



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

CARACTERIZACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN PERCIBIDA EN LOS SERVICIOS DE
SALUD PÚBLICOS DE CHILE A TRAVÉS DE LOS RECLAMOS EMITIDOS AL
MINISTERIO DE SALUD

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

FELIPE IGNACIO MEDINA FIGUEROA

PROFESOR GUÍA:
RAIMUNDO UNDURRAGA RIESCO

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
ALEJANDRO CORVALÁN AGUILAR
JAVIER FUENZALIDA AGUIRRE

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por el Centro de Sistemas Públicos de la
Universidad de Chile

SANTIAGO DE CHILE
2019

RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR
AL TÍTULO DE: Ingeniero Civil Industrial
POR: Felipe Ignacio Medina Figueroa
FECHA: 12/08/2019
PROFESOR GUÍA: Raimundo Undurraga R.

CARACTERIZACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN PERCIBIDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS DE CHILE A TRAVÉS DE LOS RECLAMOS EMITIDOS AL MINISTERIO DE SALUD

En Chile, el sistema de salud público es percibido como un lugar discriminatorio por parte de la población. Esto motiva a analizar el estado actual de la discriminación en los servicios de salud públicos. Esta memoria apunta a explorar el estado actual de la discriminación percibida dentro del sistema de salud público a través del análisis de solicitudes recibidas por la Oficina de información, reclamos y sugerencias del Ministerio de Salud de Chile el año 2017, y poder responder las preguntas quién, cómo y a quiénes se discrimina.

En primera instancia, se describe de forma general el cómo está compuesto el sistema de salud público, explicitando que más del 80% de la población chilena lo usa y que consiste en una red que se apoya en sus distintos tipos de servicios para responder a los problemas de salud de la población, dependiendo de la complejidad y la zona que abarca.

Los funcionarios de los servicios de salud corresponden a burócratas de nivel callejero, teniendo poder para decidir, según sus perspectivas personales, el tipo de atención que dar a los pacientes, siendo este un escenario para actos discriminatorios. Sin embargo, solo se trabajará con la discriminación percibida por los reclamantes, dado que no es posible describir socioeconómicamente las motivaciones de cada uno de los tipos de funcionarios. Al estudiar las manifestaciones de discriminación en salud del mundo, a través de publicaciones académicas y los programas implementados en Chile, se identificaron indicadores para poder caracterizar tanto los reclamos que relacionan a personal de la salud, como los que presentan manifestaciones de discriminación.

Para el análisis se utilizó un algoritmo de modelamiento tópico llamado asignación latente de Dirichlet. Con este fue posible descubrir qué temáticas se abordan dentro de las solicitudes, en conjunto con la identificación de segmentos de discriminación y personal de la salud. Se analizaron segmentos relacionados a género, edad, nivel de pobreza, origen del apellido y nivel de servicio.

Como resultado, se encuentran acciones de trato despectivo transversalmente dentro de todos los segmentos y de una gran variedad del personal de salud. Respondiendo las preguntas planteadas, existe una tendencia de los reclamos a denunciar a personal colaborativo dentro del servicio de salud. El trato despectivo se manifiesta a través de faltas de respeto, burlas, indiferencia por parte del personal, y en algunos casos violencia física o negación de entrada. Quienes son discriminados, no es un grupo en particular dado que existen estas manifestaciones a través de todos los segmentos analizados. No obstante, en la población con mayor pobreza y en mujeres, se ven reclamos donde se involucra trato despectivo de personal médico y no médico de forma transversal.

Finalmente, este estudio permite conocer la composición general de los reclamos y los tipos de problemas que presenta el sistema de salud, permitiendo ser un insumo para poder detectar las problemáticas existentes y generar políticas para subsanarlas.

*Para Miriam, Karlita y, especialmente a ti Telita.
Gracias, por tanto.*

Agradecimientos

Primero, agradecer a mi madre Miriam. Gracias por tu apoyo incondicional, por ser mi confidente, por darme los valores que me hacen la persona que soy hoy en día. Gracias por todo, y más.

A mi hermana Karlita, por ser un ejemplo de esfuerzo y constancia dentro de mi vida. Gracias por estar acá siempre, pese a la distancia. Porque no importa la distancia, siempre puedo contar contigo y tu conmigo.

A Camila, por apoyarme y siempre creer en mí sin dudar. Por ser la persona que me saca de la zona de confort, y mostrarme las cosas desde otra perspectiva. Te amo y gracias por ser tú quien está compartiendo conmigo esta etapa de mi vida.

A mi cuñado, Juan Pablo, por apoyarme como un hermano desde que lo conozco. Gracias por tu preocupación y tu constante cariño.

A mi padre Eduardo y mi hermana Sofía, que han tenido una confianza plena en mi desarrollo como universitario y profesional, y están ahí cuando más los necesito.

Gracias a mis amigos de la vida, especialmente a Daniel, Felipe, Andrés y Juan José, que siempre han estado pendientes de mi estado personal. Ellos, junto a mis otros amigos del colegio, hacen que la vida se pueda disfrutar mucho más, y me alegra tenerlos a todos cerca pese a que tomamos caminos distintos.

Gracias a Mario y Camilo, sin ustedes la universidad no podría haber sido más entretenida. Gracias por lo compartido, por hacerme querer esforzarme cada vez más en mis metas profesionales y por hacer los momentos nefastos de la universidad, menos nefastos.

Agradezco a Javier y Raimundo por esta oportunidad de aprendizaje. La experiencia detrás de una investigación era algo que no había vivido durante mi época universitaria, y me alegra mucho haberla vivido previo a terminarla. Gracias por la confianza y por el apoyo brindado. Ha sido una muy bonita experiencia para poder cerrar mi carrera. Agradecer también a Andrés y Tomás del Centro de Sistemas Públicos, que me acompañaron en el proceso, aconsejándome y apoyándome para realizar de la mejor forma posible este trabajo. También a Sebastián, por la ayuda brindada para ordenar mis ideas cuando empecé a analizar los datos.

Gracias a todos los que me han acompañado en este viaje hasta ahora, que no es más que una parada más dentro del camino de la vida. Si bien nuestros caminos se volverán a cruzar probablemente en el futuro, que sepan que, si no se vuelven a cruzar, en este instante fueron muy valiosos para mí y siempre los atesoraré por ello.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Contexto.....	1
1.2. Presentación del trabajo	1
1.3. Objetivos.....	2
1.4. Alcances y limitaciones.....	2
2. EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO DE CHILE	4
2.1. Estructura del sistema salud chileno	4
2.2. Estructura del Sistema de Atención de Salud Pública	5
3. MARCO TEÓRICO	11
3.1. El Burócrata a nivel callejero	11
3.2. Discriminación y sus manifestaciones.....	11
3.3. La discriminación en Chile	14
3.4. Los procedimientos antidiscriminación en el mundo.....	15
3.5. Políticas asociadas a la no discriminación en la Salud en Chile.....	17
3.5.1. Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020.....	17
3.5.2. ¿Qué es el “Trato Digno?”.....	18
3.5.3. Plan para pueblos indígenas.....	19
3.5.4. Plan para pueblos migrantes	19
3.5.5. Plan para adulto mayor	19
4. METODOLOGÍA	21
4.1. Asignación Latente de Dirichlet (LDA)	21
4.2. Coherencia.....	22
4.3. Implementación de LDA	22
4.3.1. Tokenización y Lematización	22
4.3.2. Stopwords	22
4.3.3. Tópicos dominantes	23
4.4. Caracterización de los datos	23
4.4.1. Base de datos – Solicitudes OIRS-MINSAL.....	23

4.5.	Limpieza de la base de datos	24
4.6.	Segmentaciones de datos	26
4.6.1.	Género.....	26
4.6.2.	Edad	26
4.6.3.	Nivel de pobreza	27
4.6.4.	Apellidos de origen mapuche	27
4.6.5.	Apellidos sin profesionales de prestigio	28
4.6.6.	Nivel de establecimiento.....	28
4.6.7.	Interacciones de los segmentos.....	28
5.	RESULTADOS.....	30
5.1.	A nivel de género	30
5.1.1.	Segmento “Hombres”	31
5.1.2.	Segmento Mujeres	36
5.2.	Por nivel de pobreza.....	44
5.2.1.	Cuartil bajo	45
5.2.2.	Cuartil medio	51
5.2.3.	Cuartil alto	56
5.2.4.	Cuartil muy alto	60
5.3.	A nivel de edad.....	67
5.3.1.	Menores	67
5.3.2.	Jóvenes.....	70
5.3.3.	Adultos jóvenes.....	74
5.3.4.	Adultos establecidos	82
5.3.5.	Adultos maduros	89
5.3.6.	Adultos mayores	95
5.4.	Apellidos	103
5.4.1.	Apellidos de origen Mapuche	103
5.4.1.	Apellidos sin profesionales de prestigio	106
5.5.	Nivel de atención.....	109
5.5.1.	Atención primaria	109
5.5.2.	Atención secundaria.....	115
5.5.3.	Atención terciaria.....	122
6.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	127
6.1.	De la inspección de reclamos	127
6.2.	Por tipo de segmento	127
6.2.1.	Segmento género.....	127
6.2.2.	Segmento cuartiles de pobreza.....	128
6.2.3.	Segmento rango etario	128
6.2.4.	Segmento apellidos	129

6.2.5. Segmento nivel de atención	129
7. CONCLUSIONES	131
7.1. Del análisis tópicó	131
7.2. Resultados en relación con los programas gubernamentales implementados	132
7.3. Limitaciones de este trabajo y propuestas a futuro	133
8. BIBLIOGRAFÍA	134
9. ANEXOS Y APÉNDICES	136
ANEXO A: HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO CHILENO	136
ANEXO B: SOLICITUD DE ACCESO A BASE DE DATOS DE OIRS.MINSAL.CL REALIZADA POR PLATAFORMA DE TRASNPAARENCIA	137
ANEXO C: TAXONOMÍA ACORDE A LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA REALIZADA A LAS MANIFESTICACIONES DE LA DISCRIMINACIÓN	138
ANEXO D: LISTA DE STOPWORDS APLICADAS AL ALGORITMO LDA	140

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 – Diferenciación de Sistemas de atención público	5
Tabla 2 - Espacios en dónde la discriminación se hace más presente	15
Tabla 3 – Conceptos relacionados al “trato digno”	18
Tabla 4 – Listado de categorías para los reclamos de la plataforma de oirs.minsal.cl.....	25
Tabla 5 - Clasificación de establecimientos de la base de OIRS.MINSAL	26
Tabla 6 - Clasificación de segmentos de edades	26
Tabla 7 – Distribución de segmentos de nivel de pobreza	27
Tabla 8 - Grupo de 50 apellidos con ningún profesional de prestigio.....	28
Tabla 9 - Distribución de segmentos por nivel de atención	28
Tabla 10 - Palabras para la caracterización del segmento manifestaciones de la discriminación.	29
Tabla 11 - Palabras para la caracterización del segmento interacción funcionarios	29
Tabla 12 - Cantidad de documentos por segmento de género y análisis.....	30
Tabla 13 – Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento hombres	31
Tabla 14 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento hombres	35
Tabla 15 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento mujeres	37
Tabla 16 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento mujeres	43
Tabla 17 - Cantidad de documentos por segmento de cuartil de pobreza y análisis	44
Tabla 18 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento cuartil bajo.....	45
Tabla 19 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento cuartil bajo.....	50
Tabla 20 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento cuartil medio.....	51
Tabla 21 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento cuartil medio.....	55
Tabla 22 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento cuartil alto.....	56
Tabla 23 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento cuartil alto.....	60
Tabla 24 - Número de tópicos, coherencia y perplejidad para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento cuartil muy alto.....	61
Tabla 25 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento cuartil muy alto.....	66
Tabla 26 - Cantidad de documentos por segmento de segmento de edad y análisis	67
Tabla 27 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento menores	67
Tabla 28 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento menores	70
Tabla 29 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento jóvenes.....	71
Tabla 30 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento jóvenes.....	74
Tabla 31 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento adultos jóvenes	75
Tabla 32 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento adultos jóvenes	81
Tabla 33 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento adultos establecidos	83
Tabla 34 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento adultos establecidos.....	88
Tabla 35 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento adultos maduros.....	89
Tabla 36 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento adultos maduros.....	94

Tabla 37 - Número de tópicos, coherencia y perplejidad para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento adultos mayores.....	95
Tabla 38 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento adultos mayores.....	101
Tabla 39 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento apellidos.....	107
Tabla 40 - Número de tópicos, coherencia y perplejidad para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento atención primaria.....	110
Tabla 41 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento atención primaria.....	115
Tabla 42 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento atención secundaria	116
Tabla 43 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento atención secundaria ...	121
Tabla 44 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento atención terciaria	122
Tabla 45 - Análisis tópico base inicial segmento atención terciaria.....	122
Tabla 46 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento atención terciaria	126

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 - Organigrama del Ministerio de Salud	5
Ilustración 2 – Organigrama de atención primaria	7
Ilustración 3 - Organigrama de atención secundaria	9
Ilustración 4 - Gráficos coherencia-perplejidad segmento hombres	31
Ilustración 5 – Análisis tópico base inicial segmento hombres.....	32
Ilustración 6 – Análisis tópico de la interacción con manifestaciones de la discriminación y segmento hombres	33
Ilustración 7 - Análisis tópico de la interacción de funcionarios y segmento hombres	34
Ilustración 8 - Gráficos coherencia-perplejidad segmento mujeresFuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)	36
Ilustración 9 - Análisis tópico base inicial segmento Mujeres	38
Ilustración 10 – Análisis tópico de la interacción con manifestaciones de la discriminación y segmento Mujeres.....	40
Ilustración 11 - Análisis tópico de la interacción con funcionarios y segmento Mujeres	42
Ilustración 12 - Gráficos coherencia-perplejidad segmento cuartil bajo.....	45
Ilustración 13 - Análisis tópico base inicial segmento cuartil bajo	46
Ilustración 14 - Análisis tópico interacción con manifestaciones de la discriminación con segmento cuartil bajo.....	48
Ilustración 15 - Análisis tópico interacción con funcionarios con segmento cuartil bajo.....	49
Ilustración 16 - Gráficos coherencia-perplejidad segmento cuartil medio.....	51
Ilustración 17 - Análisis tópico base inicial segmento cuartil medio.....	52
Ilustración 18 - Análisis tópico interacción manifestaciones de la discriminación con segmento cuartil medio.....	53
Ilustración 19 - Análisis tópico interacción funcionarios con segmento cuartil medio.....	54
Ilustración 20 - Gráficos coherencia-perplejidad cuartil alto	56
Ilustración 21 - Análisis tópico base inicial segmento cuartil alto.....	57
Ilustración 22 - Análisis tópico interacción de manifestaciones de la discriminación con segmento cuartil alto.....	58
Ilustración 23 - Análisis tópico interacción de funcionarios con segmento cuartil alto.....	59
Ilustración 24 - Gráfico coherencia-perplejidad segmento cuartil muy alto	61
Ilustración 25 - Análisis tópico base inicial segmento cuartil muy alto.....	62
Ilustración 26 - Análisis tópico interacción manifestaciones de la discriminación con segmento cuartil muy alto.....	63
Ilustración 27 - Análisis tópico interacción funcionarios con segmento cuartil muy alto	65
Ilustración 28 - Gráficos coherencia-perplejidad segmento menores Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)	67
Ilustración 29 - Análisis tópico base inicial segmento menores.....	69
Ilustración 30 - Gráficos coherencia-perplejidad segmento jóvenes.....	70
Ilustración 31 - Análisis tópico base inicial segmento jóvenes.....	72
Ilustración 32 - Análisis tópico interacción manifestaciones de la discriminación con segmento jóvenes.....	73
Ilustración 33 - Gráficos coherencia-perplejidad segmento adulto joven	75
Ilustración 34 - Análisis tópico base inicial segmento adultos jóvenes	76
Ilustración 35 - Análisis tópico interacción con manifestaciones de la discriminación y segmento adultos jóvenes	78
Ilustración 36 - Análisis tópico interacción con funcionarios y segmento adultos jóvenes.....	79
Ilustración 37 - Gráficos coherencia-perplejidad segmento adultos establecidos.....	82

Ilustración 38 - Análisis tópic base inicial segmento adultos establecidos	84
Ilustración 39 - Análisis tópic con interacción manifestaciones de la discriminación y segmento adultos establecidos	86
Ilustración 40 - Análisis tópic con interacción funcionarios y segmento adultos establecidos... ..	87
Ilustración 41- Gráficos coherencia-perplejidad adultos maduros	89
Ilustración 42 - Análisis tópic base inicial segmento adultos maduros	90
Ilustración 43 - Análisis tópic con interacción de manifestaciones de la discriminación y segmento adultos maduros	92
Ilustración 44 - Análisis tópic con interacción de funcionarios y segmento adultos maduros....	93
Ilustración 45 - Gráficos coherencia-perplejidad segmento adultos mayores	95
Ilustración 46 - Análisis tópic base inicial segmento adultos mayores	96
Ilustración 47 - Análisis tópic con interacción manifestaciones de la discriminación y segmento adultos mayores	98
Ilustración 48 - Análisis tópic con interacción de funcionarios y segmento adultos mayores....	99
Ilustración 49 - Cantidad de documentos en segmento apellidos.....	103
Ilustración 50 - Gráfico coherencia-perplejidad segmento apellidos	107
Ilustración 51 - Análisis tópic base inicial segmento apellidos.....	108
Ilustración 52 - Cantidad de documentos por tópic dominante en segmento apellidos	109
Ilustración 53 - Gráficos coherencia-perplejidad atención primaria	110
Ilustración 54 - Análisis tópic base inicial segmento atención primaria	112
Ilustración 55 - Análisis tópic base con interacción manifestaciones discriminación y segmento atención primaria	113
Ilustración 56 - Análisis tópic base con interacción funcionarios y segmento atención primaria	114
Ilustración 57 - Gráficos coherencia-perplejidad atención secundaria.....	116
Ilustración 58 - Análisis tópic base inicial segmento atención secundaria.....	117
Ilustración 59 - Análisis tópic con interacción manifestaciones de la discriminación y segmento atención secundaria.....	119
Ilustración 60 - Análisis tópic con interacción funcionario ny segmento atención secundaria.	120
Ilustración 61 - Gráficos coherencia-perplejidad segmento atención terciaria Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)	122

1. Introducción

1.1. Contexto

Dentro de los derechos y deberes constitucionales establecidos en Chile, está el derecho de salud, el cual, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Derechos Humanos realizada por el Instituto Nacional de Derechos Humanos (de ahora en adelante INDH) el año 2018, es el derecho al cual se le otorga más importancia por parte de la población chilena (INDH, 2018).

En su constitución, el Estado de Chile declara que protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo (Senado de la República de Chile, 2012). Lamentablemente, el sistema de salud no es percibido como un espacio seguro por parte de la población, pese a que el Estado ha podido estructurar un sistema de salud en donde todos sus ciudadanos tengan acceso, sin importar su condición.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Derechos Humanos realizada el año 2015 por el INDH, el grupo que se autoselecciona dentro del uso de los sistemas de salud pública está conformado por los segmentos de la población que se sienten más discriminados dentro del sistema: pueblos indígenas, personas de escasos recursos, y adultos mayores, entre otros (INDH, 2015). Debido a las bondades que tiene el sistema de salud público como el menor costo en atenciones, acceso a medicamentos gratuitos, entre otros beneficios (Becerril-Monteiko, Reyes, & Manuel, 2010), para este grupo resulta ser muchas veces la única opción de tratamiento debido a la diferencia de precios con el sistema de salud privado (Goic, 2015).

Uno de los problemas asociados a la sensación de discriminación por parte de estos grupos es que, al no sentirse cómodos en el sistema público y al no tener acceso al sistema privado, optan por tratamientos no regulados por el Instituto de Salud Pública (de ahora en adelante, ISP), acuden a la automedicación utilizando medicamentos distribuidos en el mercado negro, entre otras alternativas, poniendo así en más riesgo su estado de salud (Contreras, 2018).

Llama la atención que el Estado, ya desde hace varios años, ha recolectado información de la población con el fin de entender cuáles son las discriminaciones o malos tratos percibidos, y ha desarrollado planes para mejorar la atención y con esto la experiencia del usuario en los servicios. Frente a esto surgen diversas preguntas. ¿Existe un problema al implementar estos planes? ¿Hay procedimientos que incitan a generar espacios de incomodidad y discriminación de ciertos grupos? ¿Hay una falta de capacitación al personal de los servicios de salud enfocada en la atención a estos grupos que permita mejorar su experiencia de usuario?

1.2. Presentación del trabajo

Dentro de la introducción del trabajo, se califica al sistema de salud público chileno como un lugar poco seguro para la población, pese a la existencia de numerosas medidas en proceso relacionados al buen trato y atención de minorías. Por ello, se propone caracterizar la discriminación que se presenta dentro de los servicios de salud público.

Para lograrlo, se propone en esta memoria explorar el estado actual de la discriminación en los servicios de salud públicos, es decir, detectar las fuentes de la discriminación dentro de estos e identificar cómo se manifiestan hacia los usuarios del sistema de salud. El interés viene de que, si bien, han existido variadas iniciativas a nivel ministerial para poder derribar barreras existentes

para el acceso digno a la salud, aun así, los usuarios del sistema perciben falencias dentro de cómo se regulan los procesos de atención en el sistema.

Para poder realizar el análisis se propone analizar experiencias de los usuarios del sistema de salud. Por lo que, a través del análisis de solicitudes de realizadas por pacientes respecto al funcionamiento del sistema realizadas al MINSAL, será posible comprender a quiénes se discrimina, cómo se les discrimina y quienes son discriminadores, según el punto de vista de los usuarios del sistema.

Usando el algoritmo de asignación latente de Dirichlet, una herramienta de modelamiento tópico será posible descubrir qué temáticas se abordan dentro de estas solicitudes, y poder así armar una caracterización inicial de la discriminación dentro del servicio de salud público.

También se analizarán las medidas que ha tomado el gobierno para dar solución a este problema público. Evaluando estrategias, planes y estudios, se busca entender el nivel de comprensión que se tiene de la discriminación en salud como qué percibe la población actualmente como discriminación y cómo se conecta ésta a las temáticas asociadas a la discriminación que arrojen los análisis.

Finalmente, se espera poder entender cuál es la percepción actual de los pacientes del sistema de salud. Comprender cómo es la interacción con los distintos burócratas en el servicio de salud, y poder indicar los motivos que percibir a la ciudadanía que la salud pública es un espacio poco seguro. Así, ser un insumo para poder generar políticas públicas para controlarla y finalmente erradicarla.

1.3. Objetivos

Objetivo General

Caracterizar la discriminación percibida en la salud pública en Chile.

Objetivos Específicos

- Describir los distintos planes y programas realizados por el gobierno enfocados en la erradicación de la discriminación en los servicios de salud pública.
- Analizar con detalle los distintos tipos de discriminación, hacia quienes es dirigida, las razones que la motivan y las manifestaciones o expresiones de estas en servicios de salud en el mundo.
- Detectar segmentos y/o espacios, en donde se evidencien manifestaciones particulares de discriminación dentro de la población reclamante.

1.4. Alcances y limitaciones

Entre las limitaciones que presenta esta memoria, solo se tiene acceso a los datos de solicitudes realizadas por la plataforma oirs.minsal.cl del año 2017, debido a que esta información fue

solicitada por el portal de transparencia del Gobierno de Chile, y dentro de los plazos, no alcanzó a llegar la colección más completa de solicitudes. Tampoco se usarán entrevistas a usuarios del sistema de salud o experiencias personales para la evaluación de las manifestaciones de la discriminación.

La gran mayoría de las solicitudes de la base fueron escritas por los mismos pacientes, por ende, existen errores de ortografía y gramática que no serán corregidos dado a la gran magnitud de solicitudes que considera la base de datos de 185.989 solicitudes, existe una alta posibilidad de modificar sintaxis e interpretación del reclamo al realizar una modificación algorítmicamente.

Este trabajo permitirá detectar fuentes y manifestaciones de la discriminación dentro de los servicios de salud. No obstante, no se puede concluir la existencia de discriminación como tal en los servicios de salud a través de éste. Esto se debe a que se está analizando solamente un grupo dentro del universo de usuarios de los servicios de salud: las personas que emiten un reclamo. En ese sentido, este grupo de personas podrían tener características en particular que no pueden generalizarse a la población que utiliza el servicio de salud público. No obstante, si se puede caracterizar en base a estos cómo consideran este grupo de pacientes el trato negativo de los funcionarios hacia estos. Esto permitirá caracterizar parcialmente fuentes y manifestaciones de trato despectivo en servicios de salud, los cuáles queda propuesto analizar si se pueden identificar en el resto de la población.

No se pudo trabajar con una base que considerara totalmente la interacción de reclamantes con funcionarios del servicio de salud. Si bien la base de datos con la que se trabaja poseía la clasificación del tipo de solicitud y a qué organismos era dirigida, los filtros no fueron suficientes como para solo trabajar con una base que posee interacciones reclamante funcionario. Existen varios reclamos asociados a problemas de gestión hospitalaria o que son mal ingresados en la categoría.

Para poder determinar cuáles son manifestaciones de discriminación existentes que se pueden apreciar en salud, se analizarán un número limitado de estudios que muestran algunas manifestaciones que se han detectado a través de estudios de experiencias dentro de servicios de salud público-privados alrededor del mundo. Si bien estos permitirán constituir la base para poder estudiar algunos segmentos de solicitudes que albergan manifestaciones de discriminación, no significa que se hayan abarcado en su totalidad las manifestaciones. Es posible mejorar la base a futuro para poder realizar una exploración más acabada de las manifestaciones de la discriminación dentro del estudio.

2. El Sistema de Salud Público de Chile

Dentro de esta sección se presenta el funcionamiento y estructura del Sistema de Salud Público de Chile y una revisión bibliográfica sobre las políticas que se han desarrollado para combatir la discriminación.

2.1. Estructura del sistema salud chileno

El sistema de salud chileno está compuesto por una parte privada y una parte pública, en donde se atiende el 17% y el 81% de la población residente respectivamente, donde el restante 2% es atendido en el sistema de salud de las FF.AA. (Dirección de Presupuestos, 2013). El sistema público considera al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que cuenta con 29 servicios de Salud Regionales, y al Sistema de Municipal de Atención Primaria (Becerril-Monteiko, Reyes, & Manuel, 2010).

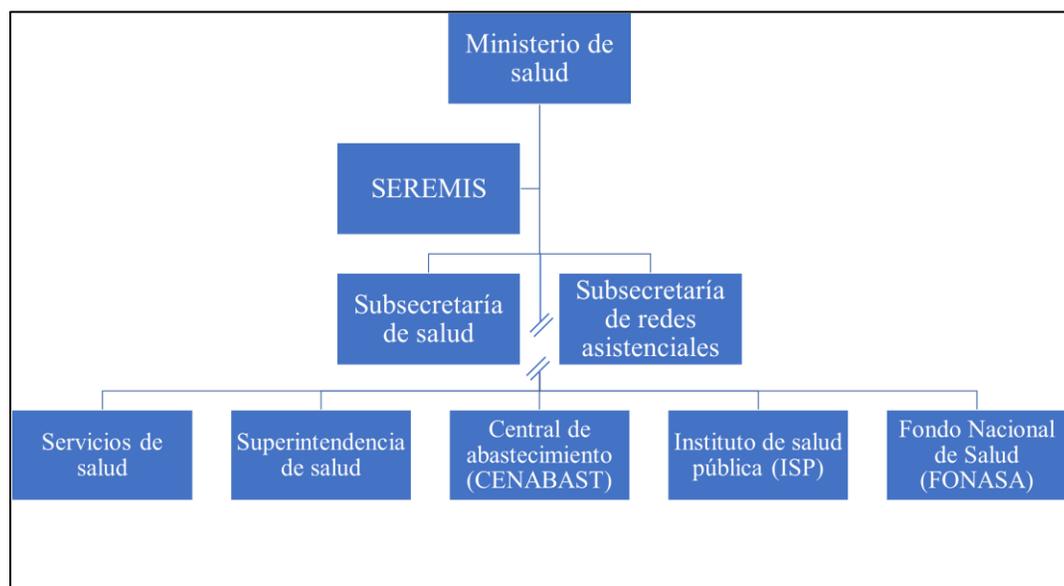
Según la legislación chilena, los ciudadanos son libres de escoger entre el sistema de salud privado y público. Del grupo de personas que tienen la opción de elegir entre ambos sistemas, se observa que quienes escogen el sistema de salud público son en su mayoría personas de clase media y personas jubiladas, que pertenecen al Fondo Nacional de Salud (de ahora en adelante, FONASA). La excepción dentro de este grupo serían trabajadores que, por contrato colectivo dentro de su empresa, pertenecen a Instituciones de Salud Previsional (de ahora en adelante, ISAPRE) o alguna mutual de seguridad (Becerril-Monteiko, Reyes, & Manuel, 2010). La elección del sistema de salud es determinada principalmente por los beneficios que ofrece. En particular, según el “Estudio de Opinión de Usuarios del Sistema de Salud”, las razones principales del uso del sistema de salud público corresponden a la posibilidad de gratuidad para quienes no pueden pagar, ser más económico que las ISAPRES y tener asociados costos menores en exámenes y consultas en ciertos proveedores (Data Voz (Para la Superintendencia de Salud), 2016, pág. 34). No obstante, y al mismo tiempo, se sienten desprotegidos usando el sistema debido a que perciben una mala calidad de servicio, alto costo en las atenciones asociadas a ciertos proveedores y procedimientos y/o poca cobertura, junto con largos tiempos de espera en atención y en acceso a consultas médicas profesionales (Data Voz (Para la Superintendencia de Salud), 2016, pág. 16).

El sistema de salud público es administrado por el Ministerio de Salud de Chile, de ahora en adelante MINSAL, cuya misión es construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de la población durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera (Ministerio de Salud, 2019). Buscando cumplir esta misión, el Ministerio posee dos subsecretarías para apoyar su labor dentro del Estado:

- Subsecretaría de Salud Pública: Cumple el rol de salvaguardar el correcto funcionamiento del sistema de salud, ejerciendo labores normativas, fiscalizadoras y reguladoras. Al mismo tiempo, está a cargo de la formulación de políticas públicas y generar medidas ante emergencias sanitarias o brotes epidémicos (Ministerio de Salud, 2019).
- Subsecretaría de Redes Asistenciales: Cumple el rol de supervisar y regular el funcionamiento de las redes de salud, diseñando e implementando políticas, planes, normas y programas. A través de éstas, se busca mejorar el funcionamiento y gestión de los servicios de salud. (Ministerio de Salud, 2019).

Del MINSAL y sus subsecretarías dependen, de forma descentralizada, la estructura que soporta el sistema de salud pública, que permite la atención de las personas (Servicios de Salud), la gestión de recursos y medicamentos (CENABAST), la validación y aprobación de medicamentos (ISP), el sistema de aseguramiento público conocido como FONASA y la supervisión y revisión de los prestadores, ISAPRES y FONASA (Superintendencia de Salud Pública).

Ilustración 1 - Organigrama del Ministerio de Salud



Fuente: Elaboración propia en base al organigrama de administración del Estado Contraloría 2018.

2.2. Estructura del Sistema de Atención de Salud Pública

En esta sección se describirá los distintos niveles y los órganos que participan en cada uno de los sistemas de salud pública, junto con el rol que cumplen dentro de la red de atención. Gran parte de esta sección está basada en el cuaderno de investigación de la Fundación Sol llamado: Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque laboral, Sindical e Institucional (2009).

El SNSS clasifica en tres niveles de atención sus establecimientos: Primario, secundario y Terciario, acorde a los siguientes criterios:

Tabla 1 – Diferenciación de Sistemas de atención público

Establecimientos	Complejidad	Cobertura Poblacional
Nivel Primario	Baja	Alta
Nivel Secundario	Media	Media
Nivel Terciario	Alta	Baja

Fuente: Elaboración propia en base al documento de Fundación Sol: Estructura del Sistema de Salud en Chile

De esta forma el sistema busca poder llegar a toda la población, en una red que se apoya mutuamente y se va derivando acorde a la situación particular del paciente.

2.2.1. Establecimientos de nivel primario

Los establecimientos de nivel primario son la puerta de entrada del ciudadano al presentar un problema de salud. En caso de gravedad, este se deriva a niveles superiores de atención. Estos se caracterizan por:

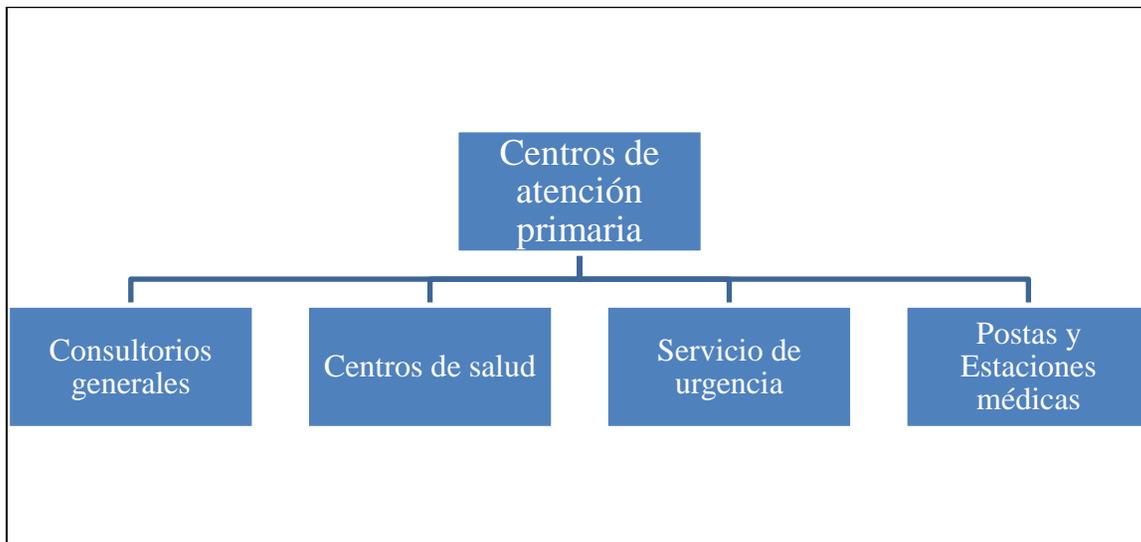
- Tratar atenciones de complejidad baja, es decir, atienden situaciones de baja gravedad.
- Poseer cobertura poblacional alta.
- Realizar solo atención ambulatoria
- Poseer solo unidades simples de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Realizar controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria.
- Poseer como personal a médicos generales y personal de colaboración (Técnicos, auxiliares, entre otros)

Los establecimientos que caben en esta clasificación se pueden clasificar en cuatro grandes categorías:

- **Consultorios Generales (CG):** Principales centros de referencia a nivel primario, dirigidos por un director el cuál realiza funciones de coordinación provincial. Existen dentro de esta categoría dos tipos:
 - **Consultorios Generales Urbanos (GCU):** Asignados a poblaciones de hasta los 30.000 habitantes. Ubicados en ciudades pequeñas, que pueden estar adosados a hospitales de baja complejidad.
 - **Consultorios de Generales Rurales (CGR):** Asignados a localidades de alrededor de 2.000 y 5.000 habitantes (Máximo 20.000 habitantes). Tiene menores recursos que el CGU. Este depende de un CGU y/o un Hospital tipo 4.
- **Centros de Salud:** Dentro de esta categoría existen 2 tipos:
 - **Centro de Salud Familiar (CESFAM):** Continuator de los consultorios con un Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, es decir, con énfasis en la prevención y promoción de salud respecto a los habitantes que acoge y con un equipo capacitado en atender a toda la familia (MINSAL, 2019). Cobertura de 20.000 – 25.000 habitantes.
 - **Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF):** Enfocado en una población bastante pequeña, entre 3.500 y 5.000 habitantes, teniendo un público más focalizado para poder incrementar la respuesta de la Atención Primaria, generando un mayor cercanía y participación de los habitantes.
 - **Centro de Salud Urbano (CSU):** Establecimiento de salud ambulatoria, para poblaciones menores a 40.000 habitantes, generalmente adosado a un hospital de baja complejidad.

- **Centro de Salud Rural (CSR):** Establecimiento de salud ambulatoria, de 2.000 a 5.000 habitantes (Máxima población asignada de 20.000 habitantes). Depende técnicamente de un hospital de baja complejidad.
- **Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM):** Consultorio especializado en salud mental, orientado a una población de 50.000 habitantes. Este centro se puede acceder solo ciertos tipos de atenciones fijadas por el MINSAL y a través de interconsulta de derivación de los centros de la SNSS (Municipalidad de Recoleta, 2019).
- **Servicio de Urgencia:** Esta incorporados por los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), y que está encargado de resolver de la demanda de emergencia y urgencia médica de mediana y baja complejidad.
- **Postas y Estaciones Médicas:** Corresponden a centros para atención básica, ubicados en zonas de baja población. Existen dos tipos:
 - **Postas Rurales (PR):** Unidades de atención ambulatoria básicas ubicadas en un área geográfica de 600 a 1.200 habitantes, con un límite de influencia de no más de 20.000 habitantes. Desarrollan acciones de fomento y protección y atenciones sencillas de recuperación. Si no pueden atenderlas son derivadas a CGR o CGU. Tiene un técnico paramédico de salud rural a cargo, apoyado de forma periódica por un médico, enfermera y matrona.
 - **Estaciones Médico Rurales (EMR):** Centros para la atención de salud ambulatoria básica, en un espacio cedido por la comunidad. Estos son atendidos por un Equipo de Salud Rural, acudiendo de formas periódicas.

Ilustración 2 – Organigrama de atención primaria



Fuente: Elaboración propia en base al documento: Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque laboral, Sindical e Institucional.

2.2.2. Establecimientos de nivel secundario

Los establecimientos de nivel secundarios están enfocados en atender situaciones de mayor complejidad, luego de ser evaluado en el nivel primario. Estos se caracterizan por:

- Atender de situaciones de complejidad media.
- Tener una cobertura poblacional media (Menor escala que los establecimientos primarios).
- Realizar es tanto ambulatoria como hospitalaria.
- Realizar actividades de recuperación y rehabilitación de pacientes más complejos, realizando tratamiento más especializado y hospitalizaciones, acorde al caso.
- Presentar una mayor dotación de médicos generales y de médicos especialistas, junto con el Personal de Colaboración respectivo.

Los establecimientos de atención secundaria pueden clasificarse en dos categorías principales:

- **Hospitales:** Establecimientos cuyo objetivo es tratar pacientes derivados de la atención primaria en salud o de emergencia. Su función principal es asistencial, es decir, que considera tanto la atención de los pacientes, así como su gestión interna.

Los hospitales se clasifican en cuatro tipos (1, 2 3 y 4), y que se basan en los siguientes criterios:

- Grado de complejidad técnica y nivel de desarrollo de las especialidades.
- Grado de desarrollo de organización administrativa.
- Ámbito geográfico de acción, acorde con el sistema de complementación asistencial.
- Número de prestaciones: Consultas, egresos y otros.

