porque la presión laboral provoca...” (Hombres, Adultos Mayores, C2C3D, Urbano, Renca)

○ Alimentación

“con mala alimentación en el sentido de que uno come en el centro cualquier cosa y el empleado común de Santiago se alimenta de una sopaipilla con mostaza, entonces eso produce daño de salud (Hombres, Adultos Mayores, C2C3D, Urbano, Renca)

El caso paradigmático de la silicosis en los trabajadores de la minería

Una situación paradigmática es la de los mineros en donde sí se identifica una relación causa – efecto entre la condición de salud y el trabajo que realizan. La alta probabilidad de padecer silicosis se asume como un elemento más de la labor que desempeñan sin que sea un factor crítico que los haga cambiar de empleo o prevenir activamente esta enfermedad. La preocupación se concentra en la dificultad para cobrar indemnizaciones o seguros por el daño causado por la exposición al riesgo, expresado en términos “devolver y pagar la tierra”. Se asume que las expectativas de vida de los trabajadores de la minería son menores a las del resto de la población. A esto se suma que existe entre los mineros resistencia al uso de elementos de prevención de riesgo como, por ejemplo, el disponer y utilizar máscaras, conducta que se ve reforzada por la creencia legitimada que los elementos de prevención son insuficientes para evitar el riesgo de silicosis por la intensidad de exposición que se tiene. Y un factor que también intervino en el análisis de este grupo fue la percepción de que no existe fiscalización a las condiciones de trabajo en el sector minero.

i) La retribución económica por la pérdida de la salud

“Para nosotros es importante porque todos nosotros que somos mineros sufrimos de la piel. Se supone que es peligroso por la silicosis y aquí le ponen mucho atado para poder devolver y pagar la tierra”. (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

ii) Expectativas de vida limitadas por la sobreexposición a riesgos

“Uno no dura muchos años porque los pulmones tan tapados.” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

iii) Dificultad para usar equipos de prevención y autocuidado

“Uno vive así, ya lo tiene como si tuviera casa, las personas tienen que usar máscaras de ventilación y todos los equipos entonces es mucho peso y hay que sacársela porque los ahoga porque en un espacio de poca ventilación más el poco espacio de ventilación lo ahoga y hay que sacársela y el minero que tiene poca capacidad de respiración, obviamente se ahoga. Por eso que el minero con años de trabajo en un ambiente contaminado viene la silicosis porque el pulmón se contamina con tierra”. (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)}

iv) Ausencia de fiscalización de las faenas

“Resulta que hoy en día, es tanto el auge del cobre que todas las empresas nos quieren sacar mayor producción y esa mayor producción provoca que, por ejemplo, en las tronaduras, a parte de haber una contaminación por e monóxido, donde trabajan las máquinas, entonces me gustaría que alguna vez la autoridad, algún parlamentario pudiera ver, en la mediana minería, que las labores prácticamente no paran...” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

v) Falta de efectividad de las estrategias de prevención

*“Por ejemplo, los chóferes también tienen eso y es pan de todos los días.
- Es irreversible, no tiene solución. Porque no vamos a parar las faenas.
- Y las medidas de seguridad no es suficiente, son muchos meses.
- Pasa tanto en la minería artesanal como en la industrial.” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)*

→ Presión familiar, machismo, rol de proveedor y postergación de las necesidades de salud

Otro aspecto que distingue a los hombres frente a la salud es la tensión que se autoimponen como proveedores y las condiciones de atención que les ofrecen los sistemas de salud. Los hombres por lo general no establecen prioridades para sí y sus preferencias reconocen las necesidades de atención de las mujeres.

El rol de proveedor asentado en una ideología machista se superpone a las necesidades de salud, lo que se revela con más fuerza entre los usuarios FONASA de segmentos medios bajos y bajos. Esta situación es reforzada por las condiciones de empleo; trabajo discontinuo, cuenta propia, miedo a perder el empleo, resistencia a pedir licencias, entre otras.

“Me imagino para aquellos que son padres de familia, pasa por el tema que si la cabeza esta enferma es complicado para el resto, tu sabes que llevas el sostén para la casa, enfermarse es casi imposible por eso a veces aguantamos, por eso uno posterga.” (Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción, VIII Región)

“Eso es lo que yo le iba a decir, porque nosotros los hombres, es culpa quizás de nuestro propio machismo estamos obligados a apechugar, somos los últimos en quejarnos de que estamos mal, de que estamos enfermos, yo falseo las enfermedades en mi casa (Hombres, Adultos Mayores, C2C3D, Urbano, Renca)

La resistencia masculina a la enfermedad es una conducta ampliamente reconocida en los grupos de mujeres que lo asocian a una opción individual y no a que los hombres tengan problemas para acceder a los servicios de salud.

“Los hombre también porque se aguantan mucho hasta cuando no dan más, en cambio las mujeres se sienten van al médico o se toman una hierba.” (Mujeres C3D, 65-75 años, etnia mapuche, Vilcún, IX Región)

Por otra parte, los trabajadores que se atienden en la red de prestadores públicos perciben que la oferta de atención se ha focalizado en algunos segmentos de la población excluyendo a otros; los requerimientos de atención de este grupo son invisibles para los sistemas de salud: “el trabajador es un ente neutro para la salud”. Se reconoce una dificultad para acceder a los servicios de salud.

“Si el trabajador esta enfermo deja de percibir ingresos y no se ha enfocado la salud al trabajador, sólo a la madre embarazada, tercera edad, pero al trabajador es un ente neutro para la salud, salvo algunas profesiones que los atienden en mutuales, pero no es generalizado en la salud” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

“O sea la salud lamentablemente en algunas secuencias en la enfermedades que uno tiene no sirven de nada, estamos desprotegidos” (Hombres, C3D, mayores 65 años, urbano, Valparaíso)

“(la atención de salud a la mujer) Que es mala y la de nosotros peor...” (Hombres, C3D, mayores 65 años, urbano, Valparaíso)

Consistente priorización de las mujeres en relación a la salud

Pese a este sentimiento general de descuido por los problemas de salud de los hombres y también de exclusión y autoexclusión en el acceso a los servicios de salud, los hombres no priorizan su propio género como un criterio relevante, probablemente con la excepción del cáncer de próstata lo que se analizará más adelante y cuando logran emplear el criterio de género para si mismos, es en condición de “viejo enfermo”.

“El que está enfermo, el niño que nace, la mujer embarazada, el accidente laboral y el viejo enfermo, todos los que están enfermos” (Hombres, Adultos Mayores, C2C3D, Urbano, Renca)

A diferencia de los hombres, las mujeres sí se priorizan a si mismas, particularmente aquellas de grupos medio- bajo, empleando un criterio demográfico- son más- y una suerte de vulnerabilidad indefinida por ser mujeres:

“A hombres...a hombres....

- No, yo creo que a las mujeres, porque las mujeres somos muchas.

- Moderadora: A ver, pero por qué

... Las mujeres sufren más...

- Yo, por mi parecer, pienso que las mujeres.

Moderadora: Y por qué

- Porque la mujer la mujer es como más sensible, requiere más cuidado, el hombre es como más varonil, así como más macho, a lo mejor, bueno no estoy hablando en el caso de un niño, porque un niño igual no puede ser macho ni nada de eso, no po a los doce años un niño es como más...” (Mujeres, C3D, 18 a 25 años, rural, Colina).

2) Criterios sociales para establecer relevancia de problemas de salud

Los criterios de gravedad, magnitud o frecuencia, y la limitación a las capacidades funcionales son usados por los grupos consultados para identificar los problemas de salud, factores de riesgo u enfermedades que generan o pueden llegar a generar un daño importante para las personas por lo que merecen prioridad.

- Gravedad

Diabetes, cánceres y enfermedades cardiovasculares son mencionadas en los primeros lugares como problemas de salud relevantes en casi todos los grupos; consideradas graves y de tratamiento complejo, constituyen patologías que producen deterioro progresivo e irreversible en quienes la padecen. A esto se suma la hipertensión arterial que es gravitante para detonar múltiples crisis de salud consideradas graves por la probabilidad de muerte o discapacidad.

• Diabetes:

→ La diabetes es relevante porque puede *discapacitar* a quién la padece produciendo ceguera, amputación, entre otros de sus efectos.

“que si uno se deja estar con diabetes, con el tiempo a uno le amputan un pie, por ejemplo, y se transforma en una carga para la familia. Entonces es importante para uno como persona y para el entorno.” (Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)

“Porque es complicada a mi papá no más ya le cortaron un dedo y de a poco le van amputando todo. Por eso es importante cuidarlo, menos mal que yo por mi papá me veo.” (Hombres C3D, trabajadores rurales usuarios Fonasa, Cherquenco, IX Región)

“Para mí la hipertensión. Yo no soy diabética pero conozco personas diabéticas.

- Es una enfermedad complicada porque va avanzando, la circulación es mala, no deja de ser complicado eso” (Mujeres C3-D, usuarias Fonasa 65 y más años, Copiapó, III Región)

→ La diabetes presenta *dificultad para reconocer los síntomas*, por lo tanto, las personas pueden no expresar malestar y sin embargo, estar ad portas de una crisis de salud.

“Porque es difícil de controlarla, yo misma, el lunes me tocaba control y cuando llegue allá tenía 320 y ayer me toco control y tenía 400, me estoy colocando insulina, y me cuido comía sin sal, lo que me dicen allá lo hago y no se porque me sube tanto, eso estoy preocupada y me dijeron que si no cuido de aquí al 13 me iban a enviar al hospital”. (Mujeres mayores de 65 años, Palomares, VIII Región)

→ Daña el organismo de manera *progresiva*, para algunos grupos tiene la connotación de gravedad comparable con el cáncer, se considera una enfermedad invasiva que daña el organismo.

“Es preocupante el nivel de diabéticos después de los 40, yo creo que la diabetes al final es un cáncer que daña todo...” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

→ Implica un *potencial riesgo de muerte*, asociado a la diabetes en personas jóvenes.

“Me falleció un hijo de diabetes le dio a los 7 u 8 años estaba escondida, dijo el doctor que no se sabía y de repente se le desarrollo, todos lo miraban como si tuviera otra enfermedad porque se adelgazo, pero parecía un palillito y vino a fallecer aquí, nosotros llegamos el año 80 y al año siguiente falleció me quedo mal recuerdo y perder un hijo así, y le dio la diabetes al tiro que dijo el doctor que era muy difícil que se escapara porque tenia que haberlo atendido al comienzo, pero ya esta avanzado estuvo dos meses hospitalizado” (Mujeres C3D, mayores de 65 años, Palomares, VIII Región)

“Todos los que somos diabéticos sabemos que nos vamos a morir de eso. Aquí en Copiapó es mucha la diabetes” (Mujeres C3-D, usuarias Fonasa 65 y más años, Copiapó, III Región)

→ Dificultad en asumir *estrategias de autocuidado*, su control exige mejorar las capacidades del público y de las familias respecto al manejo y control de enfermedades en los hogares, un cambio de vida permanente de la persona afectada que se refleja en dieta, ejercicio, medicamentos y control.

“Yo conozco niños con diabetes, que nacen con diabetes. Están esclavizados para siempre, estar tomando medicamento, inyectándose, comer ciertas cosas” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

- **Cánceres**

Los cánceres son considerados graves por todos los grupos. En los segmentos bajos es persistente la idea de que el cáncer está presente en todas las personas y que hay condiciones que gatillan su desarrollo.

“El problema del cáncer estomacal que bastante se da. Y es por la contaminación porque muchas personas que han trabajado en la planta de Paipote les da cáncer al estomago” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

Otro criterio que da relevancia al cáncer es que se considera una patología de alta ocurrencia y, además, tendría un componente hereditario.

“Además la mayoría del cáncer es hereditario, por eso una se preocupa. Si tienen un familiar con cáncer piensas que tienes que prevenir.” (Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)

Los *cánceres de mama y cervicouterino*, son temidos por las mujeres de todos los estratos por sus consecuencias en el funcionamiento parental (la maternidad, por ejemplo) y social de la persona afectada por el riesgo de sufrir una mutilación y o perder la capacidad reproductiva. Sin embargo, se reconoce que los avances científicos y las condiciones de acceso a la atención en salud han mejorado las oportunidades de prevenirlos¹⁰.

*“Las consecuencias son horribles
- Desaparece todo. No se, he visto fotos y es horrible como queda” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)*

¹⁰ Es probable que este reconocimiento de estos dos cánceres, al igual que los cánceres de próstata y estomago, se debe en parte a los esfuerzos de GES que garantiza estas patologías neoplásicas.

“El cáncer de mamas, de útero. El cáncer de mamas es el más fuerte y hay casos que les tienen que extirpar una mama.

- El cáncer de útero también, les terminan sacando todo y algunas ni siquiera han tenido hijos” (Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)

Entre los hombres de segmentos medios bajos y bajos, los cánceres considerados más preocupantes son los de próstata y del aparato digestivo.

“Lo del cáncer de próstata.”

- Y uno le teme al examen porque todo estamos temerosos de la mala noticia, uno va camino al hacerse el examen y tiene temor se devuelve” (Hombres C3D, trabajadores rurales usuarios Fonasa, Cherquenco (1), IX Región)

“Yo creo que lo más importante es el cáncer. Mi hermano tenía cáncer, le dio a la vesícula hubo que operarlo rápido porque tuvo un diagnóstico de 6 meses, no avisa entra como ladrón” (Hombres C3D, trabajadores rurales usuarios Fonasa, Cherquenco (2), IX Región)

“El problema del cáncer estomacal que bastante se da. Y es por la contaminación porque muchas personas que han trabajado en la planta de Paipote les da cáncer al estomago” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

- Hipertensión

La hipertensión es reconocida como un factor de riesgo que genera un daño progresivo a la salud y agravante de algunas patologías, en particular, las cardiovasculares; existe un consenso acerca de su importancia y de la dificultad de controlarla, reconocer sus síntomas y ser efectivos en su control.

→ Percepción de aumento de frecuencia y desencadenante de otras morbilidades

“La hipertensión es fatal, provoca diabetes, provoca insuficiencia renal, provoca tantas enfermedades anexas y la hipertensión también viene de lo que estamos hablando, de repente hay gente que ha pasado años de su vida sin saber que tiene presión alta” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

“Yo conozco un caso de hace un mes o menos que se murió y venía del trabajo y en el camino se murió, lo encontraron. Era hipertenso.” (Hombres C3D, trabajadores rurales usuarios Fonasa, Cherquenco, IX Región)

“A los enfermos del corazón es una cosa terrible uno puede ir caminando y paf al suelo, cayó y ahí no mas, sobre todo si la persona no esta controlándose o si la persona no sabe no ha ido a medico, terrible” (Mujeres mayores de 65 años, Palomares, VIII Región)

→ Daño progresivo de todos los órganos vitales

“La hipertensión es donde le ataca todo, el corazón, el cerebro todo, yo he estado de las 10 de la mañana, hasta las 4 de la tarde en el consultorio, me ponen pastillas bajo de la lengua, inyecciones a la vena,...” (Mujeres mayores de 65 años, Palomares, VIII Región)

- Magnitud

Existe también la percepción de que la diabetes, la hipertensión y los cánceres son problemas de salud frecuentes hoy en día entre los chilenos, es decir, los usuarios perciben los corolarios del cambio de perfil epidemiológico reflejado en el peso de las enfermedades no trasmisibles.

