



**USUARI@S DE SERVICIOS DE SALUD: ASPECTOS CRÍTICOS EN TORNO A LA ATENCIÓN SANITARIA  
Y OPORTUNIDADES DE ACCIÓN**

Proyecto preparado para el  
Departamento de Estudios  
Ministerio Secretaria General de Gobierno

Noviembre, 2014

## ÍNDICE

<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b>	<b>3</b>
<b>EL PROGRAMA</b>	<b>3</b>
<b>EL SECTOR SALUD</b>	<b>4</b>
<b>EL ESTUDIO</b>	<b>6</b>
<b><u>I. OBJETIVOS</u></b>	<b>6</b>
<b><u>II. MATERIAL Y MÉTODO</u></b>	<b>7</b>
<b><u>III. RESULTADOS</u></b>	<b>8</b>
<b>A. OPINIÓN PÚBLICA DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS Y PRIVADO DE SALUD</b>	<b>8</b>
1) USUARIOS FONASA	8
2) USUARIOS ISAPRES	17
<b>B. EXPERIENCIA DE SERVICIO DESDE LA OBSERVACIÓN ETNOGRÁFICA</b>	<b>20</b>
<b>C. EXPECTATIVAS EN RELACIÓN A LA PROTECCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD: ANÁLISIS DE PROSPECTIVA</b>	<b>28</b>
<b><u>IV. CONCLUSIONES</u></b>	<b>30</b>
<b><u>V. ÍTEMS DE ACCIÓN</u></b>	<b>32</b>
<b>CONSIDERACIONES</b>	<b>32</b>
<b>ÍTEMS DE ACCIÓN</b>	<b>34</b>
<b>SÍNTESIS DE ÍTEMS DE ACCIÓN Y EFECTOS ESPERADOS</b>	<b>36</b>

## INTRODUCCIÓN

1. Este documento recoge los resultados del estudio: **“Usuari@s de servicios de salud: aspectos críticos en torno a la atención sanitaria y oportunidades de acción”**; indagación orientada a entregar elementos que permitan una comprensión acerca de cómo se produce opinión pública sobre servicios de salud a partir de la experiencia usuaria. Esto a propósito de identificar ítems accionables que pongan en valor la agenda sectorial de cara a la ciudadanía.

## El Programa

1. Sobre la base los logros del AUGE, el Programa de Gobierno de Michelle Bachelet 2014-2018 para el sector salud se basa en un diagnóstico que identifica las carencias a ser superadas en este periodo presidencial: (1) déficit en especialidades médicas; (2) falta de infraestructura, especialmente en hospitales; (3) mejor gestión y mayor efectividad de la Atención Primaria.
2. Las medidas asociadas a estas carencias que han sido cumplidas a los 100 primeros días del Gobierno, son las siguientes, de acuerdo a las áreas de acción<sup>1</sup>:
  - i. **Atención y Prevención:** Definición de comunas y centros de salud donde se habilitarán 132 SAR Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución
  - ii. **Política Nacional de Medicamentos:** Iniciar la implementación del Fondo Nacional de Medicamentos
  - iii. **Plan Nacional de Formación de Médicos Especialistas:** Asignar los recursos para contratar 33.000 horas médicas lo que equivalen a 750 médicos especialistas
  - iv. **Ampliar la Red Pública de Salud:** Entregar Plan Nacional de Inversiones de salud pública 2014-2018
3. De las medidas asociadas a las cuatro correspondientes áreas de acción, cabe notar que, con la excepción de la Política Nacional de Medicamentos, pareciera que el actor “usuarios” solo está considerado en sus comportamientos que conducen precisamente a los sistemas de salud, a fallar.
4. Es así como el uso indebido de los servicios de urgencia – para casos que no revisten dicha condición, o su uso en días no laborales, o la expectativa de obtener una atención prioritaria y en un establecimiento de alta complejidad, pareciera que podría resolverse aumentando la complejidad de los centros de atención primaria.
5. Del mismo modo, la formación de médicos especialistas, si bien una necesidad y una carencia, no va acompañado de un mejor uso de la atención primaria y de médicos generalistas, y, con mayor énfasis, un mejoramiento de la resolutivez del nivel secundario.
6. ¿Qué lugar o que rol se espera del usuario en este Programa? Es del sentido común que estas acciones han sido pensadas como una respuesta a los requerimientos de la

---

<sup>1</sup> <http://medidasentocomuna.gob.cl/>

población pero, sin embargo guardan una falta de consideración del usuario y su apropiada educación, en tanto como “socio” del sector salud y no únicamente como beneficiario del mismo.

7. Desde el punto de vista comunicacional, es posible que las medidas anteriores, tengan una baja visibilidad pública, sea por el tiempo en que demora su implementación- por ejemplo, el plan de inversiones- o porque no parecieran satisfacer directamente las expectativas de los usuarios, como la aspiración de una atención prioritaria, de alta resolutivez y en horarios de conveniencia para los propios usuarios, como se espera que sea una atención de urgencia.
8. En algún sentido, medidas y agendas como las señaladas, condicionan la construcción de subjetividades pasivas (como “enfermos”, “desplazados”, “sin voz” o “no considerados”) donde lo que se puede aspirar es que el trámite haya resultado bien o haber encontrado una vía (individual) de sortear los obstáculos frente a servicios de salud deshumanizados.
9. Parece pertinente entonces conocer cómo es hoy la experiencia del usuario y si este programa se ajusta o no a sus expectativas y si las distancias o baja valoración que hoy tienen las acciones de salud del Gobierno en relación a los usuarios se explican más por un problema de estrategia que de contenido.
10. A lo anterior, se añade los resultados de la Comisión Asesora que redactó la propuesta de Proyecto de Ley de Isapres, recientemente entregada a la Presidenta (Octubre, 2014). La propuesta incluye mecanismos y leyes que promueven la solidaridad al interior del sistema de salud y afectará o modificará principalmente a las Isapres.

## El Sector Salud

11. El sector está integrado por instituciones y entidades del sector público y privado, constituyendo un sistema de salud mixto. El subsector público representado principalmente por FONASA en su aspecto financiero y por los servicios de salud en su componente asistencial.
12. El subsector privado principalmente son las Isapres y mutuales en su aspecto financiero previsional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.
13. Para comprender el sector es pertinente indicar los quiebres que explican su dinámica actual:
  - En los 80, el sector salud vivió sus más radicales transformaciones amparado en una potente política liberal: la municipalización de los consultorios y la creación de las Isapres.
  - Con la llegada de la democracia se impulsaron políticas y programas para recuperar un sistema público de servicios de salud alicaído.
  - De éstas la más relevante es el Plan de Garantías Explícitas de Salud (AUGE ex GES) que impactó en el acceso y atención de grupos vulnerables y problemas gravitantes de salud (Ley AUGE, 2005).

- Para cumplir con las Garantías, el sector tuvo que hacer un sobreesfuerzo y comprar servicios cuando estos no estaban disponibles entre prestadores públicos (hospitales) lo que significó que los prestadores privados crecieran en un 20% en capacidad entre 2005-11, según datos de la Fundación Creando Salud (Julio, 2013).
- Buena parte del éxito de las políticas de salud dependía del fortalecimiento del sector público y del control de los prestadores privados, tanto por sus mecanismos de selección como por sus precios.
- Los mecanismos de selección de las Isapres generan un remanente de usuarios con más daño en salud que terminan amparados en Fonasa. Esto engrosa la deuda hospitalaria y la hace cada vez más crítica.
- En cualquier circunstancia, el Estado tiene que cumplir con los derechos garantizados a la población.
- Y también responder a problemas de salud no contenidos en las GES y a requerimientos de salud pública.
- Con la llegada de un gobierno de derecha (2010), la interacción entre usuarios Fonasa y prestadores privados se intensificó. Se abrió un inusitado poder de compra desde el seguro público – Fonasa – a prestadores privados.
- Los prestadores privados (clínicas, laboratorios, etc.), han contado con dos mecanismos por los cuales el Fisco compra servicios y subsidios a las demandas: (1) la modalidad libre elección de Fonasa; (2) la compra de servicios -que desde la implementación del GES se ha incrementado exponencialmente. En 2011, impulsado por el Ministro Mañalich, se sumó un tercer mecanismo: (3) el bono AUGE.
- Esto implicó el traspaso de U\$ 6.809 millones entre 2005 y 2012, lo cual explica el crecimiento de la red privada que aumentó su capacidad en 20% en el periodo el 2005-2011 (CIPER, 2013).
- Por ejemplo, mientras Fonasa cancelaba por un día cama básico \$60.000 a un hospital, pagaba por los mismo \$827.000 a la Clínica Las Condes.
- De todas las prestaciones que entregó el sector privado en 2008 (consultas, terapias, intervenciones quirúrgicas), un 45% de ellas correspondió a afiliados a Fonasa frente a un 56% de Isapres. Esos beneficiarios son los grupos C y D del seguro público (más de cuatro millones de personas entre cargas y cotizantes). (Asociación Gremial de Clínicas de Chile, 2008).
- La segregación social también se expresa en el Sistema de Salud: el 90% de los cotizantes Isapre tiene rentas sobre los \$400 mil. En Fonasa, el grueso de sus cotizantes (51%) tiene ingreso menores a los \$250 mil.
- La distribución de los beneficiarios según tramo etario también es segregada entre sistemas: los mayores de 84 años, beneficiario de Isapres son menos del 5%; en contraste, el 95% está en Fonasa. (CIPER 2013)

#### 14. En síntesis:

- Un sector público altamente endeudado. Hospitales a los que se les paga aranceles Fonasa reajustados por IPC y que resuelven el máximo de carga de enfermedad de la población.
- Un sector privado que resuelve la demanda de una proporción menor de la población: la con menos problemas de salud y factores de riesgo de enfermar.
- Fonasa que compra servicios a privados aumentando la deuda del sector público.
- Un % del PIB destinado a salud inferior al sugerido por la OCDE: 7.3% en relación al 9.3% que sugiere el organismo.

*“En la mayoría de los países de la OCDE, el sector público es la principal fuente de financiamiento del gasto en salud, con la excepción de Chile y los EE.UU. En Chile, el 49% del gasto en salud fue financiado por fuentes públicas en 2012, una proporción muy por debajo del promedio de 72% en los países de la OCDE. Casi una tercera parte del gasto en salud en Chile es pagado directamente por los hogares, comparado con menos de un 20% en promedio entre los países de la OCDE” (www.oecd.org/els/health, 2014)*

## El estudio

15. Se cuenta con un programa de Gobierno que, en el corto plazo, deja poco espacio para la relación con la ciudadanía y, un sector de salud complejo y tensionado financiera, política y técnicamente.
16. Entonces, desde **dónde se articula la opinión pública sobre salud?;Cuál es la aceptabilidad de la oferta pública de servicios?; Existen nichos aún no cubiertos por los servicios de salud que puedan articular y sostener una mejor relación entre prestadores y usuarios?; Es posible identificar ítem de acción que dinamicen la relación entre prestadores públicos y usuarios?;Cuál puede ser la resonancia en la opinión pública y la ciudadanía que podrían tener acciones de esa naturaleza?**
17. Los resultados de este estudio identifican ámbitos de acción desde donde fortalecer la agenda sectorial. No obstante, el efecto esperado dependerá de cómo el Gobierno organice y establezca prioridades entre los actores que participan del sector salud.
18. No se trata de salir en la búsqueda de alternativas cosméticas que mejoren la relación entre servicios de salud y población. Se trata de identificar quiebres desde dónde establecer un nuevo trato y modelar servicios más acordes a las necesidades, expectativas y demandas de salud de la población.

### I. OBJETIVOS

1. Los objetivos son:
  - Identificar experiencias distintivas, detectar y analizar brechas entre la experiencia de los usuarios de servicios de salud y sus expectativas.
  - Identificar aspectos críticos percibidos por usuarios de los sistemas públicos y privados de salud que afectan su opinión sobre el sector.
  - Identificar interfaces pertinentes, adecuadas y posibles que fortalezcan y den mejor proyección a la agenda gubernamental considerando la perspectiva de los usuarios del sector público y privado.
  - Identificar dimensiones de intervención accionables y con resonancia, desde la perspectiva del usuario.