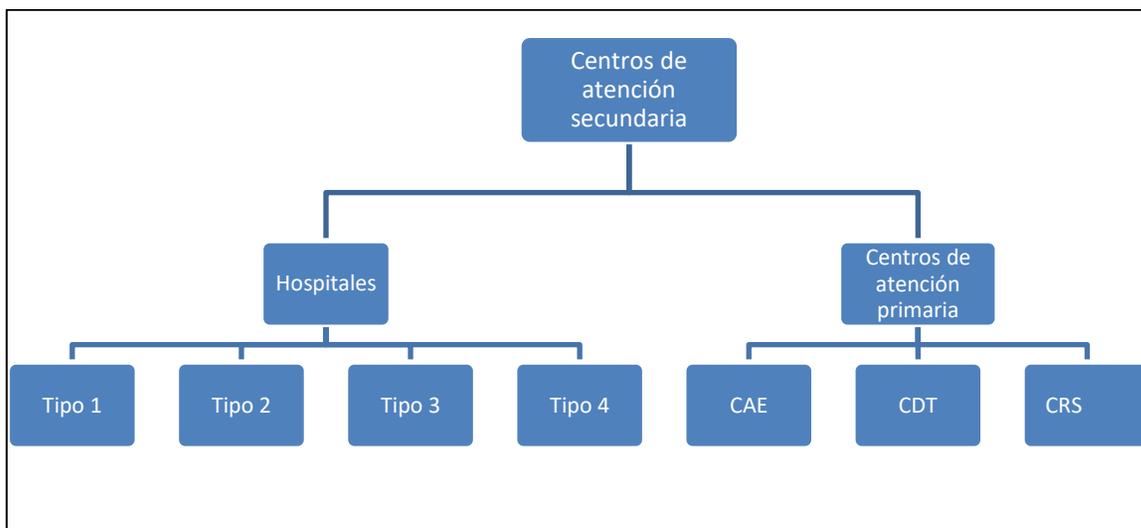
Las categorías son asignadas a los hospitales por el Ministerio de Salud y pueden ser modificadas, por petición del director del Servicio de Salud respectivo.

- Las categorías de los hospitales son:
 - **Hospital tipo 4:** Establecimiento de baja complejidad con menos de 100 camas de dotación. Ubicadas en localidades urbano-rurales de más de 10.000 habitantes, con un área de influencia de no más 30.000 habitantes.
 - **Hospital tipo 3:** Establecimiento de mediana complejidad con 100 a 200 camas de dotación. Ubicado en localidades de 50.000 habitantes y con área de influencia no superior de 70.000 habitantes.
 - **Hospital tipo 2¹:** Establecimiento de mediana y alta complejidad con 250 a 300 camas de dotación, ubicado en ciudades de no más de 100.000 habitantes como establecimiento único o como hospital de apoyo al establecimiento tipo 4.

¹ Los hospitales tipo 2 y tipo 1 a veces son clasificados como servicios del nivel terciario, por presentar servicios de alta complejidad.

- **Hospital tipo 1:** Establecimiento de alta complejidad con más de 500 camas de dotación, ubicada en ciudad de dirección de salud, y constituyéndose como base de cada unidad del sistema.
- **Centros de Atención Primaria:**
 - **Consultorio Adosado de Especialidades (CAE):** Establecimiento de alto grado de especialización, que están ubicados fuera de hospitales de mediana y alta complejidad, el cual depende completa y administrativamente del hospital respectivo.
 - **Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT):** Establecimiento de atención ambulatoria de alta complejidad, cuya función está en diagnosticar y tratar expeditamente las patologías más complejas de la población. Se encuentra adosado
 - **Centro de Referencia de Salud (CRS):** establecimiento de atención ambulatoria de mediana complejidad. Está dentro de una red de cuatro a seis consultorios urbanos de grandes ciudades, otorgando atención de referencia a estos. Considera a una población de 150.000 a 200.000 habitantes.

Ilustración 3 - Organigrama de atención secundaria



Fuente: Elaboración propia en base a Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque laboral, Sindical e Institucional.

2.2.3. Establecimientos de nivel terciario

Los establecimientos de nivel terciario están orientados a la resolución de problemas médicos que no fueron resueltos en los niveles anteriores. Estos son centros de referencia especializados para temas de alta complejidad, siendo su área de influencia desde regional, suprarregional e incluso nacional. Entre sus principales características están:

- Ser establecimientos que atienden temas de alta complejidad².
- Tener cobertura poblacional baja.
- Atender tanto ambulatoriamente como hospitalariamente.
- Poseer unidades complejas para la atención directa al paciente como también de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Realizar actividades de recuperación y rehabilitación de pacientes asociados a determinadas especialidades médicas, con alta complejidad técnica.
- Poseer médicos especialistas y personal de colaboración
- Ser nombrados institutos, hospitales de especialidades o centro clínicos especializados.
- Estar ubicados en zonas de mayor densidad poblacional, ubicándose en su mayoría en la región metropolitana, y también en la V y la VII región del país.

² Aún así, también están capacitados (y muchas veces lo hacen), para atender como servicios de salud de nivel secundario.

3. Marco teórico

En este capítulo, se define teóricamente el concepto de discriminación de acuerdo con la literatura especializada, junto con las manifestaciones de la discriminación en salud que se recopilaron a través de la revisión bibliográfica. Se parte del concepto de burócrata a nivel callejero, como una clasificación de los funcionarios que trabajan en los sistemas de salud públicos y ser agentes que puedan ejercer algún tipo de discriminación al llevar a cabo su labor. A partir de esta, definimos discriminación, y se valida el uso del concepto de discriminación percibida para poder describir la situación actual presente dentro de los servicios de salud a través de los reclamos. Además, se desarrolla el cómo los sistemas de salud han generado procedimientos y estándares para poder controlar la discriminación en los servicios, realizando la conexión con las clasificaciones existentes de discriminación que se encuentren, junto con las metodologías implementadas a nivel público privado.

3.1. El Burócrata a nivel callejero

El Estado, en su deber de servir a la ciudadanía, ha generado variados servicios públicos con el fin de poder atender las necesidades de la sociedad (Benington & Moore, 2010). A través de estos, la ciudadanía ha podido acceder a diferentes beneficios, asociados a temas de salud, educación, y vivienda entre otros. Pero al tener que acceder a cada uno de ellos, ha sido necesaria la interacción con un administrativo público, un sistema o un equipo técnico el cual valide la posibilidad de hacer uso o no de ese derecho. Si bien estos procesos se han ido modernizando, hay varios en donde la tecnología se hace cargo de la decisión de respuesta, aún hay variados puntos de interacción donde un funcionario público recibe al ciudadano o ciudadana, escucha su situación, lee sus antecedentes, recibe su requerimiento y busca dar solución su solicitud. A esta persona se le llama Burócrata a nivel callejero (*Street-level bureaucrat*) (Lipsky, 1969).

El burócrata a nivel callejero, además del rol de funcionario público que cumple, tiene la capacidad de tomar decisiones que pueden incidir directamente en el acceso al requerimiento o no, donde tal vez, incluso cumpliendo todos los requerimientos para poder acceder al beneficio, se le niega debido a una apreciación personal (Lipsky, 1969). En ese sentido, se infiere que el burócrata a nivel callejero tiene un gran poder dentro del Estado. Este es el ente que elige el sí o no al momento querer acceder un beneficio o servicio y cualquier prejuicio que este tenga puede incidir en el correcto acceso de la ciudadanía a éstos, como lo describe la teoría de la discriminación.

Si bien hay casos donde la decisión del burócrata callejero implicaría volver a realizar el procedimiento para adquirir el servicio o beneficio cuando éste ponga dificultades para su acceso, en el caso de la salud es distinto. La negación al servicio o la espera acorde la necesidad de la persona puede llevar a un empeoramiento de su estado. Además, el ciudadano o ciudadana para poder recibir atención de forma efectiva, depende de variados burócratas en el proceso: médicos, enfermeros, funcionarios, tecnólogos médicos, entre otros, dependiendo de su necesidad en el servicio hospitalario. Y cada uno de ellos tiene un gran poder dentro del proceso de atención al paciente, donde una falla puede tener consecuencias fatales.

3.2. Discriminación y sus manifestaciones

3.2.1. El concepto de discriminación

La discriminación es definida como el trato inapropiado y potencialmente injusto de los individuos por ser parte de un determinado grupo, lo cual lleva a comportamientos negativos o menos positivos hacia estos (Ungaretti, Etchezahar, & Simkin, 2012). Así como la discriminación lleva a dañar ciertos grupos, también genera acciones de favorecimiento injustos a miembros del grupo propio (Ungaretti, Etchezahar, & Simkin, 2012).

Según Allport (1954), la discriminación implica negar el tratamiento igualitario hacia una persona o grupo, el cuál generalmente se da de grupos de mayor poder a otros de menos poder (Ungaretti, Etchezahar, & Simkin, 2012). Siguiendo esta línea, dentro de los servicios de salud existe un espacio donde grupos de mayor poder (quienes atienden en el servicio), se relacionan directamente con grupos de menor poder (pacientes), y es ahí donde existe dentro de este modelo un espacio potencial de discriminación.

Las discriminaciones tienen su base en creencias, basadas en estereotipos, y actitudes, basadas en prejuicios, que el grupo que tiene mayor poder demuestra al de menor poder (Ungaretti, Etchezahar, & Simkin, 2012). Estos son procesos psicosociales donde las personas buscan marcar como diferentes a otras personas, las cuales pertenecen a un exogrupo (Tajfel, 1974). Los criterios para definir a los grupos (y por ende exogrupos) se basan en criterios de estética, rol de género, disidencia sexual, procedencia étnico-nacional, situación socioeconómica, creencias religiosas, condiciones de salud, existencia de una enfermedad, esfuerzo económico invertido por el trabajador, entre otros.

Es por ello por lo que con tan solo la perspectiva de los pacientes no se puede determinar que los tratos despectivos que se ejercen dentro del sistema de es discriminatorio. Si bien poseemos las experiencias de variados reclamantes con distintas características socioeconómicas, sin conocer a los funcionarios que atienden, tanto a nivel médico como administrativo, no podemos asociar que un mal trato tenga una componente discriminatoria. Es necesario conocer variables socioeconómicas asociadas a los distintos funcionarios.

Considerando esta situación, se usará el concepto de discriminación que se manejará, dado este contexto y la información que se posee para esta memoria será el de la discriminación sentida o percibida. Esta corresponde a la medición de la experiencia de discriminación por potenciales víctimas (Arza & Carrón, 2015). Así, como el modelo de interacción entre paciente y funcionario dentro de los servicios de salud obedece una lógica de potencial discriminación hacia los pacientes, es posible basándose dentro de las experiencias descritas de los pacientes reclamantes. Si bien esta no considera la parte relacionada a los funcionarios del servicio de salud, si se podrá de esta forma tener una aproximación al conocimiento y características del fenómeno discriminatorio dentro de los servicios de salud, entendiendo como se manifiestan los tratos despectivos según la población reclamante (Arza & Carrón, 2015).

3.2.2. Hallazgos de las manifestaciones de la discriminación en salud.

El concepto de discriminación es también estudiado a nivel de salud analizando el cómo afecta el acceso y nivel de tratamiento acorde a las características sociodemográficas del paciente que atiende al sistema de salud. En ese sentido, se pueden identificar las manifestaciones de discriminación que predominan en los sistemas de salud del mundo. Se describirán respecto al tipo de discriminación y se detalla que manifestaciones se presentan en esta.

3.2.2.1. Manifestaciones en discriminación racial-étnico

Se ve dentro de los servicios de salud una diferencia en el tratamiento basado en el origen étnico o racial del paciente. En EE. UU. en los años 60's, donde pese a que la densidad de varias ciudades estadounidenses estaba inclinada a la población afroamericana, existía un número limitado de camas para ellos. La proporción de la población de dichas ciudades 30-70 para personas de origen caucásico y afrodescendiente respectivamente, siendo que la proporción en la población general era 40-60. Esto generó mayor espera para la gente afrodescendiente, negando el acceso pese a haber camas disponibles (Seham, 1964). En México, al atender a personas identificadas a alguna etnia o personas afrodescendiente, estaba estipulado en el protocolo del centro hospitalario realizar pruebas para detectar la presencia de VIH, por estigmas asociados a que dichos grupos tienden a poseer esa enfermedad, aunque la razón de la consulta no estuviese relacionada con ésta (Infante, y otros, 2006). Por otro lado, en Colombia, se presentaron acciones de burla y violencia a personas que poseían apellidos de pueblos originarios. También se registraron barreras de información o trato con poco respeto o condescendiente a estos al momento de acceder a consulta médica, dando la sensación al paciente que es culpable de su propia enfermedad (Se asume un prejuicio a poca higiene y autocuidado a estas comunidades en el país). Incluso, ciertos grupos no vuelven a consultar debido a que la consulta no logra resolver su problema (Ariza-Montaya & Hernández-Álvarez, 2008). En Chile, al estudiar el tratamiento de personas de origen mapuche que presentaban diabetes, comentaron manifestaciones de discriminación no dar suficiente información a pacientes, percepción de explicaciones poco claras, no tener la oportunidad de hacer preguntas y no explicar el resultado de sus exámenes (Ortiz, Baeza-Rivera, Salinas-Oñate, Flynn, & Betancourt, 2016).

3.2.2.2. Discriminación por orientación o identidad sexual

La ciudadanía parte de la comunidad LGBT+, que expone su pertenencia a esta, también recibe tratos discriminatorios dentro del sistema de salud. En México sucedió que el personal médico realizaba exámenes para detectar la presencia de VIH, sin previo consentimiento o sin estar relacionado con la razón de su consulta, a personas que declaran ser parte una minoría sexual (Infante, y otros, 2006). Por otro lado, en Chile, si bien existen iniciativas gubernamentales asociadas a poder dar un espacio a tratamiento para personas transexuales, no existen protocolos para poder protegerlos al momento de ir a sus consultas, obligándoles a usar su nombre legal generando burlas en salas de espera o de parte de funcionarios. Este tipo de comportamiento hace que desistan de su tratamiento o recurran a tratamientos clandestinos, no salvaguardados por el ente regulador (Contreras, 2018).

3.2.2.3. Discriminación por enfermedades específicas

La presencia de enfermedades como el VIH o Tuberculosis, hacen que se tomen medidas extras en los servicios hospitalarios. Estas medidas involucran aislamiento de otros pacientes, impedimento del tratamiento, considerando dichas enfermedades como terminales, costos extras asociados a los gastos que hace el hospital para realizar el aislamiento, condescendencia en el momento en que el personal interactúa con ellos (UNAIDS, 2000), servicio diferenciado por parte del personal del hospital (Muñoz & Rubiano, 2011), entre otras. Esto se debe, principalmente, a estigmas y prejuicios asociados a las enfermedades, que generan un trato diferenciado con el paciente que no las posee. Es más, el comportamiento se da pese a que la razón de la consulta no esté asociada específicamente a la presencia de la enfermedad. Según la OMS, las personas que padecen estas enfermedades suelen pertenecer a grupos desfavorecidos y discriminados social y

económicamente, en donde además pueden víctimas de leyes y políticas que dificultan aún más el acceso a prevención y salud (OMS, 2017).

Si bien las manifestaciones de discriminación mencionadas son el resultado de la revisión bibliográfica de estudios de discriminación dentro del sector de la salud, no se descarta que existan otras fuentes de discriminación dentro de este entorno.

3.3. La discriminación en Chile

En Latinoamérica los factores de género, ascendencia y grupo étnico, estado socioeconómico, discapacidad, orientación sexual y condiciones de vida en medios rurales están altamente relacionados a una mayor discriminación, lo cual es percibido en la interacción con instituciones públicas y privadas (Hopenhayn & Bello, 2001). No obstante, cuando el Estado otorga servicios, en los casos donde más incide es dentro del sector salud.

En Chile en particular, en la III Encuesta Nacional de Derechos Humanos del 2016 del INDH solamente el 7,9% declara que dentro del país se protege el derecho a ser tratado con dignidad y respeto, sin importar sexo, raza u otra condición. Por otro lado, el 55,7% declara que se “cumple algo” y el 33,3% que “nada”. Cuando se consulta si la persona fue vulnerada en el último año, el 24,1% declara que sucedió en particular en servicios de salud. Por otro lado, las razones de discriminación se basan en la apariencia física (61,3%), no tener dinero/ser pobre (57,1%) y forma de vestir (52,4%), en donde se lista a personas pertenecientes a pueblos indígenas (72,4%), personas pobres (60,8%), adultos mayores (53,6%), homosexuales (53,6%) (INDH, 2015).

La IV Encuesta Nacional de Derechos Humanos del 2018 del INDH, trae nuevos datos para hacer el contraste respecto a la encuesta anterior. Los derechos que más importantes reconocidos por los encuestados son el Derecho a la Salud (22,0%), a la Educación (19,3%), a la Vivienda (19,3%). Los derechos considerados como más vulnerados son el Derecho a la Salud (20,7%), a una jubilación y pensión digna (16,8%) y a vivir a en un medio libre de contaminación (14,2%). En particular, en el derecho al acceso a la salud, un 32,1% considera que no es protegido, un 52,0% piensa que algo se protege y el 15,9% restante considera que es algo totalmente protegido. Entre los lugares que más se discrimina están la calle, el trabajo y los lugares de estudio; y la razón por la que más se discrimina es por el color de piel, nivel socioeconómico y orientación sexual.

La encuesta también expone que entre los grupos a los cuáles se les respeta menos sus derechos están los pueblos indígenas (41,9%), las personas pobres (39,7%), los adultos mayores (29,3%), LGBT (26,5%), inmigrantes latinoamericanos (25,5%) y mujeres (17,1%). Un 20,4% de los encuestados declara que se les ha negado la atención en un servicio de salud, un 19,8% declara que le han dado una peor atención en los servicios públicos por alguna característica personal y un 9,9% declara que los han tratado de forma despectiva por ser de otro país (9,9%)³. Dentro del análisis de datos de las personas encuestadas, se muestra que mientras más edad uno tenga, la percepción de vulnerabilidad aumenta, lo cual también sucede con el derecho a salud y pensión digna. No obstante, el derecho a salud ha sido pasado a llevar en el último año acorde a los encuestados de forma similar en todos los rangos etarios evaluados (INDH, 2018).

³ Respecto a estas preguntas en particular, solo 2,5% de la muestra era de población migrante.

La encuesta PNUD-DES 2016, al igual que la del INDH, declara que los lugares donde se experimentan mayor cantidad de malos tratos son en el lugar de trabajo, la calle y en los servicios de salud.

Tabla 2 - Espacios en dónde la discriminación se hace más presente

Lugares de discriminación	INDH (2015)	PNUD-DES (2017)	INDH (2018)
Lugar de trabajo	48,5%	42%	2°
La Calle	40,2%	33%	1°
Servicios de salud	34,1%	33%	No se reporta en los tres primeros lugares ⁴

Fuente: Elaboración propia en base a INDH (2015), Desiguales (2017), INDH (2018)

Si bien algunos de los beneficios que otorga el Estado buscan apoyar el bienestar de la ciudadanía, la salud en particular es uno donde la decisión que pueda tomar el burócrata a nivel callejero pone en riesgo la vida de las personas, ya sea negando la atención en el sistema de salud estatal, interrumpiendo la continuidad de un tratamiento o llevando al individuo a buscar métodos alternativos no regulados por el Estado, afectando su calidad de vida al verse enfrentados a estas barreras.

3.4. Los procedimientos antidiscriminación en el mundo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de salud de calidad suficiente, haciendo énfasis que todas las personas puedan ejercer el derecho a la salud sin discriminación por motivos de raza, edad, pertenencia a pueblos originarios u otra condición. Es más, invita a una participación significativa, de forma que una variedad de actores no estatales como estatales formulen programas de evaluación de los sistemas de salud de sus países (OMS, 2017).

Siguiendo esta línea, la OMS propone un enfoque en derechos humanos para las políticas, estrategias y programas que estén asociados al derecho a la salud de las personas, donde estos tienen que regirse por los siguientes principios (OMS, 2017):

- Disponibilidad: Número suficiente de establecimientos, bienes, servicios y programas de salud.
- Accesibilidad: Servicios de salud, bienes y servicios deben ser accesibles para todos. Accesibilidad se entiende sobre las dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y accesibilidad de información.
- Aceptabilidad: Servicios de salud, bienes, servicios y programas orientados a las personas y preocupados de atender las necesidades específicas de los diversos grupos de la población y en concordancia con estándares internacionales en ética médica tanto en la confidencialidad como con el consentimiento informado.
- Calidad: Establecimientos, bienes y servicios deben ser científicamente y medicamente aprobados.

⁴ En este caso, el informe solo reporta el resultado de los tres primeros lugares, por lo que se desconoce el resultado de la encuesta realizada el año 2018.

Por otro lado, la Asociación Mundial de Médicos (AMM) ha desarrollado desde el año 2003 el Manual de Ética Médica, el cual ha ido fijando lineamientos de enseñanza de la ética médica a los nuevos estudiantes de medicina y a las personas que actualmente ejercen la profesión (Asociación Mundial Médica, 2015).

En particular, en el segundo capítulo del Manual de Ética Médica, se detalla el cómo debiese ser la relación médico-paciente en el ejercicio del médico. En este se estipula que el médico debe tratar de forma igualitaria a todos los seres humanos.

Por otro lado, la Asociación Mundial del Médicos (de ahora en adelante AMM) declara por primera vez el trato igualitario al paciente en la declaración de Ginebra (1948) de la siguiente manera:

“No permitiré que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente”

Sin embargo, recién el año 2003 la AMM comienza a desarrollar el Manual de Ética Médica, en el cual fija lineamientos de enseñanza de la ética médica a los nuevos estudiantes de medicina y a los profesionales que actualmente ejercen (Asociación Mundial Médica, 2015). En particular, en el segundo capítulo de este documento, se detalla el cómo debiese ser la relación médico-paciente. En este se comenta que, si bien actualmente se estipula que el médico debe tratar de forma igualitaria a todos los seres humanos, esta es una declaración históricamente reciente.

El Manual de Ética Médica también plantea el derecho a los médicos a rechazar los pacientes, donde argumentos que esgrime el gremio son falta de calificaciones educacionales y especialización. No obstante, el Código Internacional de Ética Médica de la AMM declara que la única razón para terminar la relación es la necesidad de otro médico con conocimientos distintos. Si bien puede haber otros motivos para terminar la relación, si existe un motivo no legítimo, se le obliga al médico a tomar medidas para superar este defecto. Se habla en el caso que exista un rechazo ya sea por actitudes violentas del paciente al médico, hay que tomar las precauciones adecuadas e ir diseñando la forma más efectiva de tratamiento.

Otra de las temáticas que trata el Manual de Ética Médica es la comunicación y el consentimiento, donde se detalla que el paciente tiene derecho a estar informado correctamente, para ejercer su derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente, acorde a lo dicho en la declaración de los Derechos del Paciente de la AMM. Para lograr la buena comunicación, se hace hincapié en explicar con lenguaje simple, responder dudas y consultas, y asegurarse que el paciente entienda las opciones de tratamiento.

Por el lado del gremio de enfermería, el Consejo Internacional de Enfermeras (de ahora en adelante CIE) adopta por primera vez un código Internacional de Ética el año 1953. Su versión del “Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería” actualizada el año 2012 es categórica su postura antidiscriminación al comienzo del documento, en el cual declara:

“Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.” (Consejo Internacion de Enfermeras, 2012)

3.5. Políticas asociadas a la no discriminación en la Salud en Chile

3.5.1. Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020

Pese a la cantidad de años que lleva el sistema de salud desarrollándose, la “Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020”, publicado el año 2011, es el primer documento que trata el tema de la discriminación e inclusión. Este documento plantea una estrategia que busca la mejora continua del sistema de salud, considerando epidemias, infraestructura, tratamiento, entre otras, con el fin que este se adapte a los cambios que trae el futuro y logre estar preparado para atender las necesidades de la población (Ministerio de Salud, 2010).

En particular, uno de sus objetivos estratégicos es dar solución a temas de “Determinantes Sociales”, en dónde se detalla el estado de la desigualdad presentado en ciertas condiciones sociales y desarrolla estrategias para poder reducir la inequidad existente. Dentro de las temáticas de desigualdad abordadas están el desarrollo territorial, género, migrantes, indígenas e inclusión de otras minorías afectadas socialmente (Ministerio de Salud, 2010).

Dentro de este marco, se fija que los estándares de atención en salud es la ley de derechos y deberes de las personas (ley 20.584) la cuál declara regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, tanto para entidades públicas como privadas y aplican a todos los trabajadores vinculados con el otorgamiento de atenciones de salud (Ministerio de Salud, 2012). Dentro de ésta se destaca:

- Que la atención sea realizada sin discriminación arbitraria y oportunamente. (Artículo #2)
- Las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. (Artículo #5)
- Velar por usar lenguaje adecuado e inteligible, incluso si la persona no habla castellano o lo hace de forma parcial, para la recepción de la información necesaria y comprensible. Si no es posible, el establecimiento debe dar apoyo para generar la traducción o la persona venir con un intermediario para recibirla. (Artículo #5)
- Velar por la adopción de actitudes de cortesía y amabilidad, tratando a la persona atendido por su nombre. (Artículo #5)
- Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante la atención de salud. (Artículo #5)
- En los lugares con alta concentración de población indígena, se debe asegurar que los prestadores de salud públicos otorguen a éstos una atención con pertinencia cultural, aplicando un modelo de salud intercultural validado por las comunidades indígenas. Sumado a esto, deben existir facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio. (Artículo #7)
- Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito, respecto a temas de acciones en salud, condiciones previsionales de salud, condiciones y obligaciones de reglamentos internos, e instancias y formas de efectuar comentarios. (Artículo #8)

- Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional. (Artículo #10)

A través de esta ley, se busca poder regular el practicar de todo el equipo que conforma los servicios de salud chileno, logrando dar un acceso equitativo y disminuir las barreras existentes con el fin que los pacientes reciban un correcto tratamiento, cuidando una relación sana entre el personal del establecimiento y estos, sin importar sus circunstancias.

El establecimiento encargado de velar el cumplimiento de la ley corresponde a la Superintendencia de Salud, mediante la tramitación de los reclamos que se le presenten (previo reclamo al prestador involucrado) y mediante las distintas fiscalizaciones que efectúe.

3.5.2. ¿Qué es el “Trato Digno”?

El año 2013, buscando complementar la ley de derechos y deberes del paciente, el Departamento de estudios y desarrollo del Ministerio de salud, realiza un informe llamado “¿Qué es “Trato Digno” para los pacientes?: Elementos que componen el trato digno”, donde se busca generar una pauta para llevar a cabo un trato digno, acorde a las características del paciente y cuidando cuatro dimensiones relevantes: ser tratados como personas o seres humanos (trato), información, médico comprometido/responsable y atención oportuna. Estos fueron levantados mediante *focus groups* que permitieron la definición de las dimensiones relevantes para la ciudadanía (Ministerio de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, 2013).

Dentro de éste, el concepto de trato digno fue identificado hacia los participantes en este orden y bajo estas dimensiones:

Tabla 3 – Conceptos relacionados al “trato digno”

Concepto	Número de ideas (n=35)	Orden
Trato (relación humana)	77	1°
Información	31	2°
Médico comprometido/responsable	26	3°
Atención oportuna	24	4°
Auxiliares de enfermería/Técnicos paramédicos y otro profesional de salud	22	5°
Estructura y organización sanitaria	17	6°
Tratamientos	12	7°
Privacidad o Intimidad	5	8°
Atención domiciliaria y traslado	5	8°
Farmacia	3	9°

Fuente: Elaboración propia en base a ¿Qué es el “Trato Digno” para los pacientes?: Elementos que componen el trato digno (2013).

Estos conceptos son desglosados dentro del informe, visibilizando los comportamientos que tiene el personal de los servicios de salud y qué deben mejorar para lograr cumplir la ley de derechos y deberes del paciente siendo una pauta para la generación de programas y capacitaciones para el personal de salud.

Los siguientes años, a nivel ministerial, se han ido desarrollando planes de mejora de salud apuntando a las distintas minorías presentes en el país, en donde temas de salud asociados a adulto mayor, indígenas y migrantes, se han destacado con el fin de mejorar el acceso a la salud para ellos.

3.5.3. Plan para pueblos indígenas

Desde el año 2000 se han llevado a cabo iniciativas de atención de la salud junto a pueblos indígenas, como el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) que busca dar un enfoque de equidad e interculturalidad al acceso a la salud junto con participación de la población indígena en la confección de este acceso.

Siguiendo la estrategia de salud 2011 – 2020, el año 2017 se publica el Plan para Pueblos Indígenas (de ahora en adelante, PPI), desarrollado por el MINSAL y el Banco Mundial, el cual busca continuar la labor comenzada por el PESPI. EL PPI está orientado al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, debido a la prevalencia existente dentro de pueblos indígenas, y la falta de acceso a estos tratamientos debido a temas económicos y a la falta de especialistas. Esta información fue levantada a través de Mesas de Participación Indígena en los servicios de salud y en sectores con alta concentración de población indígena (Ministerio de Salud, Banco Mundial, 2017)

3.5.4. Plan para pueblos migrantes

Dentro de la población migrante en Chile, el 62% de ésta hace uso del sistema de salud público (alrededor de 300.000 personas), y la atención se concentra principalmente en las regiones de Tarapacá, Antofagasta y Metropolitana (Equipo asesor sectorial MINSAL, FONASA, Superintendencia de Salud, 2018). Esto llevó a formar el Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes, quienes trabajaron en implementar un Piloto en Salud de Inmigrantes, a través de diversos servicios de salud y con el apoyo de FONASA y la Superintendencia de Salud.

El Piloto en Salud de Migrantes detalla el acceso universal a la salud, que, sin importar la situación de migración de la persona, esta debe poder atenderse. El piloto se desarrolló con mesas de trabajo, diálogos ciudadanos, y diagnósticos participativos, teniendo como resultado la construcción de políticas de salud para el apoyo a los ciudadanos migrantes. Esto generó los lineamientos estratégicos con foco en la accesibilidad y la aceptabilidad al ejercer el derecho a salud. También se logró adaptar programas para que migrantes hagan uso de ellos, con infraestructura e información a su alcance y entendimiento, junto con generar información con las condiciones de salud de los ciudadanos migrantes atendidos (Equipo asesor sectorial MINSAL, FONASA, Superintendencia de Salud, 2018).

3.5.5. Plan para adulto mayor

El programa de adulto mayor considera poder tomar acción ante el creciente envejecimiento de la población de Chile (División de prevención y control de enfermedades, Subsecretaría de salud, 2014), con el fin de poder administrar eficientemente los recursos de los centros de salud destinados

hacia este sector de la población. El plan considera la composición sociodemográfica de estos, un marco de atención médica considerando a qué está expuesto este segmento de la población, temas de trato y derechos hacia la población y una estrategia de implementación. Se detalla que la población de adultos mayores está sujeta a discriminación. Se explica que prevalece una imagen negativa y estereotipada de la vejez, que tiende a valorar la juventud por sobre la experiencia. Esto a la larga afecta cómo es la interacción entre los actores de salud y los pacientes de este segmento, realizando una guía de cómo llevar el trato hacia el adulto mayor sin estigmatizarlo (División de prevención y control de enfermedades, Subsecretaría de salud, 2014).

4. Metodología

Esta memoria involucra la revisión de solicitudes emitidas a través del portal web del MINSAL (oirs.minsal.cl), la cual centraliza los reclamos, solicitudes, sugerencias y felicitaciones de los ciudadanos. Estas fueron obtenidas a través de una solicitud vía el portal de transparencia del Gobierno de Chile⁵.

Para poder responder quiénes discriminan, quienes sufren discriminación y cómo esta se manifiesta dentro del sistema de salud público, se revisarán las solicitudes de interés a través de un algoritmo de análisis tópico: el algoritmo de Asignación Latente de Dirichlet (de ahora en adelante LDA por sus siglas en inglés).

Si bien hay otros algoritmos de análisis tópico, LDA es un algoritmo que ha sido utilizado ampliamente, lo que ha generado una librería variada para su implementación en distintos tipos de lenguajes y que permite, eficientemente, revisar grandes colecciones de documentos, permitiendo saber de qué hablan estos documentos y alrededor de qué temáticas se relacionan estos.

4.1. Asignación Latente de Dirichlet (LDA)

LDA es un modelo bayesiano jerárquico de tres niveles de una colección de documentos. Este propone que los documentos (secuencias de palabras) son representados por un grupo aleatorio de tópicos latentes, donde cada tópico está caracterizado por una distribución probabilística de palabras (Blei, Ng, & Jordan, 2003).

De acuerdo con Blei, Ng y Jordan (2003) se definen los siguientes términos para definir el modelo:

- Una **palabra** es una unidad de datos discretos, definidos para ser un elemento dentro de un vocabulario indexado $\{1, \dots, V\}$.
- Un **documento** corresponde a una secuencia de N palabras denotadas por $w = \{w_1, w_2, \dots, w_N\}$, donde w_n es el n -ésima palabra de la secuencia.
- Un **corpus** es una colección de M documentos denotados por $D = \{w_1, w_2, \dots, w_M\}$

LDA asume el siguiente proceso generativo por cada documento w en el corpus D :

1. Se elige $N \sim \text{Poisson}(\xi)$
2. Se elige $\Theta \sim \text{Dir}(\alpha)$
3. Por cada una de las N palabras w_n :
 - a. Se elige un tópico $z_n \sim \text{Multinomial}(\Theta)$
 - b. Se elige una palabra w_n de $p(w_n | z_n, \beta)$, una probabilidad multinomial condicionada a un tópico z_n .

Dados los parámetros α y β , la distribución conjunta del mix de tópicos Θ , se obtiene, a través de la distribución probabilística generada, el set de N tópicos z y el set de N palabras w por:

$$p(\theta, z, w | \alpha, \beta) = p(\theta | \alpha) \prod_{n=1}^N p(z_n | \theta) p(w_n | z_n, \beta)$$

⁵ La solicitud se encuentra detallada en la

A través del set de tópicos y palabras que se determinarán para cada segmentación de documentos de la base de datos, se mostrará las temáticas que se abordan.

4.2. Coherencia

La **coherencia** (en este caso aplicado a la coherencia entre tópicos) se refiere a juzgar la calidad de la semántica de las palabras. Aplicado a análisis tópico, permite saber qué tan bien se relacionan las palabras dentro de cada tópico entre sí, permitiendo comparar la calidad de cada uno (Newman, Bonilla, & Buntine, 2011). Para analizar la coherencia de los modelos de tópicos, se usará el método *U_{mass}*, el cual indica que el modelo tiene mejor coherencia a medida que sea más positivo (Kumar, 2018).

La coherencia es usada para el cálculo de número de tópicos del modelo. Obteniendo la coherencia de los modelos con *k* tópicos (*k* variando desde 2 hasta 15), se usará el método del codo (*elbow method*). Se grafican los resultados para cada análisis, y se observa el punto en donde al aumentar el *k*, la coherencia crezca en vez de decrecer. El punto indicado sería el número de tópicos óptimo a utilizar en el modelo (Syed, Borit, & Spruit, 2018).

No obstante, si bien esta heurística nos permite encontrar de forma sencilla el número óptimo, es necesario inspeccionar los resultados buscando palabras repetidas, dado que estas indican que ya han sido abordadas en su mayoría las temáticas dentro de los documentos (Kumar, 2018). Por lo tanto, en caso de repetición de palabras en el *elbow point*, se elige el modelo el cuál tenga la mejor coherencia a partir de este.

4.3. Implementación de LDA

Para la implementación del algoritmo LDA, se requieren una serie de pasos para poder preparar la base. A continuación, se describen dichos pasos, y las dos variantes de implementaciones realizadas para obtener el conjunto de tópicos asociados a cada segmentación.

4.3.1. Tokenización y Lematización

Primero se realiza la **tokenización**, la cual consiste en convertir un texto en una lista de palabras. Dentro de este proceso se aprovecha de limpiar el texto quitando signos de puntuación, tildes, y símbolos, entre otros (Jacobi, van Atteveldt, & Welbers, 2015). Para poder realizar el análisis tópico es necesario poder procesar cada palabra por separado.

Posteriormente, se realiza la **lematización**. Esta consiste en reducir las palabras a su conjugación regular. De esta forma se facilita la selección de palabras para los tópicos, reduciendo el tiempo de procesamiento. El método de lematización viene en conjunto con un sistema de etiquetación, permitiendo trabajar solamente con sustantivos, adjetivos, verbos y adverbios en su forma singular. Así, se dejan las ideas principales del mensaje del texto (Jacobi, van Atteveldt, & Welbers, 2015).

4.3.2. Stopwords

Las *stopwords* son palabras que se repiten constantemente y que alteran el análisis tópico (como lo son artículos y pronombres) o palabras que repiten constantemente dentro de un contexto, que por sí solas, no aportan valor al análisis. Si bien se anexaron al análisis una lista de *stopwords* general,

al ir realizando iteraciones del análisis tópico se fueron agregando más palabras que no aportaban a los análisis por su repetitividad. La lista completa de *stopwords* se encuentra en el Anexo D.

4.3.3. Tópicos dominantes

Al realizar análisis tópico, cada documento está compuesto por una colección de tópicos distinta. No obstante, dentro de cada documento hay un tópico que predomina más sobre los otros dentro del documento. A este tópico se le llama **tópico dominante** y es el cual representa en mayor medida la temática del documento (Panichella, y otros, 2013). Al determinar los tópicos dominantes dentro de un corpus, se puede identificar qué temáticas abordan los documentos que lo componen y cuáles son más concurrentes dentro de este.

El uso de los tópicos dominantes puede evidenciar qué temáticas predominan dentro de los documentos evaluados en el análisis, de forma de entender cuáles son los más relevantes dentro de los segmentos evaluados.

Para el análisis de los datos se seleccionará una muestra aleatoria equivalente al 10% de los reclamos que pertenezcan al tópico dominante, para entender el significado de la aparición de las palabras detrás de este.

4.4. Caracterización de los datos

En esta sección se visualizará la composición de la base de datos, describiendo cómo están caracterizadas las solicitudes, detallando qué componentes fueron entregados de la base de datos y cómo se manejará la base para su análisis.

4.4.1. Base de datos – Solicitudes OIRS-MINSAL

Los datos fueron adquiridos mediante una petición por el portal de transparencia del Gobierno de Chile a la Superintendencia de Salud⁶. Los datos pedidos corresponden a las solicitudes realizadas a través de la página web: oirs.minsal.cl, que corresponde a la Oficina de Información Reclamos y Sugerencias (de ahora en adelante OIRS) de los distintos servicios de salud públicos. El detalle de la solicitud se encuentra en el Anexo A.

La base de datos está compuesta por 185.990 entradas de distintos tipos de solicitudes generadas por ciudadanos atendidos en las instituciones de salud pública durante el año 2017. Al revisar los reclamos las solicitudes se clasificaron en tres:

- **Realizadas por el reclamante:** En estas solicitudes se cuentan todos los detalles asociados a la solicitud de la persona. Se pueden caracterizar como la historia detrás de su reclamo. Estos son realizados directamente por la web de OIRS.MINSAL.
- **Realizadas por personal de la oficina OIRS:** En estas se detalla en tercera persona los sucesos ocurridos al reclamante. Se detalla el reclamo a una estructura, enunciando la información en tercera persona.

⁶ Obtenidas desde la web del portal de transparencia: <https://www.portaltransparencia.cl/PortalPdT/>

- **Realizados por documentos adjuntos:** El detalle del reclamo consta de un documento adjunto no incluido dentro de la base de datos y al cuál no se tuvo acceso por la solicitud.

De estas solicitudes también se detalla, en registros independientes, la región, la comuna, el centro de salud pública y el área de especialidad al que pertenece el reclamo, lo que permite identificar con precisión el lugar del problema. Este también incluye a personas ajenas a la interacción con personal de salud, como lo son funcionarios, guardias, y auxiliares de aseo, entre otros.

Al mismo tiempo, también se tiene información de la persona que emite el reclamo, como la nacionalidad, fecha de nacimiento y apellido paterno (no se pidió nombre completo, con el fin de no vulnerar a la privacidad de la persona, dado que estas solicitudes pueden incluir información médica confidencial).