- *Cáncer*

“El cáncer

- Pero el cáncer está en todos los seres humanos” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

“Yo tengo entendido que todos tenemos cáncer pero a algunas personas se les manifiesta. Es como el volcán que de repente despierta.” (Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)

“Aquí no se ve tanto, en Santiago hay montones.

Mi sobrina me cuenta ella tiene cáncer lleva un año allá.

Tan común que está el cáncer.” (Mujeres C3D, 65-75 años, etnia mapuche, Vilcún, IX Región)

- *Hipertensión*

“Últimamente aquí hay muchas personas con accidentes vasculares. Yo en septiembre estuve hospitalizada por una trombosis 15 días. Me quieren hacer una eco doble, pero me sale muy caro y yo no lo puedo pagar” (Mujeres C3-D, usuarias Fonasa 65 y más años, Copiapó, III Región)

- *Diabetes*

“Yo conozco niños con diabetes, que nacen con diabetes.

Están esclavizados para siempre, estar tomando medicamento, inyectándose, comer ciertas cosas.” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

- *Magnitud y gravedad de problemas de salud y factores de riesgo para grupos de edad*

Se constata en los grupos la importancia y percepción de magnitud y gravedad de algunos factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, violencia, tabaquismo y el avance de algunas enfermedades como el VIH SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

→ *Obesidad y sedentarismo en niños y niñas*

“La obesidad también se está haciendo importante ahora, sobre todo los niños” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

“yo soy mamá soltera y la dieta me sale demasiado cara (para su hija), come puras ensaladas con pollo o pescado, porque no puede comer huevo, ni sal, aceite solo de oliva o de pepita de uva, azúcar especial. Bueno y como el pescado es muy caro la tengo comiendo puro pollo” (Mujeres, C3D, 26-45 años, urbano, Valparaíso)

“Aparte son más sedentarios internet, que el play station, y la ‘tan to’o el día conecta’os a la tele (hombres, C2- C3, 26 y 45 años, profesionales, Santiago)

“salen del colegio y pierden la capacidad física muy rápido” (Mixto, C2, estudiantes, 18-25 años)

→ Obesidad en adultos

“La obesidad, los mismo que hay mucha comida rápida y chatarra por eso ha aumentado la obesidad.” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

“El niño tiene opción, pero el adulto no tanto, porque a una persona mayor le cuesta bajar de peso. Por mucho que haga dieta y ejercicio cuesta, en cambio si a un niño uno lo pone dieta baja de peso” (Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)

→ Tabaquismo y abuso alcohol, violencia

“El alcohol, va junto con el cigarro y creo que es...”

- Yo creo que el alcohol es una droga fuerte igual, porque amarra la violencia, muchas cosas violentas que pasan en la noche son por el alcohol, gente que pela el cable y sólo por un copete” (Mixto, C2, estudiantes, 18-25 años)

“y salieron dos “pendejas” como con coma etílico del evento y en el evento y en el evento no vendían alcohol, o sea entraron pero así muy ebrias, o sea ya mal... o sea uno la tira a chiste, pero o sea ya es como una tónica que el, yo te digo el pendejo ‘uta, súper bajo veinte, el carrete ya es violento (hombres, C2- C3, 26 y 45 años, profesionales, Santiago)

→ VIH/SIDA y las ITS especialmente para los(as) jóvenes

Para los grupos jóvenes el VIH SIDA constituye una preocupación importante, tanto por la percepción de gravedad como por su progresiva expansión.

“El tema de las enfermedades de transmisión sexual que sigue siendo tan oculto para la sociedad, algo muy vulnerable frente a las minorías sexuales y las clases sociales bajas” (Hombres, C3, 25 -45 años, Santiago)

“A todos nos afecta, a nuestra edad somos sexuales mas activos, es una enfermedad que no tiene cura.

- Yo creo que eso es lo que nos afecta, que no tiene cura, porque si tuviese... (risas) y lo otro que es silenciosa, si uno se pega el condoro ahora joven llega a los 40 50 años y empieza con problemas” (Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco, IX Región)

“Todas las que hemos dicho

- La obesidad, la depresión el cáncer, el SIDA” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

“Hay un alto porcentaje de personas con SIDA aquí. En las noticias salió que aquí habían muchas más personas infectadas que en otros lados.” (Mujeres en gestación o con hijos menores de 1 año, Copiapó, III Región)

“Pero es lo mas seguro que se tiene. Te previene del SIDA y de otra enfermedad como la sífilis y de tener un hijo yo creo que es el método mas seguro que hay, el uso correcto del preservativo.” (Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco, IX Región)

- Funcionamiento social

El funcionamiento social refiere a los efectos discapacitantes y a las externalidades negativas de las enfermedades y que generan especial preocupación debido a su impacto en la cotidianidad de las personas y de sus familias.

La obesidad, la salud bucal, los accidentes y enfermedades que producen postración, los accidentes cerebrovasculares, las adicciones, problemas de salud mental, especialmente la depresión, las enfermedades de transmisión sexual y los trastornos alimentarios son problemas de salud que tienen consecuencias adversas en el funcionamiento social de las personas, afectando la integración familiar, laboral y social, dando lugar a situaciones de discriminación y segregación social o limitando las oportunidades de asenso social.

→ Salud bucal:

La atención dental es importante porque afecta el funcionamiento social y limita a las personas en su desempeño público. También es importante señalar que a este criterio se agrega el hecho que la salud dental es uno de los ámbitos en que las personas tienen mayores problemas de acceso, alto costo y oportunidad, expresado sobretodo en los grupos de sectores medios profesionales afiliados y no afiliados a ISAPRES.

“El dentista, porque una buen sonrisa, estamos en diferentes carreras pero al final uno se tiene que dentar, lo que pasa es que si tu no llegas con una buena sonrisa como se dice estas descartado, y lo otro que es carísimo la parte dental” (Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción, VIII Región)

“Salud dental, la salud dental es muy cara y no hay preocupación en eso” (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

“Lo dental, cualquier cosa dental es cara y la cobertura es malísima” (Hombre, C2, Santiago)

“Si, quizás en gente que este mal alimentada, donde yo trabajo llega gente muy humilde, trabajamos con gente que no puede pagar su asesoría legales, y a la gente le preguntan su edad y son 10 años menor que yo y tu las ves toda desdentada, viejitas y digo que horror la vida como las ha tratado” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

→ Accidentes cerebrovasculares:

Constituyen un problema de salud relevante pues, en la experiencia de los grupos, sobrevivir a un accidente de este tipo implica pérdida de la capacidad de interrelacionarse con el entorno.

“Cuando les da trombosis si no se muere queda mal. Yo tengo un vecino que da pena ir a verlo porque era un hombre muy activo un hombre de campo.”(Hombres C3D, trabajadores rurales mayor de 45 años, Cherquenco, IX Región)

“siendo una persona totalmente sana, a eso yo le tengo miedo, aparte de eso....al regresar le detectaron aneurismas” (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

“las cosas cerebrales, son cosas que están tan fuera de uno que...uno no puede prevenir (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

→ Adicciones:

Las adicciones concitan el juicio social y aunque prevalece una visión humanitaria de las personas que las padecen están presentes voces aisladas en los grupos que consideran que los sujetos afectados no deberían ser tratados, sería poco costo – efectivo. Es decir, son problemas de salud que conllevan estigma y discriminación.

*“A los drogadictos no, porque ellos hacen cosas muy malas para conseguir la droga, hasta que roban a las mismas familias y cuando están tan metidos que no se saca nada con darles ayuda.
- No se les puede dar plata, porque se la gastarían.
- Muchas veces no aceptan tratamiento ni remedios porque están muy metidos, para ellos es más fuerte estar metidos en la droga que salir adelante” (Mujeres en gestación o con hijos menores de 1 año, Copiapó, III Región)*

→ Salud Mental:

Los problemas de salud mental, se asocian a causas psicosociales, influenciados por el peso de algunos determinantes como las condiciones de trabajo y empleo, la vida en las ciudades, el género y los entornos sociales. Son percibidos como discapacitantes y que afectan las distintas esferas de desarrollo de las personas, aparecen más asociados a las mujeres en todos los segmentos sociales y etarios.

“Yo creo que por la cantidad de gente que afecta esto y por lo invalidantes que son en algún momento, porque el cáncer si bien es invalidante, pero la persona con depresión llega un momento que no puede seguir trabajando. (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

*“Yo he visto muchos niños con problemas, porque se drogaron tanto que están mal. Hay problemas como el Alzheimer.
Acá hay mucho esquizofrénico. Uno anda con miedo.
Porque no sabe como va a reaccionar.” (Mujeres C3-D, usuarias Fonasa 65 y más años, Copiapó, III Región)*

→ Enfermedades de transmisión sexual

“Hay personas que tiene SIDA y también las discriminan, las miran feo, se aleja, porque es difícil vivir con alguien que tiene SIDA. Está ese estigma de que los pueden contagiar estando a lado, hay muchos estigmas contra ellos”. (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

→ Discapacidad y pérdida de funcionamiento social por accidentes de tránsito

*“-Es importante, los accidentes son frecuentes y muchas veces ven a las personas en el momento del accidente y después ya no hay tratamiento para esa persona.
- Hay mucha gente en silla de ruedas que podría tener tratamiento.
- Y los tratamientos después de los accidentes son caros
- Los accidentes son más frecuentes ahora, porque hay más vehículos y la gente anda más tensionada, la gente pelea en las calles.
- El tema de llegar a la hora, de andar atrasado “(Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)*

Muchas veces la pérdida del funcionamiento social trasciende a las dinámicas familiares que se alteran para atender al enfermo, aspecto fue tratado en los grupos de personas mayores afectadas por tener que cuidar a parientes postrados o gravemente enfermos.

3) Criterios emergentes que orientan garantías y políticas de salud

Estos criterios corresponden a nuevos referentes que orientan los procesos de priorización en la ciudadanía y, claramente, dan cuenta de una problematización desde una perspectiva distinta de la salud en relación a los estudios anteriores de preferencias sociales y se agrupan en relación a valores y expectativas de la personas hacia la salud conforme perciben la inequidad social y, al mismo tiempo, un alto grado de desarrollo país. Han sido denominados “*criterios orientadores de garantías*” porque recogen una visión de los temas emergentes que las personas consideran importantes o que deben ser incluidos en diseño de futuras políticas de salud. Así por ejemplo, los grupos consultados han puesto especialmente énfasis en los aspectos éticos del racionamiento en salud y en el valor de la prevención y acción oportuna para mantener a las personas libres de enfermedad y el acceso integral a los tratamientos.

Con resguardo del nivel socio económico de los grupos, el tipo de aseguramiento y el reconocimiento de las propias vulnerabilidades en salud, los públicos a la hora de levantar criterios de priorización expresan una opción por el bienestar colectivo y no necesariamente por la atención focalizada en algunos grupos sociales.

- Equidad y solidaridad social

La equidad emerge como un valor central en relación a la salud, socialmente reconocido y legitimado. En la discusión grupal está presente el enfoque de derechos, la aspiración a la universalidad de acceso y tratamiento de los problemas de salud. La reflexión sobre la equidad en salud se apoya en la percepción de vivir en una sociedad profundamente estratificada y, al mismo tiempo, la idea de estar en un país desarrollado por lo que es difícil explicarse las desigualdades.

• Tensiones sobre el racionamiento en salud

El enfoque de derechos en salud y la percepción de un estadio avanzado de desarrollo país ponen en tensión la legitimidad del racionamiento de recursos en salud. Sobre todo los colectivos más jóvenes aspiran al acceso universal a la atención en salud como signo de desarrollo y modernidad.

Los grupos de adultos de segmentos medios y medios bajos implícitamente critican la focalización de recursos de salud en grupos sociales más vulnerables; en una de las citas se expresa que el derecho a la atención se gana (“*Si yo no hago nada y otro que hace mucho come igual para el que no hace nada y para quién hace mucho*”), aquí se está cuestionando indirectamente el estatus de ciudadano que tendría menor valía para aquellos que no trabajan, son pobres, es decir, contribuyen menos a la sociedad pero que sin embargo están más protegidos por el estado.

“Hay que tener igualdad pero es un cliché. Siempre uno quiere igualdad para todos, pero se hizo una pregunta en específico.

- Todos tenemos derechos.

- Yo creo que ahí la igualdad se confunde con los deberes y derechos. Si yo no hago nada y otro que hace mucho come igual para el que no hace nada y para quien hace mucho.

- Yo creo que cada uno tiene deberes y derecho. Para mí es ganárselo” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

Otra dimensión de la discusión sobre racionamiento en salud tiene que ver con la protección en salud asociada al ciclo vital y que se profundizará en la conversación sobre el AUGÉ como veremos en el acápite dedicado a su análisis.

“Es que todos deberían tener derecho a la salud

- Porque todos hemos pasado por la misma etapa” (Mujeres en gestación o con hijos menores de 1 año, Copiapó, III Región)

- Percepción de la focalización de recursos en los segmentos más pobres y nuevas demandas de salud de grupos sociales

A la expectativa de equidad se une la solidaridad en salud que expresa el compromiso de los públicos con los grupos que se identifican más desprovistos de protección:

- Al ser consultados por sus opciones de asignación de recursos en salud estos grupos empiezan indicando que los recursos debieran ser asignados a quienes más lo necesitan aparece lo evidente: los indigentes, los más pobres, los socialmente vulnerables.
- Exigidos los grupos por la moderación a especificar quienes son aquellos que más necesitan y luego de profundizar en los argumentos entregados, empiezan a darse cuenta que los indigentes, los más pobres, gozan efectivamente de un conjunto de prestaciones sociales tanto en salud como en vivienda, pobreza, educación que ellos mismos no tienen. Es decir, los grupos socioeconómicos medios y medios-bajos reconocen la existencia de políticas sociales focalizadas a las cuales ellos como segmento no tienen acceso, o sólo un acceso parcial.