## II. MATERIAL Y MÉTODO

2. Esta propuesta considera tres entradas temáticas:



3. Cada una de estas entradas está relacionada con una aproximación metodológica específica y complementaria.

4. Técnica y muestra:

Técnica	Nivel Socio económico	Perfil
Grupos de discusión	C2	Hombres y mujeres, profesionales y empresarios/as, con y sin ISAPRE, con y sin contrato de trabajo.
	C3 D	Hombres y mujeres, trabajadores/as, dueñas de casa, microempresarios, con FONASA letra A y B, con y sin contrato de trabajo.
	C3	Hombres y mujeres, trabajadores/as, dueñas de casa, microempresarios, con FONASA letra C y D, con y sin contrato de trabajo.
Observación etnográfica	n/a	Mujer sola 33 periodista, control kiniseológico
	n/a	Padre e hijo 15 (paciente), urgencia escolar
	n/a	Hija y Padre mayor (paciente), control médico por ACV
	n/a	Hombre solo 40 trabaja, sesión diálisis
	n/a	Mujer sola 65, mamografía y ecografía mamaria
	n/a	Pareja Hombre y Mujer, atención síntomas de pérdida de embarazo
	n/a	Madre Viuda (paciente) e Hija, control post operatorio amputación
	n/a	Hombre solo jubilado, control TACO
	n/a	Hombre 23 acompaña polola, control urgencia embarazo
	n/a	Mujer y Esposo consultante >65, consulta urgencia por EPOC
	n/a	Madre e hija de 15, consulta oftalmológica y de urología
	n/a	Mujer sola, control embarazo
	n/a	Mujer sola, control embarazo
n/a	Madre 31 e hijo recién nacido, control del niño sano	
Grupos de prospectiva	C3	Usuarios/as de Servicios Públicos
	C2	Usuarios/as de Servicios de Salud Privados
	C3	Usuarios de servicios públicos, trabajadores
Focus	C2C3	Usuarios/as FONASA e ISAPRE

### III. RESULTADOS

#### A. OPINIÓN PÚBLICA DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS Y PRIVADO DE SALUD

1. En esta sección se analiza el discurso sobre los sistemas públicos y privado de salud. Los discursos se comparan en el tiempo- en relación con los discursos históricos, los núcleos duros, acerca de la salud en el país, destacando aquellos que persisten y aquellos se han modificado o reconvertido en los años.
2. El habla de los usuarios, a la vez, se contrasta con la propia experiencia. Cabe notar que la metodología empleada en los grupos de discusión aquí expuestos, procuró recoger los aspectos de experiencia concreta y particular así como los discursos de opinión pública. Así, se observan tópicos en que experiencia y discurso coinciden, mientras que en otros no coinciden o directamente divergen, y otros en que se observan discursos incipientes, o aun fragmentarios.
3. Se presentan los resultados de acuerdo a ejes de análisis para dos grupos de usuarios de FONASA y un grupo de usuarios de ISAPRE.

##### 1) USUARIOS FONASA

###### ▪ Eje de análisis DISCRIMINACIÓN en la atención de salud

4. La discriminación, como discurso de opinión pública, se despliega en dos formas:
  - a) Discriminación general a aquellos que se atienden en el sistema público: son aquellos que no pueden pagar el sistema privado, son aquellos de nivel socioeconómico bajo.
  - b) Discriminación específica por condición socio-cultural, edad y por género.
5. El **estándar** en el discurso de los usuarios del sistema público de salud lo constituye la **clínica**, entendida como privada. La desigualdad socioeconómica del país es expresada en la distinción entre aquellos que pueden pagar y los que no; entre aquellos que pueden optar por una atención considerada mejor y los que no.

➤ La diferencia entre los que pueden pagar y optar y los que no pueden:

*“M: Si uno tuviera plata no andaría en el consultorio” (Usuarios Fonasa 1)*

*“Es que es muy distinta la atención cuando uno está pagando y cuando no. Por eso yo trato de evitar de ir a médico” (Usuarios Fonasa 1)*

*“Usted que hace aquí? usted debería estar en una clínica, usted no es de un nivel para estar en un hospital, yo le dije señor si yo tuviera las lucas, créame que no estaría aquí...” (Usuarios Fonasa 2)*

6. **La discriminación empieza antes de la puerta de entrada al sistema de salud.** De este modo, el sistema público, aunque ha mejorado mucho, no logra ser comparable a un sistema privado. El sistema público es de un estándar menor al privado, aunque sea bueno:

*“...los SAPU, es como ir a una clínica, mejor que una clínica en algunos de ellos, considerando que son del sistema público” (Usuarios Fonasa 2)*

7. Sin embargo en la experiencia directa con el sistema de salud público, **los usuarios reconocen la existencia de aspectos positivos tanto en el nivel primario como en algunos hospitales**, pero nuevamente lo sitúan discursivamente en comparación con el sistema privado:

*“Hospital Gustavo Fricke: excelente atención, todo gratis por el AUGE, agradecido, mejor que una clínica” (Usuarios Fonasa 2)*

8. **Discriminación específica por condición socio-cultural:** La discriminación general señalada anteriormente se expresa también como experiencia de discriminación al interior del sistema de atención, a través del trato recibido por parte del personal administrativo:

*“H: De repente da la impresión de que te atienden por como vienes, por lo cara o por la ropa” (Usuarios Fonasa 2)*

*“M: La semana pasada. Y si uno dice pucha señorita ¿falta mucho para que lo llamen? Y las que atienden ahí se enojan y te dicen “entonces vaya a un particular” (Usuarios Fonasa 1)*

9. **Discriminación por edad y grupo socioeconómico:**

*“no encontraron nada más genial que mandarme a la Posta Central, y yo jamás en la vida la había pisado, llegué y lo que me molestó mucho es que la gente que atendía, discriminaba a la gente, había de todo tipo de personas, uno se ve como más dentro de lo normal, pero había gente mucho más humilde, por ejemplo le estaban sacando radiografías a una abuelita con la puerta abierta, y yo le dije que feo, porque hacen eso y dijeron que era así el sistema (Usuarios Fonasa 1)*

10. Nótese que la discriminación por género no aparece entre los grupos de usuarios de FONASA, aunque sí entre aquellos de ISAPRE, como se verá más adelante.

▪ **Eje de análisis cambios en la atención primaria y secundaria de salud**

11. **Valoración de la atención en consultorios diurnos:** Los participantes usuarios de FONASA destacan y valoran un conjunto de aspectos relativos a la atención primaria en salud<sup>2</sup>, entre ellos, **la mayor resolutivez**, en general buena atención, **la infraestructura nueva**, **la posibilidad de realizarse exámenes el mismo día en el mismo lugar**, **la mayor oferta de centros de atención de salud en sus comunas**. Los aspectos negativos se relacionan con el tiempo de espera de resultados de exámenes, y, sobre todo, con la percepción de fracaso de la reserva telefónica de horas.

12. Buenas instalaciones, buena atención, rápida toma de muestras y exámenes:

*Consultorio Teresa de Calcuta, La Florida: “(en 2014) me hicieron una endoscopia, infra grande, limpio, buenos médicos, me hicieron el examen ahí mismo: (Usuarios Fonasa 2)*

*Consultorio Conchalí: “infra buena, buena atención, y fui al consultorio sin hora”. Hay cambios para mejor, ahora hay 2 consultorios y 3 SAPU a la mano” (Usuarios Fonasa 2)*

---

<sup>2</sup> Nótese que los usuarios no distinguen el tipo de consultorio al cual acceden (CRS, CDT, CESFAM, etc.), excepto por su nombre propio.

Consultorio Bellavista, La Florida: “a las 5 de la mañana fui al SAPU (...) volvió al control al Consultorio Bellavista, me atendió un especialista, me hicieron los exámenes ahí mismo, me entregaron los resultados en 1 semana. La atención muy buena, pero mucha gente” (Usuarios Fonasa 2)

Consultorio 1, Santiago Centro: “sufro de crisis de pánico, llegué de urgencia. Estoy en tratamiento con psicólogo y psiquiatra, me dan medicamentos, pero son muy fuertes las crisis” (Usuarios Fonasa 1)

13. **Mayor oferta de centros de atención en las comunas:** Según se desprende de las citas, **las valoraciones positivas se sitúan en las comunas particulares en las cuales se atienden los usuarios y no se provee de generalizaciones al sistema de salud.**

(Comuna de Conchalí) “ hoy en día, tiene dos consultorios, y tres SAPU a la mano, entonces es cosa que antes no se veía o todos nos atendíamos en un consultorio, todos terminábamos ahí, hoy en día, todo es diferente, han habido mucho cambios (...). Siempre se puede mejorar obviamente, pero si comparamos con 5 años atrás, el cambio es radical, se nota mucho” (Usuarios Fonasa 2)

14. Las **valoraciones negativas** de la atención se sitúan en la calidad y entrega de resultados de exámenes de laboratorio. Es posible que esto se relacione con **una débil interfaz entre el centro de atención y los laboratorios como establecimientos separados**. El tiempo de espera de resultados de exámenes deja inconcluso el seguimiento de la atención, asunto particularmente importante en el control de pacientes crónicos.

15. Tardanza en entrega de resultados:

Consultorio Sin identificar: “el electro no llega. Estoy en control de hipertensión, antes salió alterado, me fueron a buscar a la casa... se perdieron, es la respuesta que le dan” (Usuarios Fonasa 1)

(en general): “para la mamografía se demoran 2 semanas, para el electro, 1 semana, el problema son los resultados” (Usuarios Fonasa 1)

“M: Es que usted va a preguntar si ya llegó, pero siempre dicen que está retrasado. Te dicen que se demoran 2 o 3 meses pero no llegó nunca. Lo mismo con los electro, esos los hacen allá en el consultorio pero los mandan no sé dónde a que los vean y tampoco llegan, esos me los hice en Agosto  
Entrevistadora: ¿Y por qué le habían mandado a pedir un electro?”

M: Porque es como examen de rutina porque cuando uno es hipertensa le mandan a hacer varios exámenes, como de rutina que hay que hacerse los todo el tiempo y tampoco llegan” (Usuarios Fonasa 1)

16. **Reserva telefónica de horas:** La reserva telefónica de horas en la atención primaria, iniciada en la administración Lagos y gestionada por los municipios, fue una medida para resolver uno de los problemas más sentidos por la población y más duros del discurso de la opinión pública frente a la salud: **la cola de espera para reservar horas**. Esta medida, sin embargo, **no parece haber resuelto el problema pues los usuarios reportan** que no funciona, y que ellos siguen llegando en la madrugada al centro de atención para reservar hora.

“H: Lo que uno puede yo creo, lo único, es que en forma de paciencia, es caer en la sala de espera que incorporó el gobierno, llamar por teléfono, y asignar una hora de atención, pero no resultó, uno lo que puede hacer es decir yo me voy a atender mañana, obviamente no de urgencia, pero si ya me quiero hacer este examen aguanto la llamada que diga que en una semana más me van a atender a tal hora, pero eso nunca ocurrió, lo más fácil es que no contesten y si contestan, te dan la hora para un mes más” (Usuarios Fonasa 2)

*“M: La solución que dieron para no levantarse tan de madrugada para pedir hora, dieron un teléfono para pedir hora por ahí, pero eso no funcionó, no atienden nunca, llamo de las 5 de madrugada en adelante, y nadie atiende, llamo al consultorio de mi comuna. En el horario dice que desde las 5 de la mañana se puede llamar, después suena ocupado siempre” (Usuarios Fonasa 1).*

*“H: Porque está ocupado todo el día (Risas), la gente ya se aburrió de llamar” (Usuarios Fonasa 2)*

*“M: Es que el teléfono no funciona entonces hay que irse a las 6 de la mañana para poder sacar número” (Usuarios Fonasa 1).*

17. **El trato: La cortesía del personal administrativo.** Otro núcleo duro que persistió por años, era el de la falta de cortesía del personal administrativo. Este aspecto **NO aparece con la fuerza y centralidad discursiva anterior**, pero se ha reconvertido en la falta de criterio del personal frente a una persona que está enferma, a veces poniendo en duda el padecer del usuario.