Finalmente, de la solicitud, se tiene el tipo de solicitud, el detalle de la solicitud y la respuesta emitida por la OIRS, junto con la fecha de ambos eventos.

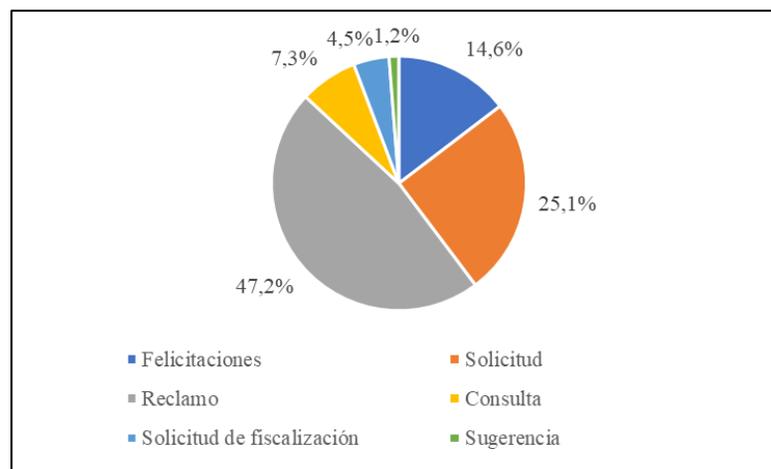
4.5. Limpieza de la base de datos

Para realizar la selección de datos de interés para la aplicación del algoritmo LDA, se realizó una inspección a la base de datos acorde a las segmentaciones a realizar para su análisis y el cómo estaban estructuradas las solicitudes.

Si bien el formulario de la OIRS⁷ es bastante claro para el registro de información, la base de datos entregada posee campos incompletos o mal ingresados, los cuales fueron omitidos para el análisis, dada su poca claridad y obstrucción para aplicar LDA.

Las solicitudes que puede hacer la ciudadanía a través de la plataforma de OIRS de MINSAL se clasifican como consulta, felicitación, reclamo o sugerencia. La base de datos también incorpora solicitudes de fiscalización, pero el formulario actualmente disponible no contempla dicha opción.

Ilustración #3 – Tipificación de las solicitudes emitidas a OIRS MINSAL



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

⁷ Disponible en <http://oirs.minsal.cl/>

Dado que el interés es encontrar manifestaciones de discriminación, se utilizará como supuesto que estas sólo se encuentran presente en los reclamos, dado que la discriminación es una percepción por parte de los pacientes. Por ello, la cantidad de entradas se reduce a 87.740 (47,2% de la base original), que incluyen cualquier tipo de reclamo.

Se decidió no considerar los reclamos realizados por documentos adjuntos al filtrar los reclamos con menos de 20 palabras, dado que estos tenían un formato estándar donde enunciaban el folio y la documentación adjunta y que iba a dificultar el análisis tóxico, al ser repetidamente enunciadas y no comentar acerca de la situación de los pacientes.

Además, los reclamos pueden ser etiquetados en distintas categorías que se detallan a continuación:

Tabla 4 – Listado de categorías para los reclamos de la plataforma de oirs.minsal.cl

ABASTECIMIENTO	CONTROL SANO	NEONATOLOGIA	SALUD MENTAL
ACUSTICA AMBIENTAL (RUIDO)	DENTAL	NEUROCIURUGIA	SALUD PUBLICA
ADMINISTRATIVO	DIRECCION	NEUROLOGIA	SAMU
ADMISION	DISCAPACIDAD	NO DISPONIBLE	SERVICIOS GENERALES
ADULTO MAYOR	EMISIONES ATMOSFERICAS	NUTRICION	SOCIAL
AGENDA MEDICA Y COORDINACION	ESTABLECIMIENTOS DE USO PUBLICO	OIRS - SALUD PUBLICA	SOLICITUDES INSTITUCIONALES
AGUA PARA CONSUMO HUMANO	ESTERILIZACION	ONCOLOGIA	SOME
AGUA PARA OTROS USOS	FARMACIA	OPTICA Y CONTACTOLOGIA	SUBDIREC. ADMINISTRATIVA
AGUAS SERVIDAS TRATAMIENTO Y DISPOSICION	FINANZAS	PABELLON	SUBDIREC. GESTION CUIDADO
ALIMENTACION	GES	PEDIATRIA	SUBDIREC. MEDICA
ANATOMIA PATALOGICA	GESTION DEL CUIDADO DEL PACIENTE	PENSIONADO	SUBDIREC. OPERACIONES
ARCHIVO	GINECOOBSTETRA	PNAC-PACAM	SUBDIREC. RRHH
ASISTENCIA MEDICA	HOSPITALIZACION	PRAIS	SUBDIRECCION MEDICA
ASISTENCIA ODONTOLOGICA	IMAGENOLOGIA	PREVENCION DE RIESGOS Y SALUD LABORAL	SUB-DIRECTOR ADMINISTRATIVO
ATENCION DOMICILIARIA	INCAPACIDAD PERMANENTE (INVALIDEZ)	PRODUCCION DE ALIMENTOS	TOMA DE MUESTRA LABORATORIO
BANCO DE SANGRE	INCAPACIDAD TRANSITORIA (LICENCIAS MEDICAS)	PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIA	TRANSPORTE DE ENFERMOS
BELLEZA Y COSMETOLOGIA	INOCUIDAD Y CALIDAD DE LOS ALIMENTOS	PSIQUIATRIA	TRAUMATOLOGIA ADULTO
CDT/CAE	JURIDICA	RECAUDACION	UAP
CIRUGIA ADULTO	KINESIOLOGÍA	RECURSOS HUMANOS	UCIM
CIRUGIA AMBULATORIA	LABORATORIO AMBIENTAL	RESIDUOS DOMICILIARIOS SOLIDOS Y ASIMILABLES	UPC. ADULTO
CIRUGIA MENOR	LABORATORIO CLINICO	RESIDUOS HOSPITALARIOS	UPC. PEDIATRIA
CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA INFANTIL	LICENCIAS MEDICAS	RESIDUOS INDUSTRIALES LIQUIDOS	URGENCIA ADULTO
CLINICO	LISTA DE ESPERA QUIRURGICA	RESIDUOS INDUSTRIALES SOLIDOS NO PELIGROSOS	URGENCIA INFANTIL
COMERCIO EXTERIOR ALIMENTOS	MEDICINA	RESIDUOS NO PELIGROSOS	UROLOGIA
COMERCIO EXTERIOR SUSTANCIAS PELIGROSAS	MEDICINA ALTERNATIVA	RESIDUOS PELIGROSOS	VACUNATORIO
CONTABILIDAD	MINSAL	SALUD CARDIOVASCULAR	ZOONOSIS (ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR ANIMALES)

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

Al revisar los reclamos correspondientes a cada una de las solicitudes, se detectaron que algunas categorías no involucraban interacciones con servicios de salud público. Por lo que aquellas

categorías ajenas a la situación de pacientes dentro de los servicios de salud fueron descartadas para el análisis. Dentro de la Tabla 3 salen destacadas las categorías no consideradas en el análisis.

La base de datos también reporta el establecimiento o servicio de salud al cuál es ingresado la solicitud, lo que permitió generar la siguiente categorización:

Tabla 5 - Clasificación de establecimientos de la base de OIRS.MINSAL

Clasificación de establecimientos				
CAE	CESFAM	Dirección de Administración de Salud	Hospital tipo 4	SAPU
CECOF	CGR	Dirección Municipal de Salud	MINSAL	SENDA
Centro de Referencia	Consultorio	Hospital de especialidades	Odontológico	SEREMI
Centro de Salud	COSAM	Hospital Tipo 1	Otro	Servicio de Salud
Centro de Salud Rural	CRS	Hospital tipo 2	Posta Rural	UAPO
CES	Dental	Hospital tipo 3	Salud Mental	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por el documento Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque laboral, Sindical e Institucional

Los reclamos emitidos a la SEREMI son los únicos que, a través de inspección, no consideran un escenario de interacción dentro de un servicio de salud. Por otro lado, el caso de los reclamos en “Otro” se consideran, dado que alberga reclamos a unidades de salud pequeñas como lo son los bancos de sangre, en donde si se realizan interacciones dentro de servicios de salud públicos.

Así, al finalizar la limpieza, la base de datos con la cual se trabaja el algoritmo LDA está compuesta de 47.216 reclamos.

4.6. Segmentaciones de datos

Con el fin de poder responder las preguntas de interés, se decide hacer un análisis independiente para cada segmento de la base de datos. Los segmentos están definidos acorde a la información presentada en la misma base, la investigación bibliográfica y grupos vulnerables sujetos a posibles discriminaciones.

4.6.1. Género

La base de datos reporta el género del reclamante, permitiendo identificar solo “Hombre” y “Mujer”, donde consideran 17.079 y 30.142 solicitudes respectivamente.

4.6.2. Edad

Dentro de la base de datos, cada reclamante reporta su fecha de nacimiento, que, junto con la fecha de ingreso del reclamo, permite determinar la edad que tenía al momento de la emisión de este. Este dato permitió dividir en cinco tramos distintos la información dada, en donde no se consideraron quienes hayan ingresado fechas de forma incorrecta (resultando edades negativas o superiores a 100).

Tabla 6 - Clasificación de segmentos de edades

Nombre categoría	Tramo de edad	Cantidad de solicitudes
Menores	0 años a 18 años	825
Jóvenes	19 años a 25 años	3.572
Adultos Jóvenes	36 años a 35 años	8.804
Adultos establecidos	36 años a 45 años	7.973
Adultos maduros	46 años a 60 años	11.483
Adultos mayores	60 años a 100 años	8.481

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

4.6.3. Nivel de pobreza

Si bien la base de datos no posee la información de ingresos de las personas, si se posee la información de las comunas a las cuáles pertenecen los reclamantes. La encuesta CASEN 2017 entrega la cantidad de personas en pobreza multidimensional en cada comuna del país, reportando también el porcentaje de personas en situación de pobreza⁸. En base a este dato, y las comunas reportadas, se identifica a la persona por el porcentaje de pobreza en su comuna. Ya etiquetados a todos los solicitantes, se hizo una clasificación por cuartiles⁹ que entregó los siguientes tramos y la siguiente distribución, ya aplicados los filtros detallados:

Tabla 7 – Distribución de segmentos de nivel de pobreza

Nombre de cuartil	Tramos de cuartil	Cantidad de reclamos
Cuartil bajo	[0%, 0,13%]	11.443
Cuartil medio	(0,13%, 0,17%]	10.431
Cuartil alto	(0,17%, 0,20%]	11.957
Cuartil muy alto	(0,20%, 0,67%]	13.385

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

4.6.4. Apellidos de origen mapuche

El Proyecto de Datos Mapuche que busca identificar, digitalizar, compilar, procesar y armonizar información cuantitativa respecto al Pueblo Mapuche, posee compilada una de las bases más grandes de apellidos de origen mapuche (Mapuche Data Project, 2019).

La base utilizada es una compilación de 8.627 apellidos mapuche a partir de los trabajos de Hugo Amigo y Patricia Bustos (Amigo & Bustos, 2008) y de Necul Painemal (Painemal Morales, 2011)¹⁰.

Estos apellidos serán usados para etiquetar a las personas que tengan ascendencia mapuche y por trabajar con este segmento.

⁸ Datos obtenidos del portal http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php

⁹ La segmentación por cuartiles se realizó previo a aplicar cualquiera de los filtros considerados para el análisis tópico ya mencionados

¹⁰ Se puede encontrar esta base en: <http://mapuchedataproject.cl/datos-de-demografia/>

4.6.5. Apellidos sin profesionales de prestigio

En el libro Desiguales, se reportan 50 apellidos que entre los años 1940 y 1970 no tenían ningún profesional, a los cuáles se les llama en este “Apellidos sin profesionales de prestigio”.

Tabla 8 - Grupo de 50 apellidos con ningún profesional de prestigio

50 apellidos con ningún profesional de prestigio (1940 - 1970)				
Aillapan	Pailahueque	Huenuchu	Millao	Cona
Cheuqueman	Alcapan	Neculpan	Huaiquimil	Maliqueo
Calfin	Huenuchual	Huaiquipan	Millahual	Godoi
Coilla	Lepin	Gamin	Garabito	Melinao
Mariman	Huenten	Huala	Cumian	Lienlaf
Escares	Lincopi	Caripan	Huenupi	Cheuquepil
Taiba	Carilao	Llanquiman	Colipi	Curilen
Murga	Cayupan	Yevilao	Necul	Porma
Tranamil	Catrinao	Cheuque	Levican	Huenulef
Colivoro	Huenupan	Ancan	Curihuinca	Andana

Fuente: Elaboración propia en base a Desiguales: Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile, 2017.

4.6.6. Nivel de establecimiento

Como se mencionó en los antecedentes, los sistemas de salud se pueden clasificar en 3 niveles de atención, en donde cada nivel posee distintos tipos de funcionarios, procedimientos y personal.

Tabla 9 - Distribución de segmentos por nivel de atención

Nombre de cuartil	Cantidad de reclamos
Atención Primaria	8.469
Atención secundaria	35.307
Atención terciaria	1.508

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

4.6.7. Interacciones de los segmentos

Con el fin de poder capturar distintos efectos dentro de los segmentos a estudiar, se realizaron 2 filtros con los cuáles pueden interactuar: la interacción con las manifestaciones de la discriminación y la interacción con reclamos relacionados a funcionarios.

4.6.7.1. Interacción con manifestaciones de la discriminación

En el desarrollo de esta memoria, se estudiaron diferentes estudios relacionados a manifestaciones de la discriminación a través de los servicios de salud, junto con métricas relacionadas a cómo debe ser y no debe ser el trato de los funcionarios del sistema de salud hacia los pacientes. A través del análisis de dicha bibliografía, se seleccionaron palabras y concepto, a través de los cuáles se

recorrió la base de datos, detectando los reclamos que contienen palabras o frases asociadas a la manifestación de la discriminación ya conocidas.

Tabla 10 - Palabras para la caracterización del segmento manifestaciones de la discriminación

Palabras para la caracterización del segmento manifestaciones de la discriminación				
Discrimin	denigr	mal_educado	humill	clasismo
mal_trato	rampas	_mal_	recha	golpe
trato_mal	agresion	estigma	racista	dañ
denosta	agredid	empuj	misogin	despot
insult	incomodidad	maldijo	prejuici	acosa
no_expli	acoso	malde	despreci	acose
denigra	respet	maldi	desigual	sufr
no_entendi	acces	violencia	xenofob	
no_comprendi	burla	homofob	clasista	

Fuente: Elaboración propia en base a la información extraída de la bibliografía consultada

4.6.7.2. Interacción con reclamos relacionados a funcionarios

Como la base de datos abarca gran variedad de situaciones no asociadas exclusivamente a situaciones relacionadas a la interacción de pacientes dentro de servicios de salud, se decidió recolectar a todos los posibles funcionarios que trabajan dentro de los sistemas de salud. De esta forma, se identifican los reclamos que definitivamente tienen interacciones paciente-funcionario, y se pueden revisar las temáticas detrás de estas.

Tabla 11 - Palabras para la caracterización del segmento interacción funcionarios

Palabras para la caracterización del segmento interacción funcionarios					
doctor	alergologa	gastroenterologa	kinesiologa	oculista	toxicologa
doctora	anestesiologo	geriatria	matron	oncologo	urologo
dr	anestesiologa	ginecologo	TENS_	oncologa	urologa
dr.	broncopulmonar	ginecologa	nefrologo	otorrino	guardia
dra	cardiologo	hematologo	nefrologa	pediatra	funcionario
_dra.	cardiologa	hematologa	neumologo	psiquitra	funcionaria
enfermer	cirujano	infectologo	neumologa	radiologo	repcionista
medico	cirujana	infectologa	neurologo	radiologa	paramedico
medica	dentista	deportologo	neurologa	siquiatra	paramedica
fonoaudiologo	odontologo	deportologa	nutriologo	traumatologo	auxiliar
fonoaudiologa	ortodoncista	fisioterapeuta	nutriologa	traumatologa	camiller
sicologo	endocrinologo	interno	nutricionista	reumatologo	intern
sicologa	endocrinologa	interna	oftalmogo	reumatologa	becad
alergologo	gastroenterologo	kinesiologo	oftalmologa	toxicologo	farmaceutic

Fuente: Elaboración propia en base a la información extraída de la bibliografía consultada

5. Resultados

A continuación, se presentan los resultados y análisis obtenidos a partir de la implementación del algoritmo LDA aplicado a los segmentos descritos en la sección anterior. Los resultados a reportar serán segmentos de datos con los cuáles se trabajó y la cantidad de documentos asociados, la elección del número de tópicos para cada segmento evaluado, los tópicos entregados por cada análisis (en formato de nube de palabras), los pesos de cada palabra dentro del tópico junto con su cantidad de apariciones a través del segmento, y la cantidad de documentos donde cada tópico se muestra como dominante.

Para el caso de la elección del número de tópicos se corrió el algoritmo LDA variando la cantidad de tópicos entre 2 y 15, reportando en cada uno de los casos la coherencia y el resultado del análisis tópico. A través de la comparación de los distintos análisis tópicos se escogieron los modelos siguiendo el método del codo, excepto cuando exista repitencia de palabras dentro de los tópicos. En dicho caso, se procede a elegir el modelo con la mayor coherencia posible y la menor cantidad de palabras repetidas.

Dado esto, se hará un análisis particular para cada segmento, haciendo un resumen de cómo se relacionaron las interacciones presentadas por segmento.

Gran parte de las segmentaciones fue cruzada con los reclamos que presentan manifestaciones de la discriminación” y los que presentan “interacciones con los funcionarios del sistema de salud”, dado que en ambos casos se evidencian interacciones conocidas con trabajadores de la salud, mostrando las manifestaciones de discriminación conocidas a través de la investigación bibliográfica.

El análisis está centrado en caracterizar los tópicos dominantes que más representan al segmento de documentos y la búsqueda de manifestaciones realizadas hacia funcionarios y servicios de salud, donde se evidencien calificativos de manifestaciones de discriminación. Luego se revisan los reclamos asociados al tópico dominante de interés para poder caracterizar las manifestaciones que representa el tópico en el segmento.

5.1. A nivel de género

Esta categoría fue analizada considerando la base de datos filtrada, el cruce de la base con los reclamos que presentan interacciones con funcionarios y con quienes presentan manifestaciones de la discriminación.

Tabla 12 - Cantidad de documentos por segmento de género y tipo de análisis

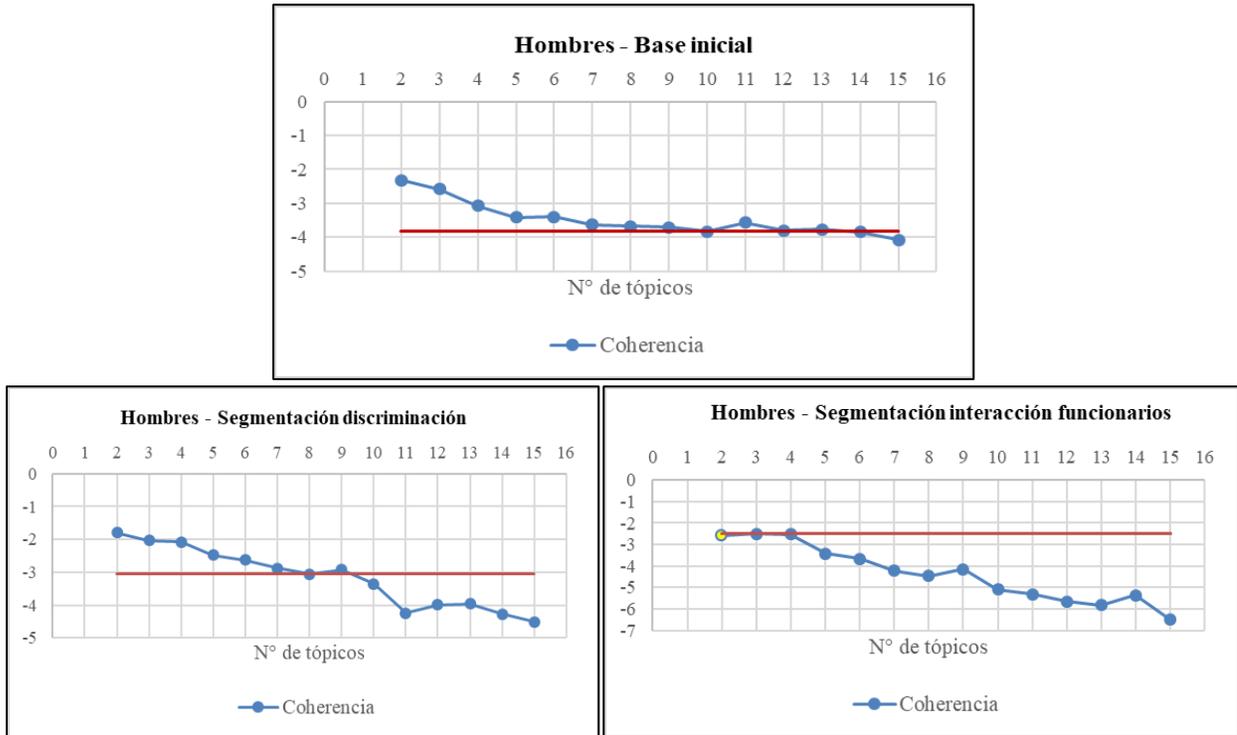
Nombre categoría	Cantidad de solicitudes		
	Base final	Base x manifestaciones discriminación	Base x Interacción Funcionarios
Hombres	17.079	3.284	1.373
Mujeres	30.142	6.323	2.928

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

5.1.1. Segmento “Hombres”

En el caso de las solicitudes realizadas por hombres, se reportó para cada segmento los siguientes resultados en coherencia con el punto óptimo del número de tópicos:

Ilustración 4 - Gráficos coherencia con cruce en el codo segmento hombres



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Para cada caso finalmente se eligió la siguiente cantidad de tópicos con la siguiente coherencia, dado el método del codo, excepto en el caso de interacción con funcionarios, en donde por repetencia de palabras se eligió el modelo destacado.

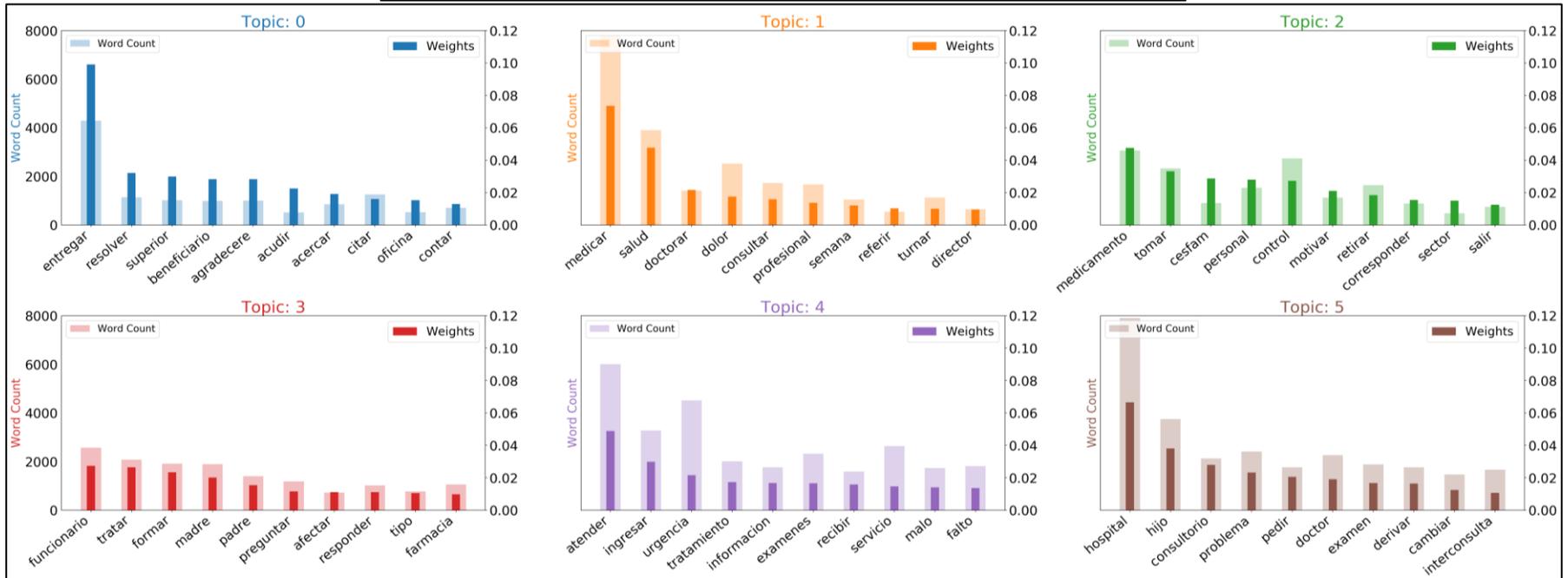
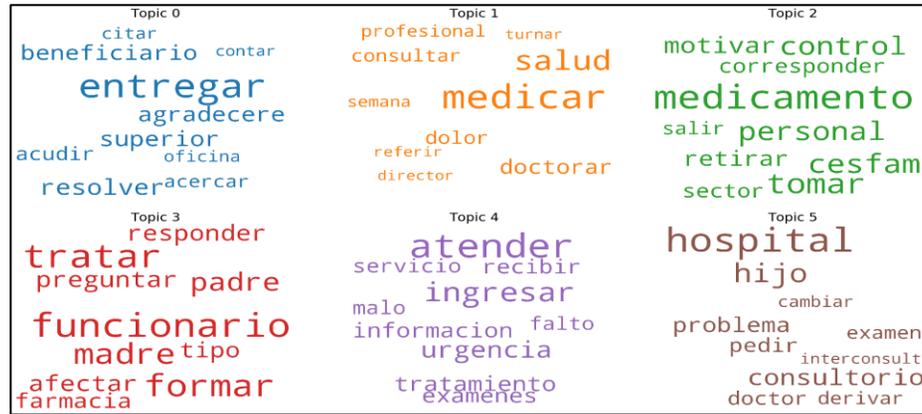
Tabla 13 – Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento hombres

Segmentación	Criterio de análisis	Nº de tópicos	Coherencia
Hombre	Base inicial	6	-3,67
	Manifestaciones de discriminación	8	-3,06
	Interacción con funcionarios	2	-2,58

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

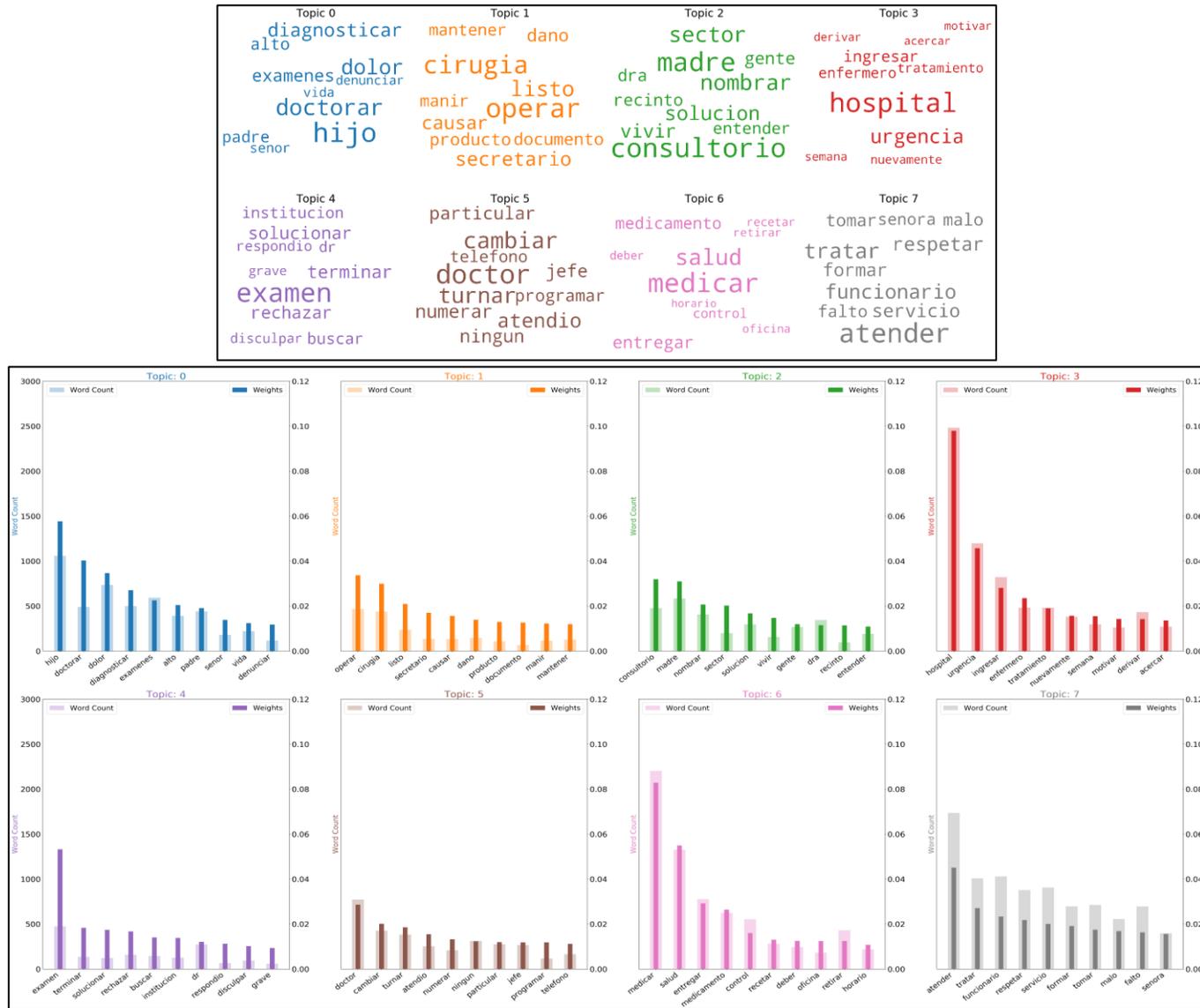
Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

Ilustración 5 – Análisis tópic base inicial segmento hombres



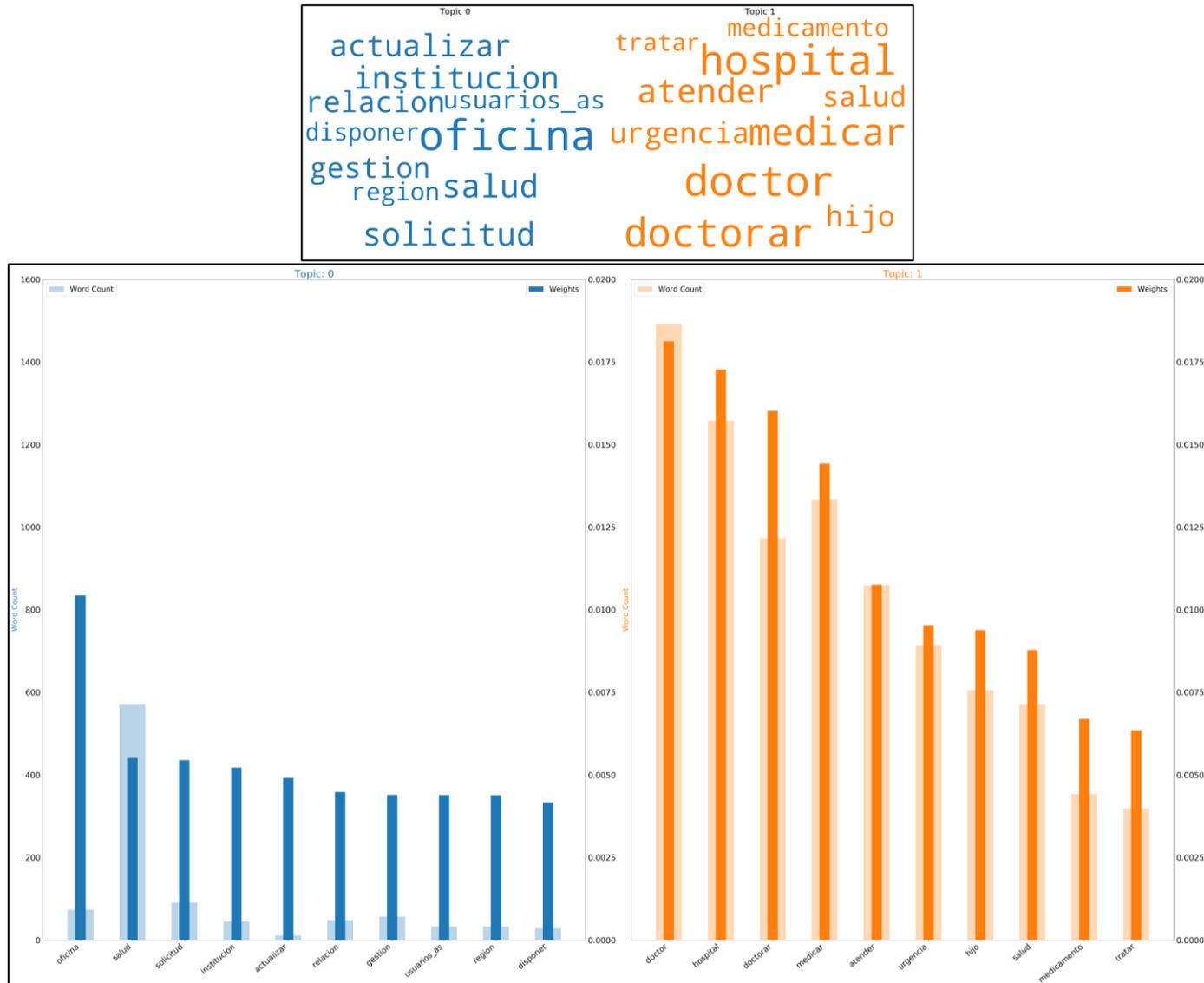
Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

Ilustración 6 – Análisis tópic de la interacción con manifestaciones de la discriminación y segmento hombres



Fuente: Elaboración propia, datos: Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 7 - Análisis tópic de la interacción de funcionarios y segmento hombres



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

Tabla 14 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento hombres

Tópicos	Número de documentos por tópico dominante		
	Hombres	Hombres x Manifestaciones discriminación	Hombres x Interacciones
Tópico 0	992	113	4
Tópico 1	1.863	25	1.369
Tópico 2	454	41	No aplica
Tópico 3	1.521	222	No aplica
Tópico 4	8.128	18	No aplica
Tópico 5	4.014	107	No aplica
Tópico 6	No aplica	220	No aplica
Tópico 7	No aplica	2.538	No aplica

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

Los tópicos más relevantes dentro de la segmentación inicial corresponden al tópico 4 y 5, acorde a la distribución de tópicos dominantes. El tópico 4 se relaciona al cómo es “atender”, en donde ubica también las palabras “información” “tratamiento”, “servicio”, “urgencia”, pero calificándolo también con “malo” y “falto”. Al revisar los reclamos donde este tópico es dominante se considera “atender” con variados tipos de trabajadores (funcionarios y profesionales de la salud). No obstante, al revisar en particular los que corresponden a la palabra “malo” se relacionan a mala información de parte de funcionarios, respecto a procedimientos dentro de los servicios, y a malos tratos por parte de funcionarios no médicos, doctores y guardias, principalmente. Por el lado de la palabra “falto”, se asocia principalmente a la palabra “respetar”. Esta ocurrencia conjunta ocurre principalmente en situaciones de funcionarios no médicos. También “falto” se refiere a la falta de medicamentos para su retiro y finalmente a falta de información por parte del personal médico y funcionarios. En el caso del tópico 5, no se ven palabras asociadas directamente a discriminación. Al revisar los reclamos, estos se refieren a temas de agenda de horas y procedimientos, relacionado también con la palabra “problema” y en varios casos, con la palabra “hijo”, como también se refleja en los pesos dentro de este tópico y su aparición. En el caso de los otros tópicos, se concentran tanto en el funcionamiento de los servicios de salud, sin calificativos que indiquen el actuar de un funcionario en particular, y sin develar manifestaciones no consideradas.

Para el caso del segmento cruzado con las manifestaciones de discriminación, el tópico más relevante corresponde al tópico 7. Los conceptos con mayor peso dentro de este corresponden a “atender”, “tratar”, “funcionario”, y “respetar”. Otras palabras que llaman la atención serían “malo” y “senora”. Al revisar el conjunto de reclamos donde este tópico es dominante, el “atender” nuevamente se refiere a interacciones con distintos tipos de trabajadores de los servicios de salud, no obstante, en este segmento se muestra una preponderancia hacia los funcionarios. Es más, en este tópico se ven con más claridad en los reclamos que lo componen reportes de faltas de respeto y mala atención al momento de la interacción funcionario paciente. También se ven casos de mala interacción guardias y profesionales de la salud, pero en menor medida en comparación con funcionarios. En el caso de los otros tópicos, no se ven palabras que pueden asociarse a reclamos de trato descalificatorio.

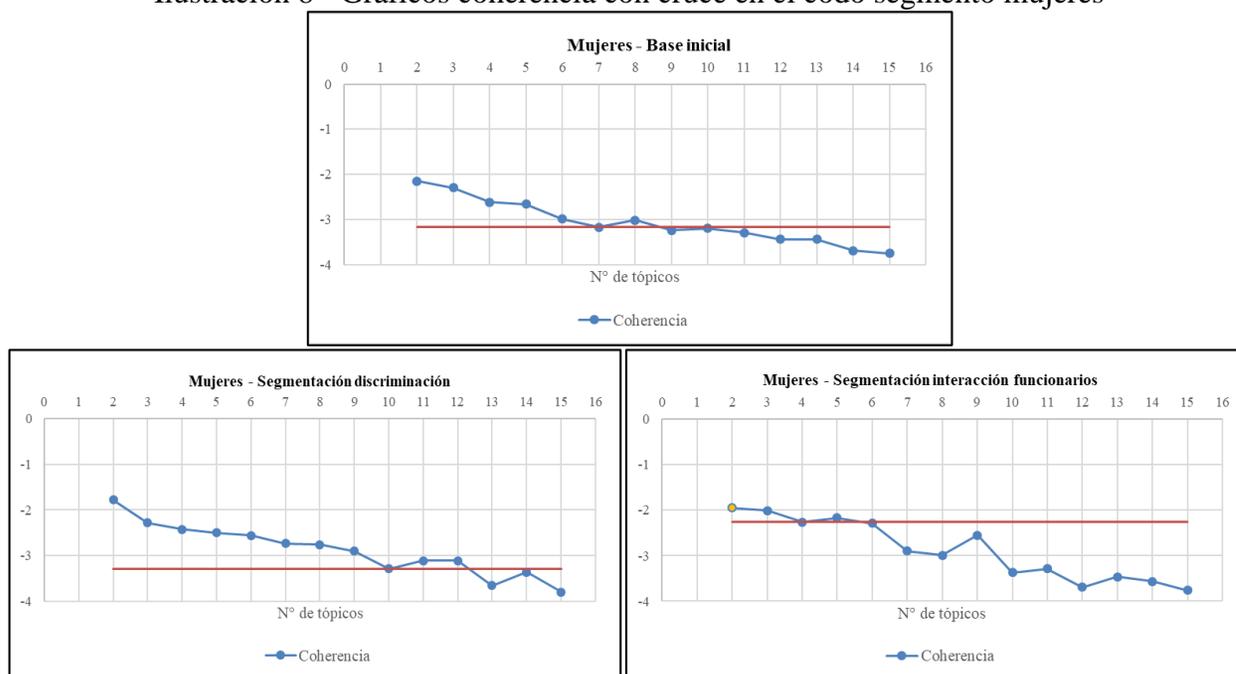
Finalmente, dentro de las interacciones con funcionarios, el tópico 1 predomina. Este refleja problemáticas de los pacientes relacionadas a gestión de horas médicas, continuación de tratamiento y en algunos casos malos tratos. He ahí porque palabras como “doctor”, “hospital”, “urgencia”, sean las principales de este tópico, sin develar tratos descalificativos por parte de estos.