“El estrato socioeconómico bajo esta súper bien atendido por el aparato de salud, yo lo digo por mi nana, primero la cobertura en Concepción esta equilibrada, ella ocupa un par de veces al año una ambulancia y yo no he ocupado nunca en mi vida una ambulancia que vaya a buscarme a la casa porque me duele mucho la cabeza y tiene la cobertura del consultorio, le cubre a ella, a su grupo familiar, le entregan los remedios y yo diría que excepto las esperas, pero que tampoco es tan relevante, esta bien cubierta...” (Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción, VIII Región)

“A la clase media, porque a los indigentes les dan ayuda y los que tiene plata lo pueden hacer solos” (Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)

“No digo que la clase alta no trabaja pero se le hace más fácil no así la gente que trabaja como nosotros” (Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)

Una priorización sistemática y focalizada en los sectores más pobres puede, en algunos colectivos, levantar sospechas de una utilización política de los recursos en salud.

“Medios bajos, lo que pasa es que es la percepción que yo tengo, por lo que leo en los diarios, en la TV

- Y que igual esta medio manipulado, depende la situación política.

- A mi me consta que los sectores de bajos recursos están bien cubiertos” (Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción)

Lo anterior abre a otra forma de entender la equidad y solidaridad social, ahora desde el concepto de vulnerabilidades específicas y en el contexto de un país que si bien ha abordado la extrema pobreza, se enfrenta ahora a una nueva pobreza más signada por la integración en el consumo.

“pero viven en una ruca, pero tienen antena de tv cable y cosas así...se les está cayendo la casa, pero tienen su antena de tv cable... tal vez los indigentes....¡No!...” (Mujeres, C3D, 18 a 25 años, rural, Colina)

Es particularmente notable en términos de equidad y solidaridad la discusión entre los hombres adultos mayores que habían pagado imposiciones durante su tiempo de actividad.

*“Los indigentes dicen yo no impongo, y el resto me paga...
- Ahora todo el mundo tiene derecho a tener tarjeta FONASA, unos pagan y al mismo tiempo les estamos pagando a las personas que nunca quiso trabajar y uno les da (, hombres, C3D, mayores 65 años, urbano, Valparaíso)*

Y este relato encuentra su contrapartida en la constatación que hace el grupo de hombres trabajadores de la minería:

“La mayor parte son de clase media baja, los derivan a la asistente social para recibir el tipo A, y es indignante porque no le dan todas las atenciones que a los tipo B, C y D, entonces hay que pasar a la asistente social que son cómplices de uno y quebrantar la ley porque no es una cosa clara, pasar por este lado y no el que corresponde” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

- Equidad en salud para todos los grupos sociales

Los usuarios de FONASA de estratos socioeconómicos medios-bajo, tanto hombres como mujeres, reconocen sus propias carencias y dificultades económicas tanto para sí mismos como para sus familias. No obstante, y tal como se reportará en el análisis de las estrategias de resolución de problemas de salud, siempre tienen un cierto margen de acción sea para acudir a un médico particular, o costear algún medicamento que el consultorio u hospital no procura. Estas situaciones son entendidas como carencias del sistema de salud público que podrían ser resueltas.

*“ pero si nosotros somos pobres...
- Yo igual me considero como uno de los pobres, porque pa’ mi no ser pobre es atender a mi hija en un pediatra todos los meses e ir, no tener que ir a la posta, atenderme particular, tener mi casa, tener nana, pa’ mi eso no es ser pobre, tener como mantenerse y con comodidades y eso poh’ y eso yo no lo tengo.
- Pero se refiere a las personas pobres que no pueden satisfacer sus necesidades básicas.
- No, pero yo personalmente sí me considero pobre... (Mujeres, C3D, 19 a 25 años, rural, Colina)*

Si bien se percibe que hoy en día los más pobres están siendo beneficiados por diversas políticas sociales, la definición de *clase media* aparece más desdibujada, y los umbrales mínimos y máximo de ingresos varían mucho, según sea su propia ubicación socioeconómica. Se trata de una clase media que se define más desde la aspiración que desde otros parámetros objetivos y medibles como el ingreso o los años de escolaridad y son sin duda un grupo que se siente menos beneficiado por las políticas sociales.

*“- Para la gente más necesitada...
- La clase media, porque la gente más necesitada igual tiene muchos beneficios, por ejemplo, mi hermana vive de allegada en mi casa, y a ella le dan muchos beneficios, en cambio a mí, sólo por ser la dueña de la casa no me ayudan en nada. Entonces uno queda como en el aire sólo porque el marido gana un poco más que el sueldo mínimo.*

-A la que gana arriba de \$200.000 mensuales hasta \$300.000” (Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)

*“ - una persona que tiene un ingreso de doscientos mil pesos ya no es pobre, es de clase media...es el sueldo básico que son ciento cuarenta y cuatro mil pesos ya de ahí en adelante eres clase media...y la clase media se divide en clase media baja, clases media, clases media alta, entonces...
- Yo creo más...yo creo que los ochocientos o un millón de pesos, porque una casa, o el papá o la persona que sostenga la casa que gane ochocientos mil pesos, igual se divide por persona...”
(Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)*

Desde los grupos medios profesionales se legitima la prioridad: los participantes tienen necesidades y lo reconocen y validan dando prioridad para si mismos.

“Yo creo que más la clase media, que la gente más pobre, porque, no sé, ehhh los pobres pueden acceder más fácil a salud, porque se les otorga, tienen más facilidades de salud que una persona de clase media” (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

“Yo creo que nadie daría su plata y a pesar que esto sea una suposición yo la dejaría para mi gente, cuando ellos estén enfermos (Hombres, C3D, mayores 65 años, urbano, Valparaíso)

“Yo lo dejaría para mi comuna, no por ser egoísta y lo que yo arreglaría en mi comuna, en mi consultorio, mejor calidad de remedios” (Mujeres, C2C3, 45 a 65 años, rural, Colina)

Los segmentos profesionales privilegiarán a la clase media, habida cuenta de su percepción de cómo las políticas públicas han beneficiado a los segmentos más pobres.

- Prevención y factores de riesgo

Un criterio emergente tiene que ver con dar prioridad a la prevención de las enfermedades e intervención en factores de riesgo. Este criterio es compartido por todos los grupos sociales consultados a excepción de los adultos mayores que se sienten limitados para actuar en prevención primaria por la presencia explícita de problemas de salud.

El tratamiento que los grupos dan a la prevención comprenderá aspectos como: la percepción de que es importante prevenir las enfermedades, la propia autoeficacia para actuar en su prevención, el conocimiento y desarrollo científico para prevenir, percepción de beneficios al actuar y tratar el daño, la demanda por orientación y educación en prevención al sector salud fundada en su capacidad de respuesta y expertiz.

- Percepción de que es importante prevenir las enfermedades

Es relevante el hecho que en los grupos emerge de maneja espontáneamente el interés por la prevención. Hay una comprensión compartida acerca de que la mayoría de las enfermedades y problemas de salud hoy pueden prevenirse por lo tanto es valido destinar recursos a intervenciones que vayan en esa dirección.

“Ahora por qué no apuntar a la prevención, pero no esta muy a la vista de todo la prevención preventiva lamentablemente nosotros vamos al medico cuando nos enfermamos, no hay cultura para la prevención” (Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción)

Hay una predisposición positiva a someterse a exámenes preventivos. Sin embargo, esto varía por el nivel socioeconómico de las personas; los grupos medios y los jóvenes serán más proactivos frente a las conductas de prevención en cambio, los segmentos medios bajos y bajos de adultos y adultos jóvenes no han traducido la demanda por prevención en conductas activas de autocuidado. Llama la atención que si bien pareciera que los grupos no son activos en asistir a consultar para prevenir enuncian una disposición positiva al pago de un chequeo médico.

“Eso hace falta un lugar dónde una se haga un chequeo completo y le digan todo lo que tiene, porque pasa mucho tiempo en que una no se revisa no la ven como está la salud.”(Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco)

“Si porque a una no le gusta que le den todo, por ejemplo, si me dijeran que tengo que pagar 50 mil pesos por un chequeo completo estoy dispuesta a juntarlo y pagarlo, es una ayuda para la clase media baja.” (Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)

La prevención se enlaza con una concepción del cuidado de la salud como una constante. Lo que la experiencia común indica es que la preocupación por la salud se activa ante la emergencia de la enfermedad y eso es algo que, desde la perspectiva de los grupos, requiere modificarse en pro de ganar en oportunidad de estar libre de enfermedad o evitar que un problema de salud se agudice.

“Debería haber una conciencia desde el nacimiento de la persona, todos los estudios demuestran que a nuestra edad no sacamos nada de tomar calcio” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

“Cuando uno piensa en la enfermedad o en salud uno piensa cuando está enfermo y la salud uno la tiene que entender como una constante. Uno tiene que estar preparada para la prevención” (Mujer, C2 Santiago)

“Hay que estar atento a la enfermedad que uno tiene, porque puede pasar a más de ahí, y ahí va a requerir la atención más cara. Si uno tiene un pequeño resfriado y es mal cuidado puede pasar a mayores” (Hombres C3 D, Santiago)

- Autoeficacia

El segmento social que se percibe con mayor autoeficacia para prevenir problemas de salud son los y las jóvenes. En estos grupos se puede constatar que el discurso de la prevención en riesgos de salud asociados al VIH SIDA y la salud reproductiva han sido internalizados.

A diferencia de lo que sucede con otras enfermedades, existe un consenso entre los jóvenes acerca de que el VIH SIDA se puede prevenir, existe un dispositivo para hacerlo (condón) y que se conocen qué conductas deben hacer por lo tanto, es resorte de los individuos actuar responsablemente y tener prácticas protectoras en la vida sexual

“Pero es lo mas seguro que se tiene. Te previene del SIDA y de otra enfermedad como la sífilis y de tener un hijo yo creo que es el método mas seguro que hay, el uso correcto del preservativo.” (Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco, IX Región)

“Yo creo que como toda enfermedad es importante, pero el SIDA se puede prevenir mucho más fácilmente creo yo, o sea si uno tiene la concepción de que hay que prevenirlo está en nuestras

manos, en cambio un resfrío o el cáncer uno se da cuenta y uno ya no lo puede creer, entonces uno debe protegerse, tener cuidado con las jeringas en los hospitales fijarse que vengan en envase” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

“SIDA no me preocupa, pero sé que mientras me cuide puedo estar tranquilo. Y si yo no me cuido ya es culpa mía”(Hombre, C3 D, Santiago)

Para los jóvenes el VIH SIDA y las ETS son parte de los riesgos a los que están expuestos con una vida sexual activa y no eluden el hecho de que deben ocuparse de prevenirlas.

“entonces es difícil tener una vida sexual activa sabiendo que hay un montón de riesgos partiendo de la enfermedades de transmisión sexual y la venida de un hijo.”(Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco, IX Región)

“Las que ya han comenzado tener vida sexual, tienen que hacerse examen” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

“Yo me veo muy involucrado con esta clase de enfermedades porque mi tendencia sexual es ser gay, por ende tengo que tener mucho cuidado con mis conductas sexuales” (Hombre, C3 D, Santiago)

La autoeficacia para algunos grupos de jóvenes irá de la mano con la calidad y oportunidad de los apoyos que reciban de la red asistencial, específicamente; la provisión de preservativos. Por lo tanto, las demandas que elabora este grupo hacia la autoridad de salud están en relación con el acceso y calidad de los preservativos reconociendo que han internalizado su uso en la vida sexual pero requieren resolver los aspectos de calidad y seguridad de esta estrategia.

“Yo tengo un amigo que fue a buscar condones al consultorio los uso se rompieron y ahora es padre. - El condón tampoco es seguro” (Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco, IX Región)

“En nuestro caso es difícil todos somos estudiantes igual son caros los preservativos, con suerte andamos con la plata para la micro no mas” (Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco, IX Región)

- Conocimiento y desarrollo científico para prevenir y tratar el daño

Probablemente relacionado con el acceso masivo a medios de comunicación y divulgación científica, los grupos ponen atención a los logros de la investigación que abren nuevas oportunidades para prevenir los cánceres ya sea por la identificación de factores hereditarios como por el desarrollo de vacunas para algunos tipos de cáncer.

“Yo el otro día escuché que hay una inyección para prevenir el cáncer uterino, no estoy segura lo leí en un letrado grande en la farmacia, decía que hay una inyección para prevenir el cáncer uterino, decía para mujeres entre 13 y no se que edad no recuerdo bien. Eso está muy bien porque es una forma de prevenir, pero el problema está... no sé cuánto cuesta pero la mayoría de la población si una inyección para prevenir el cáncer es muy cara no la va comprar porque la situación no alcanza para comprarla, porque todo sube...” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

“Por ejemplo, si una persona, saben que a largo plazo va a tener un cáncer debería estar. Como vacunas, un tratamiento anticipado” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

- Percepción de beneficios al actuar

La reflexión sobre la prevención se ve animada por el reconocimiento que hacen los colectivos consultados de los beneficios de actuar y realizar o modificar conductas que eviten los riesgos o los morigeren. Algunos ejemplos de la evaluación costo beneficio de prevenir se indican a continuación.

- Detección oportuna, prevención secundaria y mejora en las expectativas de vida

“Porque el SIDA es una enfermedad más compleja, si no se detecta a tiempo, no tiene cura y no tiene tratamiento, en cambio si se detecta antes con un examen de sangre y ese tipo de cosas se puede tratar de controlar la enfermedad y a largo plazo dar más tiempo a la persona” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

- Conocer y reconocer los factores de riesgos asociados a una enfermedad

“La diabetes como prevenirla es difícil. Mi papá tiene diabetes yo todos los años me hago chequeo pero como prevenirlo es importante uno no sabe y se da cuenta cuando lo tiene.” (Hombres C3D, trabajadores rurales usuarios Fonasa, Cherquenco, IX Región)

- Prevención temprana de riesgo de enfermedades relacionadas con el ciclo vital

“...mi mamá me dijo usted mijita tome calcio, no se sabe los problemas que atrae la osteoporosis digamos en una quebradura deja invalidada a una persona ya mayor” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

“Yo creo que estamos hablando de la mujer que ya está enfrentando el climaterio, la menopausia estamos hablando de ellas porque ahí se produce la falta de hormonas entonces si tú has venido tomando leche con calcio etc. etc., igual te afecta en menor cantidad menos duro pero hay que estar en óptimas condiciones y además estar preparada para hacer gimnasia para evitar que sea mayor el daño pero eso es falta de información” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

- Prevención del cáncer

“Yo antes de que tuviera a mi bebé me hacía el PAP, porque en mi familia hay varias personas con cáncer. Mi tía tuvo cáncer de útero y yo estoy propensa” (Mujeres en gestación o con hijos menores de 1 año, Copiapó, III Región)

“Como a los hombres que les da miedo hacerse el examen a la próstata y después les trae consecuencias por no habérselo hecho a tiempo” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

- Actuar sobre los factores de riesgo

Para algunos grupos existe la necesidad de la población de adoptar las competencias que les permitan ser más autoeficaces en el manejo de los factores de riesgos asociados a enfermedades o problemas de salud. La alimentación es un factor importantísimo para determinar la buena o la mala salud, que concentra la preocupación de las mujeres.