*“M: Hacían un montón de preguntas y sabían que yo estaba mal, eso es desagradable, como que bombardean con muchas cosas, como si uno estuviera mintiendo...” (Usuarios Fonasa 2)*

*“H: Lo que pasa bien seguido que decía ella, lo del criterio, que pueden ver que te estás muriendo, y te empiezan a hacer preguntas, nombre, Rut, entonces independiente de que uno vaya con un acompañante, sería más fácil pasar el carnet y que el acompañante responda las preguntas, además se supone que uno está registrado. O que te hagan las preguntas después de que te vean, pero eso pasa mucho” (Usuarios Fonasa 2)*

18. **El anti- médico.** Esto se expresa en: **Falta de vocación**, emanada de la comercialización que el mercado, y los efectos que el sistema de salud ha producido a la profesión. **Sospecha de asociación de los médicos con la industria farmacéutica.** Por último, **la discriminación hacia los extranjeros**, principalmente latinoamericanos.

*“Yo creo que han pedido la vocación, la paciencia y más que nada el amor por la medicina, por la atención a los pacientes ahora, antes no lo veía así”(GD2)*

*“Mi experiencia ahí fue buena, pero a mi cuesta un poco creer en los médicos, porque son pocos los que hoy en día que son realmente, toman su profesión como corresponde, porque la mayoría de los médicos son comerciales...” (Usuarios Fonasa 2)*

*“M: Si, y ellos están asociados como algunas marcas, pero yo no hago caso a eso, busco las alternativas”. (Usuarios Fonasa 2)*

*“Son puros colombianos!”(GD2)*

19. Este discurso se articula también con otros núcleos atribuidos al propio sistema de salud público: **la atención es breve y superficial**, lo que ocurre por los bajos sueldos percibidos por los médicos en el sistema público.

**a) La atención es breve y superficial:**

*“Los médicos no me dan confianza: lo atienden 5 minutos’ (Usuarios Fonasa 1)*

*“los médicos te encuentran súper bien, pero no hacen nada para descartar, y tenía antecedentes hereditarios” (Usuarios Fonasa 1)*

*“lo mandaron a enyesar, sin examen ni nada” (Usuarios Fonasa 1)*

*“el médico no puede mirarte sin pedir exámenes y decir que no tiene nada” (Usuarios Fonasa 2)*

**b) Bajos sueldos:**

*“El sueldo de los médicos! Sale en los noticieros” (Usuarios Fonasa 2)*

**c) Sin control:**

*“no hay control de los médicos porque muchas veces, no ha llegado el médico, y donde está el control ahí para que los médicos vayan a trabajar, yo tengo una amiga que trabaja en la ventanilla del Barros Luco, y ella me ha dicho ella me lo ha dicho, hay médicos que no van a trabajar, y llegan a la hora que ellos quieren, como van a mejorar el sistema público, si no hay control” (Usuarios Fonasa 2)*

20. Este discurso, que no coincide necesariamente con la experiencia ni tampoco es claro cuan instalado esté en la opinión pública, conduce a tres comportamientos:

a. Atenderse con un médico particular, o combinaciones entre usar el sistema público y el profesional particular;

*“... a mis hijas las atiende a las tres una pediatra que es súper buena pero particular” (Usuarios Fonasa 1)*

*“Quede conforme: lo atiende un pediatra particular, y es chileno” (Usuarios Fonasa 1)*

b. No utilizar la atención médica, aun si la condición lo amerita, lo cual puede abrir una brecha de atención

*“H: Yo de chico que tengo problemas a la columna, me golpeé la espalda jugando a la pelota, hay momentos en que me duele mucho, es desesperante, no quiero ir al médico porque ellos siempre dicen que tienes que ésto, que te duele por ésto, puros calmantes de palabras, no tomo remedios porque no encuentro que sea solución, cuando me duele trato de pensar en otra cosa, yo hago trabajos pesados por necesidad” (Usuarios Fonasa 1)*

c. Empoderarse ante el sistema público: lo que puede quedar sólo a nivel de discurso.

*“M: Yo llevé a unos de mis hijos mayores al neurólogo porque empezó con que se le dormía la mano. Fuimos, el doctor lo examinó le dije que estaba súper bien, le dijo puede ser estrés, pero que estaba bien le dijo. Y mi hijo le dijo “¿y usted me pediría una resonancia magnética? Ok le dice él, para que te quedes tranquilo” (Usuarios Fonasa 1)*

*“la radiografía no me da confianza, le pedí exámenes” (Usuarios Fonasa 2)*

*“...En cuanto a la comunicación, porque a veces uno pide más exámenes porque el médico a simple vista no sabe, entonces en este caso si mi hijo no le dice no sabríamos que tiene esto” (Usuarios Fonasa 1)*

21. **La atención de urgencia de baja complejidad: los SAPU.** Los SAPU otorgan la atención de urgencia de baja complejidad fuera del horario laboral y en general están adosados a los consultorios. Los usuarios utilizan estos servicios como alternativa a un servicio de urgencia de alta complejidad situada en los hospitales. Esto **permite descongestionar la alta complejidad y ofrecer una alternativa fuera del horario laboral en la propia comuna** lo cual es valorado. No obstante, la presión de los usuarios por una atención médica acorde a la gravedad, sentido de urgencia, dolor u oportunidad de la atención conduce a minusvalorar este tipo de atención.

*“Y muchos de los SAPU, es como ir a una clínica, mejor que una clínica en algunos de ellos, considerando que son del sistema público, por lo menos en mi percepción, han habido cambios en la comuna que yo vivo (Usuarios Fonasa 2)”.*

## 22. Menor valoración de la atención:

*“Mi suegra amanece mal en la mañana con un problema al parecer un ataque al corazón, la llevamos al SAPU de Con-con, la devuelven y dicen que no, que es problema diabético de azúcar, me la devuelven, pero la volvimos a llevar al SAPU, segunda vez, me la devuelven, me dicen que no tiene ninguna complicación, que es algo normal de la edad, así tal cual, y la tercera vez que fuimos, la persona ya se estaba muriendo con problemas cardio-respiratorios, fuimos con el cuñado, mi pareja, al final nos agarramos con los carabineros, filmamos al personal del SAPU, al director del SAPU, mandamos garabatos para acá, para allá, casi patadas con los carabineros...”(GD3)*

*“M: Depende de la persona. Yo una vez me quemé la mano y fui de urgencias, en el SAPU. Le estaba diciendo a la galla, mostrándole la mano y ni me miraba, después me dice que las curaciones se hacen sólo en la mañana. Le dije entonces sólo me puedo quemar en la mañana (risas). Llego del SAPU al hospital y me dicen porque no se atendió en el SAPU” (Usuarios Fonasa 1)*

### ▪ **Eje de análisis oferta pública de medicamentos**

23. Otro núcleo duro del discurso público de la atención de salud en **los años 90 y 2000** era la expresión **“me dan una aspirina solamente”**, en el sentido de rebajar la percepción de gravedad de la condición de salud del usuario por ser un medicamento simple y al alcance del usuario. **Hoy en día**, el tema persiste: ya no como “aspirina” sino extendido a la **entrega de medicamentos genéricos que, de acuerdo a los usuarios, “no hacen nada”**, no resuelven el problema de salud, e incluso se estima que un tratamiento con medicamentos pueda estar sustituyendo intervenciones más complejas. Los medicamentos genéricos, además, **están también al alcance financiero del usuario: “los puedo comprar en la esquina”, lo cual produce un efecto de atención de salud de baja calidad.**

#### a. Percepción que los medicamentos no sirven

*“...y lo otro es que me dan remedios súper básicos, y después lo llevo a un broncopulmonar, y resulta que los remedios que le dieron, no eran los que correspondían, me dan un salbutamol, que no le hace nada...” (Usuarios Fonasa 2)*

#### b. No disponibilidad o no acceso a medicamentos

*“M: Lo que pasa también con los consultorios, cuando son crónicos, le dan de un mes para otro la hora, y resulta que a veces coincide con que los consultorios están en paro. Yo voy a buscar medicamentos la presión, soy hipertensa, y a veces no me dan remedio por los paros. Esto me paso por última vez hace 3 semanas en el consultorio Laurita Vicuña que queda en la comuna El Bosque” (Usuarios Fonasa 1).*

#### c. Tratamiento con medicamentos en lugar de intervención quirúrgica

*“...la veían cada cierto tiempo para hacerle un control así no más, en el hospital le daban hora para darle los medicamentos, pero después ya vieron que los medicamentos como que no avanzaban mucho y ahí la llevaron al Salvador de urgencia para operarla. El médico dijo que se habían demorado mucho en operarla” (Usuarios Fonasa 1)*

24. **Un problema no menor con la entrega de medicamentos a pacientes crónicos es la necesidad de pedir hora para hacerla efectiva.** Esto se engarza con las dificultades generales para pedir horas antes descritas.

*“...entonces a nosotros nos dicen que para sacar hora para que le den los medicamentos y para eso tenemos que estar a las 8 de la mañana en el hospital, he llegado a las 7, 8 de la mañana y ya no quedan horas, la gente va a las 3 o 4 de la mañana “(GD2)*

▪ **Eje de análisis la atención de alta complejidad: los hospitales**

25. La atención de alta complejidad, es decir aquella que no es de urgencia provista por el tercer nivel se puede descomponer en dos niveles: **un discurso incipiente y aún fragmentario acerca la valoración social de la misma, y uno de experiencia acerca del acceso y tiempo de espera para la atención especializada<sup>3</sup>.**

26. **Valorización de la atención hospitalaria:** En el nivel discursivo, la valoración de los hospitales complejos (públicos y privados) aparece vinculado a la atención de salud antes que a la infraestructura y se arma como una casuística aún no consolidada como discurso de opinión pública.

27. Los usuarios de FONASA parecen debatirse entre unos núcleos duros del discurso acerca de los históricamente considerados *malos hospitales públicos*, principalmente el Hospital Sótero del Río y el Hospital Barros Luco que son más antiguos, con una alta cobertura de población y la propia experiencia muy positiva con algunos hospitales, entre ellos el Exequiel González Cortés y el Gustavo Fricke. **Esta experiencia no logra construir aún un discurso de opinión sobre la buena atención terciaria.**

28. En este nivel de atención, algunas clínicas privadas a las cuales estos usuarios han tenido acceso también se ponen en tela de juicio. El estándar de buena clínica privada parecen ser aquellas a las cuales estos usuarios no tienen acceso, como las clínicas Las Condes, Alemana, Hospital de Universidad Católica. Si bien estas clínicas no aparecen mencionadas por los usuarios FONASA, sí son fijadas como un estándar de excelencia por los usuarios de ISAPRES, como se verá más adelante.

a. **Malos hospitales públicos:**

*“Yo le digo el Barros “Cuco” (Usuarios Fonasa 2)*

*“Y ahora pasó un tiempo, y de nuevo estaba súper mal, como hace 2 meses, la llevaron al Salvador de urgencia, a la posta, y ahí ya la operaron de urgencia, el tumor estaba muy avanzado, en la fase 3, la operaron hace como hace un mes atrás más o menos, y ahora recién le están haciendo una radioterapia, quimioterapia, todo eso, pero estuvo mucho tiempo que no le hicieron nada, porque el tratamiento era solamente como para calmarla”(GD2)*

b. **Hospitales públicos que resuelven parcialmente:**

*“Nació con malformación. La tuvieron 7 meses en control en el Hospital del Carmen de Maipú, había que pincharla de nuevo o salir a comprar el remedio (\$40.000)” (Usuarios Fonasa 1)*

---

<sup>3</sup> Cabe señalar que no se considera en este informe aquella atención provista por médicos generales, internistas, de familia, ni pediatras, provista en general en otros niveles de atención.