En general, existe una tendencia a mostrar malos comportamientos por parte de los funcionarios no médicos de los servicios de salud, el cuál queda más claro en el segmento que captura en específico las manifestaciones de la discriminación. No obstante, en el segmento de interacción, no predominan estos problemas, sino problemas de gestión de horas o continuación de tratamientos, que, si bien se ven también en las otras segmentaciones, tienen menor importancia. Aun así, se tiene claridad de la proporción de reclamos asociados a discriminación y la caracterización del tipo de personas que pertenecen.

5.1.2. Segmento Mujeres

En el caso del segmento mujeres se reportó los siguientes gráficos de coherencia, con el punto óptimo del número de tópicos:

Ilustración 8 - Gráficos coherencia con cruce en el codo segmento mujeres



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Para cada caso finalmente se eligió la siguiente cantidad de tópicos según el método del codo, excepto en el caso de mujeres segmentación interacción funcionarios, en donde por repetencia de palabras se eligió el punto con la mejor coherencia posible y menor repetición de palabras.

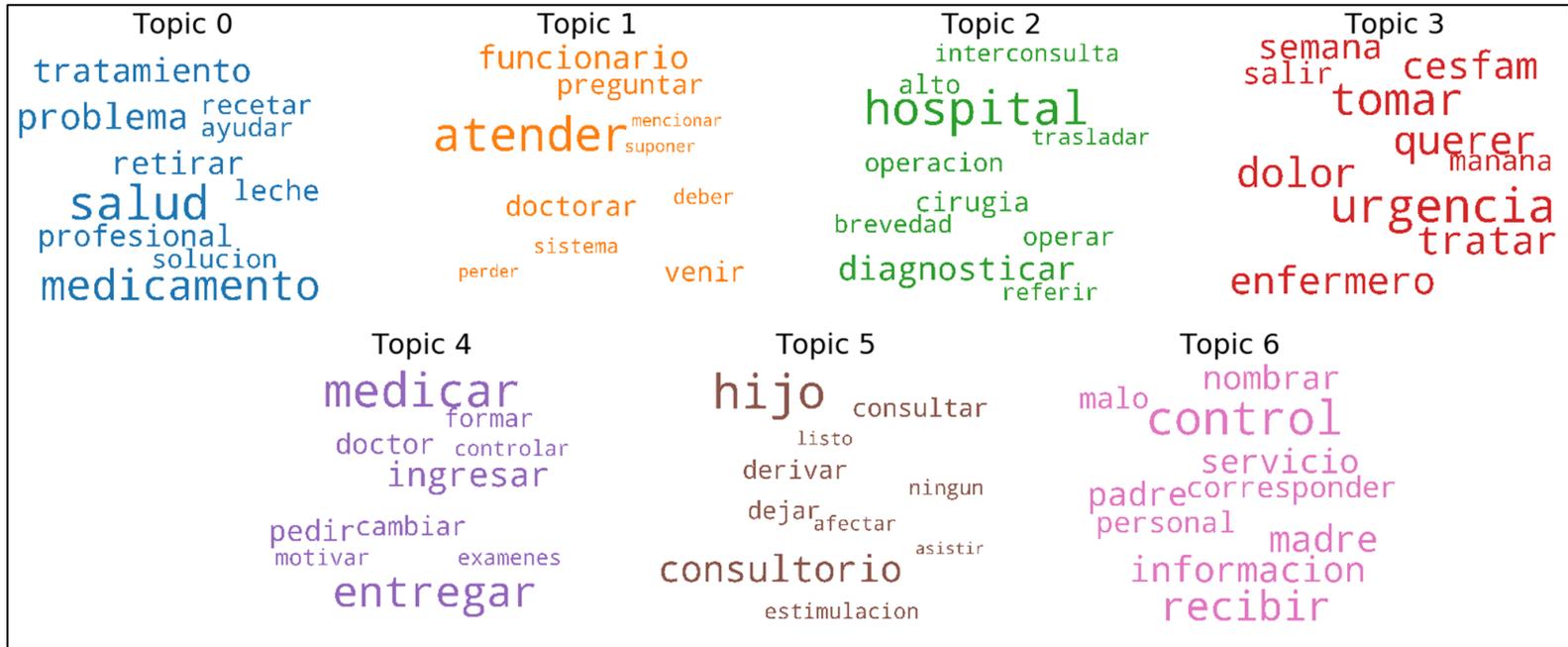
Tabla 15 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento mujeres

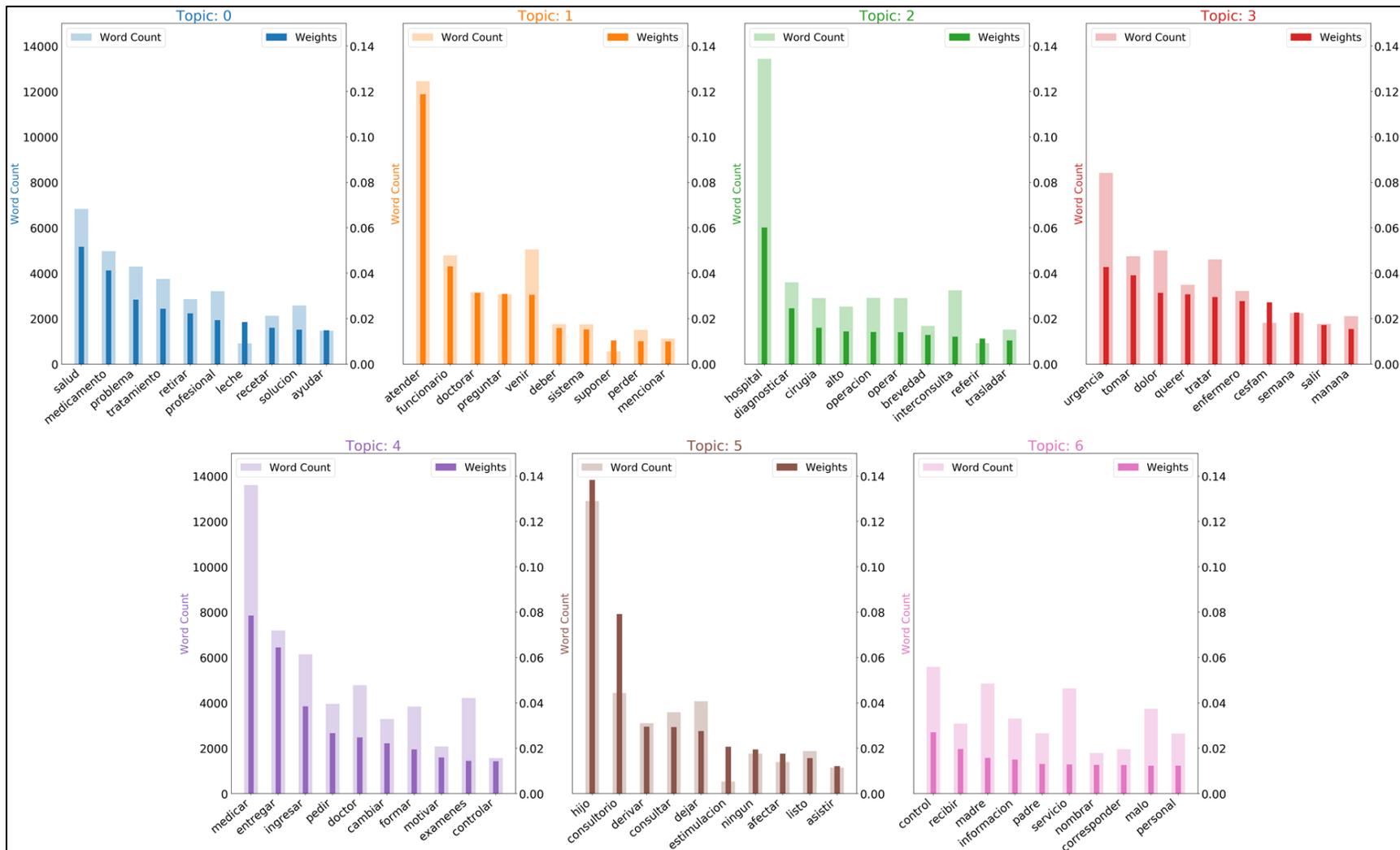
Segmentación	Criterio de análisis	Nº de tópicos	Coherencia
Mujer	Base inicial	7	-3,17
	Manifestaciones de discriminación	10	-3,28
	Interacción con funcionarios	2	-1,95

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

Ilustración 9 - Análisis tópic base inicial segmento Mujeres

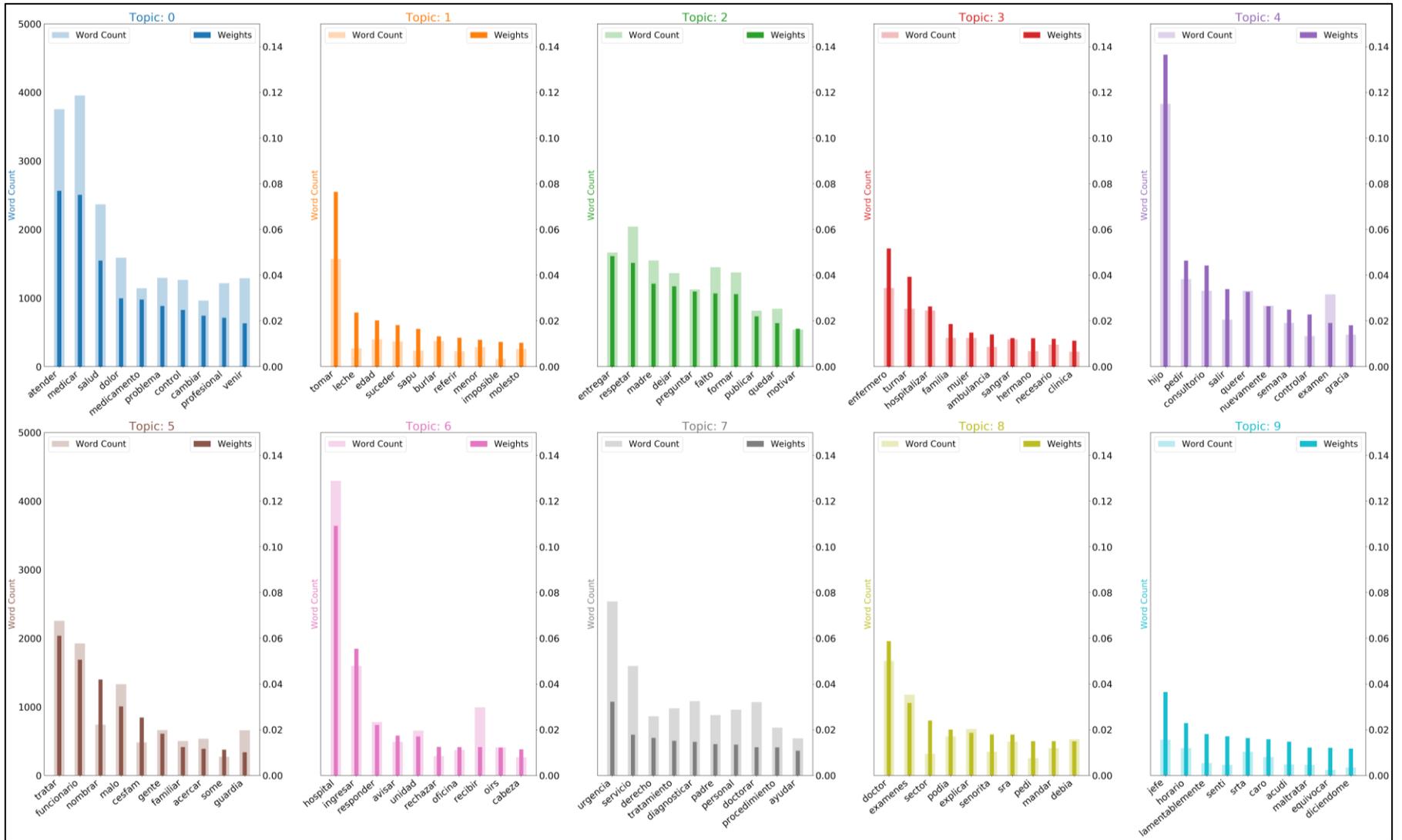




Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

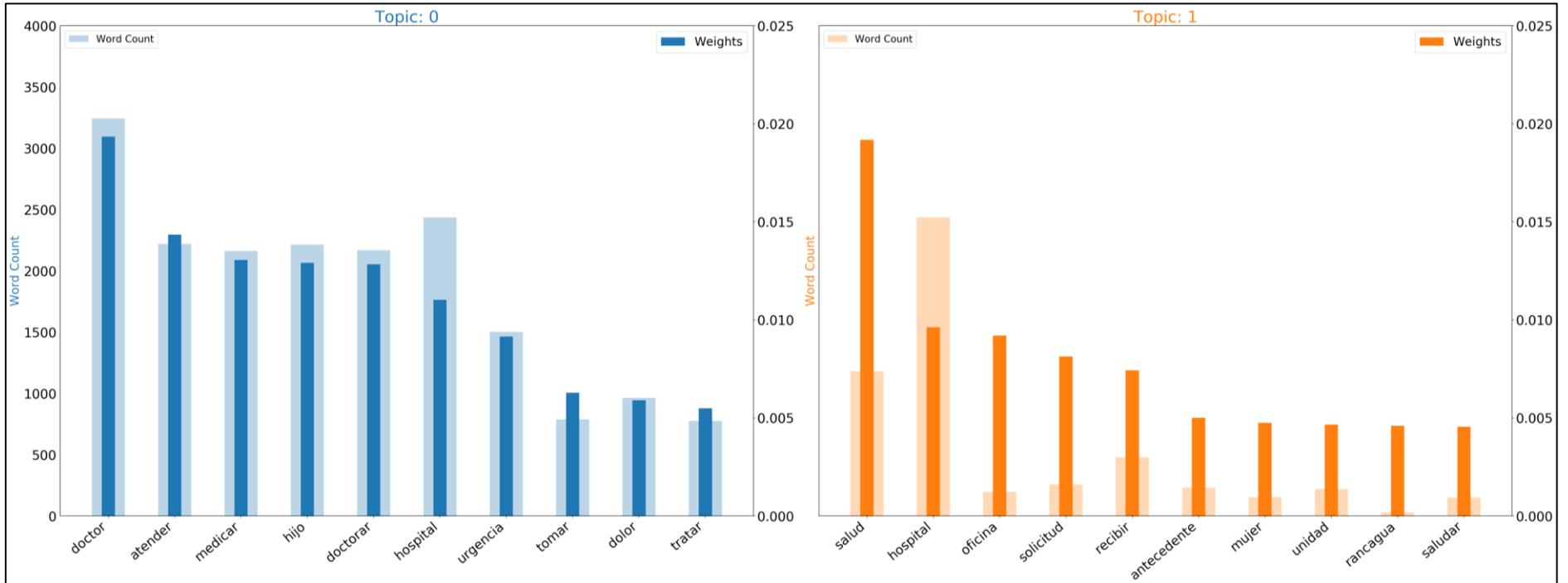
Ilustración 10 – Análisis tópic de la interacción con manifestaciones de la discriminación y segmento Mujeres





Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

Ilustración 11 - Análisis tópic de la interacción con funcionarios y segmento Mujeres



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

Tabla 16 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento mujeres

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Mujeres	Mujeres x Manifestaciones discriminación	Mujeres x Interacciones
Tópico 0	2.247	650	2.913
Tópico 1	608	7	15
Tópico 2	4.272	94	No Aplica
Tópico 3	1.577	18	No Aplica
Tópico 4	7.251	45	No Aplica
Tópico 5	580	103	No Aplica
Tópico 6	13.607	66	No Aplica
Tópico 7	No Aplica	5.319	No Aplica
Tópico 8	No Aplica	13	No Aplica
Tópico 9	No Aplica	8	No Aplica

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

En el segmento base, los tópicos más representados dentro del segmento por su dominancia, corresponden a los tópicos 2, 4 y 6. En el caso del tópico 2, donde las palabras con mayor peso son “hospital”, “diagnosticar” y “cirugía”, se refiere a reclamos asociados a problemas con procedimientos en hospitales, donde los reclamantes cuentan su historia hasta llegar a la etapa de cirugía. No se ven manifestaciones de discriminación en sus historias, sino que son reclamos enfocados a complicaciones de gestión para realizarse cirugía u obtener hora para continuar el chequeo. El tópico 4 presenta con mayor peso las palabras “medicar”, “entregar” e “ingresar”. Al revisar los reclamos, estos se refieren a problemáticas de gestión de horas para exámenes y su entrega, o problemas para ingresar a consulta o pabellón, sin mostrar dentro de la revisión reclamos relacionados a trato descalificativo. Finalmente, en el caso del tópico 6, aparecen con mayor importancia las palabras “control”, “madre”, “servicio” y “malo”. En particular, la palabra “control” se refiere a la realización de controles médicos por parte de los pacientes, en estos se relatan problemas de agenda y tratos descalificativos por parte de médicos y enfermeros, al aparecer la palabra “malo”. No obstante, también con la palabra “malo” se asocia mala información entregada por funcionarios y trato despectivo por parte de guardias y funcionarios no médicos también dentro de los servicios de salud. Respecto a la palabra “madre”, esta se asocia principalmente a problemas de gestión en donde aparecen situaciones descriptivas a hijos de las reclamantes. Llama la atención el tópico 1 que presenta las palabras “atender” y “funcionario”, aunque considera una menor cantidad de documentos que los tópicos más representativos del segmento. En este, “atender” se refiere a acceso de atención a los doctores, más que cuestionar la forma del trato. Al aparecer esta palabra con “funcionario”, se denotan tanto problemas de agenda como trato despectivo por parte de estos, pero en mucha menor medida que el tópico 6. El resto de los tópicos no presenta evidencias de manifestaciones de discriminación.

En el segmento cruzado con manifestaciones de la discriminación, destaca el tópico 7 como ampliamente dominante dentro de los documentos. Si bien el tópico considera palabras como “urgencia”, “servicio”, “derecho”, “diagnosticar”, como principales, los reclamos no solo se refieren a procedimientos dentro de los servicios de salud, sino que también se incluyen reclamos que denuncian actitudes de descalificativas de distintos niveles de personal de servicio hacia los

reclamantes. Esto se ve al ver que, pese a que el t3pico 7 resulta con mayor cantidad de documentos dominantes, aun as3, las apariciones de las palabras representativas de los t3picos son bastante grande, por lo que este absorbe todo tipo de reclamos, dado que las palabras que lo componen se relacionan a la descripci3n que hacen los pacientes de sus casos particulares, y, por ende, considera gran variedad de tem3ticas. Por lo tanto, tambi3n se revisar3n los t3picos 0 y 5, por tener una ocurrencia de palabras similar. En el caso del t3pico 0, donde la palabra principal es “atender”, esta muestra en los t3picos donde aparece como dominante, problem3ticas asociadas a continuaci3n de atenciones, negaci3n de atenci3n, cancelaci3n de horas, principalmente. En el caso del t3pico 5 concentra los tratos despectivos de parte de funcionarios no m3dicos, donde se incluyen en algunos casos param3dicos y guardias, ocurriendo burlas, faltas de respeto, entre otros. Dentro de los dem3s t3picos el 1 y el 2 concentran palabras asociadas a maltrato, pero son pocos los documentos donde aparecen como dominantes, por lo que se asume que la tem3tica que abordan es similar a la comentada en el t3pico 5.

Por el segmento cruzado con interacciones de funcionarios, predomina casi totalmente el t3pico 0, en donde se ve concentraci3n de nombres de funcionarios y la palabra “atender”, pero no muestra palabras asociadas a las manifestaciones de discriminaci3n. Al inspeccionar los reclamos donde este t3pico es dominante, se ven una mezcla de reclamos relacionadas a problemas de gesti3n hospitalaria y a tratos despectivos por parte del personal m3dico y funcionarios, sin resaltar m3s uno que otro.

Si bien en el caso base se ve claramente los problemas de trato descalificativo por parte de los trabajadores m3dicos, al inspeccionar la base cruzada con manifestaciones de discriminaci3n se pierden un poco por el t3pico 7. No obstante, aun as3, el an3lisis muestra claramente m3s tipos de manifestaciones de discriminaci3n ocurridas dentro de los reclamos como “burlar”, “falta de respeto”, entre otras, pero identificando de forma leve a funcionarios no m3dicos como causantes de estos actos.

5.2. Por nivel de pobreza

Esta categor3a fue analizada considerando la base de datos filtrada, el cruce de la base con los reclamos que presentan interacciones con funcionarios y con quienes presentan manifestaciones de la discriminaci3n.

Tabla 17 - Cantidad de documentos por segmento de cuartil de pobreza y an3lisis

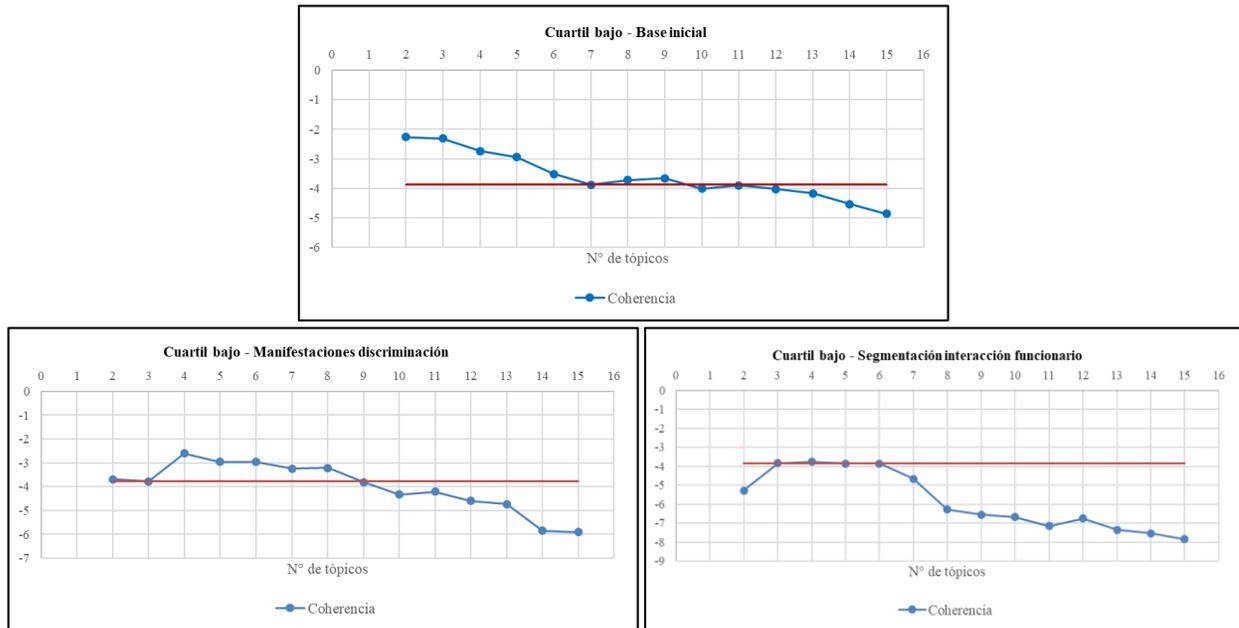
Nombre categor3a	Cantidad de solicitudes		
	Base final	Base x manifestaciones discriminaci3n	Base x Interacci3n Funcionarios
Cuartil bajo	11.443	2.449	813
Cuartil medio	10.431	1.589	704
Cuartil alto	11.957	2.630	1.163
Cuartil muy alto	13.385	2.969	1.574

Fuente: Elaboraci3n propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

5.2.1. Cuartil bajo

En el caso del segmento cuartil bajo se reportaron los siguientes gráficos de coherencia, con el punto óptimo del número de tópicos:

Ilustración 12 - Gráficos coherencia con cruce en el codo segmento cuartil bajo



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Para cada caso finalmente se eligió la siguiente cantidad de tópicos con la siguiente coherencia:

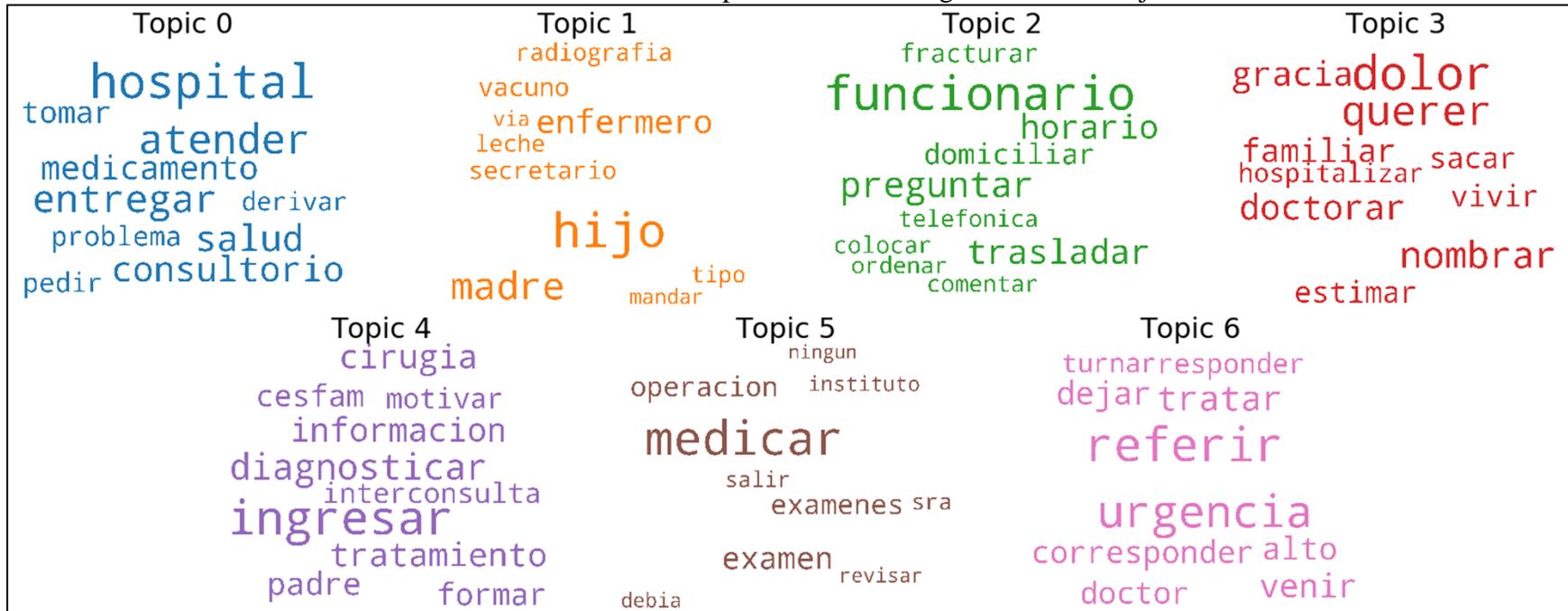
Tabla 18 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento cuartil bajo

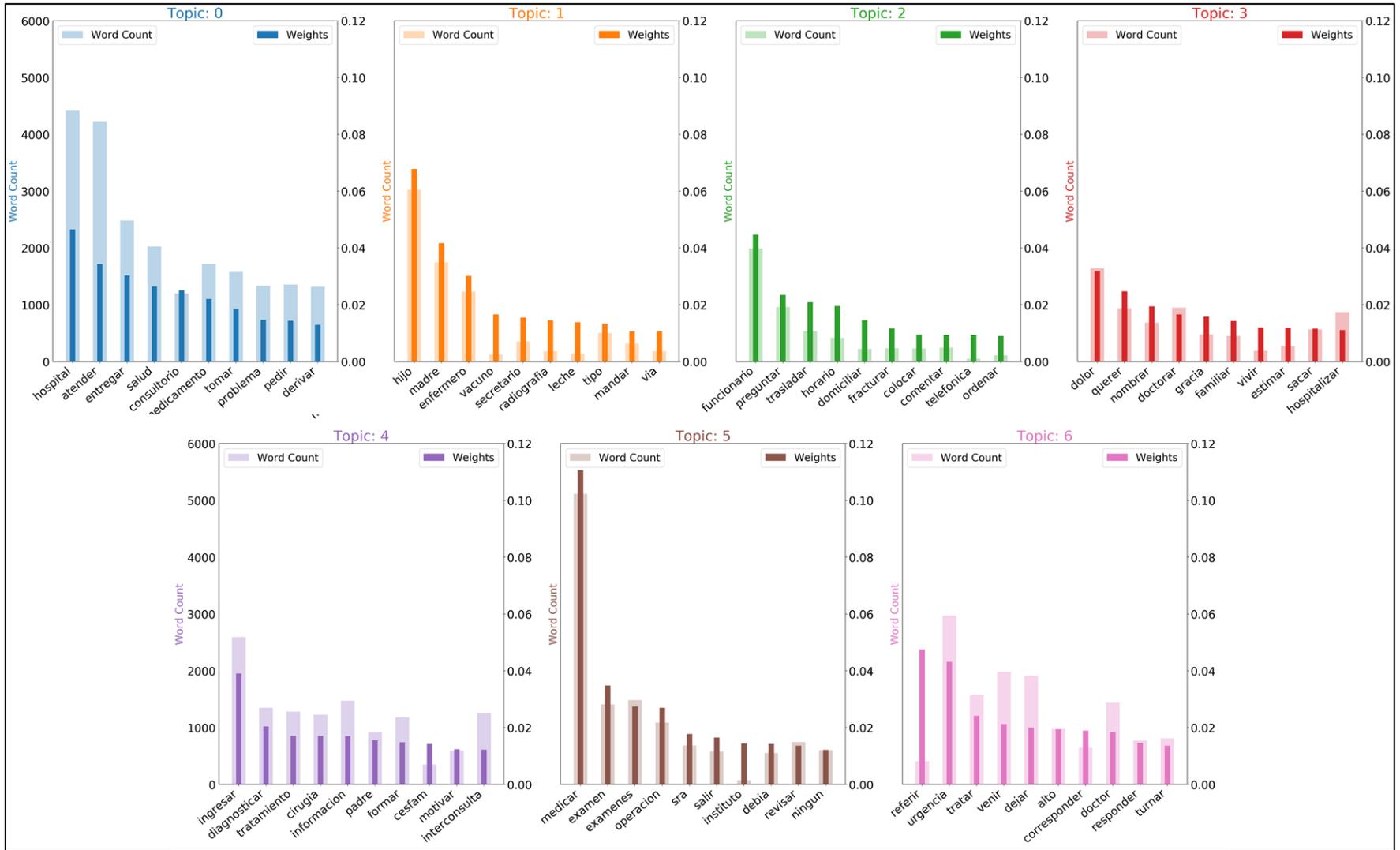
Criterio de análisis	Segmentación	Nº de tópicos	Coherencia
Cuartil bajo	Base inicial	7	-3,66
	Manifestaciones de discriminación	3	-3,78
	Interacción con funcionarios	5	-3,85

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

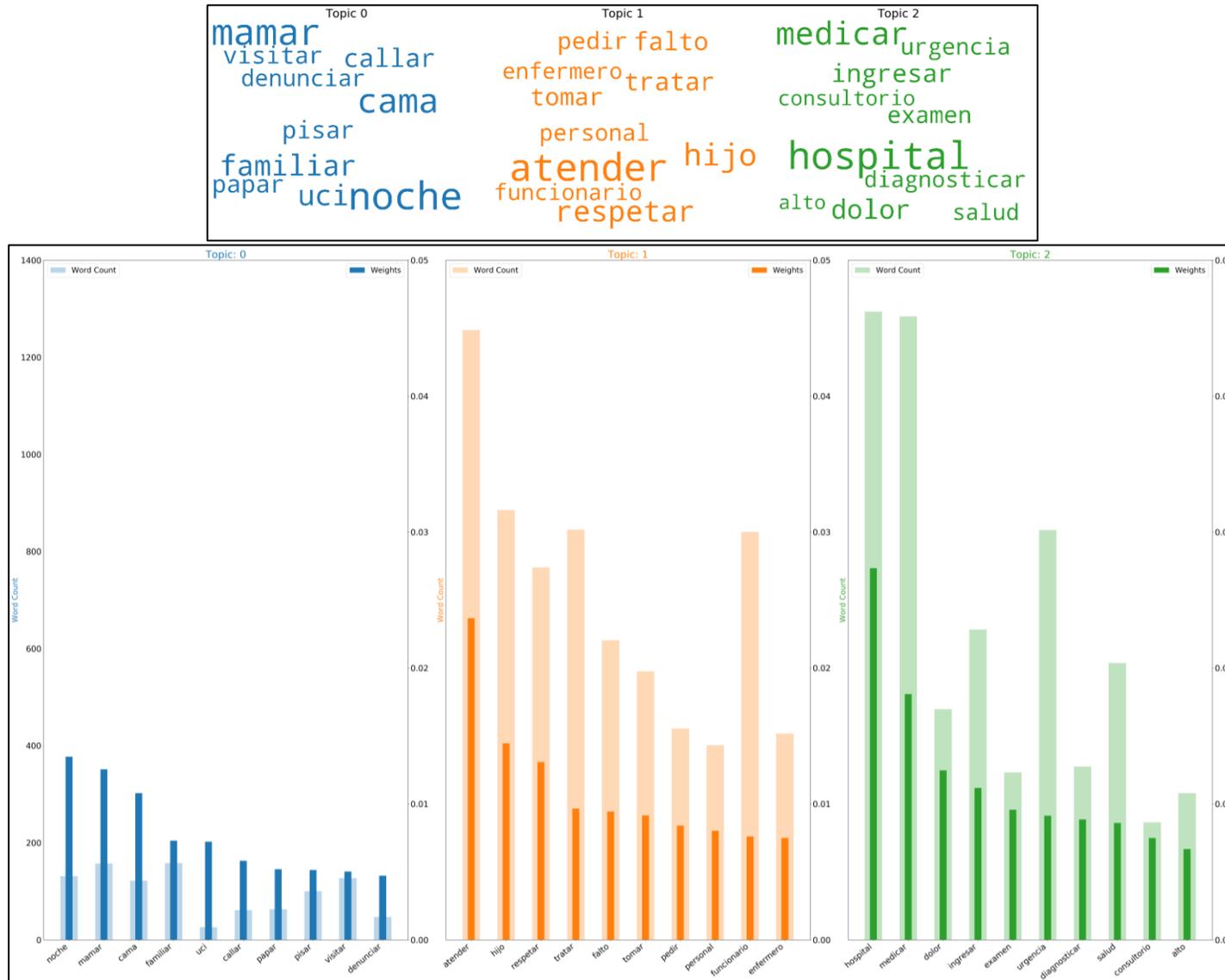
Ilustración 13 - Análisis tópic base inicial segmento cuartil bajo





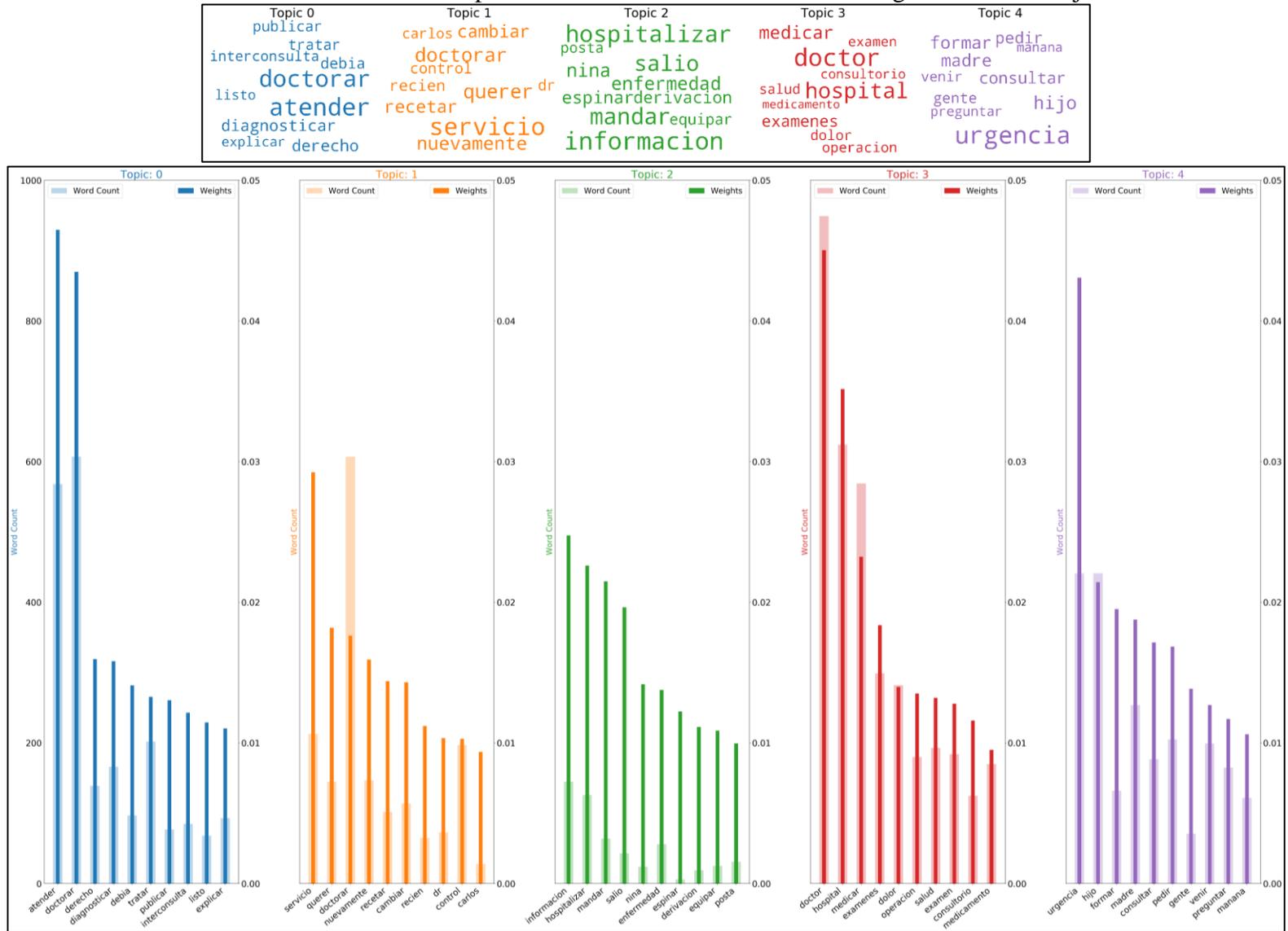
Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 14 - Análisis tópic interactión con manifestaciones de la discriminación con segmento cuartil bajo



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 15 - Análisis tópicos interacción con funcionarios con segmento cuartil bajo



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 19 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento cuartil bajo

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Cuartil bajo	Cuartil bajo x Manifestaciones discriminación	Cuartil bajo x Interacciones
Tópico 0	8.951	27	82
Tópico 1	45	1.672	30
Tópico 2	88	750	7
Tópico 3	155	No Aplica	667
Tópico 4	1.916	No Aplica	77
Tópico 5	90	No Aplica	No Aplica
Tópico 6	198	No Aplica	No Aplica

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

En el segmento base, los tópicos que aparecen de forma más concurrente corresponden al tópico 0 y 4. En el segmento 0, en su mayoría, se reclama por complicaciones en gestión hospitalaria, como problemas en agenda de horas, retraso de médicos, problemas para fijar una operación, entre otros. No obstante, se ven algunos reclamos relacionados a mal trato en la atención por parte de funcionarios no médicos, y también se ven reclamos asociados a problemas con la entrega de medicamentos. En el caso del tópico 4, presenta palabras como “cirugía”, “diagnosticar”, “ingresar”, “interconsulta” y “tratamiento”. Y precisamente, los reclamos relatan complicaciones durante procedimientos de operación, atención, más relacionadas a complicaciones médicas para poder tener una solución o continuar el proceso de recuperación, sin aparecer reclamos asociados a tratos despectivos. Por otro lado, los otros tópicos no muestran palabras relacionadas a manifestaciones de la discriminación. Se revisó el tópico 2 dado que destacaba la palabra “funcionario” y al revisar los reclamos dentro de este, se ven reclamos asociados a burlas, faltas de respeto, gritos por parte de especialmente guardias a pacientes, siendo estos relacionados a temas de seguridad del recinto que, del proceso de atención médica, no obstante, este grupo solo presenta 88 reclamos.