- Reconocimiento de la obesidad como un problema de salud de magnitud

“Yo pienso que las enfermedad nuevas entre comilla, el tema de la obesidad que antes no se consideraba” (Mujer, C2, Santiago)
- Dificultad para controlar la tendencia al sobrepeso en niños y adultos

“Mi niña menor desde chica fue gordita y ahora que tubo un hijito mas gordita y eso es lo que yo digo, ella come igual que nosotros y no adelgaza no se en que ira” (Mujeres mayores de 65 años, Palomares, VIII Región)
- Malnutrición: cantidad versus calidad

“Malos hábitos alimenticios, somos partes de una cultura mal alimentada, las mamas no echaban un kilo de colación, entre mas gorditos mejor, esa cuestión hoy en día no, y uno recién se esta preocupando un poco mas de definir los alimentos, claro, estas con la enfermedad encima ya, pero esa cuestión es fundamental, desde el inicio como tener una cultura relacionada con el cuerpo y en el fondo vivir mas sano comer mas sano”(Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción, VIII Región)
- Inclusión en la dieta de nutrientes esenciales para enfrentar la salud en la adultez

“Una acotación personal por Ej. que el calcio y el aceite de pescado es lo que se habla ahora es Omega 3, eso y el calcio debiera ser algo así como las vacunas en los niños, desde que nace sus vacunas, que debiera ser en los consultorios,... Yo creo que la alimentación es básica para tener una buena salud” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

“(diabetes) Hay que prevenirla comiendo puras cosas verdes”(Mujeres C3-D, usuarias Fonasa 65 y más años, Copiapó, III Región)
- Demanda por orientación y educación en prevención al sector salud

En la perspectiva de la importancia asignada a la prevención, los colectivos sociales elaboran nuevas demandas en materia de políticas públicas de salud. Un planteamiento hace referencia a privilegiar el rol del Ministerio de Salud en la prevención fortaleciendo el cuidado de la salud y no en las intervenciones curativas.

“El Ministerio de Salud también debería prevenir, porque salud es prevenir no curar enfermedades” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

Las intervenciones poblacionales en prevención serían – desde la opinión de los grupos – más acertadas si se definieran usando la evidencia como determinantes de qué acciones preventivas realizar y para qué grupos.

“Ahora yo creo que debe haber una forma para abarcar toda la población, independiente de la edad que uno tenga, hay mayores riesgos, los niños, las mujeres mayores de 30 o 40 años, de acuerdo a las edades hay un porcentaje de probabilidades de enfermarse, un determinado rango, sea mayor o menor, conozco empresas que obligan a sus trabajadores una vez al año hacer un examen completo, tal ves sí uno incluye en estas empresas grandes a la familia esta abarcando mas población, las isapres también tienen examen preventivo pero por algún motivo no son muy usados, Fonasa desconozco” (Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción, VIII Región)

Un participante de un grupo de profesionales de nivel socioeconómico medio relata la experiencia cubana en materia de salud y prevención. Destaca que el desarrollo de Cuba en prevención explicaría sus buenos indicadores en salud, a partir del conocimiento de esta experiencia consideraría como costo efectivo invertir en prevención y constataría el hecho que las políticas de salud serían deficitarias en este ámbito.

“Yo creo que el tema de la prevención es un tema súper bueno de comentar, yo viví un año en Cuba y pude comprobar que ellos tienen muy poco, y con poco hacen mucho, y como tienen muy poco lo mejor es prevenir, me acuerdo que una vez al mes llegaba gente hacerles exámenes de todo tipo, de orina de sangre, los tipos dedicaban mucho tiempo a eso y en base a eso fueron evolucionando y hoy Cuba lo que es con respecto a lo mismo, los índices de ellos de natalidad son muy elevados y de mortalidad son muy bajos, prácticamente el tema del cáncer lo tiene muy visto y esta a muy bajo nivel, no había tocado el tema nunca, pero efectivamente aquí no hay una política fiscal, hagamos exámenes, en vez de sanar hagamos prevención en el fondo, el gasto en licencia es abismante” (Hombres 25– 45 años, C2, Concepción, VIII Región)

- Oportunidad y beneficio del tratamiento

Por otra parte, y casi como un criterio subyacente al de prevención, está el criterio de oportunidad y beneficio del tratamiento que se funda en dos supuestos, primero, la valoración social de la respuesta clínica que trae beneficios y, segundo, en la oportuna atención del individuo afectado.

Los grupos expresan que la detección temprana de ciertas enfermedades encuentra una respuesta óptima desde la medicina curativa. Para que esto ocurra se requiere privilegiar estrategias de detección temprana en las personas que pudieran estar en riesgo de padecer alguna enfermedad.

Los cánceres son el ejemplo recurrente en los que la detección temprana y la respuesta clínica operan sincrónicamente de manera eficiente. Para las personas la intervención en cáncer parece ser efectiva en etapas iniciales.

“(cáncer) No prevenirlo, sino que detectarlo a tiempo.”

“Estar alerta. Porque al inicio puede ser controlado, después ya no hay nada que hacer.”(Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)

“Básicamente se tendrían que cubrir todos los cánceres, porque si se tiene posibilidad de alargar la vida, hay que hacerlo. (Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)

Entre las mujeres de todos los segmentos sociales, los cánceres de mama y cervicouterino, en este orden de importancia, son considerados enfermedades en que la *detección oportuna* de los mismos y su control define un mejor pronóstico, si bien son enfermedades que tienen un riesgo importante de muerte, hoy en día es posible detectarlos a tiempo y controlarlos:

“Por ejemplo, si una persona, saben que a largo plazo va a tener un cáncer debería estar. Como vacunas, un tratamiento anticipado” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

“Por eso es importante hacerse revisiones porque hay personas que tampoco, por no revisarse por no hacerse PAP a tiempo no saben que tienen la enfermedad”(Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó, III Región)

- Integralidad de la respuesta

Otro criterio para establecer las preferencias sociales tiene que ver con la integralidad de la respuesta disponible para atender debidamente un problema de salud; los grupos en general comprenden que exista racionamiento en salud en un contexto de recursos limitados sin embargo, son críticos ante las coberturas parciales del tratamiento de algunas enfermedades que obstaculizaría que las personas afectadas recuperen al máximo sus capacidades ante la imposibilidad de costear medicamentos o procedimientos indicados.

→ Alto costo de los medicamentos

“A mi me preocupa la parte de la ulcera, la gastritis, los remedios son súper caros, en serio la gastritis, estar preocupado, no quiero endoscopia, y fui una vez me dieron unos remedios carísimo, no quiero mas, ahora chao frituras, chao todo lo que sea con aceite, antes uno le echaba no mas” (Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción, VIII Región)

“Los médicos nos dan una receta y una pasa a preguntar a la farmacia cuánto vale y son 18 ó 15 lucas y una prefiere pasarse la receta por el cuerpo a ver si se le pasa.” (Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)

→ Atención de especialista y exámenes no cubiertos

“tengo osteoporosis y me voy a sacar radiografías en particular, porque si voy al consultorio tengo que esperar meses para que me las saquen, entonces me veo obligada a pagar por la rapidez. Entonces el doctor me ve en el consultorio pero yo le llevo las radiografías que me saco en particular (Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)

→ Percepción de coberturas parciales a procedimientos de alta complejidad

“Yo he sabido de contradicciones que pueden existir en el plan AUGE, como por ejemplo, en el caso de que una persona necesite el trasplante de algún órgano, efectivamente el Plan Auge cubre el trasplante, pero si este no resulta, no cubre sacar el órgano. Entonces hay como contradicciones grandes” (Mujer, C2, Santiago)

→ Atención parcial de insumos para intervenciones traumatológicas

“La parte traumatológica, conozco caso que han tenido que ponerse tornillos la otra parte la cubrió bien, pero la parte tornillos no” (Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción, VIII Región)

3. Evolución de los criterios social: riesgo de muerte, acceso a la atención y alto costo

Riesgo de muerte, acceso a la atención y alto costo son criterios que fueron relevados en los estudios de preferencias sociales que anteceden al actual en 1996, 2000 y 2005, y a los que hemos hecho referencia en el capítulo que corresponde al marco conceptual. En su momento estos criterios fueron considerados determinantes por los grupos consultados con independencia del género o el nivel socioeconómico para establecer preferencias en salud. En este estudio, estos criterios han ido en retroceso y tienen menor presencia en el discurso social lo que podría explicarse por múltiples causas: disminución de la pobreza en el país, la mayor protección social de un conjunto de políticas sociales y de salud, incluyendo el AUGE, la

calidad de la respuesta a enfermedades como el cáncer o el VIH SIDA y cambios en el perfil epidemiológico, entre otros. .

Los criterios de riesgo de muerte y acceso a la atención en la práctica no se articulan en las discusiones grupales e incluso, los problemas de salud otrora considerados catastróficos hoy son modulados de otra manera por los grupos como lo es el cáncer, por ejemplo cuya detección puede augurar un buen pronóstico.

El criterio de alto costo se expresa de manera importante en el tratamiento de la salud dental que tiene aseguramientos muy restringidos de parte de FONASA o las ISAPRES. A esto se suman el costo de medicamentos y algunos exámenes y procedimientos no cubiertos que demandan un gasto significativo. De alguna manera la preocupación por el gasto hoy se expresa como la demanda por integralidad de la atención y no el temor al gasto catastrófico.

“...un poco, la salud de alguna forma el Estado ha tratado a propósito del Auge, pero ha dejado de lado la prevención en la parte dental” (Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción, VIII Región)

“Salud dental, la salud dental es muy cara y no hay preocupación en eso, es como (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

Sólo en un caso aislado se percibe el cáncer como una enfermedad “cara” que desestabiliza las finanzas de las familias afectadas. Sin embargo, se trata de una percepción que no es contemporaneizadora de lo que los grupos consultados perciben actualmente en relación al financiamiento del tratamiento del cáncer (lo que puede explicarse por la protección financiera del AUGE).

“Es una enfermedad que termina con la parte económica de la familia. Lo vi en el caso de mi tío que la familia quedó en pésimas condiciones.” (Mujeres C3D, trabajadoras con o sin hijos, Temuco, IX Región)

4. Estrategias de las personas y sus familias para resolver problemas de salud

1) Estrategias de resolución de los problemas de salud de los afiliados a FONASA

Los usuarios/as de FONASA tienen diversas estrategias para resolver problemas de salud en las redes de atención pública y también privada transitando desde la atención exclusiva en la red asistencial pública (principalmente personas de sectores bajos y medio bajos con problemas crónicos o en control periódico como las embarazadas y madres con niños pequeños), asistencia a consulta en el sector privado mediante bonos de libre elección, y la compra de medicamentos con aportes propios.

- Resolución exclusiva en la red asistencial pública

“Yo tengo una hija enferma está hospitalizada la tengo que ir a ver y uno que no tiene recursos para pagar particular se da cuenta de la diferencia que hay, vi la atención que hay.” (Trabajadores rurales, Cherquenco)

“Yo soy hipertenso, me atienden bien en el consultorio, me dan mis remedios, en los exámenes me hacen electrocardiograma, me sacan sangre y el de orina, todo eso para ver los niveles altos y bajos, eso es todo, pero la atención es buena (Hombres, C3D, mayores 65 años, urbano, Valparaíso)

- Resolución en la red asistencial pública y compra de medicamentos con aportes propios:

“Y mi familia en general, se atiende por Fonasa, en el hospital, pero los remedios hay que comprarlos por particular (Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)
- Atención de especialidades en la red privada

“ porque en el consultorio tienen equipos demasiado viejos en la parte de oculistas Entonces tengo que atenderme el glaucoma por particular (Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)

“La colecta familiar para llegar al psicólogo” (Mujeres C3D, Valparaíso)
- Consulta en la red pública y provisión de exámenes en la red privada

“tengo osteoporosis y me voy a sacar radiografías en particular, porque si voy al consultorio tengo que esperar meses para que me las saquen, entonces me veo obligada a pagar por la rapidez. Entonces el doctor me ve en el consultorio pero yo le llevo las radiografías que me saco en particular (Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)
- Atención en la red pública vía servicios de urgencia

*“Yo cuando estoy enfermo voy a urgencia
- Nosotros no sabemos ocupar un servicio publico porque todo el mundo por un resfrió algo chico va al hospital, y el tema primero es el consultorio y atochamos el hospital, tenemos un mal uso.” (Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco)*

Los afiliados a FONASA para resolver sus problemas de salud tienden a consultar en el sector privado de manera recurrente y de esta forma superan el déficit de calidad de la atención que encuentran en el sector público. Así resuelven las trabas del sistema público que incluyen largos tiempos de espera, dificultad para acceder a consulta con especialistas, falta de resolutiveidad y breve tiempo de consulta.

- Largos tiempos de espera

“Yo estuve tres meses sufriendo con eso, aquí en el consultorio no me hicieron nada, tuve que sacármelo en la posta, de emergencia (Mujeres, C3D, 26-45 años, urbano, Valparaíso)

“Una ya no va al hospital porque uno llega a las 2 de la tarde y te atienden a las 5, entonces una tiene hijos y hay que preocuparse porque una tiene otros hijos. Una toma remedios caseros que el limón la miel, porque una llega más enferma de allá y ha perdido toda la tarde y toda la mañana” (Mujeres en gestación o con hijos menores de 1 año, Copiapó, III Región)

“Gente que lleva meses de espera para que le pongan el dispositivo (anticonceptivo), y eso trae consecuencias en su vida privada (Mujeres, C3D, 26-45 años, urbano, Valparaíso)

- Dificultad para acceder a consulta con especialistas

“Lo que pasa es que yo me atendía en forma particular, por Isapre, desde que quedé cesante, recurrí acá al consultorio, entonces, cuando hice esa consulta de la próstata, la niña me dijo, no, me dijo,

son muy pocos los cupos que hay y se prefiere más a la gente mayor, de mayor edad” (Hombres, adultos mayores C2,C3, D, Renca)

- Falta de resolutiveidad

“A mi me dio una taquicardia y me llevaron al hospital, estuve tanto rato esperando y se me paso, cuando me atendieron para variar una practicante, me hizo un electro y me dijo que no tenia nada que estaba alaraqueando, y me llevaron para la casa y me volvió a dar por segunda vez la taquicardia y ahí preferí pagar y me llevaron a la Clínica Alemana y ahí me pillaron todas las enfermedades que tenia, cosa que en el hospital no me habrían pillado nunca, y practicante mas encima, una experiencia malísima.”(Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco, IX Región)

- Breve tiempo de consulta

“Cuando uno lleva al niño al control, la doctora pregunta todo y no lo revisa, en cambio, cuando uno lo lleva particular, lo revisan de pie a cabeza. Y una se puede dar cuenta que si tiene alguna malformación o displasia. El trato particular es muy distinto” (Mujeres C3D, IX Región)

La preferencia por prestadores del sector privado se apoya en la creencia que la salud pagada es siempre de mayor calidad por lo que los usuarios manifiestan una disposición positiva al pago de estas prestaciones aún cuando signifique un esfuerzo monetario significativo para estos grupos.