*“No hay nefrólogo en el Hospital de Maipú, pero sí en el San Borja” (Usuarios Fonasa 1)*

- c. Buenos hospitales públicos: Algunos usuarios ponen de manifiesto la escisión entre experiencia y discurso: “tal vez porque es para niños”, “es un hospital público, pero nada que decir, funcionó espectacular”. En otras palabras, **pareciera que se resisten a elaborar discursivamente el concepto de buen hospital público.**

*“Yo llevo a mi hijo al Exequiel (González Cortes), excelente atención, tal vez porque es para niños” (Usuarios Fonasa 2)*

*“...e ingresó a la UTI altero, le ponen un marca paso, funciona bien, maravilloso, atendido por los mejores médicos, ahora Fricke es una de los mejores hospitales, superó a la Católica. Y se produce una atención maravillosa, la tecnología, el marca- paso, a los 4 días de alta, de la UTI a la calle, no pasó ni de la UTI a algo intermedio. Cuento corto, muy agradecido del sistema, la parte más bonita, bueno yo dije vamos a pagar, nos llevan a la parte donde tienes que pagar, pero estaba en el auge, así que ni un peso, la atención maravillosa, no tengo nada que decir, es un hospital público, pero nada que decir, funcionó espectacular...” (Usuarios Fonasa 1)*

- d. Malos hospitales privados:

*“En la Clínica Dávila, no le solucionan el problema, que tiene que esperar, más exámenes...” (Usuarios Fonasa 1)*

- e. Hospitales públicos y privados: el mismo caos:

*“(3 meses atrás) llevé a mi hijo menor al Sótero del Río, casi desmayado, no lo atendieron, no lo evaluaron. Lo llevé a la Clínica Vespucio, a las 11 de la noche lo saqué. Lo lleve a la Clínica Santa María: mismo caos” (Usuarios Fonasa 1)*

*“...hay mucha gente así que no se va a poder, entonces yo opté por sacarlo de ahí, me lo llevé a la Clínica privada Vespucio, yo dije como es Clínica, lo van a atender más rápido y empecé a esperar...” (Usuarios Fonasa 1)*

29. **Descoordinación entre sistema público y privado:** Los usuarios de FONASA suelen transitar entre establecimientos públicos y privados y viceversa, quedando muchas veces sumidos en la descoordinación entre estos.

*“La prótesis se la pusieron en la FACH, y fui a control al Barros Luco y me dijeron que ellos no podían hacerse cargo de la prótesis porque no había sido puesto allá, perdón ¿Y quién la va a chequear?” (GD3)*

30. **Acceso a especialistas y operaciones: tiempo de espera.** Los reportes de experiencia muestran que en general los usuarios tienen acceso a atención especializada, a través de derivación a centros de mayor complejidad y que el tiempo de espera no es excesivo, excepto para operaciones.

- a. Derivación:

*“no hay nefrólogo en el hospital de Maipú, pero en el San Borja sí, pero hora para dos meses después” (Usuarios Fonasa 1)*

*“... en 45 minutos la operaron, es el mejor hospital cardiológico (Gustavo Fricke), atención maravillosa última tecnología” (Usuarios Fonasa 2)*

- b. No derivación a mayor complejidad:

*“M: Mire llega al consultorio (de Renca) con esos síntomas y le dicen que ella tiene problemas al corazón, mi hermana les dice a ellos. La revisaron y le dicen algo que quizás había comido. Después llega el médico y le dice que quizás había sido un pre- infarto más grande de lo que ya había tenido” (Usuarios Fonasa 1)*

*“Y hace mucho tiempo que está con ese problema al corazón y si el médico falla no puede sustituirlo otro” (Usuarios Fonasa 1)*

▪ **Eje de análisis la atención de urgencia**

**31. La atención de urgencia de mayor complejidad en los hospitales condensa lo más negativo del discurso de la opinión pública sobre la salud.** Por una parte, los usuarios señalan que suelen acudir a la atención de urgencia movidos por dolor agudo, o por estados psicológicos delicados, pero por otra parte, saben al tipo de atención al cual se exponen: largos tiempos de espera, atención considerada superficial, situaciones estresantes en la sala de espera.

a. Sentirse mal y ansioso conduce a la urgencia:

*“Estaba sola, me sentí mal, fiebre, dolor de cabeza, mis papás me llevaron a la urgencia” (Usuarios Fonasa 2)*

*“M: Iba al Sótero de urgencia, porque allá para pedir una hora, uno tiene que estar años esperando, y no te la dan, uno puede estar muriendo y no lo atienden”(GD2)*

b. Tiempos de espera en sala y en atención:

*“(Hospital Barros Luco). Llegué al hospital, y lo típico, mil preguntas, y yo con cara de gritar, sin saber que era, yo pensaba que era apendicitis, me hicieron esperar 20 minutos en recepción, después pasé pero adentro tuve que esperar mil horas...” (Usuarios Fonasa 2)*

c. Atención considerada superficial:

*“...viví hace poco, en el Hospital San Juan de Dios, llevamos a una persona conocida, una persona adulta que tenía 70 años, lo llevamos de urgencia al SAPU del mismo hospital, y de ahí lo tuvieron toda la noche, y este caballero gritaba de dolor, era como un ataque a la vesícula, creo que era, y ya lo tuvieron toda la noche, ahí en camilla como en un pasillo, porque ni siquiera lo podían atender los médicos... y ya estuvo toda la noche, al otro día a las 7, las 8 todavía no lo atendían... Toda la noche gritaba de dolor, en la noche del otro día lo atendieron, 1 semana después lo operaron, pasó tres meses en el hospital y lo entregaron muerto. Indignante.” (Usuarios Fonasa 1)*

**32. Además se viven situaciones estresantes en la sala de espera debido a :**

a. El dolor ajeno:

*“...había una niña que estaba con los mismos dolores que yo, pero tenía cálculos a la vesícula, una niña de 16 años que gritaba de dolor, la mamá decía, por favor la tienen que operar de urgencia, porque ya la habían diagnosticado, y detrás mío, llegó un chico, que yo sé que los cálculos renales en los hombres es mucho más fuerte, el tipo gritaba...” (Usuarios Fonasa 2)*

b. La evidencia de situaciones de violencia social:

*“H: El Barros Luco es terrible. La Posta principalmente, parece comisaría (risas)” (Usuarios Fonasa 2)*

33. **Situaciones estresantes en la sala de espera:** La condición de salud es percibida por el usuario como *urgente*, es decir, que requiere de inmediata atención, y se obtiene lo contrario: largas esperas; mientras que la condición de salud es percibida como *grave*, o *potencialmente grave* (por desconocimiento, en general), y se obtiene lo contrario: una atención superficial; el usuario acude en estados psicológicos de ansiedad, soledad, incertidumbre y espera ser reconfortado, y se obtiene lo contrario: incremento del stress por la vivencia del dolor de los demás pacientes y el reconocimiento de situaciones de violencia.

## 2) USUARIOS ISAPRES

### ▪ Eje de análisis valoración de la atención primaria de salud

1. Los usuarios de ISAPRE son fieles a las mismas: **llevan muchos años de afiliación y no cambian de plan**. Rotan entre distintos centros de salud ambulatoria, según la conveniencia y cercanía. Suelen escoger médicos por referencias de conocidos o amistades (libre elección), o no les importa quién les atienda (preferencia por oportunidad de atención).
2. **Existe una alta valoración de la calidad de servicio entre los usuarios de ISAPRES dado su:**

#### a. Oportunidad de atención

*“Siempre pido hora por Internet, y encuentro en el día” (Usuarios Isapre 1)*

#### b. Acceso

*“Yo ocupo Megasalud... está cerca de mi casa y la red cerca del metro” (Usuarios Isapre 1)*

#### c. Tiempo espera en sala

*“15 a 20 minutos, máximo” (Usuarios Isapre 1)*

#### d. Tiempo derivación

*“no había ningún nefrólogo en la urgencia, pero lo podemos llamar, espere 2 horas, me puso una inyección, me cobró un montón, pero la ISAPRE paga” (Usuarios Isapre 1)*

*“Hay todas las especialidades, expeditos, tienen diagnósticos asertivos” (Usuarios Isapre 1)*

#### e. Cortesía del personal administrativo

#### g. Comunicación y comprensión de indicaciones

*“no podían operar a mi hijo de apendicitis porque todavía no tenía todos los síntomas, lo mandaron para la casa y a las 5 horas aparecieron los síntomas y lo operaron” (Usuarios Isapre 1)*

▪ **Eje de análisis atención de urgencia**

3. Los **motivos de atención** por los cuales los usuarios de ISAPRE han acudido a los establecimientos son de muy **baja complejidad** (resfríos, alergias, oftalmología, atención pediátrica, ginecología, atención traumatológica). **No hay reportes de atención de alta complejidad, por ejemplo operaciones**, excepto una apendicitis infantil, aunque este aspecto fue explícitamente preguntado por la moderación. Es posible que esto se deba a la **edad de los participantes, o que la mayor complejidad es atendida en el sistema público** según expresan estos usuarios relatando la experiencia de sus padres, o de personas mayores. Tampoco los usuarios se plantean como respondería la ISAPRE ante situaciones de mayor complejidad.

*“(accidente deportivo) llegué de urgencia a la Católica, me dejaron hospitalizado dos noches y tres días...me atendieron día tarde y noche” (Usuarios Isapre 1)*

*“(apendicitis del hijo) lo llevé por urgencia al Hospital Militar y tuve una súper buena experiencia, buena la atención... buena disposición, hartos recursos, se atendió rápido y terminamos operando por la tarde...cuando ya tuvo los síntomas...pudo entrar mi señora... el post operatorio fue muy bueno” (Usuarios Isapre 1)*

*“Tuve un evento alérgico, y por cercanía fui a la Clínica Vespucio, tarde en la noche, esperaba una media hora, me atendieron bien, después me derivaron al centro Médico Vida Integra del Bosque Norte, bueno, tiene todas las especialidades, y lo mejor es que los doctores atienden a la hora... a lo más 10 minutos” (Usuarios Isapre 1)*

▪ **Eje de análisis discriminación**

4. La discriminación para los usuarios de ISAPRE se expresa en las exclusiones del sistema – las enfermedades preexistentes- asociado también a la **discriminación por edad, el mayor costo del género femenino, la existencia de topes de atención** para ciertas condiciones que requieren tratamientos prolongados y la escasa cobertura de algunos servicios y procedimientos. **Pero la discriminación mayor percibida por estos usuarios es aquella entre los usuarios del sistema público y los usuarios del sistema privado.**

5. **Discriminaciones al interior del sistema privado**

- a. Mujeres caras
- b. Preexistencias

*“discriminan por enfermedad” (Usuarios Isapre 1)*

- c. Edad

*“Discriminan por edad” (Usuarios Isapre 1)*

- d. Topes

*“ la psicoterapia y el psiquiatra tienen topes, y luego hay que seguir pagando”*

- e. No cubre servicios básicos

*“la nutricionista no tiene código, y que hace uno si tiene que bajar de peso, o las personas con diabetes?”  
(Usuarios Isapre 1)*

6. **Discriminación entre usuarios del sistema público y del sistema privado:** El discurso tradicional acerca de la salud en el país, algunos de cuyos puntos se indican en la sección de usuarios FONASA, se reproduce a cabalidad entre los usuarios de ISAPRE, ahora leído desde el *privilegio* de estar afiliado al sistema privado (atención superficial: “la aspirina”, la lista de espera, endeudarse en el sistema privado cuando no es posible atenderse en FONASA)
7. Este discurso de la opinión pública no sólo refleja las carencias del sistema público de salud, sino que también aquellas del sistema privado. **Aquellos que no tienen dinero, los adultos mayores, aquellos que tienen enfermedades preexistentes, entre otros, no pueden acceder al sistema privado. Estos quedan “fuera del sistema”, “no existen”.**

8. Los que quedan fuera:

*“Están fuera del sistema, no existen, sólo para el FONASA no más” (Usuarios Isapre 1)*

*“También hay gente que no se puede cambiar, gente adulta, o que tiene preexistencias... a mi mamá le pasó eso, entonces discriminan a la gente que está enferma, o a gente joven que tiene eso, no pueden entrar a una ISAPRE” (Usuarios Isapre 1)*

9. Paradojalmente, dado que para estos usuarios de ISAPRE consideran que el sistema público no les sirve, **la afiliación al sistema privado se vuelve una necesidad. Tampoco ellos tienen opción.**

*“Cuando yo he tenido mi ISAPRE, tengo es respaldo, y que otra cosa voy a hacer” (Usuarios Isapre 1)*

10. Pero también saben que esta **afiliación no es para siempre: solo “hasta que más pueda”, aludiendo a su capacidad de pago y a su calidad de trabajador activo.**

*“Yo quiero estar hasta que más pueda en la ISAPRE, no en FONASA, no me da lo que necesito” (Usuario Isapre 1)*

11. Se instala en el discurso el tema del dinero, y mucho dinero: **la salud no es un beneficio, es una empresa de lujo.** Se cierra el discurso sobre el sistema privado sobre dos ejes: un mal necesario, y la no existencia de opciones.