En el segmento cruzado con manifestaciones de la discriminación el tópico 1 y 2 resultan ser los más representativos del segmento. El tópico 1 muestra las palabras “atender”, “respetar”, “tratar”, “falto”, “funcionario”, en donde se muestra, por una parte, problemas de atención en procedimientos y por el otro, faltas de respeto de tanto de funcionarios del servicio de salud como de equipos médicos, donde estos últimos se destacan más dentro de los reclamos. En el caso del tópico 2, aborda exclusivamente problemas de gestión de los servicios, como agenda de horas o continuación de tratamientos o problemas al asistir como urgencia. He ahí porque está compuesto por palabras como “urgencia”, “hospital”, “medicar”, “diagnostico”.

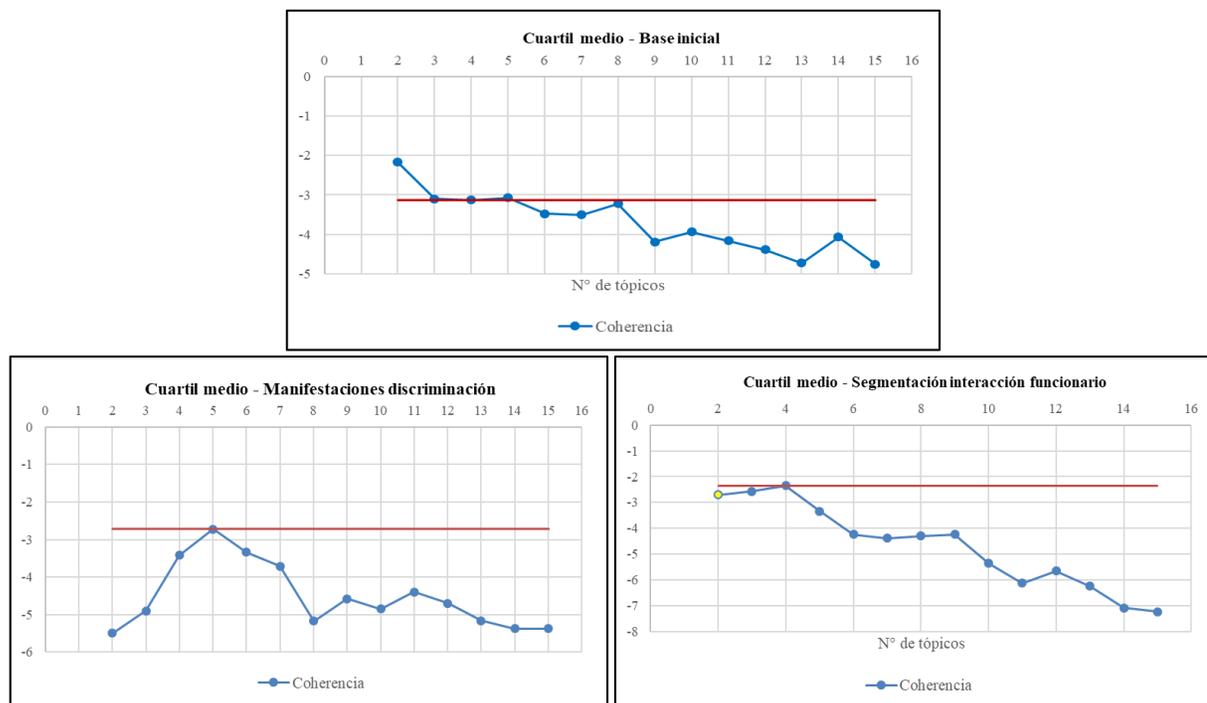
En el segmento cruzado con interacción de funcionarios, si bien aparecen variedad de actores, cada uno de ellos habla respecto a procedimientos generales. Si bien aparecen en algunos, como el tópico 0 “atender”, “doctorar”, no existen en estos calificativos asociados a manifestaciones de la discriminación. Al inspeccionar los reclamos no se muestra una tendencia a reclamos de trato o de gestión dentro de los servicios de salud por parte de los funcionarios, sino que se priorizan reclamos relacionados a problemas de gestión hospitalaria.

En este segmento si bien se observan casos de malos tratos por parte de funcionarios, no se ven tan claros y solamente se muestran al hacer el cruce con manifestaciones de la discriminación, siendo en los otros casos mezclados con reclamos asociados a gestión hospitalaria.

5.2.2. Cuartil medio

En el caso del segmento cuartil medio se reportaron los siguientes gráficos de coherencia con el punto óptimo del número de tópicos:

Ilustración 16 - Gráficos coherencia con cruce en el codo segmento cuartil medio



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el caso del cuartil medio con segmentación con interacción de funcionario, por repetición de palabras dentro de los tópicos, se eligió el caso de 2 tópicos para su análisis. Finalmente, la cantidad elegida de tópicos con la siguiente coherencia se detalla a continuación:

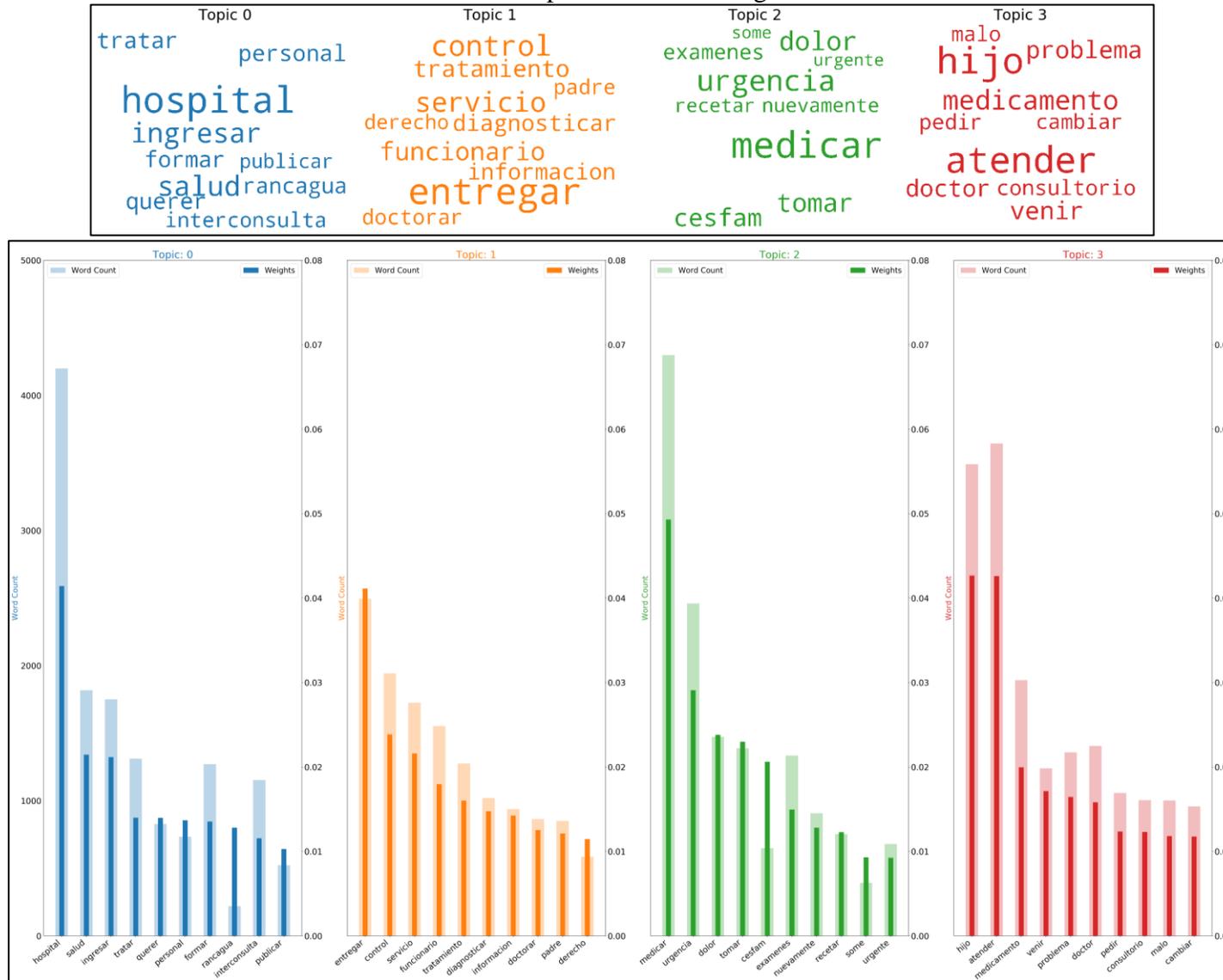
Tabla 20 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento cuartil medio

Criterio de análisis	Segmentación	Nº de tópicos	Coherencia
Cuartil medio	Base inicial	4	3,13
	Manifestaciones de discriminación	5	-2,55
	Interacción con funcionarios	2	-2,71

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

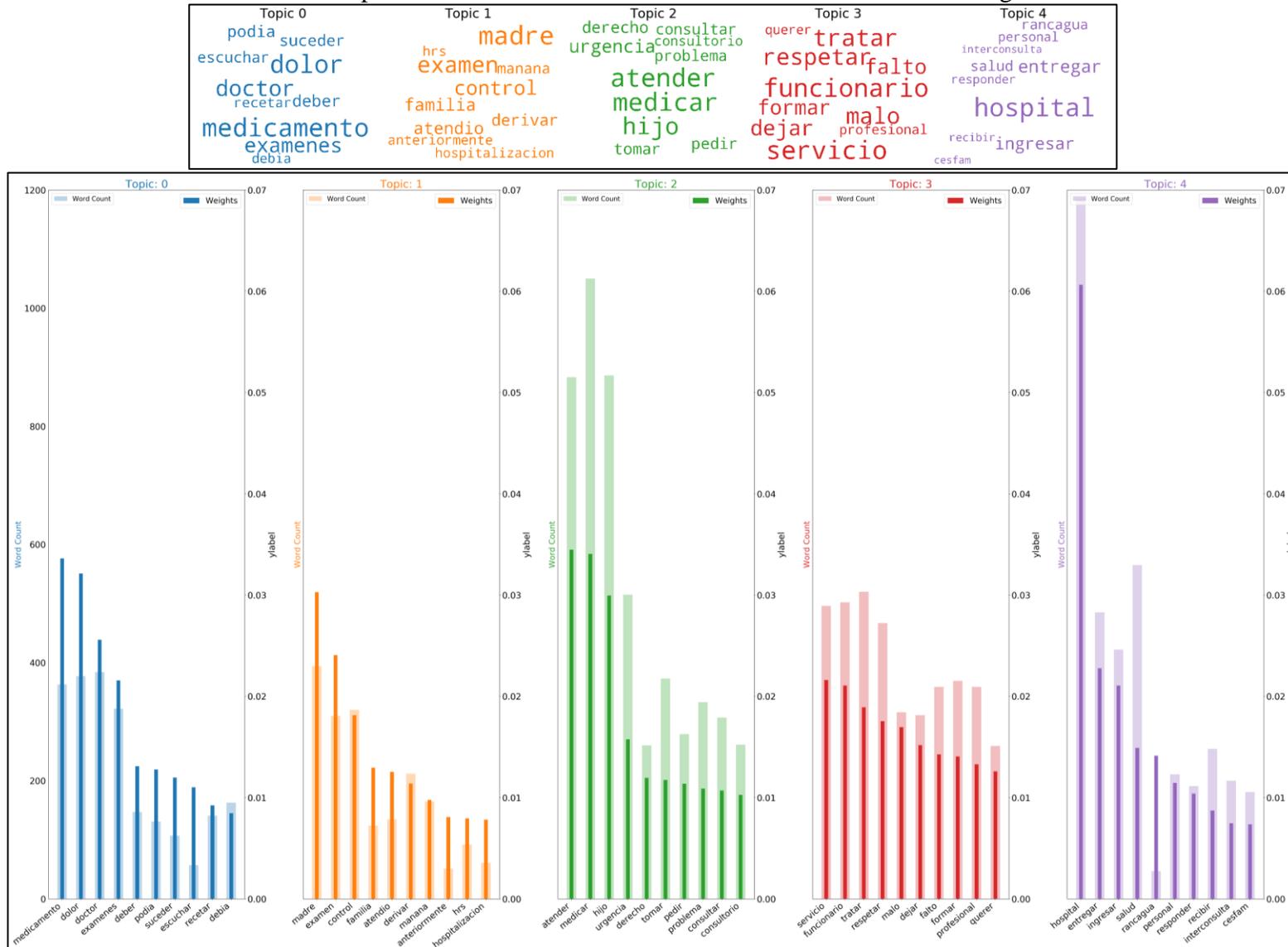
Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

Ilustración 17 - Análisis tópic base inicial segmento cuartil medio



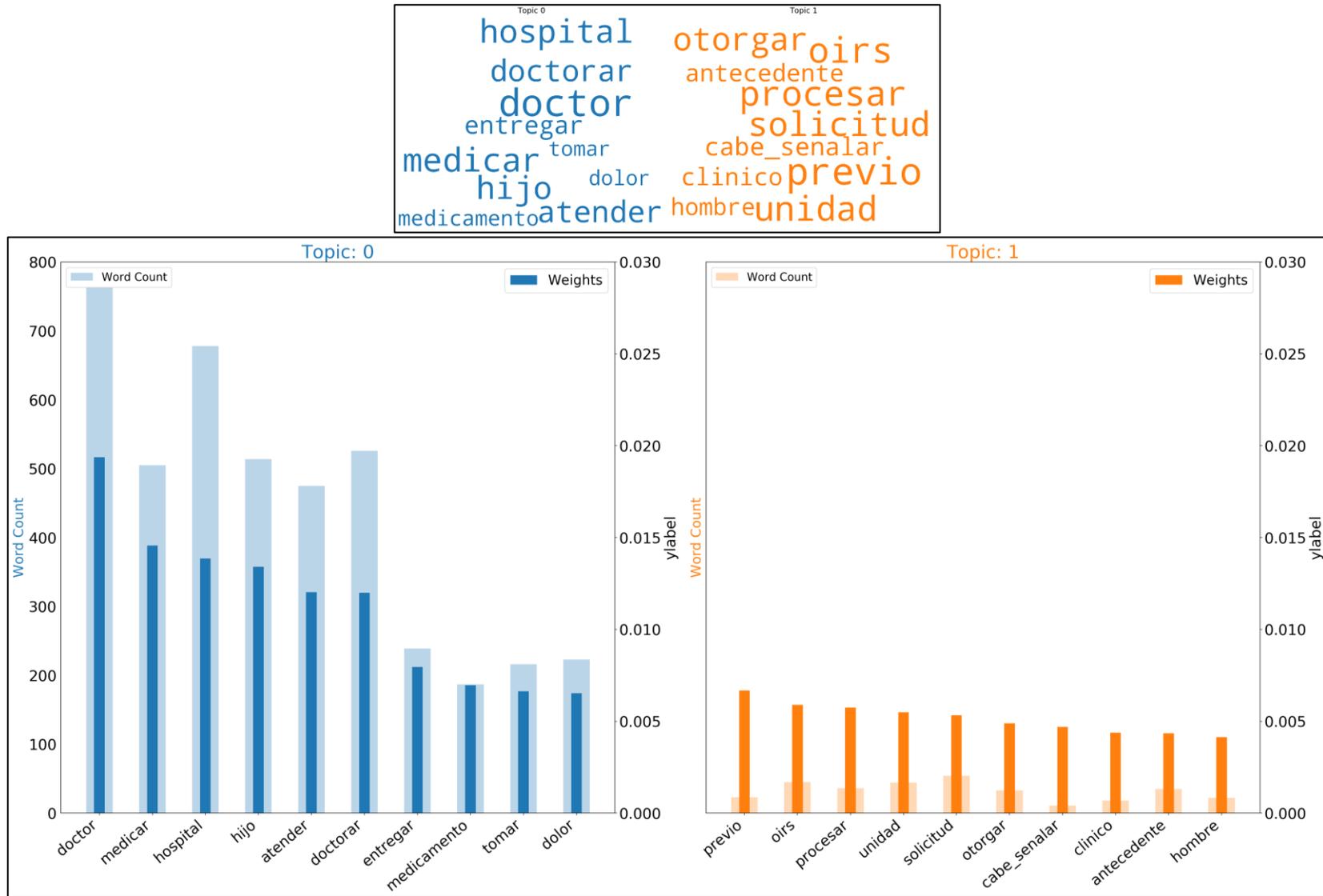
Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

Ilustración 18 - Análisis tópic interacción manifestaciones de la discriminación con segmento cuartil medio



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 19 - Análisis tópic interactión funcionarios con segmento cuartil medio



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 21 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento cuartil medio

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Cuartil medio	Cuartil medio x Manifestaciones discriminación	Cuartil medio x Interacciones
Tópico 0	2.430	31	692
Tópico 1	1.232	34	12
Tópico 2	947	1.090	No aplica
Tópico 3	5.822	253	No aplica
Tópico 4	No aplica	181	No aplica

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el segmento base, el tópico 3 es el que más se ve representado como dominante dentro de los reclamos. Este contiene las palabras “hijo”, “atender”, “malo”, “doctor”, “urgencia”, entre otras. Al revisar los reclamos se habla de problemas en relación con atenciones a hijo de los reclamantes, los cuales incluyen malos tratos, pero principalmente, problemas de gestión para inicio o continuación del tratamiento. En particular, la palabra “malo” se asocia también tanto a las problemáticas de gestión como a malos tratos por parte de los trabajadores de los servicios de salud. En el caso de los otros tópicos, estos no dan indicios de mostrar tratos descalificativos por parte del personal de la salud hacia los pacientes. Por otro lado, los tópicos 0 y 1, que también presentan gran cantidad de reclamos asociados a estos, al revisarlos destacan problemas relacionados a gestión hospitalaria, como lo son entrega de información, toma de horas con ciertos especialistas, continuación de tratamientos, entre otros.

En el segmento cruzado con manifestaciones de discriminación, predomina el tópico 2, donde no se califica el cómo la atención recibida en consultorios. Al revisar los reclamos si bien aparecen problemas relacionados a gestión hospitalaria, se ven de forma más clara problemas relacionados a trato despectivo por parte del personal del servicio hacia los pacientes. Por otro lado, es de interés el tópico 3, contiene las palabras “tratar”, “malo”, “falto”, “respetar”, “servicio” y “funcionario”, infiriendo una calificación negativa al trato de funcionarios en servicios de salud. Al revisar los reclamos, efectivamente este aborda los reclamos que se asocian de faltas de respeto por parte de los funcionarios hacia los pacientes, pero este también incluye malos tratos por parte de funcionarios médicos y también destacan reclamos asociados a guardias de los recintos.

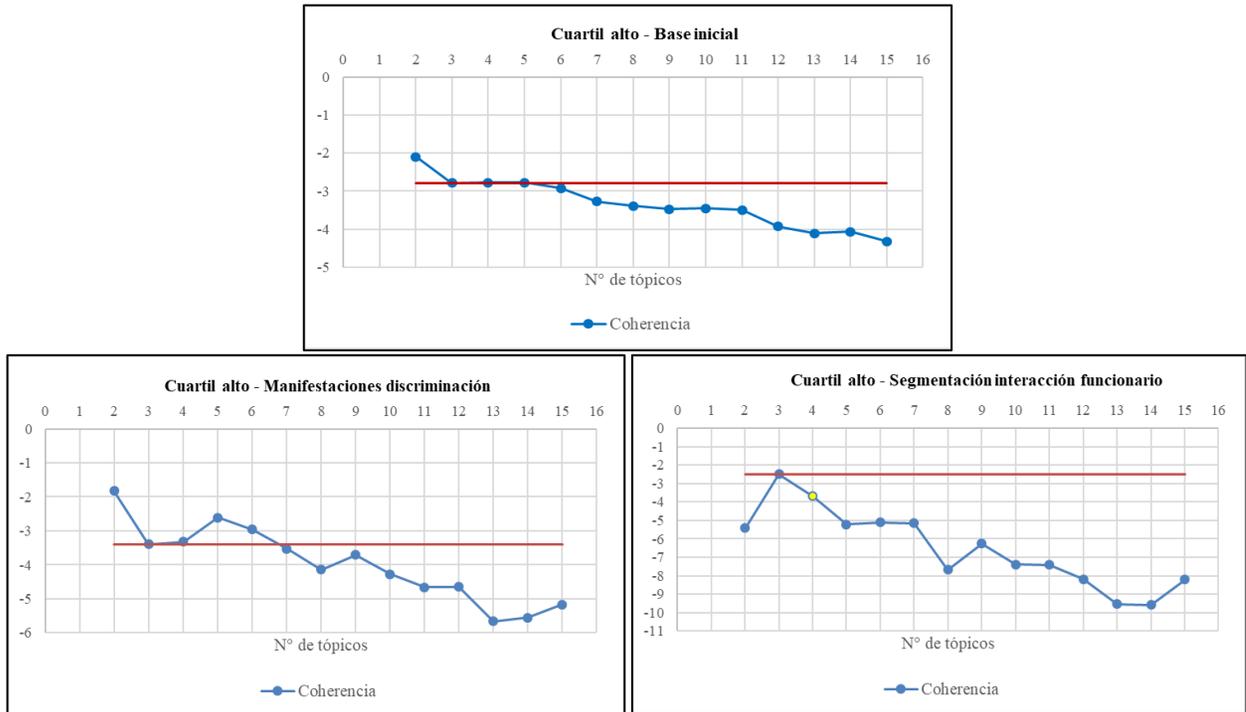
En el segmento cruzado con interacción de funcionarios, si bien se detectan en los tópicos actores del sistema de salud, no se señalan acciones o manifestaciones de discriminación. Al revisar los tópicos en su mayoría abordan problemas relacionados a gestión dentro de los servicios de salud y en menor medida a temas asociados a trato descalificativo por parte del personal de los servicios.

Si bien no aparecen tan claramente dentro de las nubes de palabras dentro de los análisis tópicos, al analizar los reclamos empiezan a aparecer reclamos asociados a trato descalificativo por parte de funcionarios. En particular, se ve una tendencia de funcionarios y guardias, no obstante, la cantidad de reclamos asociados a estas temáticas no supera los 600, acorde a la aparición de palabras que reportan los gráficos.

5.2.3. Cuartil alto

En el caso del segmento cuartil alto se reportaron los siguientes gráficos de coherencia con el punto óptimo del número de tópicos:

Ilustración 20 - Gráficos coherencia con cruce en el codo cuartil alto



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el caso del cuartil alto con segmentación con interacción de funcionario, por repetición de palabras dentro de los tópicos, se eligió el caso de 4 tópicos para su análisis. Finalmente, la cantidad elegida de tópicos con la siguiente coherencia se detalla a continuación:

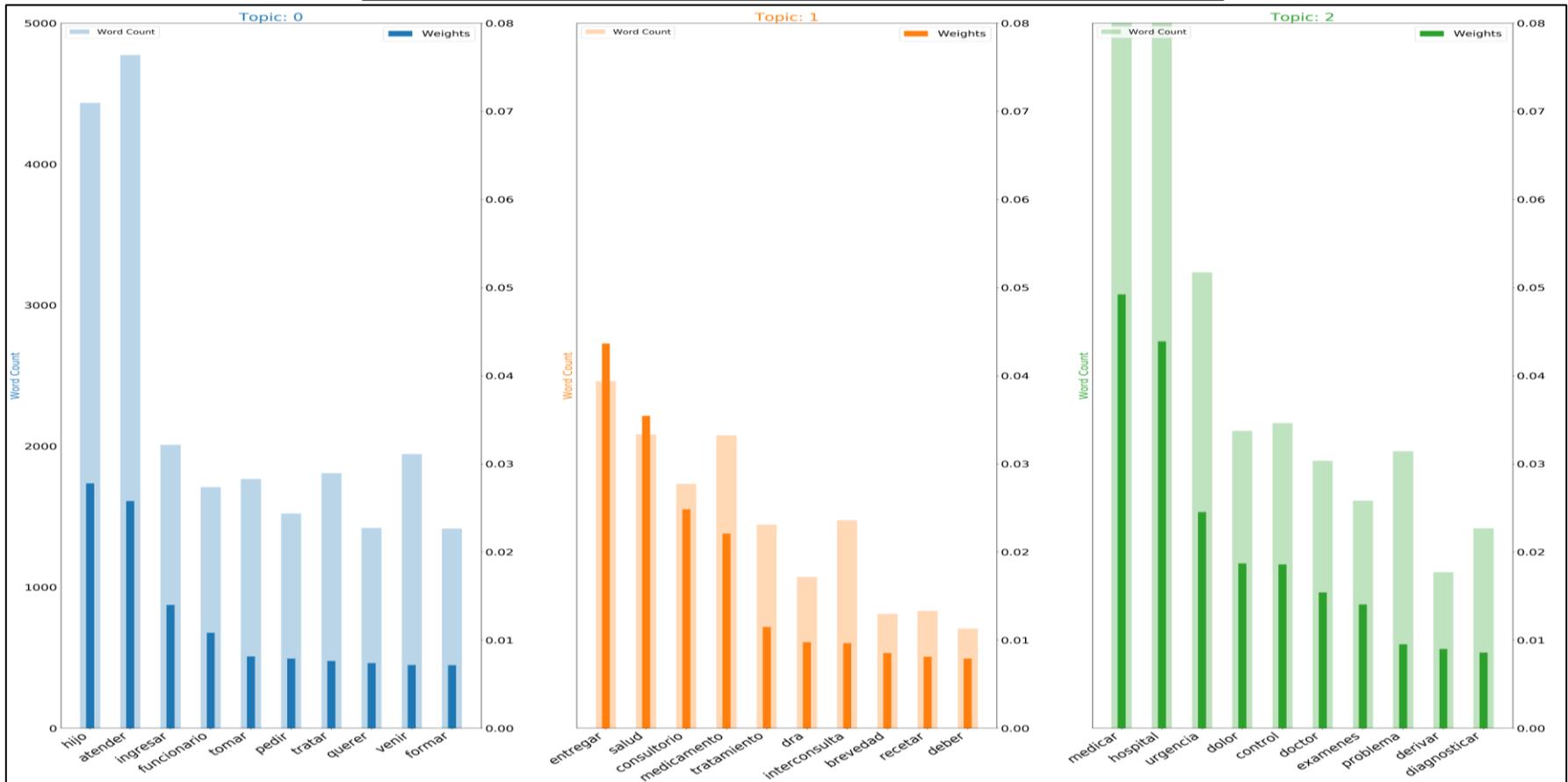
Tabla 22 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento cuartil alto

Criterio de análisis	Segmentación	N° de tópicos	Coherencia
Cuartil alto	Base inicial	3	-2,78
	Manifestaciones de discriminación	3	-3,39
	Interacción con funcionarios	4	-3,71

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

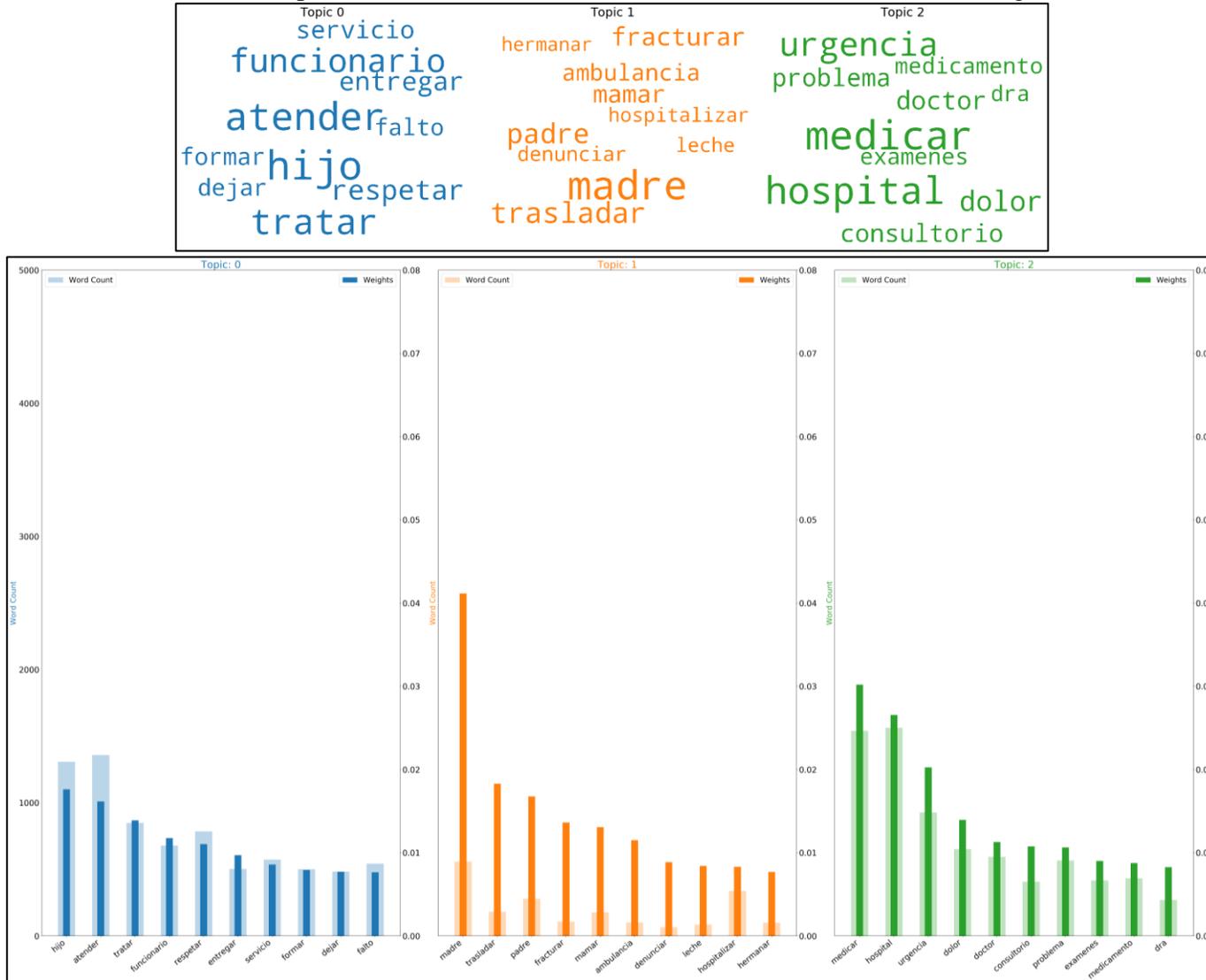
Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

Ilustración 21 - Análisis tópic base inicial segmento cuartil alto



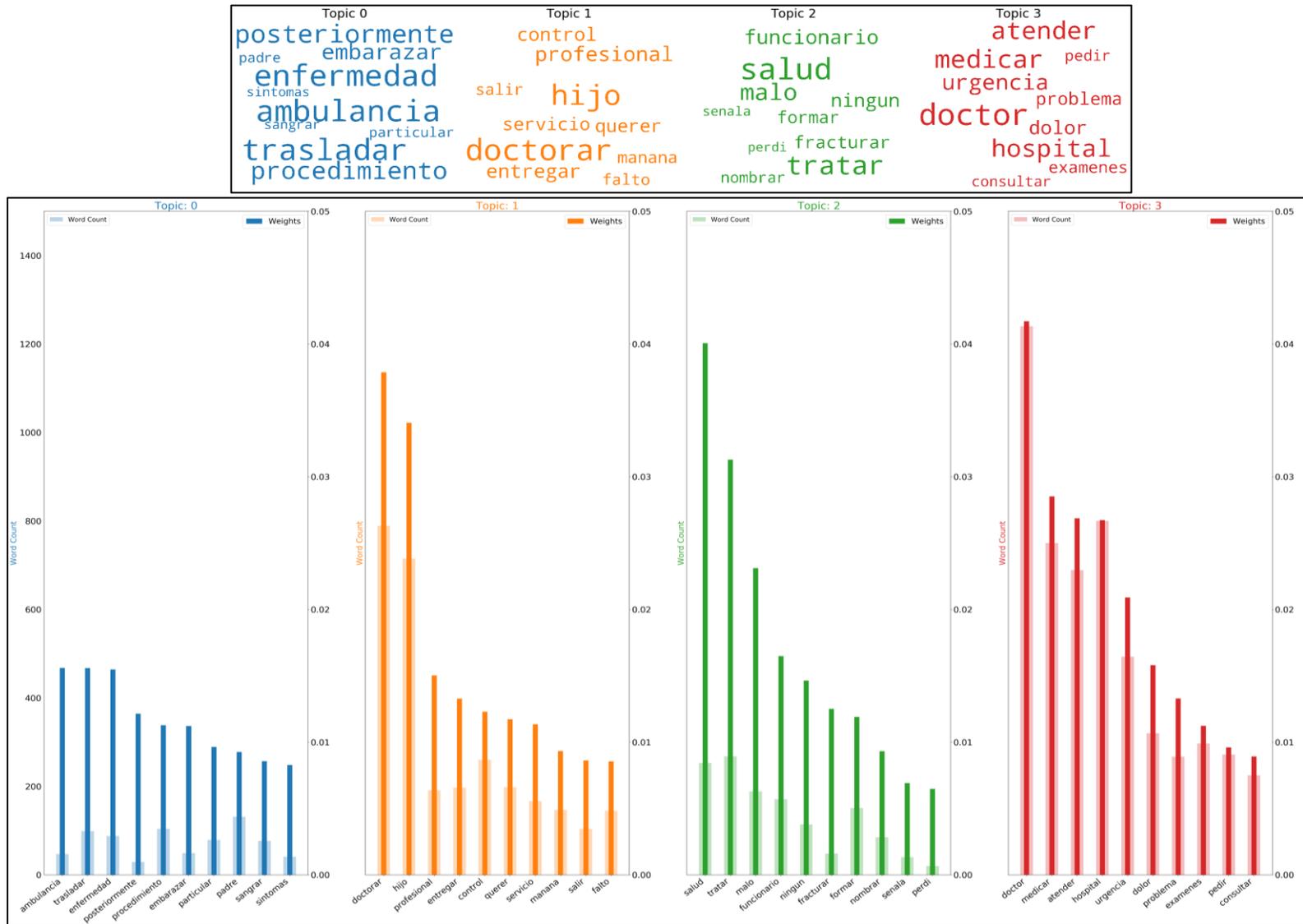
Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 22 - Análisis tópic interactión de manifestaciones de la discriminación con segmento cuartil alto



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 23 - Análisis tópicos interacción de funcionarios con segmento cuartil alto



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 23 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento cuartil alto

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Cuartil Alto	Cuartil Alto x Manifestaciones discriminación	Cuartil Alto x Interacciones
Tópico 0	7.215	1.524	5
Tópico 1	1.778	25	125
Tópico 2	2.964	1.081	12
Tópico 3	No aplica	No aplica	1.021

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el segmento base, el tópico 0 resulta ser dominante de la mayor parte de los documentos. Si bien contiene las palabras “atender”, “hijo”, “ingresar” y “funcionario”, no se describen manifestaciones de discriminación con relación a estas acciones. Al inspeccionar los reclamos se ve una mezcla entre reclamos relacionados a gestión dentro de los servicios de salud y de trato despectivo por parte de estos, sin notar una predominancia de uno ni de otro. Los otros tópicos del análisis tampoco muestran manifestaciones de discriminación a las acciones que contienen.

En el segmento cruzado con manifestaciones de la discriminación, los tópicos 0 y 2 aparecen como dominantes de la mayor cantidad de documentos. El tópico 0 está compuesto por las palabras “atender”, “hijo”, “funcionario”, “falto”, “respeto”, “tratar”. Al revisar los reclamos, si bien “funcionario” destaca entre las palabras que más aparecen, hay tanto casos de personal médico que realiza un trato despectivo hacia el paciente como casos donde los funcionarios lo hacen. Muchas veces en esos relatos aparecen también situaciones en donde el funcionario toma un rol secundario, sin ser el ejecutor del acto descalificativo. Por otro lado, el tópico 2 muestra situaciones relacionadas a problemas de gestión hospitalaria, como lo son la toma de horas médicas, continuación de tratamiento, entre otros.

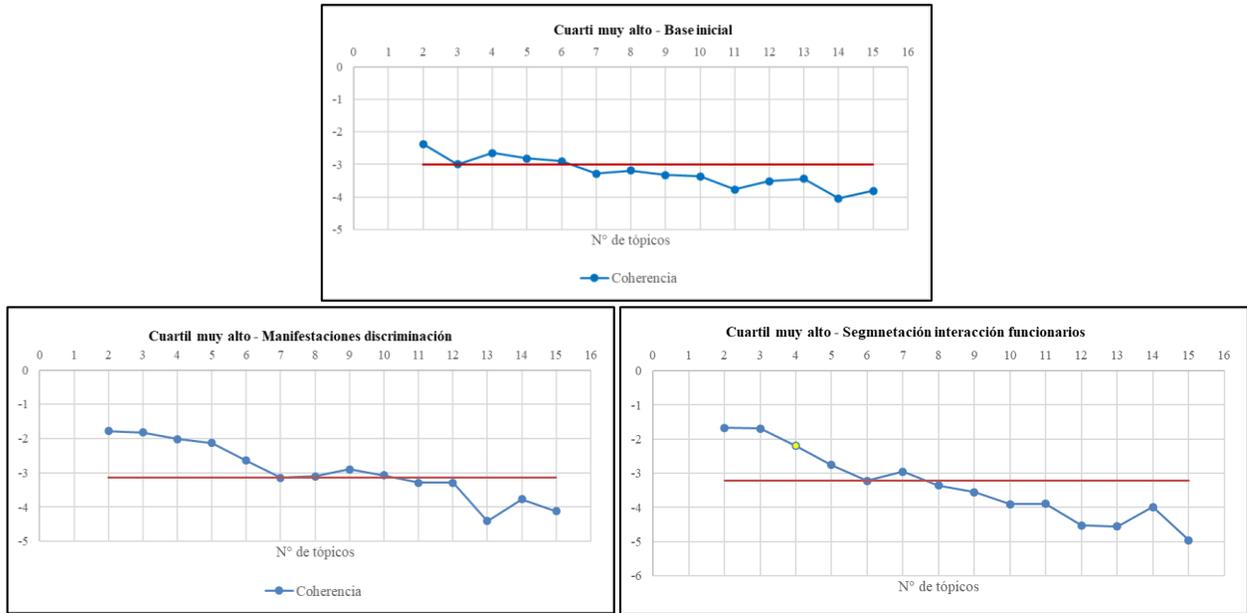
En el segmento cruzado con interacción de funcionarios, el tópico 3 domina la mayor parte de los documentos de la segmentación. Este habla principalmente de atención médica dentro del sistema de salud, pero no hay palabras que permitan detectar manifestaciones de discriminación. Al revisar los reclamos asociados a este tópico como dominante, se enuncian tanto problemas de gestión como temas asociados a mal trato por parte de trabajadores de la salud, sin ser más recurrente uno que otro. Por otro lado, y pese a que considera muy pocos documentos de forma dominante, el tópico 2 contiene las palabras “salud”, “funcionario”, “malo”, “tratar”, “ningún”, concentra malos tratos de parte de funcionarios de salud.