“Pero hay que tener plata para que lo atienden bien

- De pronto una pide hora particular para los mismos médicos del hospital y la atienden súper bien y hasta te regalan los remedios” (Mujeres en gestación o con hijos menores de 1 año, Copiapó, III Región)

La experiencia de los usuarios afiliados a FONASA que se han atendido en el sector privado con el mismo profesional que los atiende en el sector público vuelve la mirada hacia las dimensiones éticas de la atención en salud: los conflictos de interés y arbitrariedades.

“Después fui particular al oftalmólogo me dijo que tenía glaucoma y el doctor me dice usted no tiene cataratas porque esas personas ven borroso y yo le dije que los lentes ya no me servían y me dijo que no, ¡y el mismo me los había dado!, por eso yo no confío e los médicos particulares” (Mujeres C3-D, usuarias Fonasa 65 y más años, Copiapó)

Sin embargo, para los usuarios de FONASA la red pública garantiza el acceso a la atención en salud siempre y sin condiciones. En este sentido la red asistencial pública se valora positivamente a pesar de los déficits en la calidad de la atención.

“Yo creo que el mayor problema es el tiempo en la espera, porque finalmente es una gran liberación cuando lo atienden. Mientras el lado privado, si yo no tengo dinero, difícilmente me van a atender. Tengo que ir como sea a un lugar público, no me importa esperar, pero sí me van a atender (Hombre, C3D, Santiago)

Para el grupo de jóvenes de la Región de la Araucanía cobra sentido dar prioridad de inversión a los hospitales por sobre poblaciones o problemas de salud argumentando que las mejoras en calidad de los servicios de salud necesariamente redundan en beneficios para los usuarios.

“Yo no se lo daría a ningún sector de la población sino que a los hospitales para que tengan mas recursos para la gente, porque el medico hace lo que puede con lo poco que tiene con lo que le entrega el estado” (Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco, IX Región)

“Pero también es obvio que si vas a destinar ese dinero a los estratos más bajos lógicamente tienes que poner esa plata en los hospitales” (Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco, IX Región)

2) Estrategias de resolución de los problemas de salud entre usuarios/as ISAPRE

Los usuarios ISAPRES tienen menos contacto con los sistemas públicos de salud. En general, son usuarios exclusivos del sistema privado tanto para si mismos como para sus cargas. Desde su experiencia de usuarios, la ISAPRE como asegurador introduce mayor incertidumbre en el acceso a la atención en salud: la mediación entre el asegurador y los prestadores hostiga al usuario que se siente presionado por las condiciones de los planes y el alto costo del seguro.

“la verdad es que la ISAPRE me ha traído bastantes problemas. De hecho ahora me voy a operar de la vesícula y todo el tiempo la ISAPRE ha intentado que todo termine siendo de urgencia y no hacer una planificación de una cirugía en este caso, no sé por qué, al parecer a ellos no les conviene (Mujer, 25 - 45 años, C2, Santiago)

“Si tú no tienes plata en este país no tienes salud, eso es lo que siento y si tienes mucha plata o tienes un sueldo más o menos alto, claro, tú le pagas hartito a la ISAPRE pero también tú tienes demasiados beneficios.... Encuentro que el sistema no es justo, o sea, para los que tienen poco es demasiado difícil” (Mujer, 25 - 45 años, C2, Santiago)

Para algunos usuarios de ISAPRE la creencia de que la salud pagada ofrece mejor calidad de la atención es un mito y reportan que la experiencia de tratarse con prestadores privados igualmente conlleva aspectos débiles en la atención.

“Yo el otro día fui al medico y espere 2 horas, medico privado, yo no conozco el aparato publico porque no lo ocupo, entonces es un tema de gestión, no entiendo la psicología de un medico, esperamos dos horas” (Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción, VIII Región)

3) Resolución de problemas de salud por estrategias alternativas en usuarios ISAPRE y FONASA

Las estrategias alternativas a la atención clínica para resolver problemas de salud se agrupan en tres categorías:

- i) Medicina alternativa
- ii) Remedios caseros
- iii) Automedicación

i) Medicina alternativa

La atención de medicina alternativa está legitimada en todos los grupos consultados sin distinciones de género, edad o nivel socioeconómico. Las personas tienen acceso a un amplio espectro de tratamientos alternativos de problemas de salud: iriologos, machis, Reiki, imanes, acupuntura, entre otros.

“Igual es bastante recurrido el tema de la acupuntura, tengo amigos con dolores en la espalda, dolores medios crónicos y la acupuntura funciona bastante bien”. (Hombres, C2, Concepción)

“yo usaba yerbas, en mi colegio me daba flores de Bach, tratamientos más emocionales (Mixto, C2, estudiantes, 18-25 años, Valparaíso)

“La medicina alternativa ¿se refiere al Iriologo? A las piedras esas también que hay, yo he ido a esas y es espectacular como te hacen, yo fui porque me dolía un poco la espalda y es un masaje rico que te hace súper bien” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

“La acupuntura también dicen que es maravillosa como te hace y todo lo que es medicina oriental” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

ii) Remedios caseros

Para algunos grupos consultados el manejo doméstico de los problemas de salud es una alternativa que evita enrolarse en la red asistencial. Así el uso casero de hierbas medicinales son métodos a través de los que las personas logran ser efectivos en resolver sus problemas de salud.

“También, soy fanática de las hierbas

Yo tomo la Gia, es una yerba como la yerba mate, es para todo” (Mujeres C2, profesionales, Chillán, VIII Región)

“En el campo es así puros remedio caseros, tilo por ejemplo.

Para los resfriados el tilo es bien bueno” (Hombres C3D, Trabajadores rurales usuarios, Pinto, VIII Región)

“Uno toma remedios caseros. Aquí hay muchos remedios caseros.

Bailahuen, todo eso. En Copiapó hay muchos centros que venden esos remedios” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

“Yo tengo siempre remedios en las plantitas, hojas de durazno para el estomago, siempre estoy pendiente de los remedios caseros, yo jamás en mi vida había visto medico” (Mujeres mayores de 65 años, Palomares, VIII Región)

iii) Automedicación

Una tercera estrategia corresponde al manejo de medicamentos en el hogar usándolo sin prescripción médica y para distintos problemas de salud sin tener conocimientos de las reacciones adverso ni de si corresponde o no tomarlo frente a determinados síntomas,

“las cosas que hay en la casa, eso siempre hay, o teni amoxicilina que lo teni para... (,mixto, C2, estudiantes, 18-25 años)

“pero a veces tengo dolores a los huesos y de cabeza, entonces tomo ibuprofeno y ahí se me pasa. No voy a médico ni me hago controles” (Mujeres C3-D, Valparaíso)

4) Solidaridad social

En grupos de regiones, y especialmente en aquellos de menores recursos, las estrategias comunitarias para resolver problemas de salud están internalizadas. Esto implica una disposición positiva de la comunidad a reunir fondos para financiar tratamientos y apoyar a las familias con problemas graves de salud sobretodo cuando estos afectan a niños/as.

“Siempre se solicita ayuda de la comunidad para cubrir los gastos gracias a Dios que los pueblos ayudan” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

“Somos muy solidarios, esta población que no esta entregada, nos conocemos tanto que nos conocemos el pensamiento, y cualquier cosa que uno necesite una ayuda, cosa que no sucede en la gran ciudad” (Hombres C3-D, usuarios Fonasa, trabajadores minería, Copiapó, III Región)

“...pero nosotros tenemos un problema porque estamos abocados a una campaña que no cubre el AUGE. Resulta que un chiquitita va a ser trasladada al Hospital Luis Calvo Mackenna y ella tiene cardiopatía dilata y tiene 6 meses de edad y sus papás no tienen los recursos como para trasladarla a Santiago, la enfermedad no la cubre el AUGE, porque sus papás son temporeros igual que nosotros” (Hombres C3D, Trabajadores rurales usuarios, Pinto, VIII Región)

5) Grupos resistentes al acceso a la atención en salud

Por último cabe señalar que existen grupos distantes de la atención en salud y que serían resistentes al uso de estrategias de apoyo a su salud. Para estos grupos minoritarios la lógica sería evitar las intervenciones de cualquier tipo.

“Yo estuve deprimido por mi trabajo, 6 meses que no quería salir de la casa, porque yo no fui de un día para otro y no salí más, invertí plata, yo era comerciante, y todo me jodían yo no fui a médico, con la familia y las amistades se me pasó (, hombres, C3D, mayores 65 años, urbano, Valparaíso)

“ y pa’ que voy al médico si estoy resfriado, me va a decir que me tome esto y ya (Mixto, C2, estudiantes, 18-25 años)

5. Valoración social del AUGE

Tanto los usuarios de FONASA como de ISAPRE reconocen tener poco conocimiento del AUGE, en general señalan no disponer de información detallada al respecto. La conversación sobre el AUGE se articula a partir de tres vertientes:

- La experiencia de usuario directo
- La experiencia de otras personas del entorno cercano que han sido beneficiado del plan AUGE
- Y lo que han divulgado sobre esta política los medios de comunicación

Generalmente, el AUGE es valorado positivamente por los grupos pero esta evaluación se sostiene sobre un conocimiento parcial de lo qué es y cómo opera. Al parecer se tiende a atribuir al AUGE todas las acciones positivas de salud en el sector público con independencia de si son prestaciones garantizadas o no. Equívocamente los colectivos podrían concluir que sólo se atiende bien los problemas garantizados por el AUGE. Conforme se ha ido profundizando la política a través del aumento de garantías esta percepción ha ganado más adhesión entre los usuarios del sector público.

*“Es que para que estamos con cosas, las enfermedades que cubre el Auge, las atienden rápido”
(Mujeres, C3D, 26-45 años, urbano, Valparaíso)*

Los usuarios de ISAPRE han internalizado en menor medida la política y, atendiendo a la poca información que manejan sobre el AUGE las valoraciones y referencias a la política son fragmentarias y escasas.

1. Aspectos positivamente valorados de las GES

Las dimensión más reconocida y valorada por los públicos en relación al AUGE es sin duda alguna la garantía de protección financiera que es lo que impacta positivamente a nivel del usuario y también de su entorno familias, posiblemente está sea la causa de que exista mucho menos presencia en los discursos sociales de los aspectos “catastróficos” de las enfermedades. La oportunidad de atención es otro aspecto que convoca la valoración positiva de los usuarios porque esto implica que los problemas garantizados definen periodicidad e intensidad de la respuesta por lo que el usuario no queda al arbitrio de los déficit del sistema como muchas veces sucede con los problemas de salud no AUGE como se ha visto en el análisis de las dimensiones de calidad de la atención. También está presente una evaluación favorable asociada a que el AUGE responde a problemas de alta complejidad. Por último, el AUGE genera un efecto positivo al garantizar acceso a atención con independencia del lugar de residencia de la persona afectada y este aspecto no es menor porque efectivamente responde a una necesidad sentida de quienes viven en regiones y no cuentan con centros de salud de alta complejidad.

→ Garantía de protección financiera

“A mi abuelita le sirvió hartito con lo del cáncer, le daban los remedios, ella no estuvo tanto tiempo porque fue corta su enfermedad, la morfina se la dieron. Y otros remedios también porque tenía diabetes.”(Mujeres C3D, trabajadoras, Temuco, IX Región)

“Yo encuentro estupendo el Auge. Por ejemplo, mi nieta, está en Fonasa A porque mi hija la tuvo a los 16 años, y ella tiene asma, estuvo hospitalizada y la tomó el Auge y le cubrió todo y hasta el día de hoy le sale gratis todo. Claro que si tuviera otra previsión le cobrarían” (Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)

“Yo sé de un caso más cercano, tengo una amiga del colegio que le dio cáncer a la vesícula y el Auge le cubrió todo, y eso es positivo” (Mixto, C2, estudiantes, 18-25 años)

→ Oportunidad

“Cuando tenía depresión, estaba cubierta por el plan AUGE, igual, había gente que estaba meses esperando una hora y yo cada dos semanas tenía una” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó)

→ Atención a problemas complejos

“Hay varias enfermedades como catastróficas, igual esta el sida adentro de los planes que tiene el plan auge, esta la fibrosis quística, como todas esas enfermedades como poco comunes...” (Hombres C3D, estudiantes técnicos, Temuco)

→ Atención independiente del lugar de residencia

“Dan beneficios, operan gratis. Yo conozco personas que van a otras ciudades a operarse, es un buen beneficio” (Mujeres C3-D, estudiantes 18 a 25 años, Copiapó)

“Por lo de mi señora. Mi esposa cayó en eso y si no fuera por eso como la hubiese tratado. Es una prueba que le da a uno Dios. Ahora hasta los pasajes le dan, la pasa a buscar un furgón y la llevan a Temuco” (Hombres C3D, trabajadores rurales usuarios Fonasa, Cherquenco, IX Región)

2. Aspectos críticos del AUGE

En una aproximación general, las restricciones del plan AUGE percibidas por los usuarios aparecen analizadas desde dos puntos de vista: el primero se refiere al derecho universal a la salud, dentro del cual cualquier restricción parece vulnerar dicho derecho; el segundo punto de vista se refiere a no haberse podido beneficiar directamente del AUGE, particularmente por las limitaciones de edad. Las restricciones de edad mencionadas por los usuarios de FONASA son los dos grupos intermedios: adolescentes y jóvenes, y adultos de edad media. Entre quienes conocen AUGE, perciben que los niños y adultos mayores son quienes resultan más beneficiados y esta discusión la hemos conocido en profundidad al analizar el criterio social de ciclo vital. Otra dimensión del AUGE que es cuestionada por los grupos consultados es la de inicio de garantía que provocaría la exclusión de muchas personas afectadas porque sus diagnósticos no coinciden con los plazos legales establecidos en las GES. Un último aspecto crítico tiene que ver con que el AUGE no garantiza la cobertura total del tratamiento de las enfermedad y deja fuera aspectos importantes que las personas deben resolver autónomamente lo que se resiente fundamentalmente entre usuarios FONASA de sectores socioeconómicos bajos, por ejemplo la atención de co-morbilidades, algunos tipos de cáncer y medicamentos.