*“Entendamos que la salud en Chile es una empresa de lujo en este país, una empresa de los que más lucran los sinvergüenzas más grandes. Hay que partir de esa base, la salud no es un beneficio, en Chile la salud pasa por la plata” (Usuarios Isapre 1)*

12. Y se instala un deseo que resolvería las profundas desigualdades del país: **“salud privada para todos”.** En este deseo se alude a la calidad del sistema privado, a la necesidad de que todos puedan acceder a dicha calidad, pero no hay alusión alguna al papel del Estado.

## B. EXPERIENCIA DE SERVICIO DESDE LA OBSERVACIÓN ETNOGRÁFICA

1. El trabajo etnográfico -que articula comprensivamente las observaciones de sujetos e interacciones con los entornos, y las significaciones enunciadas por los primeros durante las prestaciones de salud – permite reconstruir la estructura base de la experiencia con los servicios de salud, así como sus ejes de continuidad y discontinuidad con el discurso público de la salud y con el discurso o lógica institucional del sector.
2. Del mismo modo, un conjunto de racionalidades y orientaciones en juego para los sujetos de experiencia con los servicios de salud.
  - Valores : aspectos positivos y/o beneficios reconocidos y explícitos de atenderse en el sistema de salud (más allá de la restauración de la salud)
  - Dolores: aspectos negativos, quiebres, pérdidas y riesgos explícitos y simbólicamente significativos para los usuarios
  - Costos Ocultos: modificaciones, transacciones y pérdidas para el usuario y su modo de vida, observables, tácitos, poco verbalizadas o bajo el signo de la resignación
  - Puntos Ciegos del Sistema: aspectos y dominios de la interacción sistémica usuario-sistema, con baja explicitación sin acciones o responsables observables desde la administración de salud
3. Las observaciones realizadas se especifican en la siguiente tabla:

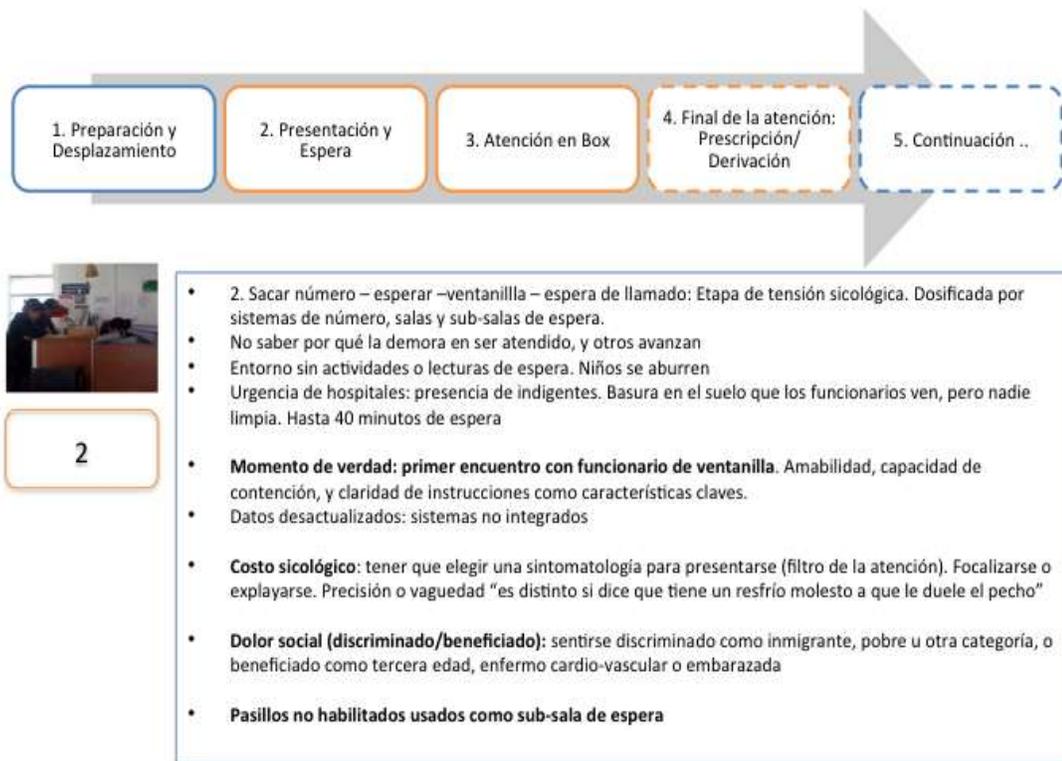
	Centro	Seguro	Motivo	Unidad	
1	C. Dávila	Sin seguro	Control kinesiológico	Mujer sola 33 periodista, en pareja	
2	C. Indisa	Privado	Urgencia Hijo	Padre e hijo 15 (paciente)	Seguro Salud Reembolso
3	C. Indisa	Privado	Control Médico Kinesiológico	Hija y Padre mayor (paciente)	Post intervención por derrame cerebral
4	C. Privado Diálisis Rondizzoni	Publico	Sesión de Diálisis	Hombre solo 40 trabaja	Control en H. Barros Luco Trudeau
5	C. Privado Exámenes Providencia	Publico	Mamografía y Ecografía mamaria	Mujer sola 65	Derivada CESFAM La Granja.
6	H. El Salvador - Urgencia	Publico	Síntomas de Pérdida Embarazo	Pareja Hombre y Mujer	De Valparaíso
7	H. Melipilla	Publico	Control y Exámenes post operatorios	Madre Viuda (paciente) e Hija casada 55	Amputación pierna. Diabetes y depresión
8	H. San Juan de Dios	Publico	Control TACO y exámenes post operatorio	Hombre solo jubilado	Operación Cardiovascular
9	SAPU Peñalolén	Publico	Consulta Respiratoria	Mujer y Esposo consultante	Jubilado haciendo pololo
10	CESFAM Farfana	Publico	Control Oftalmológico y Consulta Urología	Madre e hija de 15	Dueña de casa
11	CESFAM Stgo Centro	Público	Control Embarazo	Mujer sola	policonsultante
12	CESFAM San Joaquín	Público	Control Embarazo	Mujer sola	Inmigrante peruano
13	CESFAM Stgo Centro	Público	Control Recién Nacido	Madre e hijo	
14	CESFAM Stgo Centro	Público	Control Niño Sano	Madre e hijo	

4. La fenomenología de la experiencia con los servicios, para pacientes y acompañantes, se caracteriza por **la convergencia simultánea de siete dimensiones o planos de experiencia**. La primera de ellas –la irrupción– es que ir a la prestación o tratamiento aparece como una interrupción o alteración de la organización y agenda cotidiana de los pacientes o acompañantes, implica destinar un tiempo y reorganizar sus tiempos y deberes familiares –levantarse más temprano o dejar el almuerzo listo– y laborales –pedir permisos, acordar descuentos, delegar responsabilidades– para poder ser sujeto receptor de salud o acompañante.

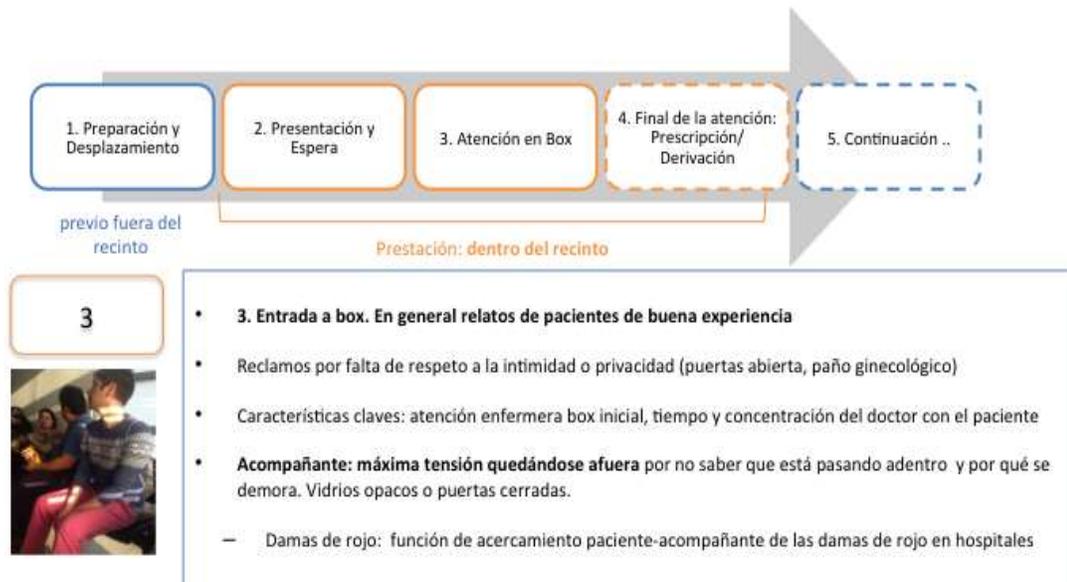


5. Incluso, **la prestación o tratamiento de salud se connota como una irrupción de la anormalidad en la vida social o de los estilos de vida de los sujetos y su familia**. Así por ejemplo, para enfermos crónicos o con tratamiento post operatorio, más acostumbrados a la frecuencia de controles o sesiones, el ser receptor de salud (paciente) solo es posible en un contexto de relajo y readecuación de sus compromisos laborales. **Todos hablan de dedicar mediodía a ser atendidos**, y como nos señala un participante “por suerte yo soy jubilado, pero los que trabajan es otra cosa”. La experiencia con la salud, es entonces el establecimiento de una anormalidad con costos y dolores, principalmente, en el plano de lo familiar y lo laboral del paciente o el acompañante.
6. Una segunda dimensión, a la base de la prestación de salud, **es la experiencia física y sensorial de un recorrido por múltiples interacciones y estadias en relación a lugares, ventanillas, personal, personas que concurren, objetos, equipamientos, informativos, documentos y prescripciones**. Este recorrido puede ser evaluado retrospectivamente como **rápido** (fluido), lento (detenciones, tiempos de esperas, aglomeraciones), **ordenado**

(organizado, limpio, claro e informado) o **desorganizado y descuidado** (sucio y desatento). Quedando, con posterioridad, la sensación corporal de agotamiento y confusión o, en el mejor de los casos, de claridad y satisfacción con el recorrido realizado.



7. Los sujetos actúan como buscadores de alivio, tanto en sentido literal como metafórico, quieren –no solo superar el sufrimiento físico- sino también **obtener claridad** (saber cómo se está y qué hay que hacer), **contención y confianza** (en las relaciones con el personal paramédico y médico), **seguridad en los cuidados** (que se están realizando las acciones correctas para cuidarse y cuidar a otros, por ejemplo a tu hijo recién nacido) y **posibilidades claras para los próximos pasos** (recursos claros y conocidos de acuerdo a los tipos de intervenciones o tratamientos que se avisan)
8. **La vivencia de los servicios de salud posee un trasfondo emocional difuso y latente de inquietud, temor o ansiedad;** trasfondo compartido por la posición de paciente y la de acompañante. Esta emocionalidad característica **se intensifica en los periodos de espera previos a la atención, y para los acompañantes, observamos como los movimientos de pies y cuerpos se aceleran y tensan** mientras esperan separados del paciente, que sea atendido por el personal técnico, “cómo le estará yendo” dicen mientras cumplen con la separación del familiar que impone la institución médica.