En este caso se ve mayor cantidad de reclamos asociados a los tópicos de discriminación, no obstante, estos no se concentran en particular en solo funcionarios, sino también en personal médico del servicio de salud, no existiendo alguna tendencia particular dentro de los reclamos al trato despectivo a los pacientes.

5.2.4. Cuartil muy alto

En el caso del segmento cuartil muy se reportaron los siguientes gráficos de coherencia con el punto óptimo del número de tópicos:

Ilustración 24 - Gráfico coherencia con cruce en el codo segmento cuartil muy alto



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el caso del cuartil medio con segmentación con interacción de funcionario, por repetición de palabras dentro de los tópicos, se eligió el caso de 4 tópicos para su análisis. Finalmente, la cantidad elegida de tópicos con la siguiente coherencia se detalla a continuación:

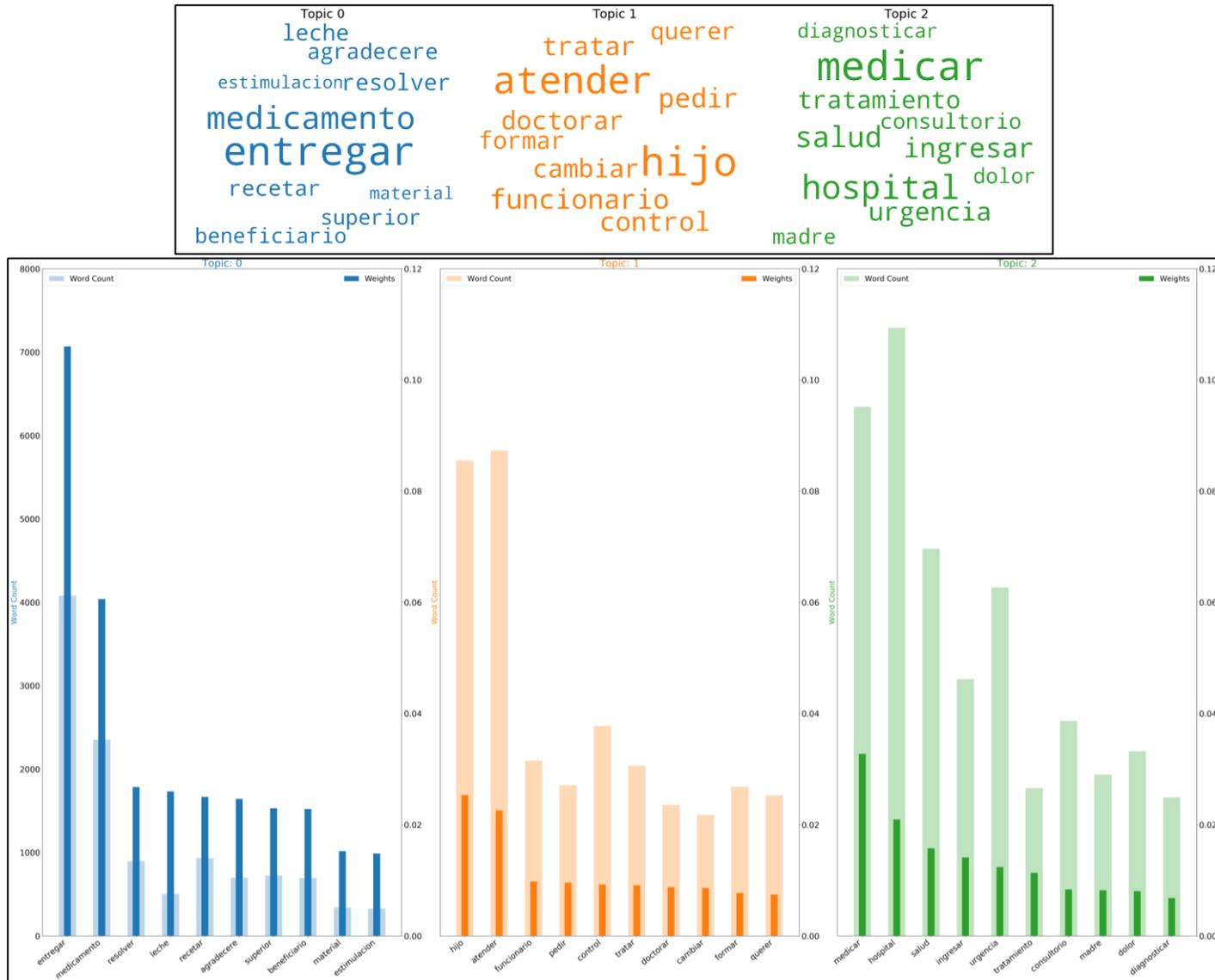
Tabla 24 - Número de tópicos, coherencia y perplejidad para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento cuartil muy alto

Segmentación	Criterio de análisis	Nº de tópicos	Coherencia
Cuartil muy alto	Base inicial	3	-3,00
	Manifestaciones de discriminación	7	-3,15
	Interacción con funcionarios	4	-2,2

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

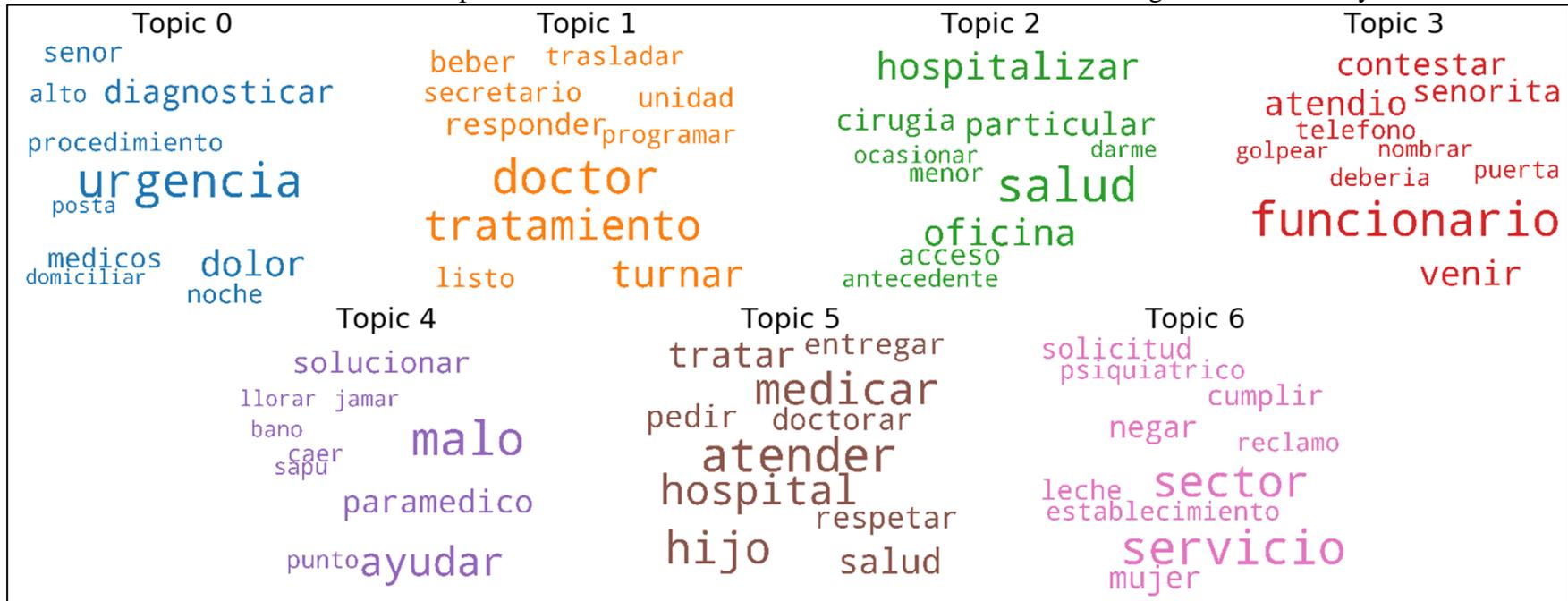
Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

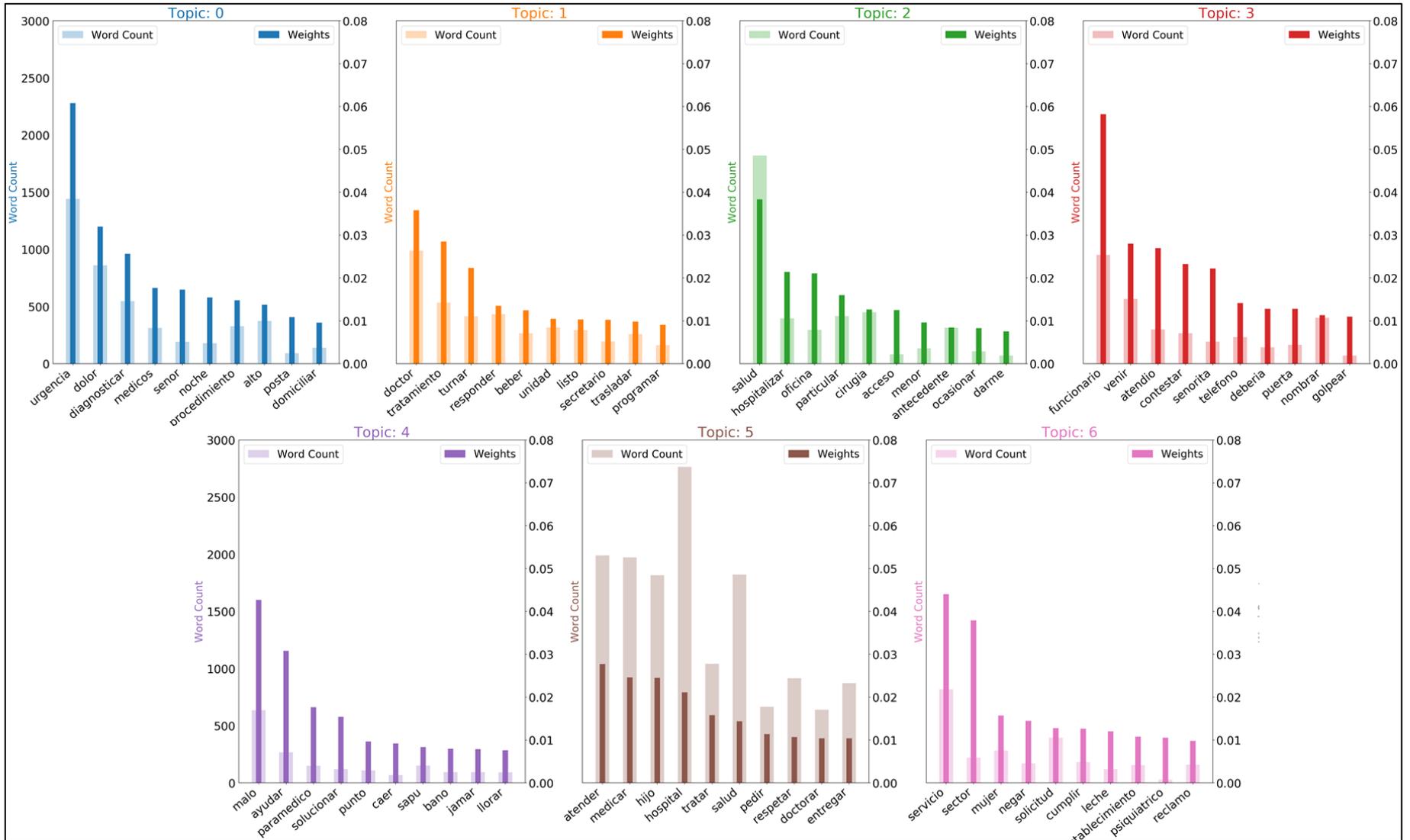
Ilustración 25 - Análisis tópico base inicial segmento cuartil muy alto



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

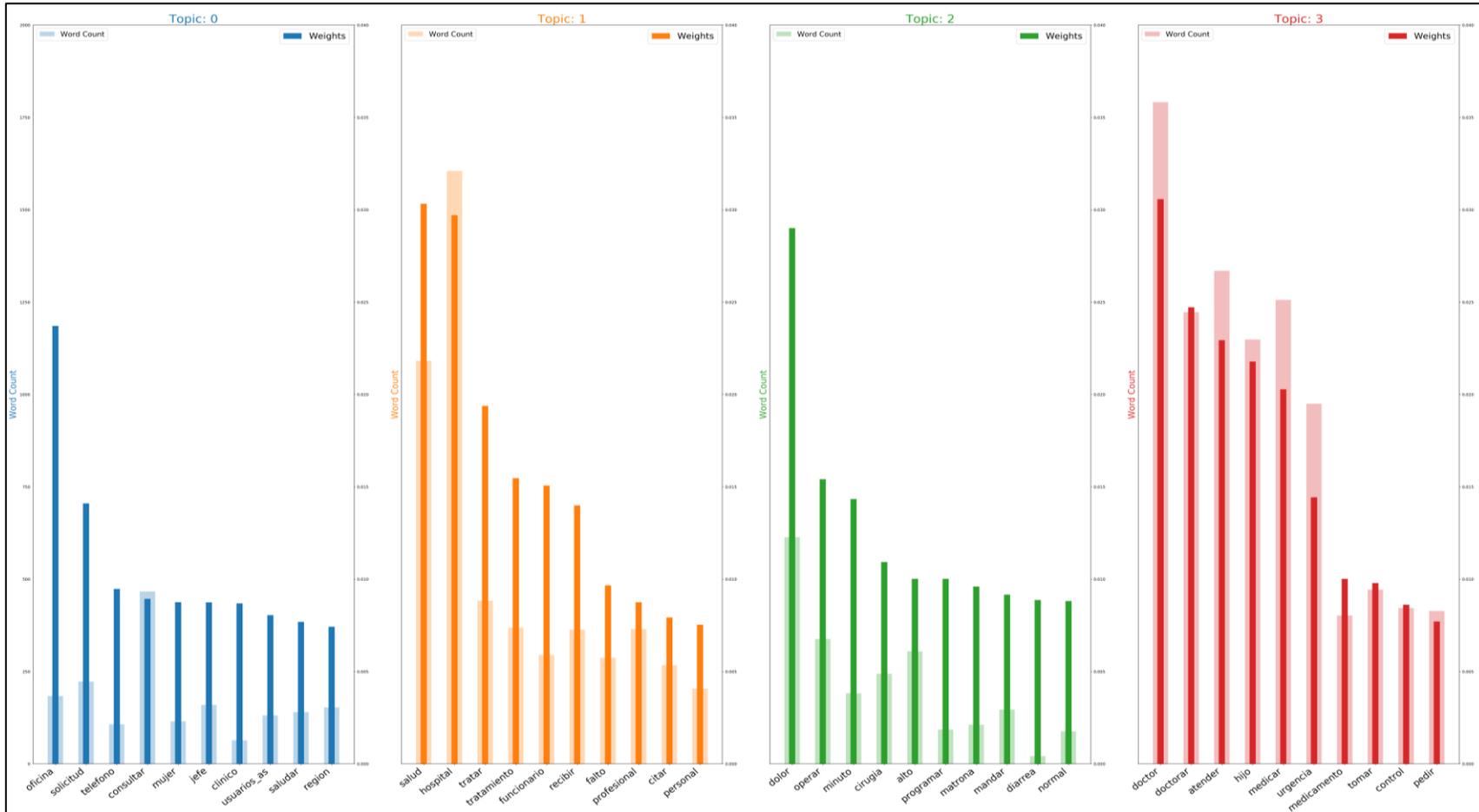
Ilustración 26 - Análisis tópicos interacción manifestaciones de la discriminación con segmento cuartil muy alto





Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 27 - Análisis tópicos interacción funcionarios con segmento cuartil muy alto



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 25 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento cuartil muy alto

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Cuartil muy alto	Cuartil muy alto x Manifestaciones discriminación	Cuartil muy alto x Interacciones
Tópico 0	907	3	14
Tópico 1	7.006	11	85
Tópico 2	5.472	7	23
Tópico 3	No aplica	3	1.452
Tópico 4	No aplica	1	No aplica
Tópico 5	No aplica	2.939	No aplica
Tópico 6	No aplica	0	No aplica

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el segmento base, los tópicos 1 y 2 son los que mayor representatividad los documentos como tópicos dominantes. En el caso del tópico 1 considera las palabras “hijo”, “atender” y “funcionario” son las palabras con mayor peso en el tópico. En general, los reclamos que asocian a este tópico como dominante se asocian a problemas de gestión dentro de los recintos de salud, como toma de horas para control o atención médica. No obstante, cuando se analiza los reclamos asociados a “funcionario” aparecen también casos asociados a trato despectivo por parte del personal no médico. Por otro lado, el tópico 2 se ven casi exclusivamente casos de problemas de procesos de atención del paciente, lo que se nota también al ver que palabras como “medicar”, “ingresar”, “hospital”, “salud, forman parte de este.

En el segmento cruzado con manifestaciones de la discriminación, el tópico 5 predomina dentro de la colección de tópicos de forma exclusiva. Las palabras que lo componen son “atender”, “medicar”, “hijo”, entre las más importantes. Al revisar los documentos asociados a este de forma dominante, se ven tanto reclamos asociados con problemas de gestión hospitalaria como a problemas de malos tratos por parte del personal de los servicios de salud. Los malos tratos no tienen una fuente particular, sino que aparecen tanto personal médico como funcionarios del recinto. En el caso de los otros tópicos, se ven solo una cantidad muy pequeña de reclamos, por lo que no serán analizados en detalle, pero dentro de las nubes de palabras se infiere que hay casos de trato despectivo y otros que se relacionan con problemas de gestión hospitalaria.

En el segmento cruzado con interacciones de funcionarios, el tópico 3 domina la gran mayoría de los documentos dentro de la segmentación. Este tópico trata de atención médica en general, sin palabras que entreguen indicios de discriminación en el reclamo. Al revisar los reclamos se confirma a que captura los problemas de gestión que fueron reportados en las otras segmentaciones. Dentro de los otros tópicos igualmente no se presentan indicios de discriminación o de manifestaciones en particular. Se revisó la colección de reclamos del tópico, en donde se vieron manifestaciones de mal trato por funcionarios y otros trabajadores de la salud, así como problemas de mala gestión.

En este segmento se ve mucho más difusa las manifestaciones de malos tratos, debido a que están concentrados en un solo tópico. No obstante, cuando aparecen estos, se asocian tanto a médicos como a funcionarios.

5.3. A nivel de edad

Esta categoría fue analizada considerando la base de datos filtrada, el cruce de la base con los reclamos que presentan interacciones con funcionarios y con quienes presentan manifestaciones de la discriminación.

Tabla 26 - Cantidad de documentos por segmento de segmento de edad y análisis

Nombre categoría	Cantidad de solicitudes		
	Base final	Base x manifestaciones discriminación	Base x Interacción Funcionarios
Menores	825	151	77
Jóvenes	3.572	575	289
Adultos jóvenes	8.804	2.043	1.025
Adultos establecidos	7.973	1.819	849
Adultos maduros	11.483	2.316	952
Adultos mayores	8.481	1.427	578

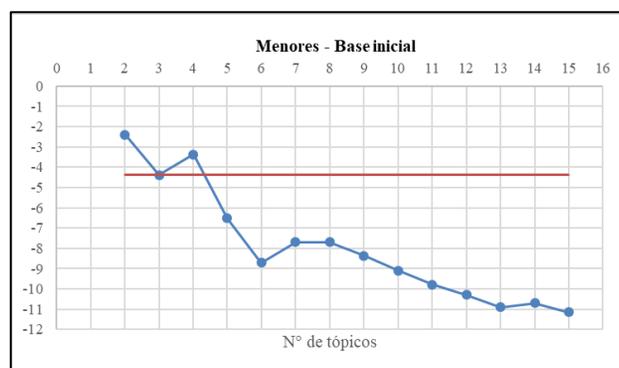
Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

No se considerarán los casos de “menores” con manifestaciones de la discriminación y con interacción de funcionarios y el caso de “jóvenes” con interacción de funcionarios dado que poseen menos de 300 reclamos para ser analizados.

5.3.1. Menores

En el caso del segmento menores se reportó el siguiente gráfico de coherencia con el número óptimo de tópicos:

Ilustración 28 - Gráficos coherencia con cruce en el codo segmento menores



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Para cada caso finalmente se eligió la siguiente cantidad de tópicos con la siguiente coherencia y número de tópicos:

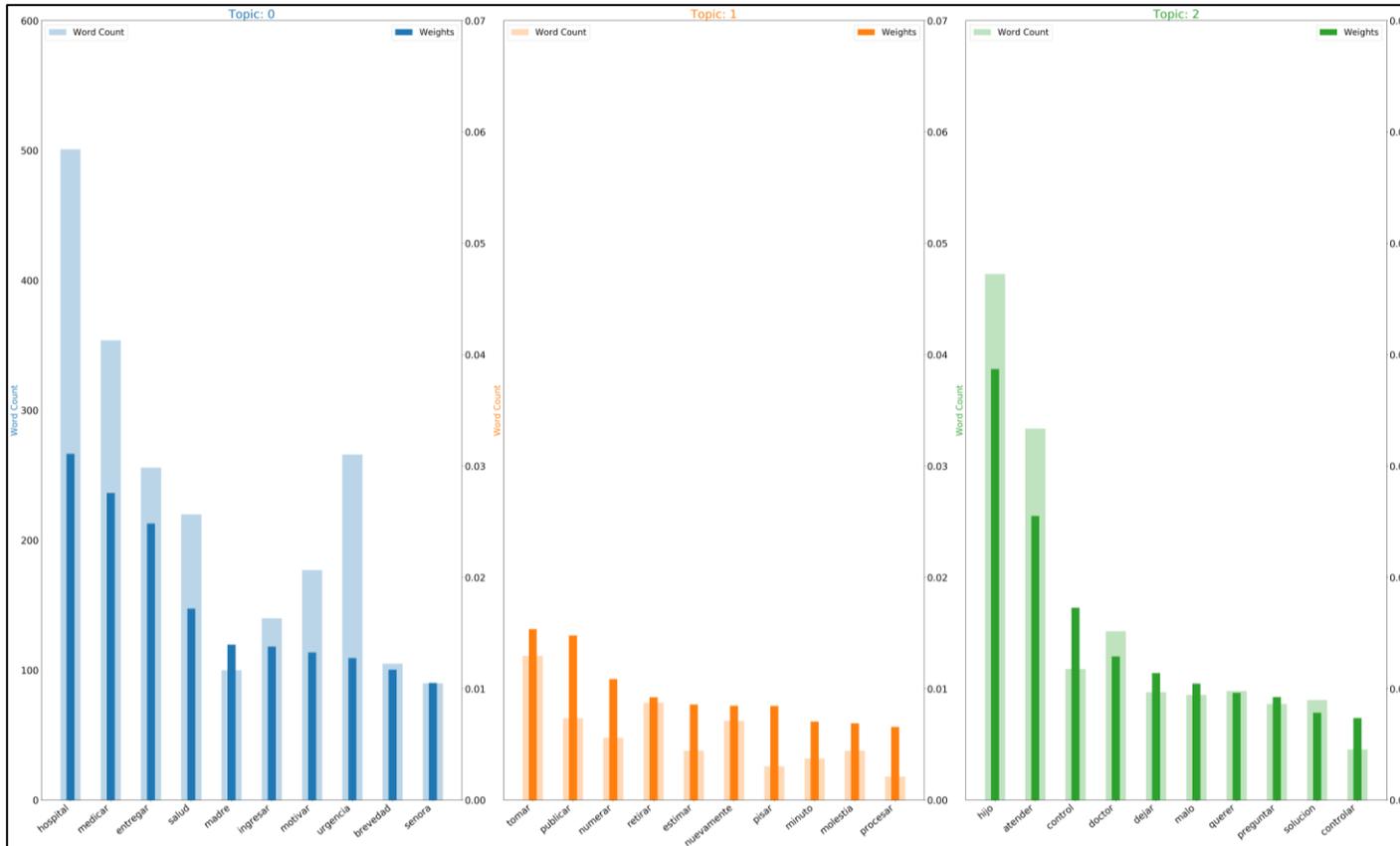
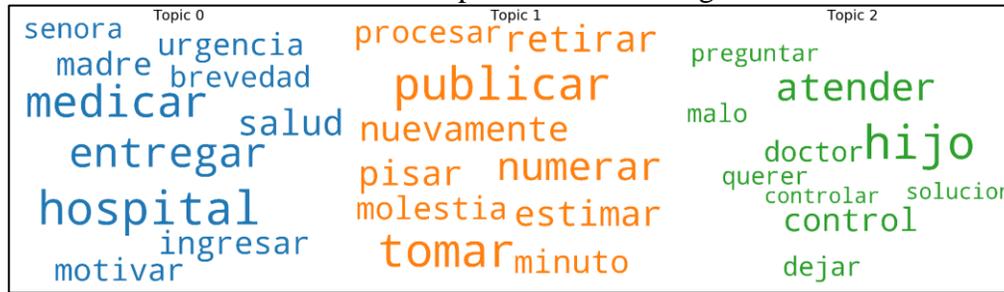
Tabla 27 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento menores

Criterio de análisis	Segmentación	N° de tópicos	Coherencia
Menores	Base inicial	3	-4,37
	Manifestaciones de discriminación	No aplica	
	Interacción con funcionarios	No aplica	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

Ilustración 29 - Análisis tópic base inicial segmento menores



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 28 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento menores

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Menores	Menores x Manifestaciones discriminación	Menores x Interacciones
Tópico 0	464	No aplica	No aplica
Tópico 1	62		
Tópico 2	299		

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

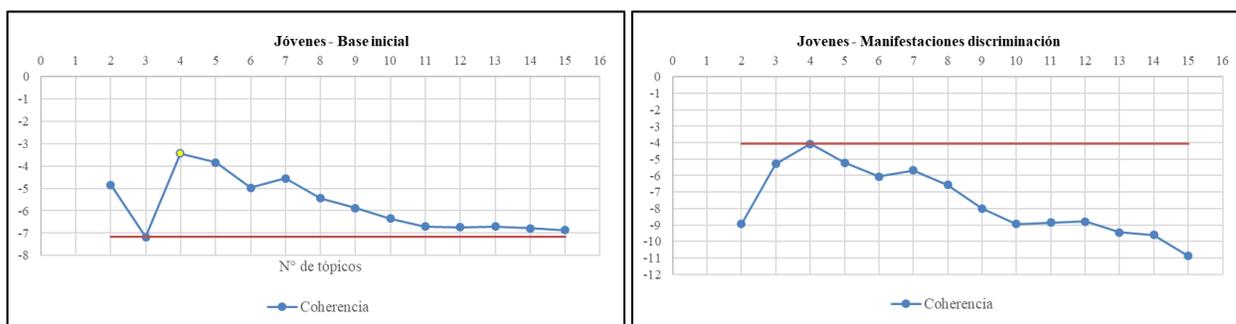
Dentro del segmento, los tópicos que predominan son el 0 y el 2. El tópico 0 considera en su mayoría problemas de gestión hospitalaria, como imposibilidad de hacerse exámenes o toma de horas para continuación de tratamiento. Por otro lado, el tópico 2 aborda también problemas de gestión hospitalaria pero también incluye problemas de trato despectivo por parte de funcionarios, aunque son muy pocos y resaltan al revisar los reclamos que contienen la palabra “malo”, donde no todos tratan del tema.

Este segmento tiene el problema que una gran parte de los reclamos no están asociados a problemas con menores en particular, muchos tratan problemas que indican que son de personas de mayor edad y otros pocos se reflejan reclamos por parte de padres que tuvieron problemas con el sistema público de salud.

5.3.2. Jóvenes

En el caso del segmento jóvenes se reportaron los siguientes gráficos de coherencia y número óptimo de tópicos:

Ilustración 30 - Gráficos coherencia con cruce en el codo segmento jóvenes



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el caso de la base inicial, se eligió el caso de número de tópicos 4 debido a que la coherencia del modelo, por método del codo, obtenía un valor demasiado bajo, por lo que se eligió el punto que inmediatamente tuviese mejor coherencia. Para cada caso finalmente se eligió la siguiente cantidad de tópicos con la siguiente coherencia y número de tópicos:

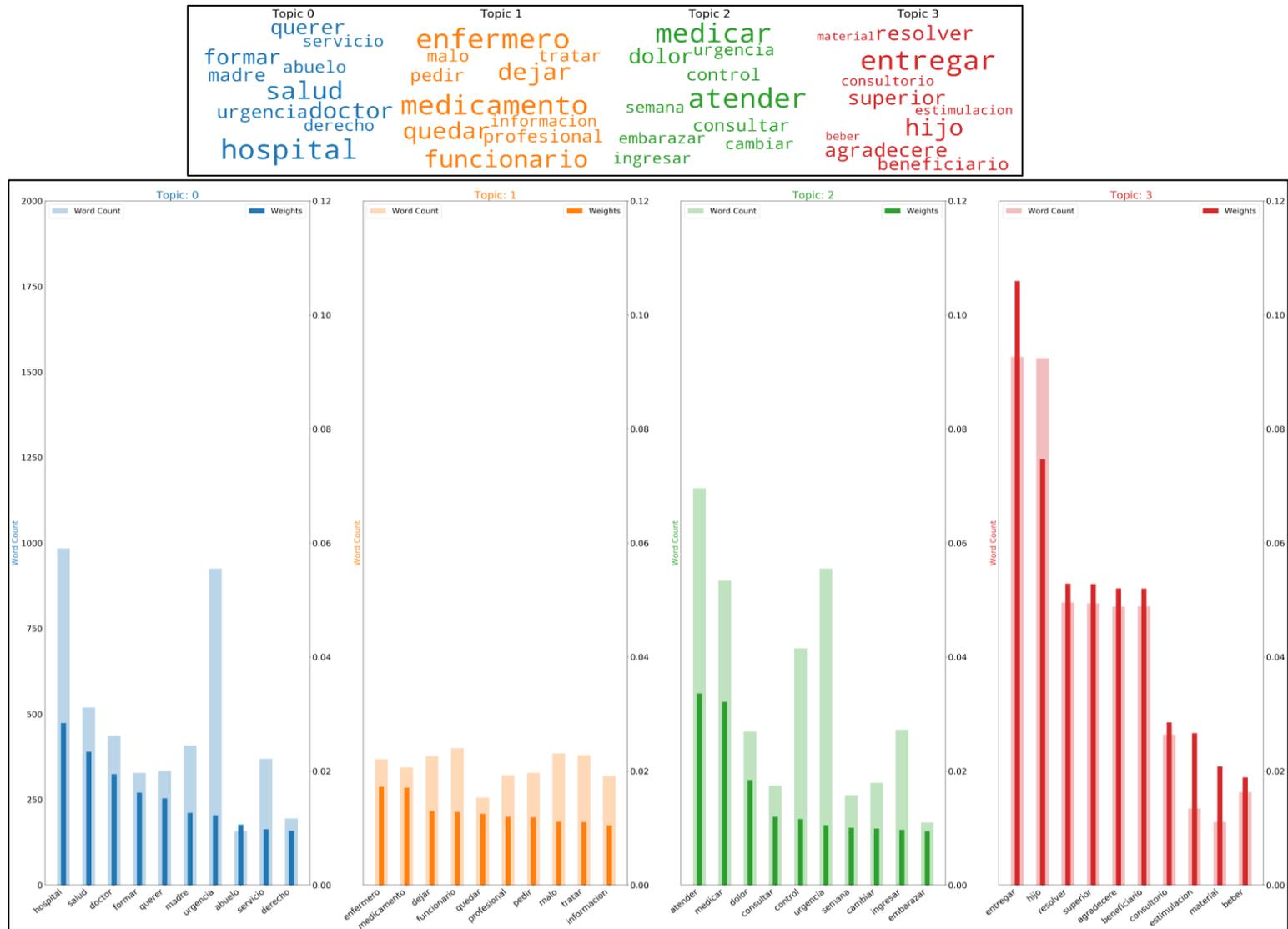
Tabla 29 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento jóvenes

Criterio de análisis	Segmentación	N° de tópicos	Coherencia
Jóvenes	Base inicial	4	-3,44
	Manifestaciones de discriminación	4	-4,07
	Interacción con funcionarios	No aplica	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

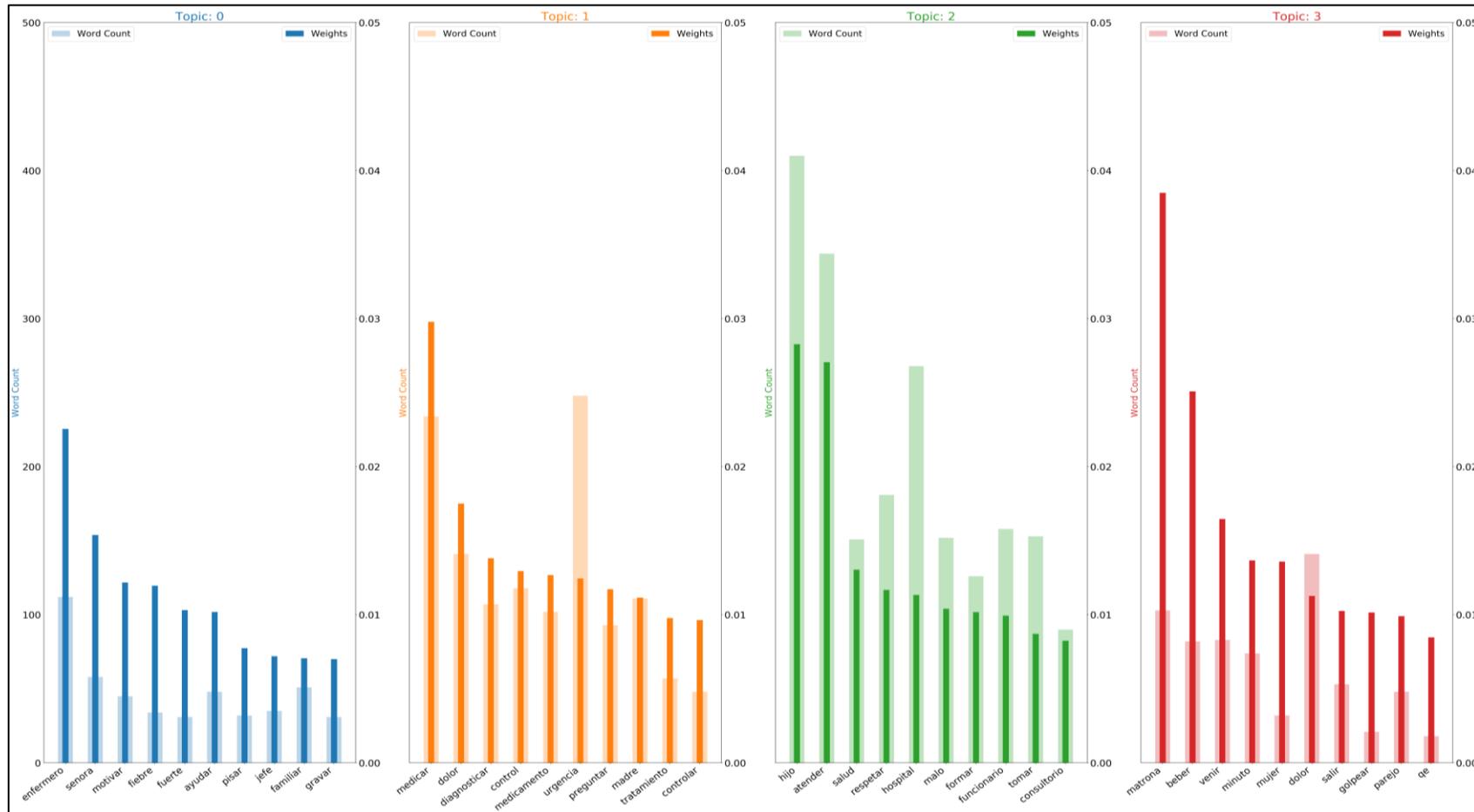
Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

Ilustración 31 - Análisis tópic base inicial segmento jóvenes



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 32 - Análisis tópicos interacción manifestaciones de la discriminación con segmento jóvenes



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 30 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento jóvenes

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Jóvenes	Jóvenes x Manifestaciones discriminación	Jóvenes x Interacciones
Tópico 0	596	29	No aplica
Tópico 1	657	127	
Tópico 2	1.160	399	
Tópico 3	1.159	20	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el segmento base, predominan dentro de los documentos los tópicos 2 y 3. Ambos comentan acciones ocurridas dentro de sistemas de salud, pero sin indicios de manifestaciones de discriminación. Llama la atención del tópico 2 las palabras “atender”, “medicar” y “embarazar”, pero al revisar los reclamos asociados, se confirma que están asociadas a temas de gestión de los servicios de salud. Por otro lado, el tópico 1 comenta reclamos respecto a “enfermero”, “funcionario”, donde también se ven las palabras “profesional,” “medicamento”, “malo” tratar”, siendo reclamos que se relacionan tanto a temas de gestión hospitalaria como a malos tratos por parte de estos al revisar los reclamos. No obstante, al revisar los reclamos relacionados con la palabra “malo” surgen reclamos de malos tratos del personal de los servicios de salud públicos, en dónde destaca el trato despectivo por parte de los doctores de distintas especialidades (razón por la cual no predomina dentro de la nube de tópicos) en su mayoría.

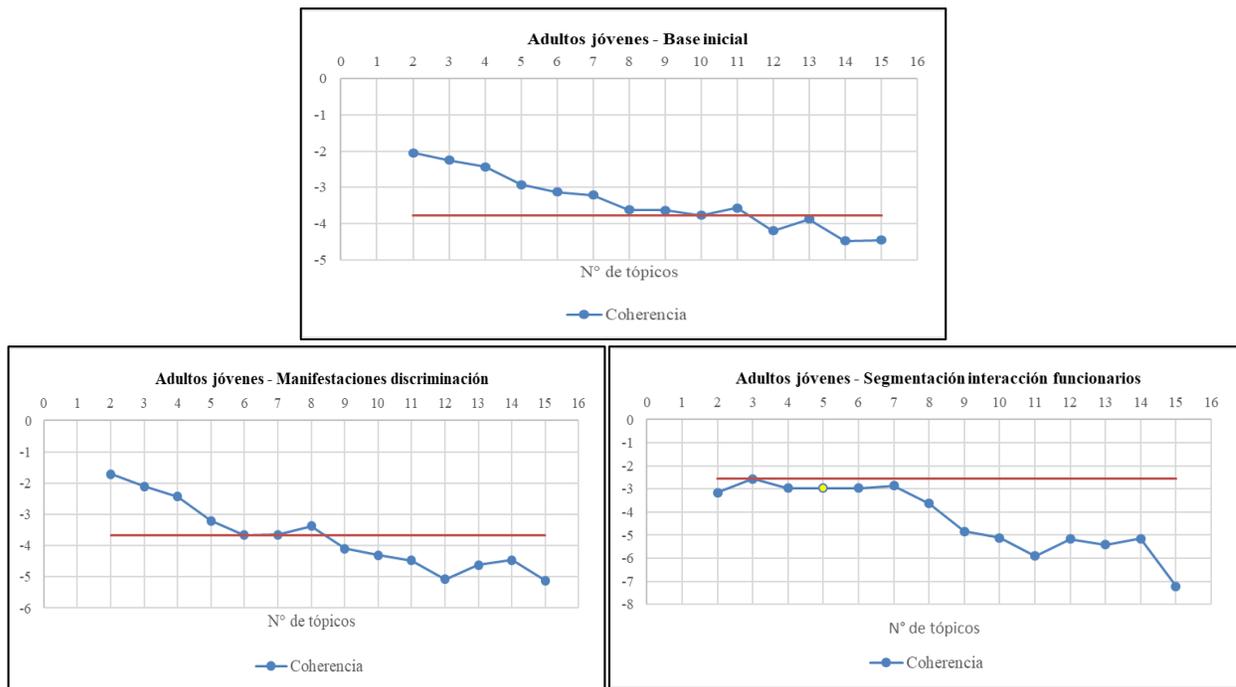
En el segmento cruzado con discriminación, predomina el tópico 2 en donde la palabra “atender” se relaciona con las palabras “respetar”, “funcionario”, “malo”, hospital”, “consultorio” e “hijo”, siguen la tendencia de malos tratos respecto a funcionarios, pero también se incluyen malos tratos por parte de doctores dentro del servicio de salud como indicaba el tópico anterior. Igualmente se revisó el tópico 0 porque destacaba la palabra “enfermero”, pero hay muy pocos casos de malos tratos por parte de estos hacia los pacientes, donde en su mayoría son casos de problemas de gestión médica.