→ Restricción de edad

“Por ejemplo, las prótesis de cadera a los de más de 60 años les cubre el AUGE , pero a los menores de 60 no cubre” (Hombres C3-D, Copiapó, III Región)

“también que hay enfermedades hasta cierta edad para que te cubra, y después no podí. Me parece mal por que debería ser para todos igual, no que se necesite una edad para tener la enfermedad y después no puedes costearla (Mixto, C2, estudiantes, 18-25 años)

“Lo que sí yo no comparto con el AUGE, es por edades, porque si bien acá el adulto mayor de los sesenta pa’ rriba tiene una “prioridad”, después de los veinte para bajo otra prioridad, y desde ahí a los sesenta, queda todo el mundo sin ninguna prioridad (Mujeres, C2C3, 45 a 65 años, rural, Colina)

Un grupo de mujeres rurales intentó dar un marco explicativo para comprender las restricciones de edad el resultado de esos argumentos ejemplifica que es difícil para la población reconocer cómo se establecen las garantías y cuáles son los criterios que están a la base de inclusión o exclusión de un grupo de edad.

Limitaciones para los grupos más jóvenes

“Es que a la gente joven es más cara supuestamente en lo que es salud ¿o no? Lo pregunto jajaja si poh’... es lo mismo no más...” (Mujeres, C2C3, 45 a 65 años, rural, Colina)

Identificación de criterios demográficos

“- En Chile hay más población adulto mayor que...”

- Moderadora: ¿Qué consecuencias tiene que haya más adultos mayores que jóvenes?

- Es que es un proceso de vida, uno nació y tiene que...más enfermedades...de los huesos ¿o no?

- Crónicas.

- Chile va a ser un país de viejos...ayyy por dios...jajajaja (risas generales)...Claro porque las parejas no están teniendo más de dos hijos, si cuando mucho. Entonces vamos pa’ un país hacia adulto mayor...” (Mujeres, C2C3, 45 a 65 años, rural, Colina).

→ Definición de inicio de la garantía

“O en lo que hablábamos de salud mental, el Auge cubre sólo el primer ataque de Esquizofrenia, y el resto no, entonces lamentablemente no cabemos todos (Mujeres, C3D, 26-45 años, urbano, Valparaíso)

“que AUGE cubre las retinopatía de los prematuros, pero solamente cuando nacen, yo tengo un hijo de 18 años, que nació prematuro de 5 meses, y tiene retinopatía pero el Auge no se preocupa de toda la gente prematura que tiene esta enfermedad sino sólo los que nacieron prematuros en el Auge, y mi hijo nació antes que se implementara” (Mujeres, C3D, 26-45 años, Valparaíso)

→ Tratamiento (falta de integralidad) Patologías no incluidas en definición de problemas

“hay enfermedades caras que también cubre el Auge, por ejemplo, hay un cáncer que cubre.

- Como hay otro que no.

- El del estómago y el de colón no los cubre, pero el de mama y uterino sí los cubre. “(Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)

*“Uno de los problemas de nosotros los hombres es que el Auge no está la **próstata**, la revisión no existe y es sumamente caro ir a un médico para ser revisado, (Hombres, C3D, mayores 65 años, urbano, Valparaíso)*

*“El cáncer de **páncreas, de pulmones**. Eso no está en el Auge” (Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)*

3. Posicionamiento del AUGE como política universal a la salud

Los resultados de este estudio ameritan una profundización acerca de cómo se han posicionado las GES en la ciudadanía. Un aspecto preocupante y de interés es el posicionamiento del AUGE como plan de salud del sector público y no como una política universal. En general, tampoco existe comprensión del concepto de garantías explícitas ni de la idea que cubre prioridades sanitarias y los problemas más importantes para la

población chilena. Esto provoca un efecto adverso principalmente entre los usuarios de ISAPRES quienes al parecer son rara vez orientados por los prestadores o las aseguradoras en relación a los derechos que el AUGE protege y garantiza y como ya hemos dicho para muchos afiliados se trata de un plan de salud orientado a los segmentos más pobres de la población y al tratamiento de problemas de salud complejos.

→ Percepción de política focalizada en los segmentos pobres

“Yo creo que el auge es bueno para las personas y familias que les cuesta pagar la salud (Mujeres C3-D, 46-65 años, urbano, Valparaíso)

→ Percepción de política focalizada en el tratamiento de problemas de salud poco comunes

“Hay varias enfermedades como catastróficas, igual esta el sida adentro de los planes que tiene el plan auge, esta la fibrosis quística, como todas esas enfermedades como poco comunes...” (Hombres C3D, estudiantes técnicos, 18 a 24 años, Temuco, IX Región)

→ Identificación de la GES como un plan de salud

“Este sistema del GES, pero después fue súper positivo, porque o sino no habría podido haber pagado el remedio... mucha gente que está en Isapre no se da cuenta y muchas cosas que están ahí son una ayuda... eso

- Eso es lo que yo quería aclarar del AUGE, que para todo...pero creo que son como noventa enfermedades que se pueden tratar en ese plan, porque es un plan.

- Sé que es un plan de salud, pero no sé qué enfermedades cubre, no sé como uno se puede acoger a ese sistema, no tengo idea, como recurrir a ese sistema si es que lo necesitara, porque si ni siquiera sé las enfermedades que cubre, menos voy a saber si me sirve o no. (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)

La escasa información sobre el significado y contenidos del AUGE en sus públicos tiene como resultado una distorsión en el manejo de los grupos y de ahí que sus demandas de protección de algunos problemas de salud parezcan desajustadas a la realidad. Como se indicó, las enfermedades prioritarias se encuentran incorporadas en el AUGE (diabetes, hipertensión, la mayoría de los cánceres con tratamientos efectivos) y esto generalmente es conocido por los usuarios. Respecto a los cánceres, se observa que los usuarios están conscientes que no todos los cánceres están incorporados a AUGE, pero, conocen que el cáncer de mamas y cervicouterino están incorporados y que existen mecanismos de detección oportuna de los mismos. En este sentido, se observa que los usuarios perciben un efecto de AUGE en comparación con lo que ocurría antes de que existieran las GES, en que estas enfermedades eran relevantes por el riesgo de muerte y falta de acceso a tratamiento. Sin embargo, la información que los usuarios manejan se vuelve inconsistente y no es homogénea entre los grupos presentándose desinformación entre grupos y a nivel de usuarios FONASA e ISAPRE.

→ Desconocimiento de los mecanismos y condiciones de acceso a las GES

“El AUGE acceso universal con garantía específica...explícitas...Yo creo que todo hemos escuchado de AUGE, pero nadie sabe del tema.

- Ahí entra, considera yo el tema de atención pública y atención privada, porque si estás en Isapre es porque te quieres atender en salud privada y como que no te informan demasiado con respecto al AUGE, no así lo que están en salud pública, que la gente en sí le interesa el AUGE, porque no paga

o paga menos...o porque no tiene pa' pagar... justamente, o sea esa es la idea y si no paga es porque está feliz con...

- O sea, son hartas enfermedades las que cubre, no se poh, cáncer, a las personas de más de sesenta y cinco años, fracturas de cadera, es como, el SIDA, hay como varias enfermedades así de, que están cubiertas por el AUGE, no sé si será la realidad o la cosita que leo en los consultorios y de ahí que la realidad sea otra..." (Hombres, C2- C3, 26 y 45 años, profesionales, Santiago)

→ Desconocimiento acerca de patologías incluidas en el AUGE y de importancia para la población

"Justamente iba acotar lo mismo, estaba leyendo que hablaban de las nuevas patologías del Auge, están los quemados, el politraumatizados grave, la salud oral a los niños de 7 años, ahí comparto a lo que queremos llegar, le han dado como bombo a las 56 patologías nuevas, pero de esas ¿Qué usamos? Un diabético si alguien me contradice, no esta dentro del Auge, eso es un tema puntual, que sacamos de tener 56 patologías en el Auge si 10 serán las que se usan" (Hombres 25 – 45 años, C2, Concepción, VIII Región)

C. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO DE PRIORIDADES SOCIALES

Como se indico en la sección metodológica, este estudio comprendió actividades de investigación y también de discusión y análisis de sus resultados. Este capítulo recoge una síntesis de la discusión generada a partir de estos resultados en dos instancias:

§ Un panel de 18 expertos en salud pública relacionados con el mundo académico, el sector público y el sector privado.

§ Cinco talleres ampliados con operadores AUGE de los servicios de todo el país y participación de las SEREMIAS.

Cada una de estas instancias de análisis entregó un contundente aporte a la reflexión sobre el proceso de expansión GES 80 a partir de la aplicación de los criterios sociales. Estos aportes se vieron refrendados por el espíritu colaborativo, el interés y el compromiso de los distintos grupos en avanzar y participar en la profundización y desarrollo de la política AUGE. Por esta razón, en ambas instancias se valoró positivamente la iniciativa de convocar a expertos y operadores GES a una discusión que habitualmente se concentra en el Consejo Consultivo del AUGE y en el Directorio GES.

En lo que sigue se presenta una síntesis de los principales ejes de la discusión sostenida en ambas instancias. Los resultados in extenso se presentan en documentos anexos.

En ambos casos el método de trabajo consideró:

§ La exposición de una síntesis del estudio cualitativo de Prioridades en Salud

§ Tiempo para discusión y consultas

§ Trabajo de grupos en torno a una pauta de preguntas gatilladoras

§ Sesión plenaria y síntesis de resultados

Los expertos dedicaron dos días a este análisis, pero el tiempo disponible para los operadores GES fue limitado a una tarde de trabajo. Los informes completos del proceso de discusión desarrollados por estas dos instancias se incluyen en los anexos de este informe.

1. *Conclusiones del panel de expertos en salud pública a la discusión sobre los resultados del estudio de Prioridades Sociales y sus implicancias para las GES*

El grupo de expertos tiene una preocupación general por las condiciones en que opera el AUGE actualmente, sus perspectivas de sustentabilidad, el control de gestión y el monitoreo de cómo se está llevando a cabo la atención y la participación de prestadores públicos y privados.

Para los expertos la política GES debe tener en cuenta lo expresado por la ciudadanía y contenido en el estudio de Prioridades Sociales acogiendo de manera particular la demanda de la población por atención de enfermedades como cáncer y los problemas de salud relacionados con el trabajo.

Los principios de integralidad y equidad deben orientar la expansión de garantías. Esto implica incorporar a las garantías GES la atención durante todo el ciclo vital y no sólo los rangos etéreos específicos. También considerará abordar un problema de salud desde la prevención hasta la rehabilitación.

En el análisis se identifican dos situaciones especiales que requieren otro tipo de respuesta y que, a juicio de los expertos, no debieran ser parte del AUGE:

- 1) Los problemas catastróficos, infrecuentes y desconocidos por la población general, se sugiere que no sean incluidos en el AUGE, sino que sean parte de programas especiales como el auxilio extraordinario.
- 2) Los problemas que requieren manejo intersectorial (como la violencia) no debieran ser incluidos en el AUGE, sino ser materia de otro sistema de garantías sociales.

Los expertos señalan recomendaciones asociadas a la gestión del AUGE y sus efectos y recomendaciones acerca del diseño y mejoramiento del AUGE.

En lo que refiere a la gestión se recomienda:

1. Realizar una evaluación de la gestión del AUGE, que abarca problemas como engaño en los diagnósticos y tráficos en el orden de las listas de espera, especialmente para cirugías.
2. Un aspecto crítico fue la necesidad de evaluar las listas de espera para identificar brechas de insatisfacción AUGE y No AUGE.
3. A esto se suma la necesidad de establecer mecanismos que aseguren la calidad de la atención y la sustentabilidad del AUGE

En lo que refiere al diseño y mejoramiento del AUGE se recomienda:

- 1) Se sugiere diseñar un AUGE de "salud pública" que sea de carácter promocional – preventivo sobre los factores de riesgo de mayor impacto en la salud de la población.
- 2) Se estima importante ajustar el AUGE a las realidades locales y regionales, para considerar problemas sentidos por las regiones y diferenciar guías clínicas.

Para los expertos son muchos los aspectos del AUGE en los que se desconoce cómo esta operando está política y de ahí que su propuesta sobre el proceso de expansión de las GES sea al extremo discreta:

“Como grupo técnico, recogiendo los criterios sociales, aconsejamos mejorar la oferta actual y no aumentar nuevas patologías”

No obstante la sugerencia de no expandir es acompañada de un conjunto de sugerencias para mejorar la política AUGE, a saber

1. Promover la equidad en el AUGE actual con cobertura universal para todas las etapas del ciclo vital
2. Ofrecer integralidad en las prestaciones AUGE (cobertura desde la detección a la rehabilitación)
3. Crear un programa intersectorial de salud pública para abordar lo promocional y preventivo (AUGE Intersectorial de Salud Pública, AISP o Plan Integral de Salud Pública, PISP)
4. Crear un sistema de protección en salud ocupacional.

5. Velar por la suficiencia de las redes para ofrecer las prestaciones garantizadas.

Las legítimas preocupaciones expresadas por los expertos apuntan a la búsqueda de un desarrollo armónico de la política GES desde la revisión de su diseño hasta las condiciones en las que se implementa. En tal sentido, las opiniones de los expertos implícitamente obedecen a la preocupación por la red pública de salud y su capacidad de responder adecuadamente a los requerimientos AUGE y No AUGE.

2. *Aportes de los operadores AUGE de los servicios de salud pública a la discusión sobre los resultados del estudio de Prioridades Sociales y sus implicancias para las GES*

La perspectiva de los operadores AUGE es un aporte singular pues representa la opinión de los equipos que están en contacto directo con el manejo de la política GES.

En general las preferencias de la ciudadanía hacen sentido y están en sintonía con los planteamientos de los operadores GES. Por lo tanto, la reflexión sobre las preferencias sociales permite integrar diversas perspectivas y puntos de interés considerados relevantes para este grupo.

Por otra parte, los operadores GES consideran que el déficit de información de la ciudadanía acerca de cómo funciona el AUGE es preocupante. Para ellos superar esta dificultad requerirá de acciones conjuntas entre Servicios de Salud y SEREMIÁS lo que puede implicar una oportunidad de trabajo conjunto experiencia que hoy prácticamente no existe en ninguna de las regiones.

Al igual que lo observado en el panel de expertos, se considera pertinente y necesario abordar a los aspectos del AUGE que pueden originar o profundizar inequidades en salud. Subsanan las restricciones de edad, por ejemplo, podrían evitar las inequidades.

- *Aprendizajes*

Para los operadores AUGE la discusión sobre las prioridades sociales permite una mirada distinta de los usuarios y en tal sentido convocan el interés la necesidad de mejorar las dimensiones de comunicación a las personas en el marco del acceso a GES. Esto implica que no sólo los operadores GES deben saber cómo funciona el AUGE sino que este tiene que ser un conocimiento extensivo a todo el equipo de salud de los establecimientos, en particular, los médicos.

Se hace necesario ser explícitos en comunicar y establecer derechos y deberes de los usuarios y mejorar la satisfacción usuaria con el uso del sistema. Todo esto reforzado porque existan adecuados canales de participación para los usuarios.