9. **La disminución de la ansiedad se produce por las interacciones con funcionarios o personal técnico, y con la certeza de ser atendido que da el hecho de tener un número y, en tercer lugar, por la convivencia con otros pacientes o personas que esperan.** De este modo, se tiende a la sobre significación o sobre ponderación de las interacciones mantenidas con profesional técnico -médicos, enfermeras y paramédicos- y, en menor medida, administrativo, al momento de evaluar una prestación, evaluar el lugar de atención y reconstruir la historia de la experiencia en salud. La tranquilidad en la prestación es producto sobre todo de la interacción humana.
10. **Toda atención es interpretada en una clave social mayor.** La calidad de la experiencia de atención es leída como un proceso de ser etiquetado como discriminado o beneficiario por los servicios médicos-administrativos. **La descortesía administrativa, los tiempos de espera o falta de tiempo dado por los médicos para evaluar y explicar es leído indistintamente como una discriminación hacia los inmigrantes, los pobres o los económicamente poco solventes; y los horarios preferentes o gratuidad ligada al AUGE como un beneficio para la tercera edad, embarazadas o más pobres; y la atención oportuna como resultado de ser un sujeto que puede pagar.** La calidad sanitaria no es técnicamente neutra; unas veces refleja las diferencias sociales y, otras, las corrige.



11. La atención privada conjuga la ya sabida valoración de la buena atención, infraestructura y equipamiento técnico, junto a la disponibilidad de ser atendido oportunamente. Sin embargo, esto se experimenta como acompañado por una vulnerabilidad o riesgo económico-financiero o falta de claridad de cobros. **Las atenciones de baja complejidad o de fracturas son seguras financieramente, pero los costos de tratamiento o intervenciones operatorias de mayor complejidad son sentidos como un riesgo financiero poco claro.** Los usuarios privados cuentan las historias de como un seguro les permitió operarse, o como una intervención se convirtió en una alteración financiera personal y/o familiar. El descontento particular con lo privado es la falta de información y variabilidad económica para lo inusitado.
12. **En la salud privada los tratamientos de mayor complejidad son un momento paradójal: los pacientes reportan que los médicos les ofrecen alternativas,** el que hasta el momento era una persona que seguía instrucciones se le pide un rol activo en elegir (económica y estéticamente) entre distintas alternativas de operación o tratamiento mayor. En este momento **aparece la vulnerabilidad financiera, y también un grado de resquebrajamiento de la confianza ética y, a veces, técnica, de la figura del médico.** La transparencia del sistema privado se ve tensionada, en estas situaciones.
13. **La información y conocimiento previo actúa como un recurso crítico.** Existe una tensión y valorización de la información disponible o recopilada durante el proceso. **Los usuarios excepcionales o noveles: son más sensibles a los niveles de información disponible** (previa y durante el proceso), sus costos son precisamente por desinformación de dónde acudir, qué hacer, qué esperar (de una atención, un examen, los tiempos, etc.), o cuánto

cuesta (privados). Sus expectativas poco reguladas (estándares desconocidos), son las con mayores riesgos de decepción. Así una mujer que lleva a su hijo a control de niño sano nos plantea que los exámenes que aplica el doctor a su hijo son más breves que si fuera a una atención privada, en la consulta privada medirían más variables que el peso, altura y dimensión de la cabeza.

14. En cambio, **los usuarios intensivos convierten la información y conocimiento acumulado en estrategias que aumentan su grado de libertad y beneficio en la interacción con los distintos centros y personal.** Manejan estratégicamente múltiples alternativas: consultorio, SAPU, hospitales o consulta privada (x oportunidad) para atenderse. Manifiestan mayor agradecimiento por el acompañamiento o prestación recibida (AUGE, medicamentos), y generan vínculos con personal profesional, vínculos que usan como recurso para extender su acceso a recetas para patologías distintas o licencias para el trabajo.

15. **La base de la relación con los servicios públicos es la resignación.** *“Qué más se le puede pedir si es público”* dice un joven acompañante mientras ve un indigente durmiendo en una posta de urgencia. *“Ya me acostumbre”* dice un dializado que no puede trabajar de día porque no encuentra un centro con atención de noche. **Los usuarios públicos pueden encontrar valor y destacar la calidad técnica profesional, su capacidad de resolución, la cobertura de sus enfermedades y la gratuidad de insumos, pero ante los múltiples costos ocultos y dolores de relacionarse con los servicios públicos, se hace la vista gorda.**

16. **Los servicios de salud públicos muestran incompatibilidad con la población económicamente activa.** Cosa de ver las personas que asisten a los establecimientos: en su mayoría **mujeres**, aspecto de dueñas de casa, con niños y personas de **tercera edad; los hombres y mujeres trabajadoras aparecen en los horarios nocturnos o de fin de semana de las urgencias.** Las incomodidades o costos de ser atendidos por el sistema público son múltiples, muchos de ellos producto del sistema de horarios de atención, otros por su enfoque de tratamiento de individuos, como si se encontraran aislados de la familia.

- **Costo laboral:** menoscabo del rol, de empleabilidad o de ingresos por interrupción de la jornada
  - Pedir permiso en el trabajo
  - Coordinar con patrones cuidado de niños (rol asesora del hogar)
  - Descuento de la ausencia (paciente frecuente)
  - Interrumpir trabajo a trato (cuando el jubilado realiza un pololo o trabajo eventual)
  - Dializado: restricción a empleos nocturnos “tendría que encontrar un centro con cuarto turno ..”
  
- **Costo familiar:** tensión, sobre-esfuerzo y dolor por menor involucramiento en proceso
  - Ponerse de acuerdo qué hijo acompaña al padre mayor (no autovalente)
  - Levantarse más temprano para dejar todo listo para los hijos o el marido
  - Soledad y falta de involucramiento del familiar. “Mi pololo está trabajando no me puede acompañar .. Además de decirle que el doctor me encontró bien, no tengo nada más que contarle”
  - Familiares no participan de la claridad del diagnóstico y tratamiento a seguir.

- Tensión en vínculos por que el paciente no sigue el tratamiento. “Me cansé de anotarle los controles a los que tiene que ir” nos cuenta la esposa de una persona en tratamiento. Quién controla que el tratamiento fuera de la consulta se haga?

▪ **Continuidades y discontinuidades entre el discurso público y la experiencia con los servicios**

17. El segmento profesional de los **médicos es destino de críticas, públicos como privados**. Ya sea por la **relación desapegada** que mantienen con los pacientes, o por la confiabilidad técnica cuestionada por diagnósticos contradictorios entre colegas. Si se salvan, es de a uno y por casos personales.
18. **Se observa una evolución positiva de los consultorios o CESFAM como espacios de atención dignos, infraestructura adecuada, con capacidad de resolución, y rápida derivación a otros centros de la red**. Los centros territoriales funcionan. No así la derivación a exámenes de proveedores privados: casos de demora de 10 meses en ser realizados, o de repetición de su realización.
19. **Los SAPUs observados también muestran infraestructura satisfactoria**. En los hospitales hay mucha mayor variabilidad. Se puede afirmar que mediáticamente, existe una sobrerrepresentación de las postas para describir a la salud pública, y una subrepresentación de la atención primaria (que funciona y aspecta mejor) para describir la salud pública.
20. La observación de los entornos de atención privados y públicos – contenida en el análisis POEMS<sup>4</sup> - muestra ciertos grados de equivalencia alejados de los estereotipos mediáticos, las diferencias observadas se establecen principalmente en los espacios de espera y sus equipamientos y de cantidad de personal disponible:
  - **En los SS públicos se observa un desarrollo de infraestructura que se aleja de los estereotipos mediáticos**. También, espacios de entorno y calidad sin responsables de su gestión, mensajes fragmentados en términos de su emisor (municipios, establecimientos, ministerio de salud) normativos y de procedimientos. Lo preventivo es fundamentalmente un mensaje de actividades municipales.

CASO: PÚBLICO

P	O	E	M	S
Guardia recepción	Dispensador de números	Exterior edificio	Derechos y deberes	Sistema de información municipal
Personal administrativo ventanillas	Salón de espera	Jardines y juegos	Cuidado de la formalidad	Programas de TV
Enfermeros	Televisor	Sala de espera	Distancia antes del ingreso	Sistema de folletería
Médico de turno	Recepción	Atención	Cercanía post ingreso	
	Avisos clasificados	Farmacia	Cuidado en la salida	
	Avisos municipales			
	Box de atención			

- **En los SS privados se observa un desarrollo más complejo de dispositivos de registro y derivación de turnos, mayor presencia de personas atendiendo y disponibles**, así como mayor riqueza en los elementos de actividad o información

<sup>4</sup> POEMS: Personas, objetos, entornos, mensajes, sistemas.

mientras se espera, y mayor cantidad de personal de atención en actitud de disposición hacia las personas.

CASO: PRIVADO

P	O	E	M	S
Guardia recepción estacionamiento	Dispensador de números	Estacionamiento	Derechos y deberes	Triaje y derivación
Guardia recepción urgencia	Sala de espera	Urgencia	Cuidado de la formalidad	TV
Recepción financiera	Televisor	TRIAGE	Información médica miscelánea en revistas	Sistema de folletería
Recepción TRIAGE	Folletería	Sala de espera a derivación	Información publicitaria clínica	Sugerencias y reclamos
Enfermero de derivación	Ventanillas	Box	Señalización	
Enfermero de recepción	Box	Derivación	Formulario de reclamos	
Médico tratante de turno		Centro de pago		
Enfermera tratante de turno				
Enfermeros auxiliares				
Médicos internos				
Médicos especialistas				

▪ **Continuidades y discontinuidades entre experiencia y definiciones sectoriales**

21. **Las personas saben que para ciertas cosas hay que ir al consultorio, y para otras a los SAPUs u Hospitales. Pero la necesidad tiene cara de hereje, y a veces no hacen caso. La pirámide de los servicios sanitarios (una amplia base de atención primaria y una cúspide de atención de gravedad) puede fácilmente convertirse en una columna, dada la “falta de especialistas” para atender sintomatologías nuevas y en horarios compatibles al sentido de urgencia de las personas.**
22. Se reporta que **los teléfonos para pedir hora médica no funcionan**, o nunca hay hora para pronto. Mejor ir allá a ver o ir a una consulta privada (costo tiempo o financiero personal) o ir a un SAPU (costo del sistema).
23. **Mientras te veo te trato, parece decir el sistema público.** La salud es cosa de asistir a los centros de salud, en tu casa es otra cosa. La observación de las prácticas de atención y el **reporte de los entrevistados muestra una baja consolidación del paso formal de que el médico explique al paciente el diagnóstico y tratamiento que debe realizar, poniendo en riesgo la adherencia al tratamiento de cuidado que debe continuar la persona.** Los médicos se dan poco tiempo para explicarle a los pacientes, escriben en letra ilegible la receta y, además, **los familiares no pueden entrar a esta etapa final para compartir el conocimiento de que debe hacerse. Fuera del centro de atención el control del tratamiento para pacientes que no están en programas, es una incertidumbre.**
  - Un paciente SAPU nos dice al salir “Parece que tengo una neumonía y no tengo que ir al consultorio a controlarme” “Ud. entiende lo que dice aquí” mostrando un papel escrito a mano e ilegible del diagnóstico y tratamiento, donde lo único que se entiende claramente es un sello cobertura AUGE.
  - Una paciente inmigrante nos señala que los médicos no se dan el tiempo para explicarle lo que tiene que hacer. Se siente discriminada como inmigrante.
24. Los servicios de salud privados funcionan satisfactoriamente desde una lógica de prestaciones de menor complejidad, pre-asegurada financieramente.
25. Sin embargo, **los aumentos de complejidad en las prestaciones implican un riesgo financiero para el paciente y, paradójicamente, se espera un rol más activo –como decisor**

**económico- para determinar los próximos pasos. Los principales puntos ciegos del sistema privado están en especificar económicamente los importes de los tratamientos no estandarizados más complejos.**

26. Los servicios de salud públicos funcionan desde una lógica de distribución logística de atenciones y objetos de salud, que atienden individuos aislados y territorialmente fijos, disponibles en horarios hábiles, en centros jerarquizados –pirámide asistencial- y que producen pacientes (pasivos, cansados) adscritos a seguir un tratamiento medicalizado para atender el dolor físico. Lo paradójico del caso:

- El sufrimiento no es solo físico, también es psicológico y relacional
- Las personas tienen movilidad, y estrategias para traspasar el sistema. Transformando la pirámide asistencial en una columna
- Las personas tienen un contexto familiar y laboral, y baja disponibilidad en horarios hábiles
- La curación implica un rol activo del paciente: adherencia al tratamiento y salud preventiva
- Los pacientes más intensivos o conectados poseen información creciente y competitiva con los profesionales técnicos del sistema

27. Los servicios de salud públicos se muestran hostiles en la relación a:

- La dinámica familiar
- La dinámica laboral de las personas
- El uso del tiempo de los usuarios

28. Los principales puntos ciegos de los sistemas de salud están en el tiempo entre prestaciones: cumplimiento de tratamiento y controles; y la preparación y planificación previa a la prestación; en los estándares esperables de atención, y en la gestión y trazabilidad visible de las mejoras de calidad de la atención.