En este segmento aparecieron fuertemente denuncias de trato despectivo por parte de médicos y en menor medida, de funcionarios. Además, el número de reclamos en este segmento es bajo, lo que da a entender que este grupo igual existe una tendencia particular por parte de los doctores, dada la revisión realizada.

5.3.3. Adultos jóvenes

En el caso del segmento adultos jóvenes se reportaron los siguientes gráficos de coherencia número óptimo de tópicos:

Ilustración 33 - Gráficos coherencia con cruce en el codo segmento adulto joven



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el caso de la segmentación interacción funcionarios, se eligió el caso de número de tópicos 5 debido a la repitencia de palabras, llevando al punto más cercano y con mejor coherencia. Finalmente se eligió la siguiente cantidad de tópicos con la siguiente coherencia y número de tópicos:

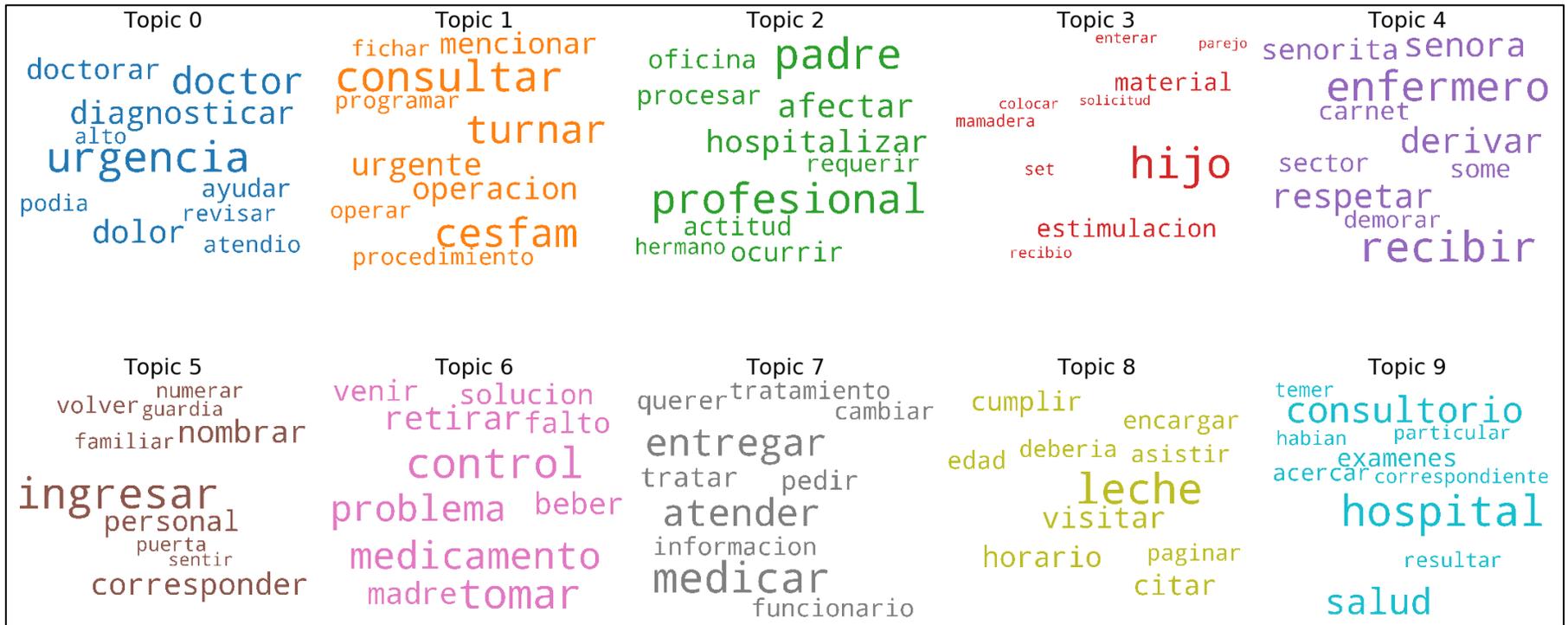
Tabla 31 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento adultos jóvenes

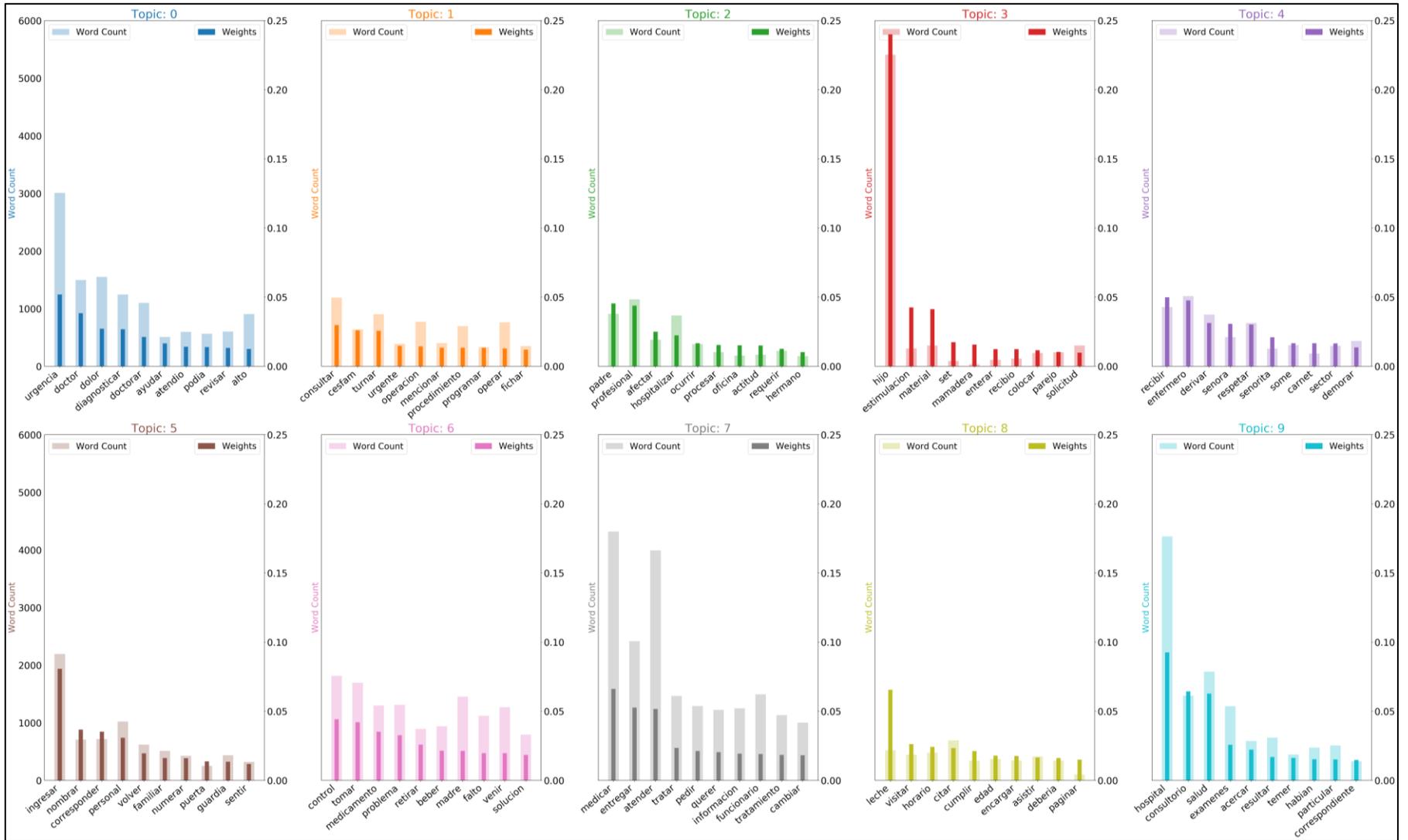
Criterio de análisis	Segmentación	Nº de tópicos	Coherencia
Adultos jóvenes	Base inicial	10	-3,77
	Manifestaciones de discriminación	6	-3,66
	Interacción con funcionarios	5	-2,98

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

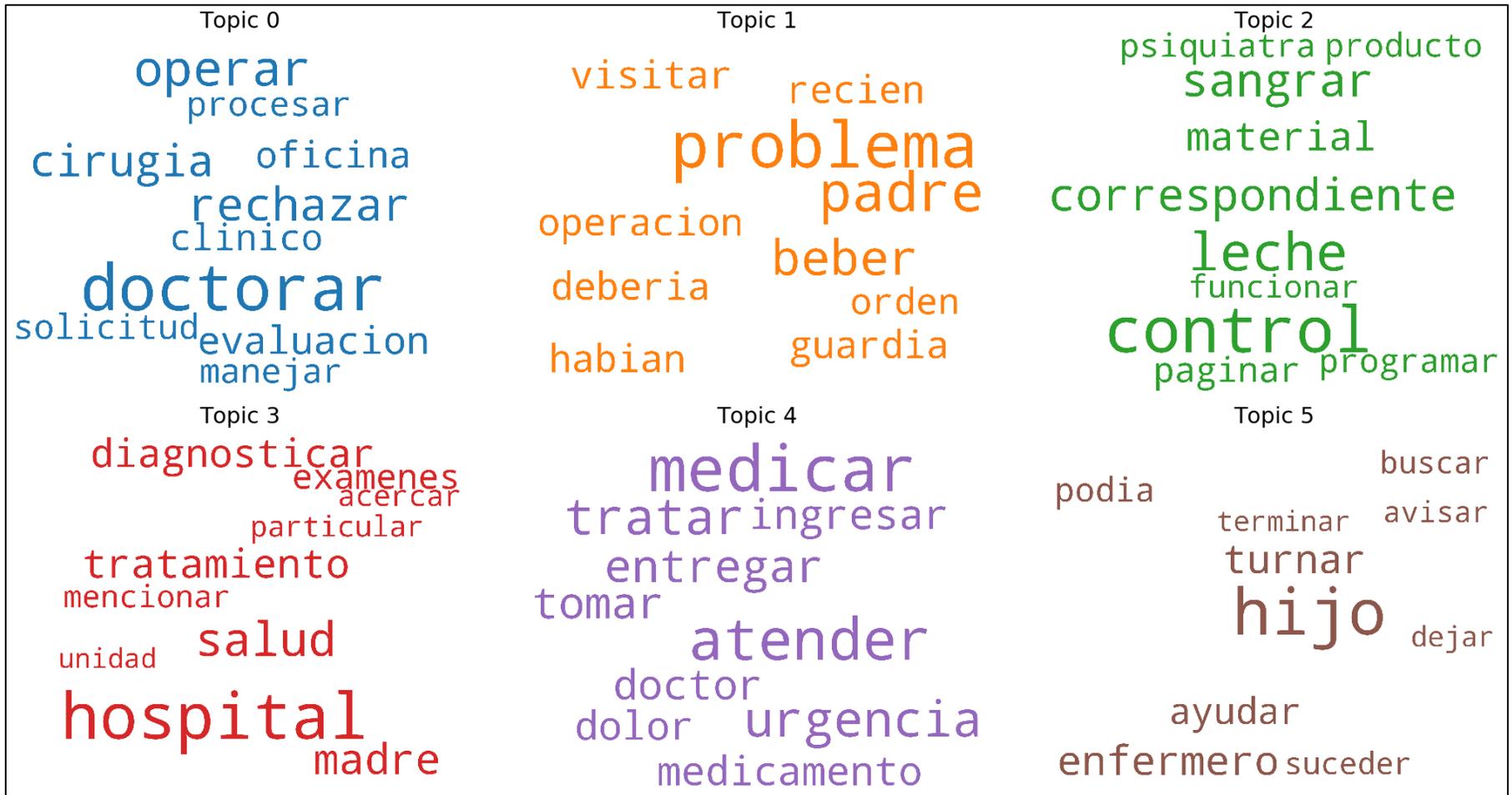
Ilustración 34 - Análisis tópic base inicial segmento adultos jóvenes

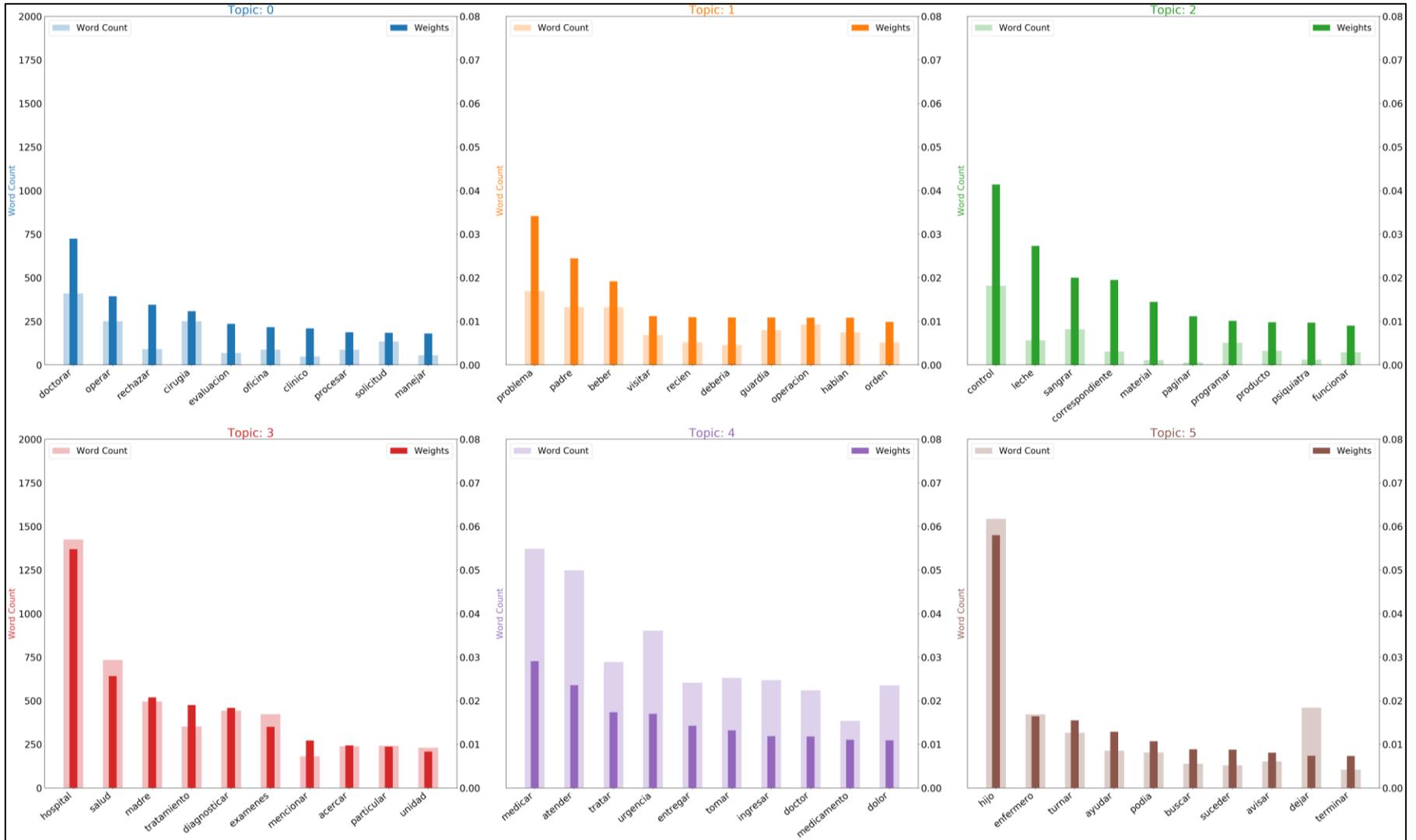




Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

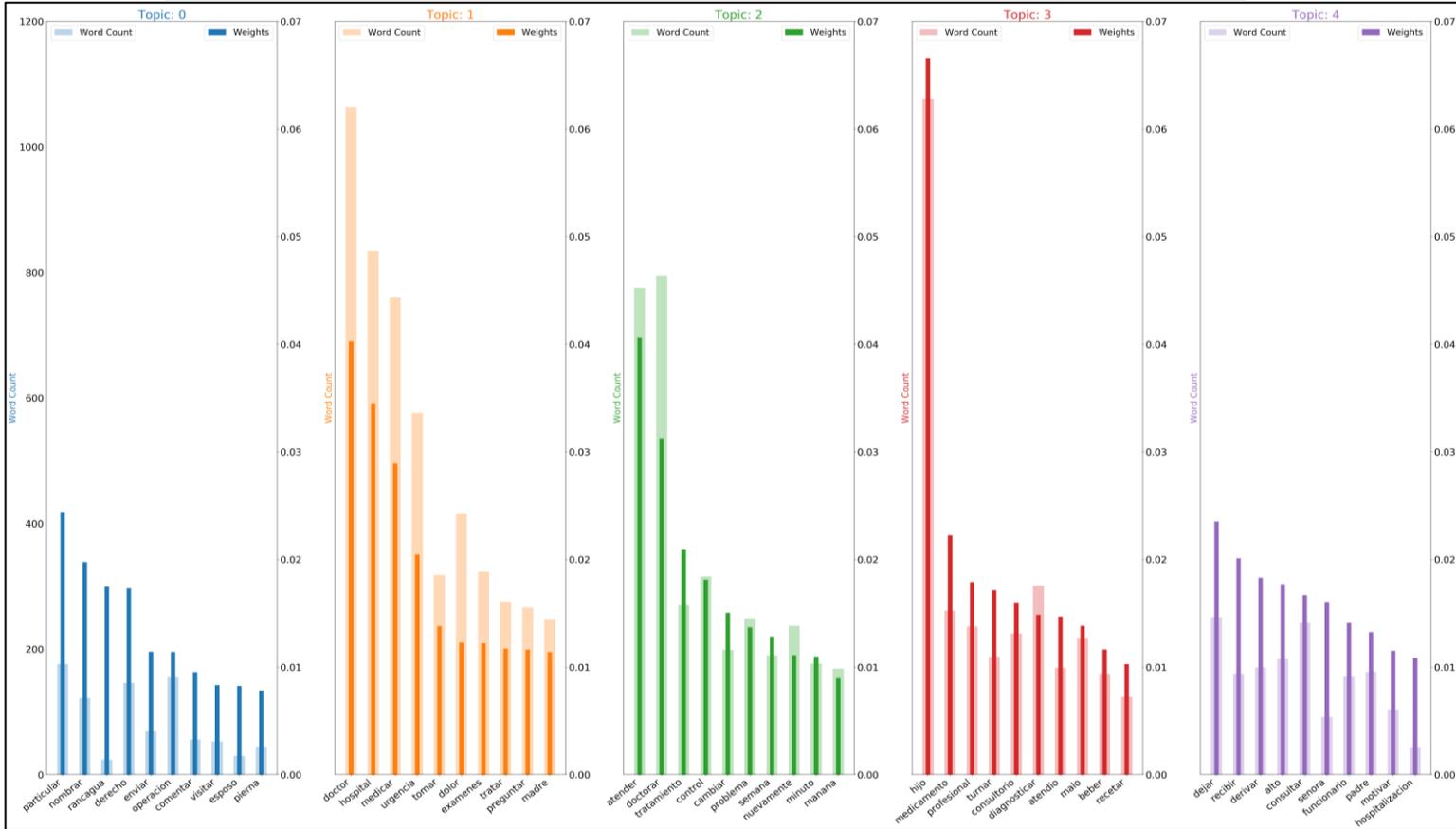
Ilustración 35 - Análisis tópico interacción con manifestaciones de la discriminación y segmento adultos jóvenes





Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 36 - Análisis tópicos interacción con funcionarios y segmento adultos jóvenes



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 32 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento adultos jóvenes

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Adultos Jóvenes	Adultos Jóvenes x Manifestaciones discriminación	Adultos Jóvenes x Interacciones
Tópico 0	931	4	12
Tópico 1	300	3	693
Tópico 2	33	0	223
Tópico 3	36	61	75
Tópico 4	29	1.941	22
Tópico 5	104	34	No aplica
Tópico 6	700	No aplica	No aplica
Tópico 7	6.279	No aplica	No aplica
Tópico 8	24	No aplica	No aplica
Tópico 9	368	No aplica	No aplica

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

El tópico 7 es el tópico que predomina extensamente dentro de la colección de documentos. Este tópico contiene las palabras “atender”, “medicar”, “atender” y “tratar como las con mayor ocurrencia y peso. Al revisar los reclamos que asocian a este tópico como dominante, se ven en su mayoría reclamos asociados a problemas de gestión hospitalaria como agenda de pabellón u hora médica. Hay otros casos asociados a malos tratos, pero son muy pocos en comparación a los expuestos. También se revisó los reclamos asociados a la palabra “funcionario” dentro de este tópico, en donde aparecieron de forma casi alternada reclamos asociados a mala gestión hospitalaria y de trato despectivo por parte de estos. Por otro lado, los otros tópicos no parecen englobar reclamos asociados al mal trato al revisar las nubes de palabras, excepto el tópico 6. Lamentablemente, este incluye pocos reclamos para suponer que engloba de forma significativa a más tópicos. Aunque dentro de este grupo se ve una mezcla de reclamos asociados a malos tratos, a distintos niveles de personal, y de problemas de gestión hospitalaria.

En el caso del segmento cruzado con manifestaciones de la discriminación, predomina extensamente el tópico 4. Al analizar los reclamos asociados a este tópico se ven, en su mayoría, relatos asociados a problemas de gestión hospitalaria, aunque se ve más claramente reclamos asociados a trato descalificativo que en el segmento anterior. No obstante, no se ve una tendencia a reclamar hacia un cierto tipo de personal en particular. En el caso de los otros tópicos, estos consideran tan pocos tópicos dominantes que no es posible asociarlos de forma general a este segmento.

En el segmento cruzado con funcionarios, predominan los tópicos 1 y 2. En el tópico 1 se habla de procedimientos médicos generales, con palabras “doctor”, “hospital”, “medicar”, “tratar”. El tópico 2 contiene las palabras “atender”, “doctorar”, “nuevamente”, donde se consideran temáticas a atención médica, pero no muestra temáticas relacionadas a discriminación. Por otro lado, el tópico 3 contiene las palabras “hijo”, “malo”, “atendió”, “diagnosticar”, los cuales dan indicios de

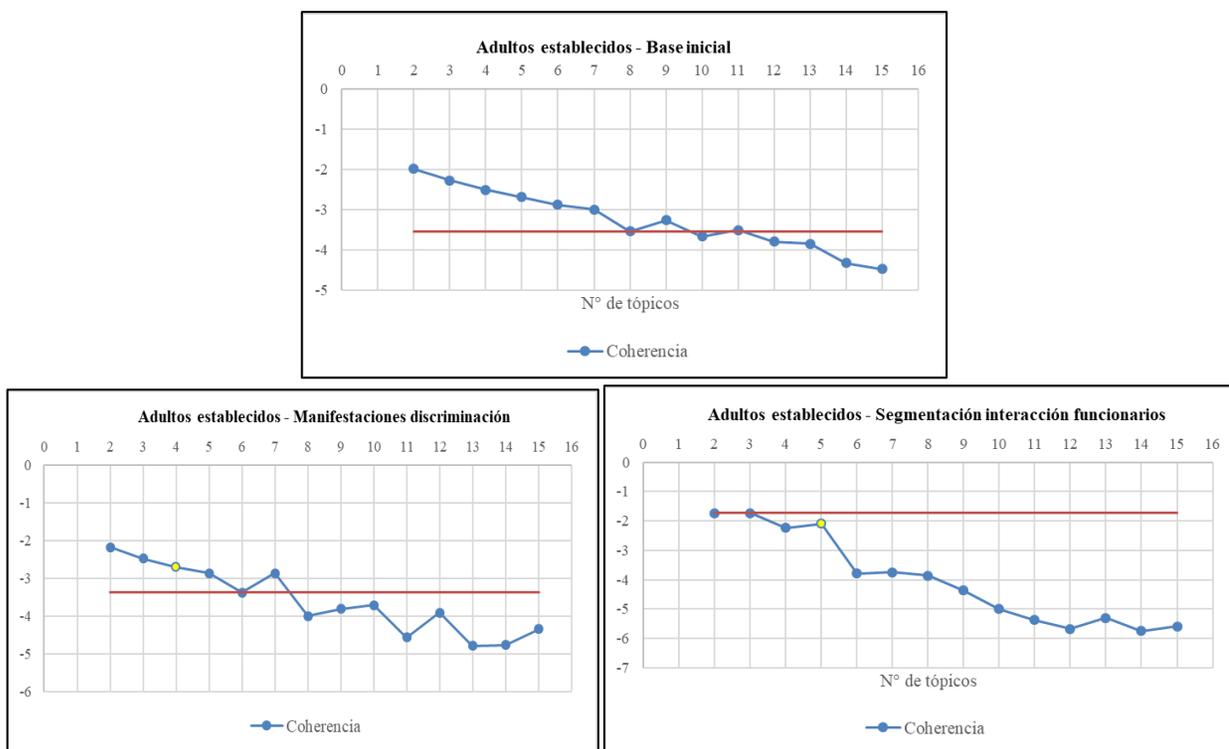
manifestaciones de discriminación, dejando nuevamente limitado a pocos reclamos situaciones específicas de atención despectiva.

En este segmento se ven de forma poco clara manifestaciones de discriminación, siendo uno de los segmentos en donde predomina los problemas asociados a poder llevar a cabo sus atenciones médicas de forma prolija. Sin embargo, comparados con los segmentos analizados antes, muestra más claramente la existencia de trato despectivo dentro de sus reclamos.

5.3.4. Adultos establecidos

En el caso del segmento adultos establecidos se reportaron los siguientes gráficos de coherencia y número óptimo de tópicos:

Ilustración 37 - Gráficos coherencia con cruce en el codo segmento adultos establecidos



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el caso de la segmentación interacción funcionarios, se eligió el caso de número de tópicos 5 debido a la repitencia de palabras, llevando al punto más cercano y con mejor coherencia. Finalmente se eligió la siguiente cantidad de tópicos con la siguiente coherencia y número de tópicos:

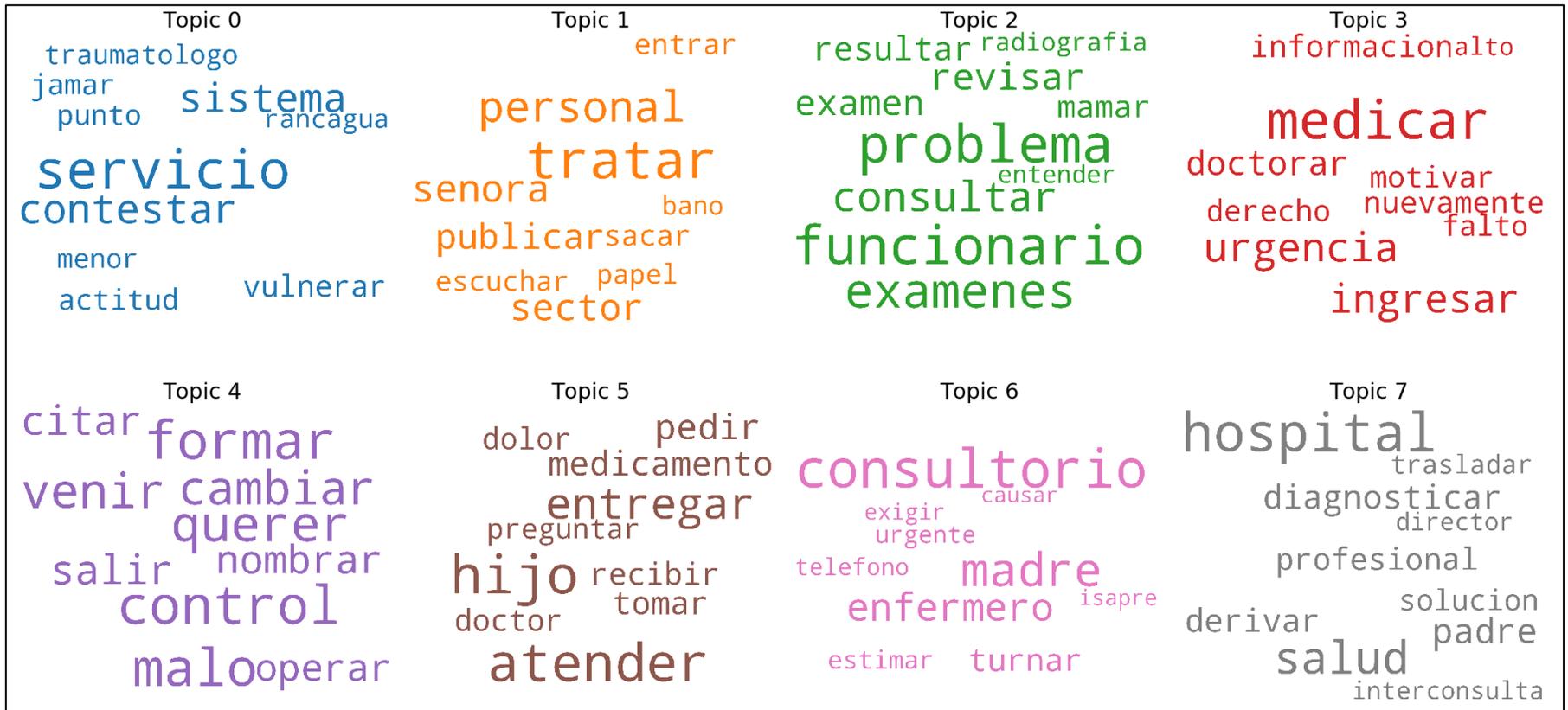
Tabla 33 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento adultos establecidos

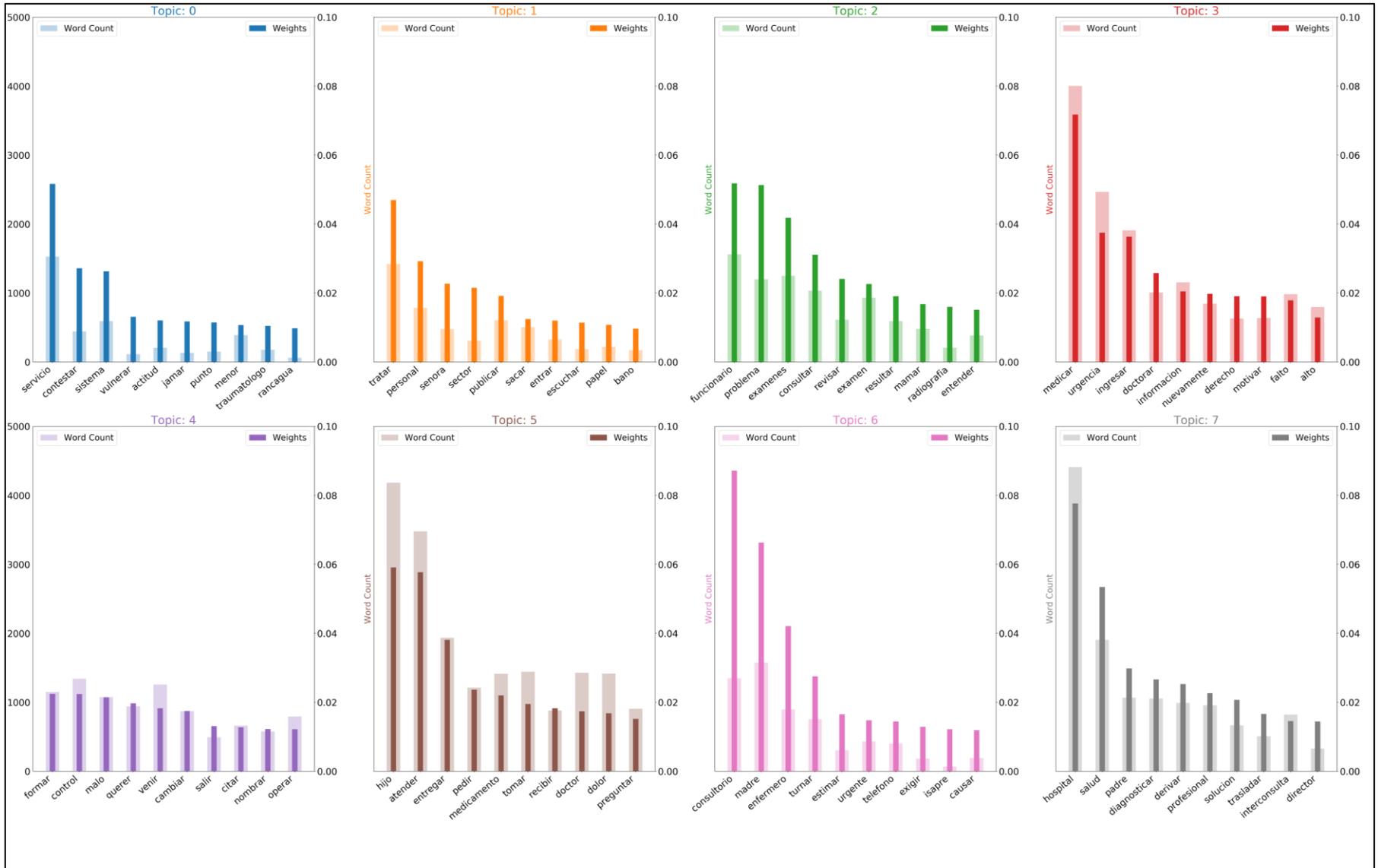
Criterio de análisis	Segmentación	N° de tópicos	Coherencia
Adultos establecidos	Base inicial	8	-3,53
	Manifestaciones de discriminación	4	-2,69
	Interacción con funcionarios	5	-2,1

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

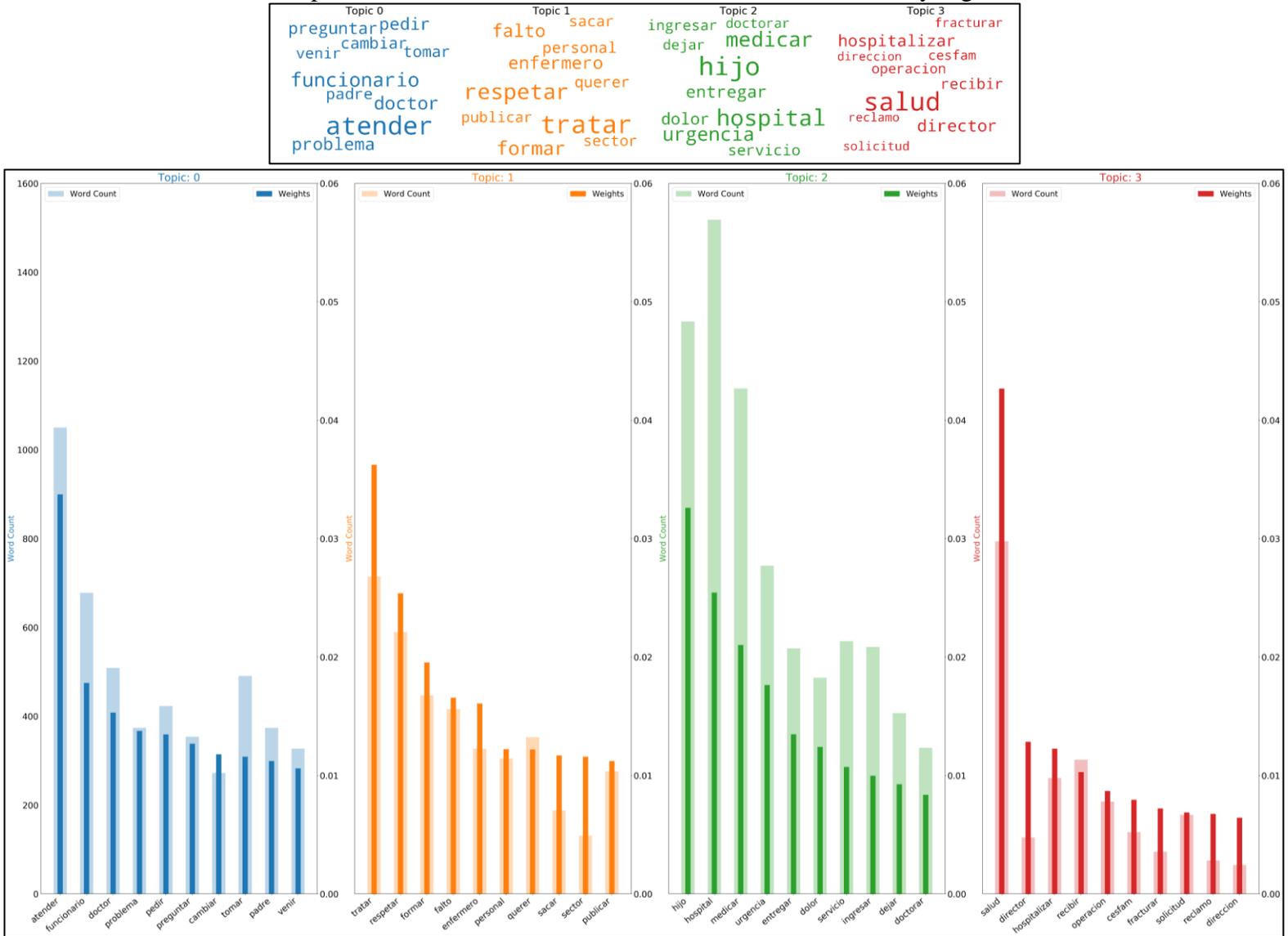
Ilustración 38 - Análisis tópic base inicial segmento adultos establecidos





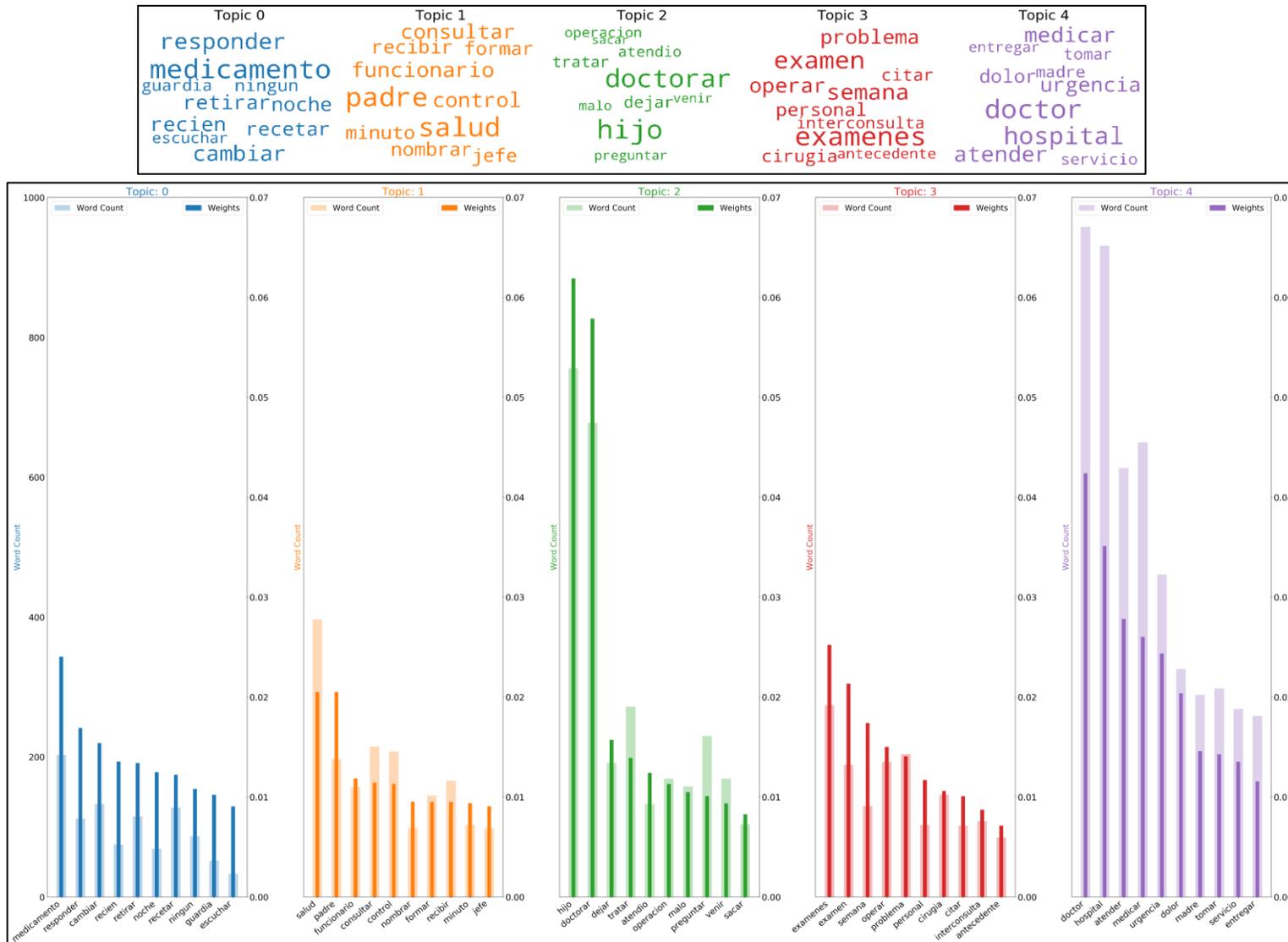
Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 39 - Análisis tópic con interacción manifestaciones de la discriminación y segmento adultos establecidos



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 40 - Análisis tópic con interacción funcionarios y segmento adultos establecidos



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 34 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento adultos establecidos

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Adultos establecidos	Adultos establecidos x Manifestaciones discriminación	Adultos establecidos x Interacciones
Tópico 0	15	444	19
Tópico 1	71	100	97
Tópico 2	40	1252	84
Tópico 3	941	23	51
Tópico 4	1.190	No aplica	598
Tópico 5	5.203	No aplica	No aplica
Tópico 6	8	No aplica	No aplica
Tópico 7	505	No aplica	No aplica

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el segmento base, el tópico 5 es el que predomina dentro del segmento analizado. Este tópico contiene palabras como “hijo”, “atender”, “entregar”, “pedir” como palabras con mayor peso y apariciones. Al analizar los reclamos, abarcan temas casi absolutamente de problemas de gestión hospitalaria, como toma de horas, continuación de tratamiento, urgencias médicas que no pueden ser atendidas por un profesional, entre otras. Además, llama la atención que la gran mayoría de estos reclamos corresponden a casos relacionados a hijos e incluso nietos de los reclamantes. Por otro lado, se revisó el tópico 4, dado que, si bien presenta palabras asociadas a problemas de gestión hospitalaria, se revisó a qué se asociaba la palabra “malo”. En general, los reclamos pertenecen efectivamente a problemas con toma de horas, o en intervenciones con pacientes, no obstante, los reclamos asociados a la palabra “malo”, en su mayoría, se refieren a malos tratos por parte de funcionarios en su mayoría.