Para los operadores es importante recoger la importancia que los usuarios dan a la prevención y la necesidad de que se generen acciones en esta línea al interior de las GES.

- *Orientaciones*

Al igual que los técnicos, los operadores GES consideran importante considerar las preferencias sociales en el proceso de implementación de nuevas garantías.

Las orientaciones para la expansión de las GES en marcha a partir de los resultados del estudio de preferencias sociales, según los equipos de operadores pueden resumirse en los siguientes aspectos:

- 1) Considerar mayor carga de enfermedad durante todo el ciclo vital
- 2) Evitar y eliminar restricciones de edad para avanzar en la equidad para todos los grupos sociales
- 3) Implantar acciones preventivas atendiendo a la alta valoración social que éstas tienen
- 4) Consolidar y fortalecer los problemas GES actuales
- 5) Atender No GES
- 6) Trabajar en mejorar la capacidad de oferta y recursos
- 7) Avanzar en la implementación de la garantía de calidad
- 8) Motivar, comprometer y ser parte del proceso GES

- Perspectiva de trabajo integrado entre servicios y SEREMIS

Hasta ahora no existe una instancia que integre efectivamente el trabajo de servicios y SEREMIS en relación al AUGÉ y se considera que una coordinación de esa naturaleza podría generar sinergia en relación a los aspectos más comunitarios de las GES en aspectos como la comunicación y orientación al usuario. Para que esto ocurra es importante, tanto para los equipos de operadores como para los representantes de las Seremis, tener claridad en los roles que cada instancia debe desempeñar en relación al AUGÉ.

Las áreas de integrado de Seremis y Servicios que se definieron fueron:

- 1) *Comunicación social de la política*
- 2) *Seguimiento e impacto de garantías y planes de mejoramiento*
- 3) *Diagnósticos epidemiológicos y estudios cualitativos por región*
- 4) *Promoción y trabajo intersectorial*
- 5) *Participación*

IV. SINTESIS DE PRINCIPALES RESULTADOS

El sistema GES o AUGÉ es una política de salud dinámica e incremental que busca mejorar la protección social existente, mediante la estrategia de garantías en salud. Hoy se encuentra en un proceso de actualización para expandir y redefinir problemas prioritarios y garantías, según los objetivos de salud del país y de acuerdo a los recursos disponibles, guiado por un conjunto de estudios. En este marco, el estudio sobre preferencias sociales aporta información acerca de los procesos sociales que ocurren en relación a la salud y de los énfasis que deberían ser contenidos en el proceso incremental del AUGÉ. De este modo, el estudio entrega conocimientos acerca de criterios sociales actualmente operantes para establecer prioridades de salud, revelando tanto las nuevas interpretaciones de criterios clásicos y como el análisis de criterios emergentes.

En este acápite se hace referencia a una síntesis que releva los aspectos más importantes de los resultados obtenidos la etapa 2 de esta investigación cualitativa recogiendo el valor sustantivo de los aportes que provienen de la discusión social sobre prioridades en salud.

Desde la perspectiva de la ciudadanía, es importante relevar cómo se posicionan en relación al ejercicio de racionamiento; las personas son capaces de establecer preferencias en relación a la distribución de recursos a grupos sociales y a definir problemas de salud importantes que está por sobre las propias necesidades y da cuenta de un análisis de requerimientos de salud más amplio. En el centro de este racionamiento está la equidad como valor social para la asignación de recursos en salud. Emerge sin embargo cierta tensión debido a que cobra cada vez mayor fuerza el consenso que la salud es un derecho universal.

Los criterios sociales para definir prioridades en salud

Los criterios sociales relevados en este estudio corresponden a criterios que definen grupos prioritarios (infancia y vejez; género; equidad de acceso para todo el ciclo vital); criterios para definir problemas de salud (gravedad, frecuencia y funcionamiento social) y criterios que orientan garantías (equidad social, prevención, integralidad y oportunidad y beneficio del tratamiento). En términos generales, la mención de los criterios sociales en la conversación de los colectivos consultados puede graficarse en la siguiente tabla.

Criterios	Mujeres			Hombres		
	Jóvenes	Adultos	Adultos mayores	Jóvenes	Adultos	Adultos mayores
<i>Grupos prioritarios</i>						
Infancia y vejez	X	X	X		X	X
Equidad en el ciclo vital	X	X	X	X	X	X
Genero	X	X	X		X	X
<i>Problemas de salud</i>						
Gravedad	X	X	X	X	X	X
Frecuencia	X	X	X	X	X	X
Funcionamiento social	X	X	X	X	X	X
<i>Orientadores de garantías</i>						
Equidad	X	X	X	X	X	X
Prevención	X	X	X	X	X	X
Integralidad de atención		X	X		X	X
Oportunidad		X	X		X	X

Los criterios asociados a la identificación de grupos prioritarios demuestran que la población sigue manifestando una preocupación por la infancia y la vejez sin embargo aparecen otros grupos relevantes como los jóvenes, adultos jóvenes y los adultos que son igualmente importantes y que, a juicio de los entrevistados, han sido menos considerados por las políticas de sociales y de salud.

En relación al género, los resultados indican que las mujeres concitan mayores requerimientos de protección en relación a los hombres, se expresa una importante diferenciación que da cuenta de variables sociales y culturales en las que pesa el reconocimiento de la carga reproductora y doméstica, rezagos de machismo y la propia auto-percepción de las mujeres que se sienten más vulnerables biológica y socialmente.

Los criterios de gravedad, frecuencia y funcionamiento social concentran las preferencias sociales en relación a problemas de salud como el cáncer, hipertensión y diabetes. En los segmentos más jóvenes se agregan problemas relacionados con la esfera de salud sexual y reproductiva.

En síntesis, en este estudio podemos observar que:

- Diabetes, hipertensión y cáncer son las enfermedades que concitan la mayor preocupación de la población y que constituyen prioridades de atención explicado por su gravedad y también por su frecuencia. Recurrentemente, se constata que por lo general la población consultada desconoce que estas enfermedades ya son parte del AUGE. La excepción son los grupos de adultos mayores en control por diabetes e hipertensión que en la mayoría de los casos ha sido beneficiado directamente y/o informado acerca de las GES.
- En relación al cáncer que afecta diversos órganos, la población considera que su atención y tratamiento debe ser garantizado. La necesidad de dar prioridad al cáncer – en cualquiera de sus manifestaciones - se apoya en la percepción del éxito de las intervenciones oportunas y de los avances de la ciencia en esta materia. Por lo tanto, no se comprende que algunos cánceres tienen garantías y otras no las tienen.
- Emerge preocupación por problemas tienen una relación con factores de riesgo y con las condiciones de la vida moderna como la obesidad y los trastornos del aparato digestivo. Son vistos como causadas por la mala y excesiva alimentación debido al estrés, ubicuidad de la comida chatarra y el poco tiempo para preparar alimentos sanos, entre otras consecuencias de la vida moderna.
- Salud mental y salud dental convocan las preferencias sociales de los grupos medios y medios bajos pues no están cubiertas por los programas actuales o la cobertura es restringida. La salud mental se ve en aumento, especialmente la depresión, el consumo de alcohol y drogas determinadas por el estrés y el deterioro de la red social. Los problemas de salud de la esfera psicosocial, son relevados principalmente por grupos de centros urbanos que se perciben más afectados por las condiciones de vida.
- La importancia de la salud oral se vincula a la integración laboral.
- Entre las jóvenes se destacan la salud sexual y reproductiva como ámbito de preocupación. Esta esfera para los hombres tiene que ver con el riesgo de ETS y VIH/SIDA. Al igual que lo observado con otras enfermedades, en general se desconoce que problemas como el VIH/SIDA está incluido en el AUGE.
- Para los hombres trabajadores el énfasis está en la salud ocupacional; en especial aquellos problemas que son el resultado de las condiciones de trabajo: musculoesqueléticos, silicosis, respiratorios.

La tabla que sigue nos permite una aproximación a las enfermedades que son reconocidas y mencionadas como graves, frecuentes y que afectan el funcionamiento social para alguno o todos los grupos.

Problemas de salud	Mujeres						Hombres						
	Jóvenes		Adultos		Adultos mayores		Jóvenes		Adultos		Adultos mayores		
	M	B	MB	M	B	MB	B	MB	B	M	MB	B	MB
Cáncer	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Hipertensión		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Diabetes		X	X	X	X	X				X	X	X	X
Salud reproductiva	X	X	X	X									
ITS y VIH SIDA	X	X	X	X			X	X	X	X	X		
Aparato digestivo		X	X	X	X				X	X	X	X	X
Salud ocupacional		X	X	X	X								
Salud dental	X		X	X			X	X		X	X		
Salud mental	X	X	X	X	X	X							
Adicciones	X	X	X	X	X	X	X	X					
Obesidad	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
Prótesis de cadera					X				X	X	X		
EPOC				X	X	X						X	X

Para la población el acceso a la salud – acceso a las prestaciones y cobertura financiera - hoy está bastante resuelto, especialmente para la infancia y la adultez mayor. Por lo tanto, la preocupación por la atención en salud se centra en la oportunidad y la calidad de atención (especialistas, exámenes y procedimientos complejos y medicamentos) sobre todo en la red pública. Consecuentemente, la mejoras en el acceso además de los avances en oportunidad y calidad hace que sean menos relevantes los criterios de alto costo y riesgo de muerte. A diferencia del estudio de 1996, hoy no se expresa el temor de morir sin atención o de empobrecerse por un gasto catastrófico.

Los criterios sociales orientadores de garantías están relacionados con la equidad social, prevención y control de factores de riesgo, oportunidad e integralidad en las intervenciones y se recogen como se indican:

- En primer término, la equidad es un valor anclado en la ciudadanía, sustentado en la idea del derecho a la salud, y constituye una demanda sentida y expresada por la población en materia de protección en salud. Esta preocupación explícita de la ciudadanía se funda en que se percibe que ciertos sectores han sido destinatarios privilegiados de las políticas de salud (pobres, adultos mayores, niños/as) en desmedro de otros cuyas oportunidades de acceso son menores (sectores medios, trabajadores, jóvenes y adultos).
- En segundo lugar, convoca la preocupación de la ciudadanía los requerimientos de intervenciones de prevención y el manejo de factores de riesgo para evitar el daño en salud. Esto manifiesta una predisposición positiva de los públicos a intervenciones de salud en prevención primaria y secundaria así como una demanda explícita por intervenciones oportunas sobre factores de riesgo.
- Un tercer ámbito, es el relacionado con la oportunidad y beneficio del tratamiento, esto tiene que ver con la necesidad de las personas de que las políticas de salud garanticen el tratamiento oportuno para aumentar el beneficio percibido de las intervenciones.

- Un cuarto elemento lo constituye la integralidad de las intervenciones, esto implica que las personas consideran que las políticas de salud deben establecer garantías que comprendan una respuesta integral al problema de salud y no parcialidades. Este criterio es fundamental en los segmentos más pobres que se ven mucho limitados en la posibilidad de completar los tratamientos de problemas que están parcialmente garantizados, en especial cuando consideran el uso de medicamentos.

Este grupo de criterios es muy importante porque sugiere que las expectativas de la ciudadanía son altas en relación al umbral de salud esperado. El reconocimiento implícito de que la salud es un derecho se verifica en la aspiración al máximo de equidad en el acceso, mejorar las oportunidades de las intervenciones para evitar el daño, cautelar el tratamiento integral de los problemas de salud y una disposición positiva a las acciones de prevención.

Los criterios orientadores de garantías o emergentes descansan en una reflexión mayor:

- Por una parte, las personas se sienten parte de una sociedad altamente estratificada y de ahí la importancia de los determinantes sociales en la explicación de los requerimientos, necesidades y preferencias de salud de la población. Es decir, los condicionantes de salud serían un efecto de la inequidad social.
- Por otra, las personas poseen altas expectativas en relación a las políticas públicas porque consideran que el país avanza orientado al desarrollo y la modernidad; por lo tanto, la demanda por equidad sería coherente con las condiciones de desarrollo que se observan en el país.

Evolución de los criterios sociales para definir prioridades en salud

Se evidencia al comparar los resultados de la indagación cualitativa con los criterios sociales identificados en los estudios previos, que los criterios con los cuáles la población define prioridades sociales en salud se han ido ampliando, a lo largo de los años. Esta variación podría explicarse por a:

- § Los cambios en los perfiles epidemiológicos, es decir las enfermedades que afectan a la población
- § Los cambios económicos y sociales del país que se refleja en expectativas como la equidad social y el enfoque de derechos
- § En el ámbito de la salud en el reconocimiento de garantías universales para prioridades sanitarias, los efectos de la implementación de la política AUGE y de otras de salud que inciden en el cómo las personas resuelven y superan sus problemas de salud

Estos cambios sociales, económicos y en las políticas públicas han hecho sentir sus efectos en que algunos criterios sociales han ido perdiendo fuerza en el discurso social, tales como el riesgo de muerte, el temor de no acceder a atención, y del impacto catastrófico del alto costo de la atención. Hoy día los criterios se relacionan con las dificultades que persisten, en particular los tiempos de espera para la atención especializada, restricciones al acceso por a algunas prestaciones y focalización de garantías en grupos de edad, pero además surgen preocupaciones nuevas, de equidad social y bienestar psicosocial.

Los cambios en los criterios sociales se pueden analizar en dos niveles:

- Un nivel de análisis reporta que los criterios clásicos para establecer preferencias sociales (ciclo vital, género, gravedad, frecuencia y funcionalidad) son modulados de manera distinta a lo observado en este estudio en comparación con las indagaciones realizadas los años 1996 y 2005.
- Otro nivel de análisis refiere a la emergencia de nuevos criterios para establecer preferencias sociales en salud; estos criterios orientadores de garantías avanzan en una reflexión crítica acerca de la distribución de los resultados y los recursos en salud, consistentes con el enfoque de derechos sociales.

Valoración social del AUGE

En general, el AUGE es percibido como una política de salud que ha mejorado la respuesta a los problemas de la población. El AUGE tiene una valoración especialmente positiva entre quienes han sido beneficiados por él directa o indirectamente. La dimensión más valorada del AUGE es la garantía de protección financiera. También se valora la oportunidad y la atención con independencia de la residencia de origen del afectado.

Uno de los criterios técnicos para definir las garantías AUGE que la población parece cuestionar más son las restricciones por edad. La restricción de las garantías por edad lesiona la valoración positiva de las personas. Se releva un efecto de discriminación negativa no de problemas de salud sino de grupos de edad. Esto también se refrenda en la fecha de inicio de garantías que también genera exclusión por edad.

Cabe destacar que existe la tendencia a considerar el AUGE como un plan de salud del sector público y no una política universal. La equidad tiene una expresión paradójica en la percepción que los grupos medios y medios bajos que tienen mayores dificultades para acceder a la salud que los grupos sociales más pobres.