### **C. Expectativas en relación a la protección y atención en salud: Análisis de prospectiva**

1. Una mirada prospectiva significa imaginar **futuros posibles** a partir de lo conocido. Los **escenarios** imaginados pueden ser de continuidad o de ruptura pero siempre tienen relación con aquello que ha formado parte de la experiencia real de los sujetos, es decir, con lo actual y con lo vivido en el pasado.
2. En este caso, **el punto de partida es la experiencia negativa o incluso muy negativa, con el sistema público y su comparación espontánea, inmediata y casi “cruel”, con el sistema privado.** El sistema público de salud es aquello que el sistema privado no es y viceversa.
3. El sistema privado es el “modelo de calidad” de referencia para el sistema público y en la comparación este último pierde con mucha distancia. Los estándares para evaluarlo

proviene de lo efectivamente experimentado con el sistema privado y lo mejorable del sistema público es aquello en lo que puede parecerse al privado. Transitar del hospital, o el consultorio a la clínica: este es el recorrido de eficiencia de la limpieza, de la estética, de la calidad, de la dignidad.

*“en el fondo estamos tratando de llegar de un hospital público a una clínica, que tenga la infraestructura de una clínica, la disponibilidad de atención de una clínica y la calidad de una clínica, o sea el especialista con quien te estas atendiendo te da el respaldo de que no es lo que botó la ola y está aquí ¿para qué?, en verdad se quiere puro ir apenas cumpla su no sé, periodo de trabajo entonces es como llegas el hospital público en una atención que puede ser mala o puede ser a lo mejor, el mismo especialista que está en la clínica, puede ser los mismos pero yo no tengo, no hay disponibilidad cuando yo lo necesito o la infraestructura a mí no me gusta es horrible el ambiente” (Grupo Isapres)*

4. Las mejoras “objetivas” del sistema público (nuevos hospitales, AUGE - GES etc.) son, a veces, reconocidas como tales: incluso “sorprenden”.

*“Mi hermano tiene 45 años y tiene cáncer al estómago y al colon. Y se activó al GES y está en Isapre, y sabes que de verdad que ha sido así, como por lo menos para mí, igual para mí ha sido sorprendente, eh cuando te dicen cáncer evidentemente pucha dices lucas, lucas, lucas, pero ha sido como, igual ha tenido evidentemente ha tenido que pagar pero nunca tanto como realmente hubiese tenido que pagar todo. Ha tenido todo, las quimioterapia, todo, igual ha tenido que pagar un co-pago pequeño, no se po de dos millones y tanto tuvo que pagar, pero es pequeño finalmente dentro el gasto es gigante cachai, quizá no todas las personas tienen el acceso a pagar esos dos millones y tanto” (Grupo Prospectiva Isapres)*

5. Sin embargo, **la imagen negativa global tiene más peso que estos avances parciales.** Estos no tienen capacidad de modificar una imagen negativa demasiado arraigada, demasiado “pesada” de lo público en general y de la salud pública en particular, que se ha instalado a lo largo de los años. Hay mucha inercia simbólica en la relación.

*“¿Cuántos gobiernos, cuántos gobiernos han pasado? Y ninguno, ninguno, ha hecho un hospital público decente”. (Grupo Prospectiva Fonasa)*

6. Desde la perspectiva de los usuarios, **el sistema público ideal existe, sólo hay que quitarle algunas de sus deficiencias: es el sistema privado de salud.** Como hemos constatado en los acápite anteriores, la gran mayoría de los chilenos han conocido el sistema privado de salud, incluyendo una proporción importante de usuarios de FONASA. El sistema privado de salud no es algo que conozcan de oídas: es algo que han experimentado. Para lo usuarios de Fonasa, el sistema privado se usa de manera intermitente, en atenciones de menor relevancia. Y al revés: el sistema público se usa cuando las coberturas descienden y los afiliados Isapre se ven forzados a migrar.

7. En la práctica, en el uso periódico, **el sistema de salud aunque está dividido por afiliados (Isapres/Fonasa) es un sistema mixto, público-privado.**

*“O con uno mismo, o con los hijos, los papás. Entonces, claro, aburre el tema de estar esperando en un hospital tantas y teniendo Fonasa uno compra un bono y te atiendes particular igual” (Grupo Prospectiva Fonasa)*

8. **Y aquí han visto diferencias abismales. Han conocido un modo distinto de atención, mejores instalaciones, mejor “ambiente”, lugares donde no hay pobreza ni pobres.**

*“Por ejemplo, que estábamos hablando, en la limpieza de los hospitales y en una clínica, cambia totalmente también”. (Grupo Prospectiva Fonasa)*

9. **Las desventajas del sistema privado** son “subterráneas”; tienen que ver, como todo sistema basado en el concepto de seguro privado, con cuestiones muy relevantes pero que **aparecen “después” cuando el seguro tiene que pagar lo acordado: enfermedades catastróficas, preexistencias etc. Mientras no emerja lo grave, es decir lo verdaderamente importante, el sistema privado es un sistema sonriente, amable.** Y aunque es percibida como una amabilidad “cínica”, de “letras pequeñas”, que genera desconfianza, es preferible a la frialdad, distancia, indiferencia o desafección de los servicios públicos.
10. **Las desventajas del sistema público** son “de superficie”, visibles directa e inmediatamente: tienen que ver con **cuestiones de trato**, es decir, de vínculo entre el usuario y el sistema. **Tienen que ver con lo que pasa en la “primera línea” de la relación:** con el trato de los funcionarios, con la burocracia”, con la reserva de horas, con las instalaciones, tiempos de espera con especialistas, espera para las intervenciones quirúrgicas etc. Tiene que ver con la relación con el personal (médicos, enfermeras etc.) a los cuales se les atribuye poca motivación, desafección profesional, producto de malos sueldos, exceso de trabajo etc.
11. En general, **la comparación entre ambos sistemas no tiene que ver con cuestiones, médicas, científicas ni siquiera desde el punto de vista de la tecnología. A ambos se les atribuye similar calidad “técnica”.** El saber y la experiencia médica es considerada similar en ambos espacios, incluso, a veces se reconoce un cierta superioridad en estos niveles a algunos centros públicos y sus profesionales.

#### IV. CONCLUSIONES

1. **La co-existencia de un sistema público y un sistema de privado de salud instaura un sentido de discriminación para los usuarios del sistema público** y permea los discursos de éstos como de aquellos del sistema privado.
2. **Los usuarios de ISAPRE son aquellos que leen el discurso antiguo sobre el mal sistema de salud público completo:** las colas en la madrugada, la aspirina como paliativo, la urgencia como una instancia que no resuelve, la deficiente calidad de atención. Y, la discriminación a que se ven sometidos aquellos que no tienen ingresos suficientes para pagar, y menos, para la atención privada. Lo perciben como un problema de país la salud como una empresa de lujo del cual ellos, por ahora, están exentos pues pueden pagar. **Tienen la sospecha que más adelante deberán usar el sistema público. Cabe notar que estos usuarios no reconocen mejoras en el sistema público, así sean parciales al modo que lo hacen los propios usuarios de este sistema.**

3. La buena calidad de atención que perciben los usuarios de ISAPRE en los establecimientos privados se refiere básicamente a aspectos de conveniencia práctica, **y pequeños privilegios que les distinguen de los demás: es la imagen del valet que le ayuda con el auto.** No es evidente, ni tampoco estos usuarios se preguntan, como el sistema privado responde a la alta complejidad. Es posible que este silencio refleje una preocupación.
4. El sistema privado es el “modelo de calidad” de referencia para el sistema público y en la comparación este último pierde con mucha distancia.
5. El sistema privado pareciera que fija un estándar en términos de infraestructura, calidad de atención, oportunidad, acceso, tiempos de espera, acceso a especialistas. Para los usuarios de FONASA es la imagen de la *clínica*. **Aunque las mejoras en infraestructura y en atención de salud experimentadas por los usuarios de FONASA tanto en consultorios, SAPUs y hospitales son reconocidas como tales, no logran ser articuladas** – al menos por ahora- en un discurso acerca *buen hospital público, o el SAPU* accesible y bueno. **“Parece una clínica”, “excelente, es un hospital público, pero nada que decir, funcionó espectacular”: parece una clínica, pero no lo es; es un excelente hospital, a pesar de que es público.**
6. La tragedia de lo público es que el rango de percepción se mueve entre menos bueno que lo privado –donde si se paga se imagina que podría ser mejor o más oportuno- y mejor que los peores casos públicos que muestran los noticieros y reportajes de televisión “este consultorio es bueno, nos atienden bien, no como lo que se ve en televisión en el sur con gente esperando desde las cinco de la mañana a ser atendidos”.
7. **La clave público/privado es menos generosa para aquilatar las mejoras, que la clave territorial o por establecimientos de atención.**
8. La negativa opinión acerca de la oferta pública de medicamentos se engarza con uno de los tópicos duros y antiguos que ha permeado el discurso sobre la salud pública: **los medicamentos son un paliativo, una excusa para no resolver el problema real de salud.**
9. **La atención de urgencia de alta complejidad condensa las mayores críticas**, apoyadas por la continua desacreditación que muestra la televisión. El discurso sobre urgencia parece ser aquel de más difícil modificación, pues se instala en unas paradojas entre las expectativas del usuario al acudir a este servicio y la atención que recibe: lo que es urgente para el usuario, no lo es para el establecimiento; lo que es grave para el usuario, no lo es para el establecimiento; el apoyo psicológico que busca el usuario ante el stress de la condición de salud, no lo recibe y el entorno aumenta el sentimiento de stress.
10. En cambio, **la atención de urgencia de baja complejidad en los SAPUs no es considerada tan negativamente, pero tampoco se logra articular en un discurso que permee los servicios de urgencia en general.** El discurso sobre la urgencia del hospital tiñe también a los SAPUs, aunque no los mancha.
11. Lo público, no habla de lo bueno de lo público. Si bien la observación de centros de atención primaria muestra ambientes con infraestructura limpia, ordenada y bien equipada, los SAPUs y los centros de especialistas en los hospitales también (no tanto las

urgencias de los hospitales que muestran más variabilidad en términos de orden y limpieza) los establecimientos públicos no hablan ni comunican las mejoras de su servicio.

12. En los centros de atención, **los mensajes y dispositivos de comunicación son funcionales, no hablan de oportunidades o beneficios de vinculación.** Hablan de procedimientos administrativos o campañas de salud, también de derechos –sin información de donde exigirlos- no comunican sus logros, sus coberturas de atención, ni los beneficios de la gratuidad. **Un ejemplo paradigmático es la entrega de medicamentos gratuitos. Los medicamentos se entregan en tiras recortadas en bolsa de papel como de almacenero, y una persona mayor sale con todo lo necesario para abordar su neumonía – aspirador, spray, medicamentos- sujetándolo con sus brazos y a punto de que se le caigan. No hay un empaquetamiento y rotulación que le de valor a lo recibido, que destaque que esto es un beneficio de la salud pública o del AUGE.**
13. En esta escena social, se configura una doble resignación respecto al juicio de calidad de la salud pública, una resignación ideológica resultante de las imágenes de los medios y la lógica del mercado y un público silencioso, y una resignación corporal resultante del cansancio y la situación de espera con angustia que impone los servicios de salud a sus pacientes.
14. En un sentido más fuerte, **los servicios de salud crean pacientes**, personas pasivas, menos activas socialmente, que asumen las incomodidades, a la espera de la acción de otros que los atienden o mejoren. **Los servicios de salud privados crean clientes**, con un estatus de atención más alto y con un explícito reconocimiento de derechos contra el cumplimiento de pagos.
15. Si en la perspectiva de futuro de los usuarios está el ideal de servicio del sistema público totalmente signado con la identidad de los servicios privados es, en parte, porque lo público no ha comunicado un despliegue que trasmita una preocupación por lograr la aceptabilidad. Esto no resta que sí se reconozcan los avances en políticas como las GES.