En general, tampoco existe comprensión del concepto de garantías explícitas ni de la idea que cubre prioridades sanitarias y los problemas más importantes para la población chilena. Muchos de los problemas de salud mencionados por la ciudadanía son parte de las garantías explícitas sin embargo este hecho es desconocido.

Los criterios sociales y su aplicación a la definición de GES desde la perspectiva de los expertos y operadores AUGE

Un tema sobre el que no necesariamente puede existir consenso es la manera de usar y aplicar los criterios sociales para la toma de decisión. La presentación y discusión con un grupo de expertos de salud y los gestores del sistema GES en regiones permite analizar aproximaciones a la aplicación de estos criterios.

Los resultados del Estudio de Preferencias Sociales detonan una reflexión importante entre expertos en salud pública y operadores GES de todo el país. En ninguna de las instancias de discusión de la información aportada desde el estudio cualitativo fue considerada ajena o poco pertinente, por el contrario, logra articular un conjunto de dimensiones que efectivamente deberían orientar la discusión sobre la expansión y gestión del sistema GES. Ahora bien, cómo la interpretación de los criterios se plasma en el proceso de definición de las GES 2008-2009 desde la perspectiva de los expertos y operadores AUGE: un primer asunto es que la respuesta de expertos y operadores a los criterios sociales no elude la mirada crítica de los aspectos del

AUGE que se consideran deficitarios como ya hemos señalado y que están más allá de lo reportado por este estudio, y un segundo aspecto, y de cara a los criterios sociales, es la empatía con lo que la población releva y la discusión de los expertos y operadores que dichos criterios y valores sean considerados en el proceso de expansión.

Condiciones de funcionamiento del AUGE

La discusión sobre los criterios sociales, para expertos y operadores, necesariamente implica detenerse y mirar retrospectivamente lo que ha sido el AUGE y cómo ha podido dar repuesta a los compromisos que ha garantizado. Esta reflexión recoge un conjunto de preocupaciones que refieren a la sustentabilidad de la política, gestión, participación de prestadores públicos y privados, efectos sobre la atención de problemas no AUGE, proyecciones, comunicación social del AUGE, recursos humanos, buenas prácticas en la operación del AUGE, vicios del sistema, capacidad de fiscalizar la operación del AUGE, suficiencia de la red para responder a los compromisos GES. Todos estos aspectos se asocian con la magnitud del desarrollo que puede tener las GES ya que el crecimiento podría volverse conflictivo e inorgánico si no se dispone de un mayor conocimiento sobre como funciona actualmente y, a partir de este, se corrigen o refuerzan algunos de sus componentes. Se espera una evaluación transversal del AUGE que permita tomar decisiones sobre su diseño y su perspectiva de desarrollo.

Una visión crítica sobre los aspectos de funcionamiento y respuesta del AUGE actual la entregan los operadores GES que a diario enfrentan las limitaciones de la política y que para quienes la expansión implicaría una sobrecarga de los prestadores públicos que difícilmente podrían solventar.

Interpretación de los criterios sociales para informar el proceso de expansión

Para los expertos en salud pública y los operadores del GES es importante considerar la naturaleza de los problemas que deberían ser parte del AUGE y cuáles no, para lo que es necesario fijar claros criterios de inclusión y exclusión atendiendo a que esta política es sensible a los cambios epidemiológicos de la población y que es periódicamente revisada:

Entonces la discusión se tensiona entre incluir nuevas patologías o no, al aplicar los criterios sociales la expansión del AUGE encuentra salida en no incluir nuevas patologías sino nuevas prestaciones o garantías asociadas a los problemas existentes, lo que evidentemente ocurre cuando se acoge la equidad como criterio para todo el ciclo vital, la demanda por prevención, la ampliación por el lado de la integralidad de la oferta de atención resolviendo desde el diagnóstico hasta la rehabilitación y aumentando la oportunidad y beneficio al tratamiento. En esta misma lógica la expansión no está cuestionada sino la forma y los criterios que la definen. Sin duda, el AUGE debe crecer, pero esto implica una revisión sistemática de todos sus aspectos.

Por otra parte, los expertos recomiendan que los problemas infrecuentes y desconocidos por la población general debieran acogerse a programas especiales y que se identifiquen problemas que requieren manejo intersectorial en donde la garantía de atención debería ser responsabilidad compartida del sector salud con otros sectores sociales.

Consideraciones acerca de la comunicación social del Plan AUGE

Las ideas centrales de la política AUGE, la definición por criterios sanitarios y sociales de prioridades para definir garantías que son derechos exigibles y los contenidos específicos tienen poco reconocimiento entre los públicos consultados. Este dato es relevante considerando que lo que se quiere evitar es lo que la literatura especializada denomina racionamiento oculto. La desinformación sobre el AUGE presente en todos los segmentos consultados, a excepción de usuarios directos, en particular los adultos mayores, acarrea el riesgo de que la población perciba un racionamiento oculto al no conocer y distinguir los criterios, condiciones, alcances y focalización con los que opera esta política.

El desconocimiento de la política fue un aspecto muy relevado en la discusión de los expertos en salud pública y los operadores GES. En la medida en que los criterios para definir preferencias sociales han sido intensamente discutidos, el proceso de expansión del AUGE gana en transparencia en las decisiones y el acceso a la información evitando el racionamiento oculto.

Principales limitaciones del estudio

Las principales limitaciones del estudio son:

- Aun cuando la muestra del estudio cualitativo refleja gran parte de los segmentos de la estructura social del país, y amplia significativamente la representatividad de los estudios previos, deja fuera grupos poblacionales aislados, migrantes y grupos étnicos distintos del mapuche. Queda en pie el supuesto de que las distinciones entre estos grupos y la población general no sean sustantivas.
- Otro aspecto es que al consultar a población general, los discursos se concentran en los problemas de salud más frecuentes o con los que las personas están más familiarizadas y esto hace que el espectro de problemas de salud excluya enfermedades raras o poco frecuentes.
- Pese a que no corresponde exactamente a una limitación, sino más bien a una característica de las investigaciones cualitativas, cabe mencionar que los resultados de esta investigación han sido producidos e interpretados desde la perspectiva de los investigadores, por lo que no pretenden agotar, sino más bien dejar abierta la posibilidad de otras interpretaciones de la información recolectada. También cabe señalar que el material producido y que es el insumo de este análisis es completamente auditable.

Nuevas perspectivas para la investigación social en políticas de salud

Los resultados de este estudio sugieren nuevas líneas de investigación relacionadas con el objetivo de considerar las preferencias sociales en la formulación, gestión, monitoreo y gestión de GES:

- Investigación con estudios cuantitativos acerca de cómo operan los criterios sociales
- Investigación historiográfica que releve etapas del desarrollo del AUGE y sus hitos, los aprendizajes, los cambios y modificaciones desde la perspectiva jurídica, sanitaria y social.
- Estudios de evaluación del AUGE en población atendida cuantitativos y cualitativos.
- Observatorio de monitoreo social de las GES: dimensiones de equidad, género, territorialidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Abelson J, Lomas J, Eyles J, Birch S, Veenstra G. Does the community want devolved authority? Results of deliberative polling in Ontario. *CMAJ*. 1995 Aug 15;153(4):403-12.
- Abelson J. Understanding the role of contextual influences on local health-care decision making: case study results from Ontario, Canada. *Soc Sci Med*. 2001 Sep;53(6):777-93.
- Abelson J, Forest PG, Casebeer A, Mackean G; Will it make a difference if I show up and share? A citizens' perspective on improving public involvement processes for health system decision-making. *J Health Serv Res Policy*. 2004 Oct;9(4):205-12.
- Bowling A, Jacobson B, Southgate L. Explorations in consultation of the public and health professionals on priority setting in an inner London health district. *Soc Sci Med*. 1993 Oct;37(7):851-7.
- Burgess MM. Public consultation in ethics: an experiment in representative ethics. *J Bioeth Inq*. 2004;1(1):4-13.
- Calman KC. The ethics of allocation of scarce health care resources: a view from the centre. *J Med Ethics*. 1994 Jun;20(2):71-4.
- Clarke M, Division Chief, Calgary Health Region; Calgary, Canadá, octubre 2007
- Coast J. Citizens, their agents and health care rationing: an exploratory study using qualitative methods. *Health Econ* 2001 Mar;10(2):159-74.
- Costa Font J. Priority setting, public opinion and health care system in Spain. *Gac Sanit*. 2001 May-Jun;15(3):237-44.
- Costa Font, J. "Participación colectiva y revelación de preferencias sobre programas sanitarios". *Asociación de Economía de la Salud – Gaceta Sanitaria*, 2003.
- Delgado, Juan Manuel y Gutiérrez, Juan (Coordinadores). "Método y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales". Editorial Síntesis Psicología, Tercera reimpresión, diciembre 1999, España.
- Dougherty CJ. Setting health care priorities: Oregon's next steps. *Hastings Cent Rep*. 1991 May-Jun;21(3):S1-10.
- Edgar A. Health care allocation, public consultation and the concept of 'health'. *Health Care Anal*. 1998 Sep;6(3):193-8.
- Emanuel EJ. Justice and managed care. Four principles for the just allocation of health care resources. *Hastings Cent Rep*. 2000 May-Jun;30(3):8-16.

Fleck LM. Just caring: Oregon, health care rationing, and informed democratic deliberation. *J Med Philos.* 1994 Aug;19(4):367-88.

Gould SD. Allocating health care: cost-utility analysis, informed democratic decision making, or the veil of ignorance? *J Health Polit Policy Law.* 1996 Spring;21(1):69-98.

Hadorn DC. Setting health care priorities in Oregon. Cost-effectiveness meets the rule of rescue. *JAMA.* 1991 Aug 28;266(8):1080-1.

Harvey PA, Reed RA. Planning environmental sanitation programmes in emergencies. *Disasters.* 2005 Jun;29(2):129-51

Hasman A. Eliciting reasons: empirical methods in priority setting. *Health Care Anal.* 2003 Mar;11(1):41-58

Hunt P. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. General Assembly United Nations. A/62/214. 8 August 2007.

Ibañez, Jesús. "Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica". Pag. 21-55, Editorial Siglo XXI, España, 1979.

Jardine C, Hrudey S, Shortreed J, Craig L, Krewski D, Furgal C, McColl S. Risk management frameworks for human health and environmental risks. Department of Public Health Sciences, University of Alberta, Edmonton, Alberta,

King D, Maynard A. Public opinion and rationing in the United Kingdom. *Health Policy.* 1999 Dec;50(1-2):39-53.

Krueger, R. "El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada". Madrid, Pirámide. 1991.

Landa K. Editor. Inclusion and exclusion criteria for guaranteed benefit packages in selected countries-possibility of application in Poland. Version 1.0, Krakow, 2006

Litva A, Coast J, Donovan J, Eyles J, Shepherd M, Tacchi J, Abelson J, Morgan K. 'The public is too subjective': public involvement at different levels of health-care decision making. *Soc Sci Med.* 2002 Jun;54(12):1825-37.

Lomas J. Reluctant rationers: public input to health care priorities. *J Health Serv Res Policy.* 1997 Apr;2(2):103-11.

Månsdotter A, Lindholm L, Ohman A. Women, men and public health-how the choice of normative theory affects resource allocation. *Health Policy.* 2004 Sep;69(3):351-64.

MINSAL (1996) *Estudio Priorizaciones de Inversiones en Salud, Componente Cualitativo*, Informe Final. Ferreccio, C.; Agurto, I.; Sgombich, X.; Román, M.; González, C.; Guajardo, G.; Martinic. S.; Lara, F. y Arcos, R. Santiago.

MINSAL (2000) *Estudios Iniciales de Percepción de Salud*. Informe Final Fase Cualitativa de Investigación. Feedback Comunicaciones, Santiago.

MINSAL (2005) *Percepción Social en Salud: Determinación de Prioridades en Salud propuestas en la Implementación de las Garantías Explícitas en Salud*. Informe Final Integrado. Alcalá Consultores Asociados Limitada, Santiago.

Mooney G. Communitarian claims and community capabilities: furthering priority setting? *Soc Sci Med*. 2005 Jan;60(2):247-55.

Mossialos E, King D. Citizens and rationing: analysis of a European survey. *Health Policy*. 1999 Oct;49(1-2):75-135.

Mullen C. Representation or Reason: Consulting the Public on the Ethics of Health Policy. *Health Care Anal*. 2007 Oct 6; [Epub ahead of print]

North N, Werkö S. Widening the debate? Consultation and participation in local health care planning in the English and Swedish health services. *Int J Health Serv*. 2002;32(4):781-98.

Oberlander J, Marmor T, Jacobs L. Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan. *CMAJ*. 2001 May 29;164(11):1583-7.

Powers M, Faden R: Kennedy Inequalities in health, inequalities in health care: four generations of discussion about justice and cost-effectiveness analysis. *Inst Ethics J*. 2000 Jun;10(2):109-27

Ryan M, Scott DA, Reeves C, Bate A, van Teijlingen ER, Russell EM, Napper M, Robb CM. Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques. *Health Technol Assess*. 2001;5(5):1-186.

Price D. Choices without reasons: citizens' juries and policy evaluation. *J Med Ethics*. 2000 Aug;26(4):272-6.

Shackley P, Ryan M. Involving consumers in health care decision making. *Health Care Anal*. 1995 Aug;3(3):196-204.

Singer MA. Community participation in health care decision making: is it feasible? *CMAJ*. 1995 Aug 15;153(4):421-4.

Tauber AI. A philosophical approach to rationing. *Med J Aust*. 2003 May 5;178(9):454-6.

Ubel PA. The challenge of measuring community values in ways appropriate for setting health care priorities. *Kennedy Inst Ethics J*. 1999 Sep;9(3):263-84.

Vargas V, Poblete S. Health Priorization in Chile. *Health Affairs*, forthcoming.

Vázquez Navarrete, María Luisa (Coordinadora). "Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud". Materials 168, Universidad Autónoma de Barcelona, Servei de Publicacions, Bellaterra, 2006.

Walker RL, Siegel AW. Morality and the limits of societal values in health care allocation. *Health Econ.* 2002 Apr;11(3):265-73

Wiseman V, Mooney G, Berry G, Tang KC. Involving the general public in priority setting: experiences from Australia. *Soc Sci Med.* 2003 Mar;56(5):1001-12.

Wiseman V. Comparing the preferences of health professionals and members of the public for setting health care priorities : experiences from Australia. *Appl Health Econ Health Policy.* 2005;4(2):129-37.

White, Franklin. De la evidencia al desempeño: cómo fijar prioridades y tomar buenas decisiones. *Revista Panamericana de Salud*, vol. 4 n 1 Washington July 1998.