## V. ITEMS DE ACCIÓN

### Consideraciones

1. Los resultados de este estudio permiten identificar ítems de acción desde donde fortalecer la agenda del gobierno, a través de la articulación de intervenciones básicamente de segunda línea pero que sin embargo, pueden ayudar a revertir la desmejorada imagen del sector público de salud.
2. Pero, no hay que perder de vista que la evaluación de los usuarios en relación a los sistemas de aseguramiento en salud (FONASA / ISAPRE) y a los servicios de salud, particularmente los públicos, es una respuesta a cómo estos se han instalado y a la identidad de “lo público” que proyectan en la población.

3. Entonces, ¿a qué debe responder el sector salud para tener usuarios más satisfechos que valoren sus intervenciones?. A estas alturas, no podemos desconocer el hecho de que las lógicas de mercado han impregnado la opinión usuaria **y han puesto en valor los aspectos menos decisivos de la atención en salud.**
4. Es evidente, que para que esto fuera posible en algún sentido las políticas de salud descuidaron el fortalecimiento de lo público. Mientras los privados seguían contando por décadas con sistemas de selección que les permitían atender a la población con menos daños en salud y también, con mejores ingresos.
5. Del otro lado, lo público, recibía a la población más vulnerable, con más daño y cuya atención generaba un significativo endeudamiento para los establecimientos, principalmente para los hospitales.
6. Poco y nada reconoce el usuario FONASA del sentido más positivo de lo público: la solidaridad.
7. Más aún, lejos de valorar el acceso o la resolutivez de la red asistencial pública, que ya tiene sus déficit históricos y también sus logros, el usuario FONASA vive su condición de afiliado con reparos, en la retina tiene instalada la imagen de la atención privada repleta de gestos y objetos que pueden resolver o ayudar a resolver un problema de salud objetivo, asunto que puede ser muy discutible desde la perspectiva de los técnicos pero atendible desde la subjetividad de los usuarios.
8. Sin embargo, implícita o explícitamente, usuarios FONASA e ISAPRE saben que serán los establecimientos públicos los lugares que atenderán sus requerimientos ante enfermedades graves o bien, ante la pérdida de seguros privados a causa de la disminución de sus ingresos cuando jubilen.
9. ¿Qué logra el sistema privado? **El sistema privado propone una relación más dinámica y logra un orden en la entrega del servicio que el usuario valora.** Todo esto en condiciones bastante ideales pues atiende a una proporción menor de la población.
10. **Los servicios públicos de salud proyectan en sus usuarios precisamente esa falta de orden** y, en consecuencia, expresan un funcionamiento que puede vivirse como caótico. ¿Cómo se manifiesta ese caos? El usuario lo observa en la dificultad del sistema para cumplir con su promesa de servicio, es decir, tiempo y oportunidad de atención.
11. Asimismo, **los servicios públicos tienen gran dificultad para poner en valor sus logros.** Cada avance parece estar desprovisto de una mínima acción que transmita afecto y preocupación por el usuario. Así por ejemplo, **la gratuidad de los medicamentos que es un aspecto muy positivo de los servicios de salud públicos tiene poco reconocimiento, ¿por qué?, porque los medicamentos son entregados bajo la forma de la precariedad: indicaciones ilegibles, contenedores débiles, unidades fraccionadas manualmente, etc. Todo ello transmite el reflejo de la temida imagen de la pobreza.**

12. Finalmente, cabe insistir en que es necesario discutir y establecer que esperamos o deseamos que sean los atributos de “lo público” (ya sea en servicios de salud o de educación). Cuál es la imagen de los público que queremos proyectar?
13. Los ítems, que hemos identificados como palancas de acción, pueden tener menor o mayor aceptabilidad y resonancia pública en la medida en que estén amparados en un concepto más o menos fuerte de lo público.

## Ítems de acción

14. Los ítems propuestos se instalan en los siguientes ámbitos:



### 15. Salud de los trabajadores

- a. Acceso directo al consultorio más cercano al trabajo sin descartar el acceso al consultorio cercano a la residencia (multicanalidad).
- b. Extensión de horarios de consultorios o sinceramiento SAPUs , 18-22 atención preferencial de trabajadores/as.
- c. Permisos médicos para atención de trabajadores crónicos programados semestralmente en acuerdo con las empresas.

### 16. Mejoramiento de servicio y gestión de calidad

- a. Incorporar y potenciar la figura del cuidador (familiar o no) para contacto, retiro de medicamento, acompañamiento y control de indicaciones de tratamiento.
- b. Obligación de entrega de diagnóstico y tratamiento por escrito (computador) al usuario directo o a quien este designe como cuidador o acompañante.
- c. Incluir paso administrativo en la atención: lectura de diagnóstico y de tratamiento al paciente y sugerir que se considere a un acompañante familiar, siempre que exista consentimiento del usuario/a y no vulnere la confidencialidad.
- d. Sistemas tecnológicos de recordación y seguimiento de tratamiento (SMS, servicios Internet)
- e. Auditoría nacional a líneas de reserva de horas
- f. Reserva telefónica de horas: automatizarlo en la red pública (asegurar funcionamiento de promesa)

- g. Programa de consultorios modelos en equipamiento e insumos de servicio al usuario, tales como: ventanilla única, turnos electrónicos de atención, separadores de filas y de ambientes, señalética de servicio, estimación de tiempos de espera, entre otros.
- h. Mejorar plazo y calidad de entrega exámenes, por ej. Utilizando sistemas de control de calidad.
- i. Indicar con la mayor precisión posible los tiempos de espera para atención de especialistas y operaciones.
- j. Problemas GES: Condiciones exigibles dentro del flujograma de la prestación; ej. Tiempo máximo entre diagnóstico y tratamiento, número de consultas, lugares de atención, entre otros.
- k. Personalización: Tarjeta inteligente de atención en salud que identifique al usuario y pueda almacenar información sobre sus últimas atenciones. Disponibilidad de la información con acceso multi-dispositivo y poli-funcional en la red pública de atención.
- l. Datos personales: Manejo del historial médico centralizado.

#### **17. Mejoramiento de la atención a enfermos crónicos**

- a. Acceso a Diálisis en distintos lugares del país para personas en tratamiento que salen de vacaciones.
- b. Atención condiciones crónicas: posibilidad de agendar controles con mayores plazos y entregar medicamentos para esos plazos.

#### **18. Comunicación y desarrollo de la organización de salud**

- a. Generar una campaña institucional de nuevo trato que fortalezcan:
  - i. la comunicación entre equipos de salud y usuario;
  - ii. la educación sanitaria
  - iii. y la autocapacitación de servicios de salud con orientación al usuario
- b. Mejorar la percepción de que existe control y autoridad sobre el conjunto de sistema de salud, tanto entre usuarios ISAPRES como FONASA: Gobernanza
- c. Fortalecer la estrategia del MINSAL para potenciar el uso de medios (principalmente TV) para reducir el endurecimiento de los núcleos del discurso, tanto entre usuarios FONASA como ISAPRE.
- d. Disponer de tableros de estadísticas de calidad y atenciones publicados para los equipos de salud en centros de atención.
- e. Internet Social por centro: vinculado a pertenencia territorial, comunidad y segmento de pacientes.
- f. Producir campañas específica de educación sanitaria:
  - i. Uso de servicios de urgencia: Apelar a la responsabilidad del usuario en el uso de servicios de urgencia
  - ii. Disminución de consumo de sal
  - iii. Alimentación saludable para escolares

#### **19. Transparencia y derechos de los usuarios**

- 3) Entrega de estimaciones y rangos de precios de intervenciones y tratamientos de mayor complejidad a usuarios.

- 4) Comunicación de riesgos de salud más frecuentes asociados a las intervenciones y tratamientos que pudieran alterar significativamente el presupuesto asignado para éstas.

## Síntesis de ítems de acción y efectos esperados

Dimensión	Ítem de acción	Ámbito de efecto positivo esperable		
		Experiencia de Servicio	Discurso sobre la salud y comunicaciones	Fortalecimiento de los servicios de salud (interno)
<b>Salud de los trabajadores</b>	Acceso directo al consultorio más cercano al trabajo sin descartar el acceso al consultorio cercano a la residencia.	↑	↑	↑
	Extensión de horarios de consultorios o sinceramiento SAPUs , 18-22 atención preferencial de trabajadores/as.	↑		↑
	Permisos médicos para atención de trabajadores crónicos programados semestralmente en acuerdo con las empresas.	↑	↑	
<b>Mejoramiento de servicio y gestión de calidad</b>	Incorporar y potenciar la figura del cuidador (familiar o no) para contacto, retiro de medicamentos, acompañamiento y control de indicaciones de tratamiento.	↑		
	Obligación de entrega de diagnóstico y tratamiento por escrito (computador) al usuario directo o a quien este designe como cuidador o acompañante.	↑	↑	↑
	Incluir paso administrativo en la atención: lectura de diagnóstico y de tratamiento al paciente y sugerir que se considere a un acompañante familiar, siempre que exista consentimiento del usuario/a y no vulnere la confidencialidad.	↑		↑
	Sistemas tecnológicos de recordación y seguimiento de tratamiento (SMS, servicios Internet)	↑	↑	↑
	Auditoría nacional a líneas de reserva de horas			↑
	Reserva telefónica de horas: automatizarlo en la red pública (asegurar funcionamiento de promesa)	↑		↑
	Programa de consultorios modelos en equipamiento e insumos de servicio al usuario, tales como: ventanilla única, turnos electrónicos de atención, separadores de filas y de ambientes, señalética de servicio, estimación de tiempos de espera, entre otros.	↑	↑	↑
	Mejorar plazo y calidad de entrega exámenes, por ej. Utilizando sistemas de control de calidad.	↑		↑
	Indicar con la mayor precisión posible los tiempos de espera para atención de especialistas y operaciones.	↑		↑

	Problemas GES: Condiciones exigibles dentro del flujograma de la prestación; ej. Tiempo máximo entre diagnóstico y tratamiento, número de consultas, lugares de atención, entre otros.	↑		↑
	Personalización: Tarjeta inteligente de atención en salud que identifique al usuario y pueda almacenar información sobre sus últimas atenciones. Disponibilidad de la información con acceso multi-dispositivo y poli-funcional en la red pública de atención.	↑	↑	↑
	Datos personales: Manejo del historial médico centralizado.			↑
<u>Mejoramiento de la atención a enfermos crónicos</u>	Acceso a Diálisis en distintos lugares del país para personas en tratamiento que salen de vacaciones.	↑	↑	↑
	Atención condiciones crónicas: posibilidad de agendar controles con mayores plazos y entregar medicamentos para esos plazos.	↑	↑	↑
<u>Comunicación y desarrollo de la organización de salud</u>		↑	↑	↑
	Generar una campaña institucional de nuevo trato que fortalezcan: - la comunicación entre equipos de salud y usuario; - la educación sanitaria - y la autocapacitación de servicios de salud con orientación al usuario			
	Mejorar la percepción de que existe control y autoridad sobre el conjunto de sistema de salud, tanto entre usuarios ISAPRES como FONASA: Gobernanza		↑	
	Fortalecer la estrategia del MINSAL para potenciar el uso de medios (principalmente TV) para reducir el endurecimiento de los núcleos del discurso, tanto entre usuarios FONASA como ISAPRE.		↑	
	Disponer de tableros de estadísticas de calidad y atenciones publicados para los equipos de salud en centros de atención.			↑
	Internet Social por centro: vinculado a pertenencia territorial, comunidad y segmento de pacientes.		↑	
	Producir campañas específicas de educación sanitaria.		↑	
<u>Transparencia y derechos de los usuarios</u>	Entrega de estimaciones y rangos de precios de intervenciones y tratamientos de mayor complejidad a usuarios.	↑	↑	
	Comunicación de riesgos de salud más frecuentes asociados a las intervenciones y tratamientos que pudieran alterar significativamente el presupuesto asignado para éstas.	↑	↑	