En el segmento cruzado con interacción con manifestaciones de discriminación, predominan los tópicos 0 y 2. El tópico 0 contiene las palabras “atender”, “funcionario”, “doctor”, “problema”, lo que infiere que representa a reclamos relativos a la atención de estos trabajadores de salud. Al revisar los reclamos asociados a ese tópico como dominante se observan tratos despectivos por parte de funcionarios y doctores, con gritos y burlas al atender. En el caso del tópico 2, se relatan reclamos asociados a temas de gestión hospitalaria por las palabras “ingresar”, “medicar”, “entregar”, “urgencia”, “hijo”. Llama la atención el tópico 1, el cual contiene las palabras “tratar”, “enfermero”, “falta”, “respeto”, en donde al analizar los reclamos que asocian a este tópico como dominante, se ve en gran parte reclamos de enfermeros y funcionarios de salud que incurrieron en faltas de respeto hacia los pacientes.

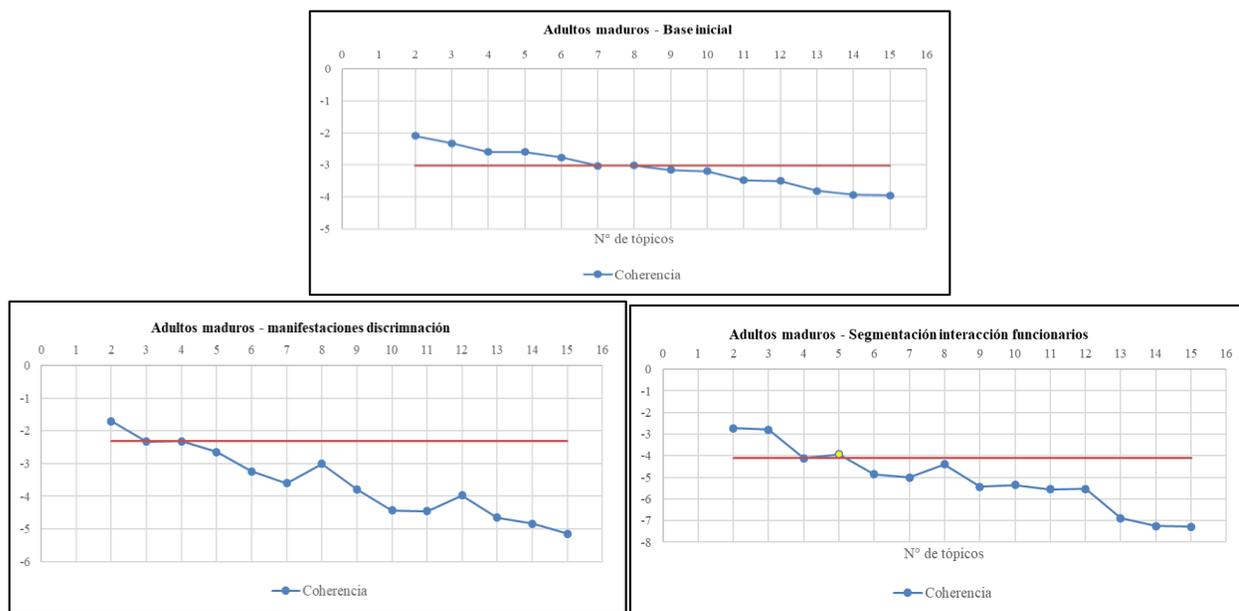
El segmento cruzado con interacción de funcionarios tiene al tópico 4 como el que más abarca documentos dentro de la colección de reclamos. Si bien el reclamo se trata la temática de atención médica, no hay calificativos que reflejen alguna manifestación de discriminación. Por otro lado, el tópico 2 contiene las palabras “hijo”, “atendio”, “doctorar”, “tratar”, “malo”, que comenta principalmente reclamos de padres asociados a la atención que recibieron sus hijos, las cuales están mayormente centradas en consultas médicas con doctores, acorde a la revisión de los reclamos asociados a este tópico por dominancia.

Dentro de este segmento aparecen con mayor claridad las manifestaciones de trato despectivo dentro de los reclamos, en relación con los anteriores. No obstante, no parecen tener una alta volumetría dentro de este segmento. Aun así, se ven que estos provienen de forma transversal dentro de los trabajadores del servicio de salud.

5.3.5. Adultos maduros

En el caso del segmento adultos maduros se reportó los siguientes gráficos de coherencia y número óptimo de tópicos:

Ilustración 41- Gráficos coherencia con cruce en el codo adultos maduros



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Para cada caso finalmente se eligió la siguiente cantidad de tópicos con la siguiente coherencia:

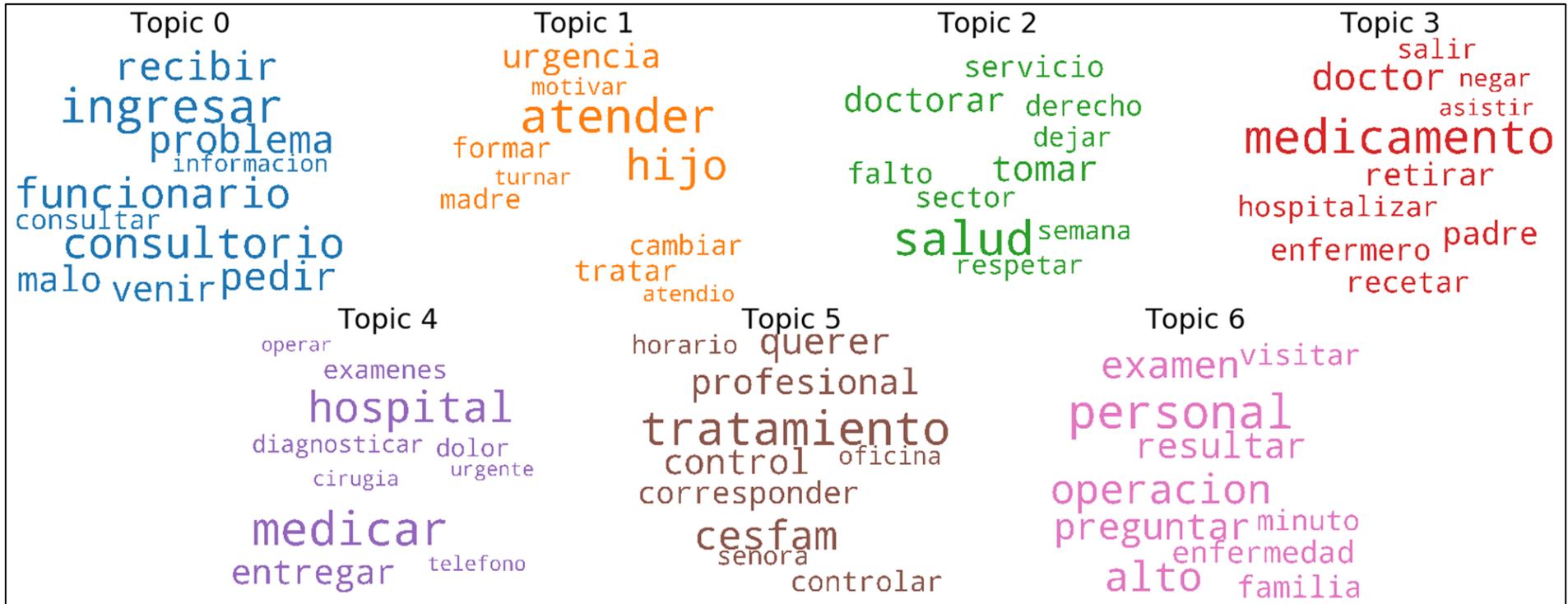
Tabla 35 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento adultos maduros

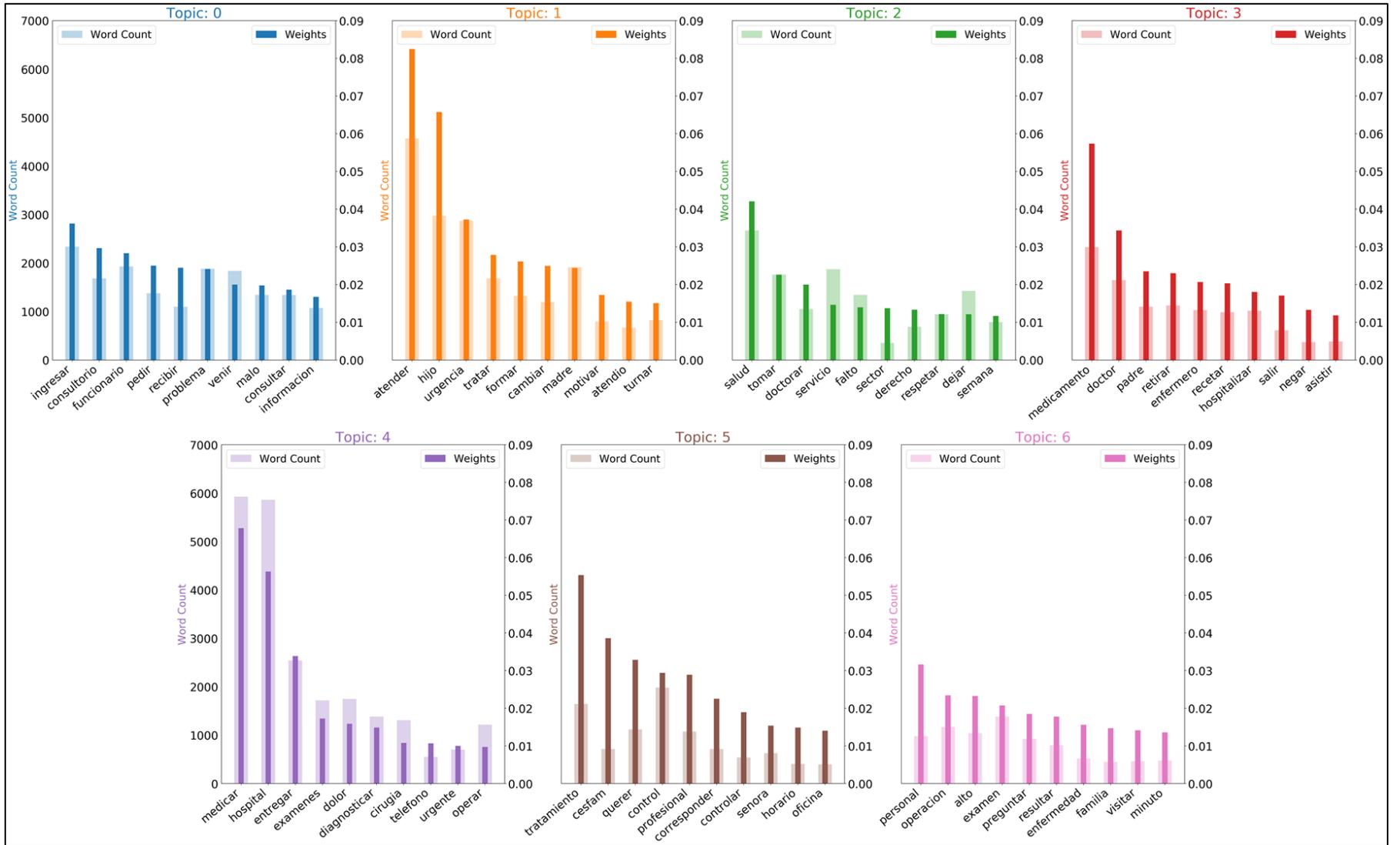
Criterio de análisis	Segmentación	Nº de tópicos	Coherencia
Adultos maduros	Base inicial	7	-3,03
	Manifestaciones de discriminación	4	-2,31
	Interacción con funcionarios	5	-3,93

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

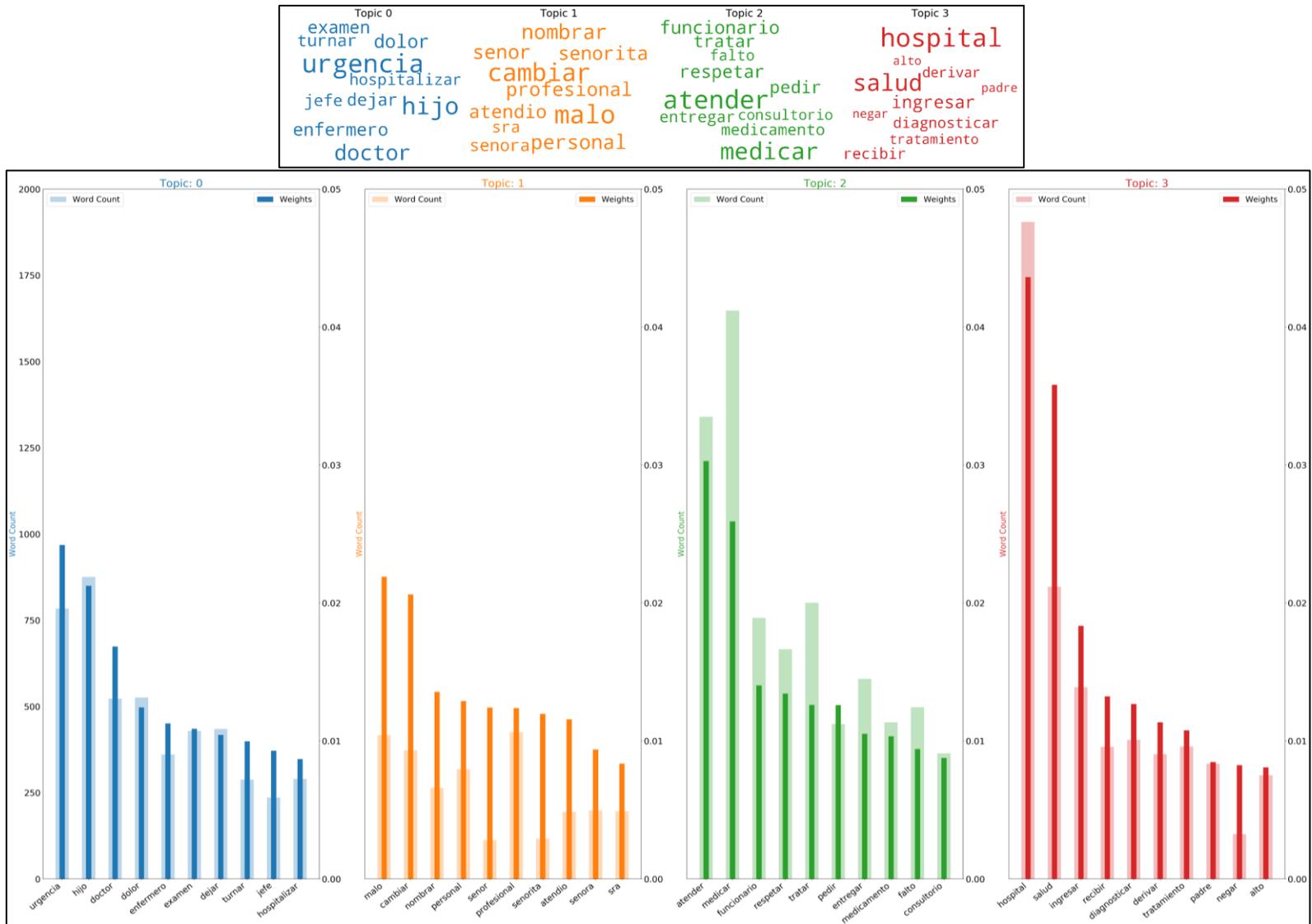
Ilustración 42 - Análisis tópic base inicial segmento adultos maduros





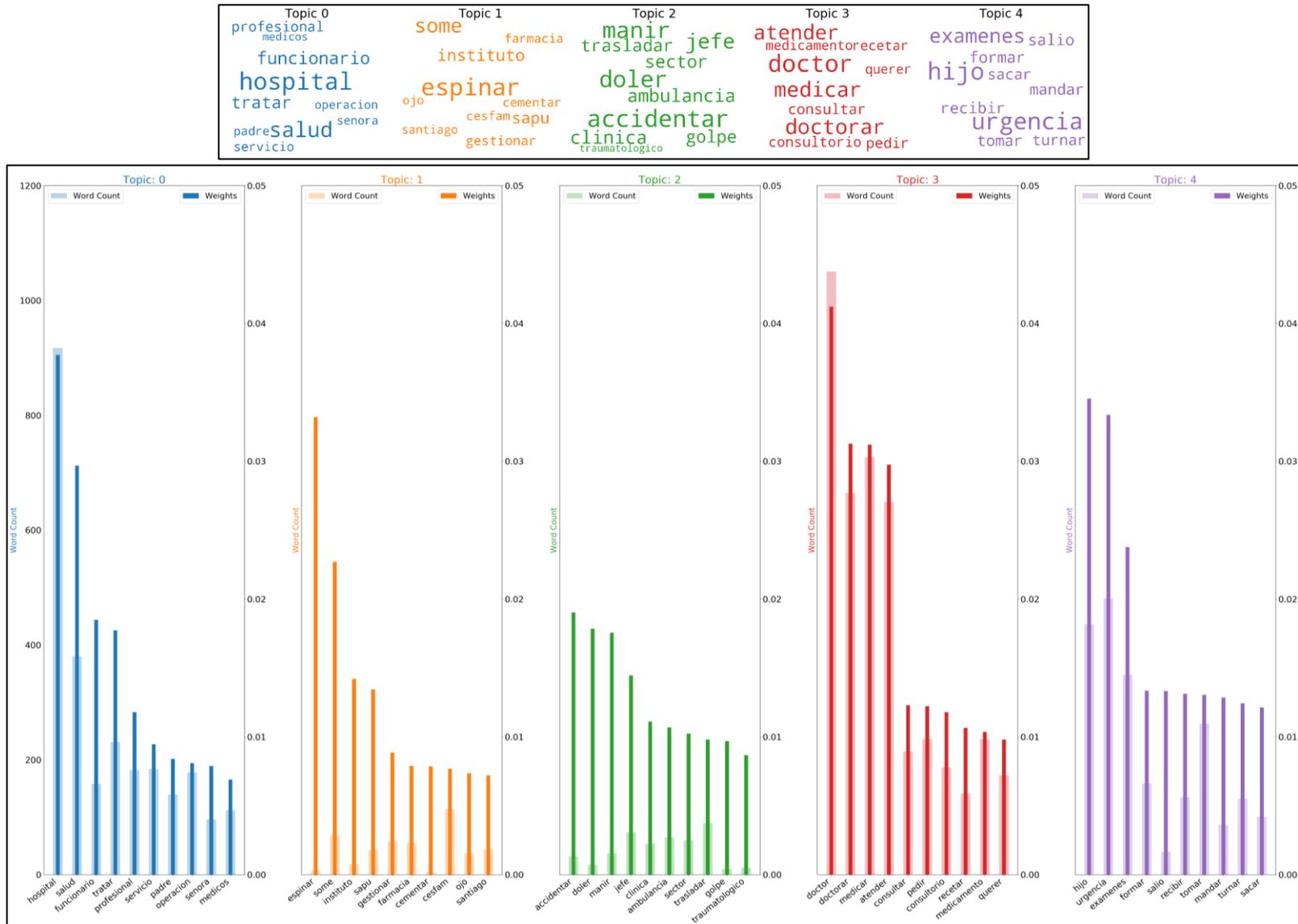
Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 43 - Análisis tópic con interacción de manifestaciones de la discriminación y segmento adultos maduros



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 44 - Análisis tópic con interacción de funcionarios y segmento adultos maduros



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 36 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento adultos maduros

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Adultos maduros	Adultos maduros x Manifestaciones discriminación	Adultos maduros x Interacciones
Tópico 0	2.551	375	95
Tópico 1	688	61	8
Tópico 2	3.600	1.702	9
Tópico 3	312	178	727
Tópico 4	4.200	No aplica	113
Tópico 5	42	No aplica	No aplica
Tópico 6	90	No aplica	No aplica

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el segmento base, los tópicos que más representan al segmento por dominancia corresponden a los tópicos 0, 2 y 4. En el caso del tópico 0, destacan las palabras “ingresar”, “consultorio” y “funcionario”. Al revisar los reclamos asociados, estos en su mayoría hablan de problemas de gestión hospitalaria, aunque asoman casos de trato despectivo por parte de funcionarios hacia los reclamantes dentro de este grupo. En el caso del tópico 2, si bien en su mayoría aborda temas relacionados a problemas de gestión hospitalaria, al revisar dentro de los dominantes los reclamos relacionados con “respetar”, aparecieron tratos descalificativos por parte de tanto personal médico como administrativo hacia los pacientes. Finalmente, dentro del tópico 4 casi absolutamente se habla de casos relacionados a problemas de gestión hospitalaria, pero que se relacionan con entrega de exámenes y problemas coordinación para cirugías, principalmente.

El segmento cruzado con las manifestaciones de la discriminación muestra que el tópico 2 domina mayor cantidad de solicitudes. Este contiene las palabras “falto”, “respetar”, “medica”, “tratar”, “atender”, “funcionario” y “medicamento”, mostrando trato despectivo por parte de funcionarios. Al revisar los reclamos, sucede algo similar al análisis de la base inicial, dado que, si bien “funcionario” es una de las palabras principales, considera también faltas asociadas a otros funcionarios de la salud. El tópico 1 presenta palabras similares como “malo”, “atendio”, “profesional” y “personal”, siguiendo la tendencia mostrada por el tópico 2. Por otro lado, el tópico 3 habla de “hospital”, “salud”, “negar”, “ingresar”, “tratamiento”, donde se infiere la negación de acceso a este grupo a ciertas obligaciones de salud. En particular, con “negar” e “ingresar”, los reclamos muestran a labores de guardias que impiden el acceso a servicios de salud, junto con otros tratos despectivos por parte de profesionales de la salud.

El segmento cruzado con interacción de funcionarios el tópico 3 se le asocian mayor cantidad de documentos de forma dominante. No obstante, este tópico considera procedimientos, sin presentar calificativos asociados a las manifestaciones de la salud. Por otro lado, el tópico 1 que presenta las palabras “atender” y “funcionario”, recoge las manifestaciones negativas por parte de profesionales de la salud.

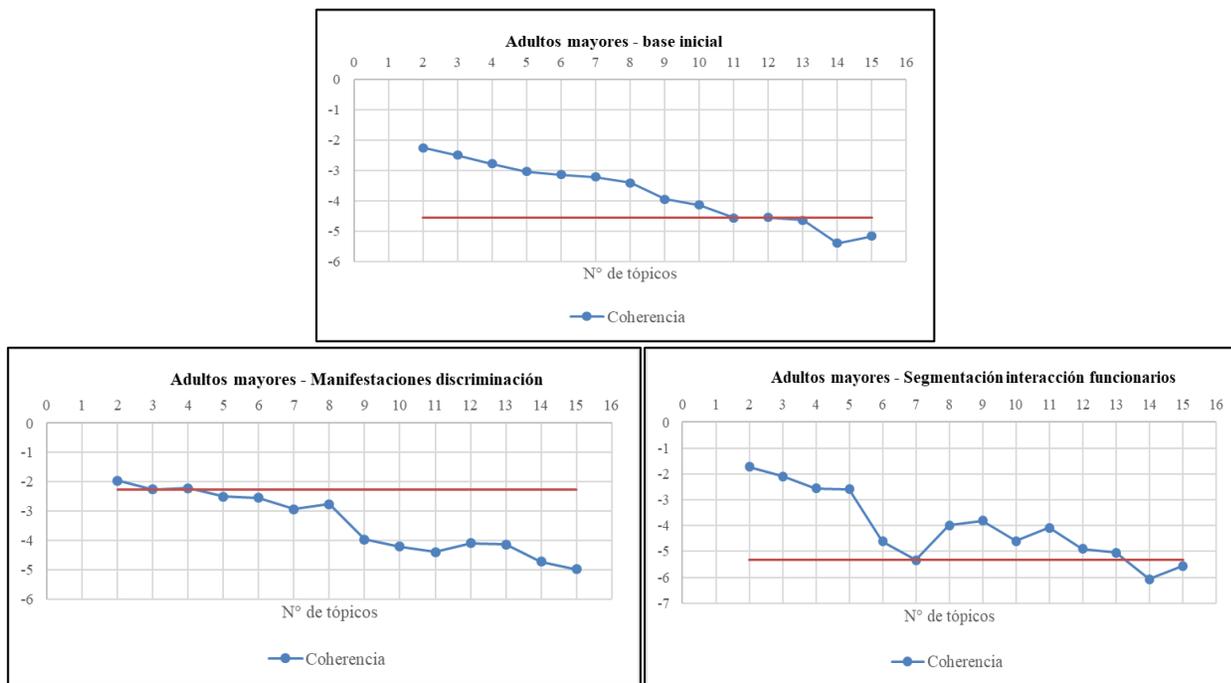
Si bien se ven reclamos de trato descalificativo que abarcan transversalmente a los trabajadores de la salud, si se hace hincapié en los funcionarios no médicos. Dentro de este grupo de segmentos,

es el cuál más se han detectado reclamos donde los trabajadores responden despectivamente dentro de sus labores, dentro de los análisis en los 3 subsegmentos.

5.3.6. Adultos mayores

En el caso del segmento adultos mayores se reportó los siguientes gráficos de coherencia y número de tópicos:

Ilustración 45 - Gráficos coherencia con cruce en codo segmento adultos mayores



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Para cada caso finalmente se eligió la siguiente cantidad de tópicos con la siguiente coherencia:

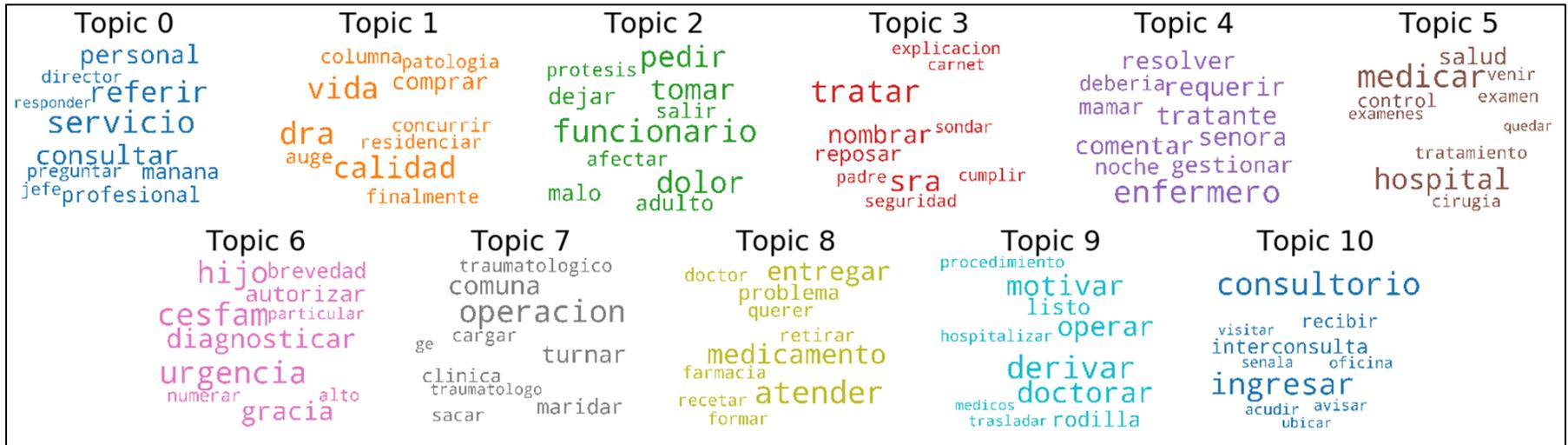
Tabla 37 - Número de tópicos, coherencia y perplejidad para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento adultos mayores

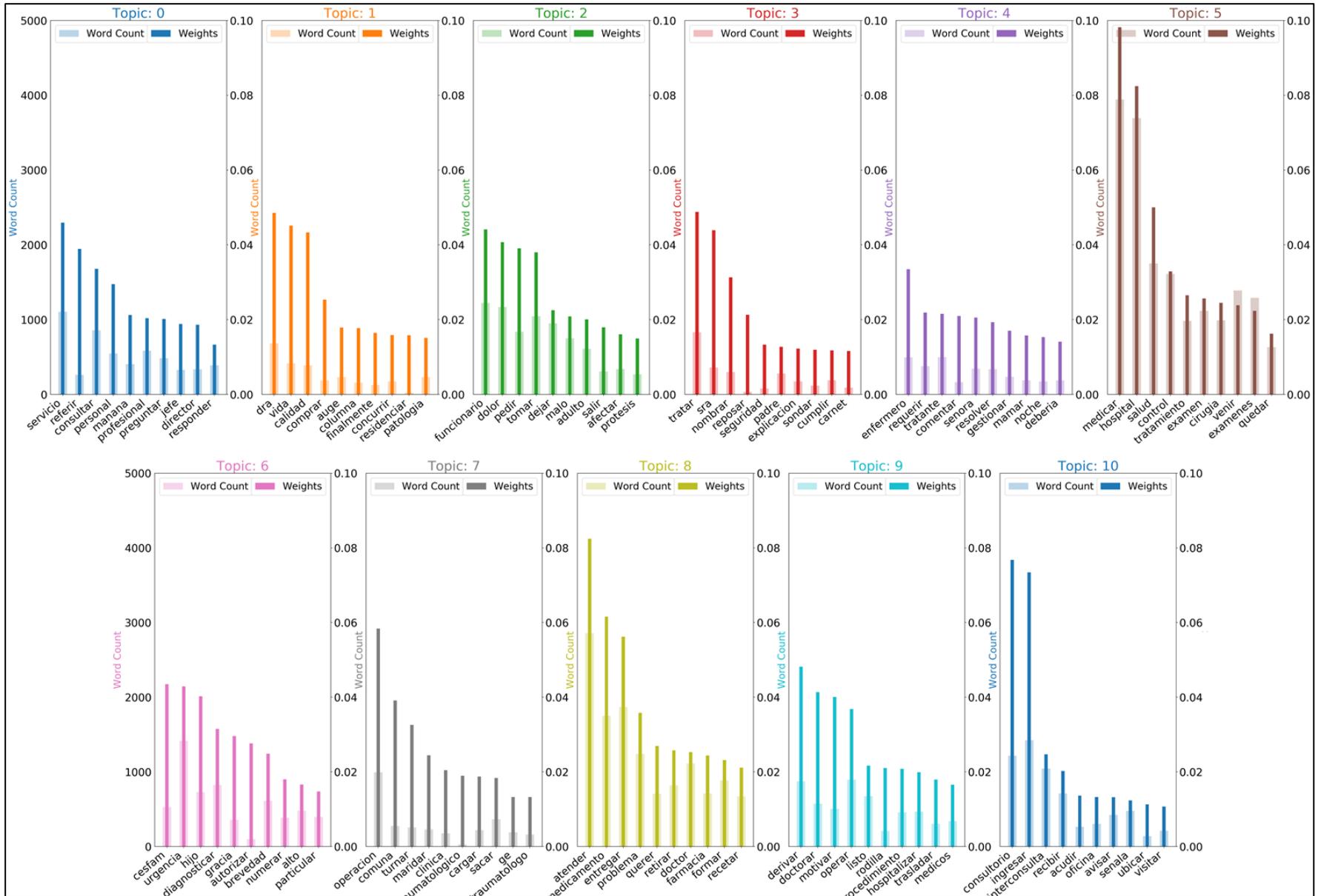
Criterio de análisis	Segmentación	Nº de tópicos	Coherencia
Adultos mayores	Base inicial	11	-4,55
	Manifestaciones de discriminación	3	-2,26
	Interacción con funcionarios	7	-5,33

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

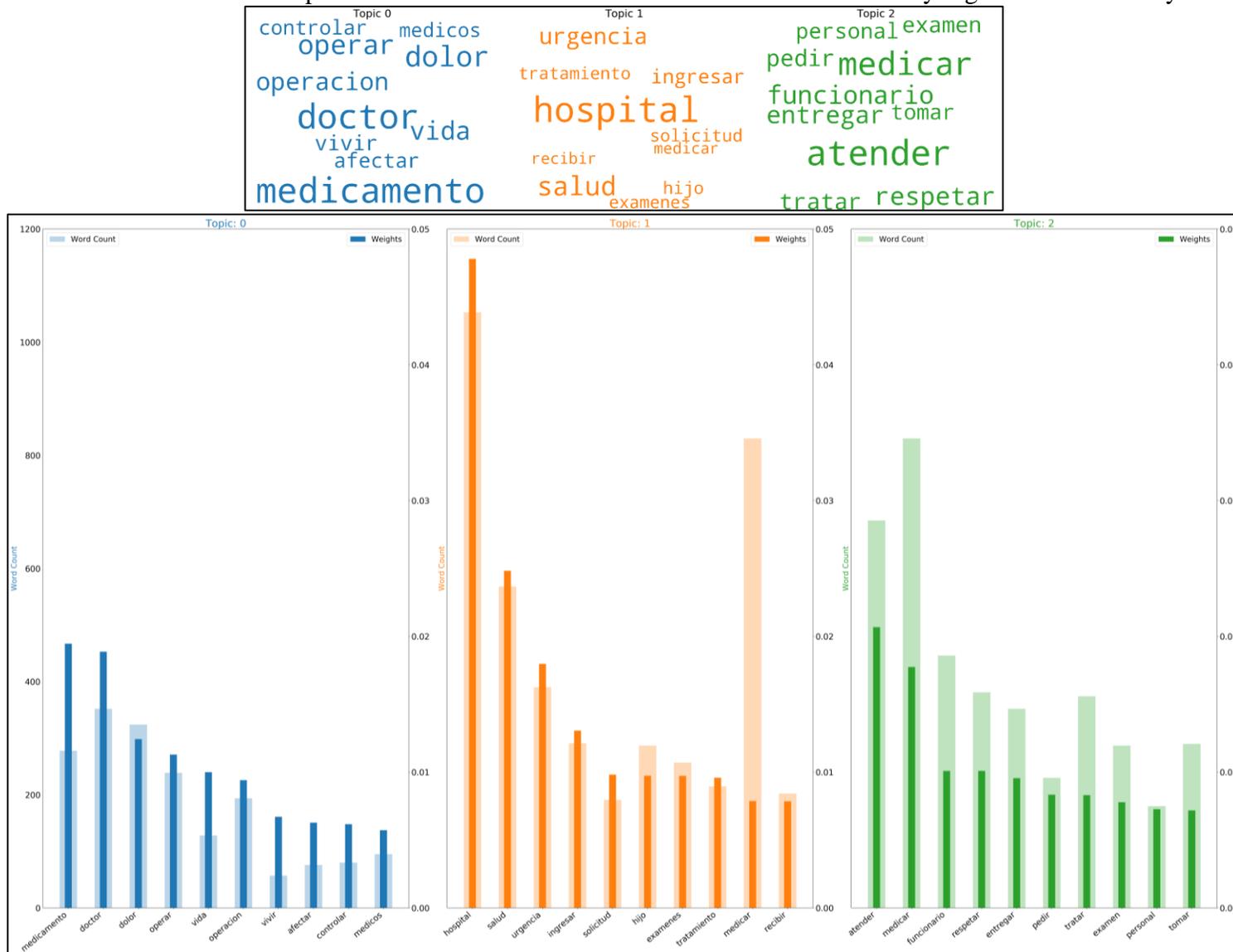
Ilustración 46 - Análisis tóxico base inicial segmento adultos mayores





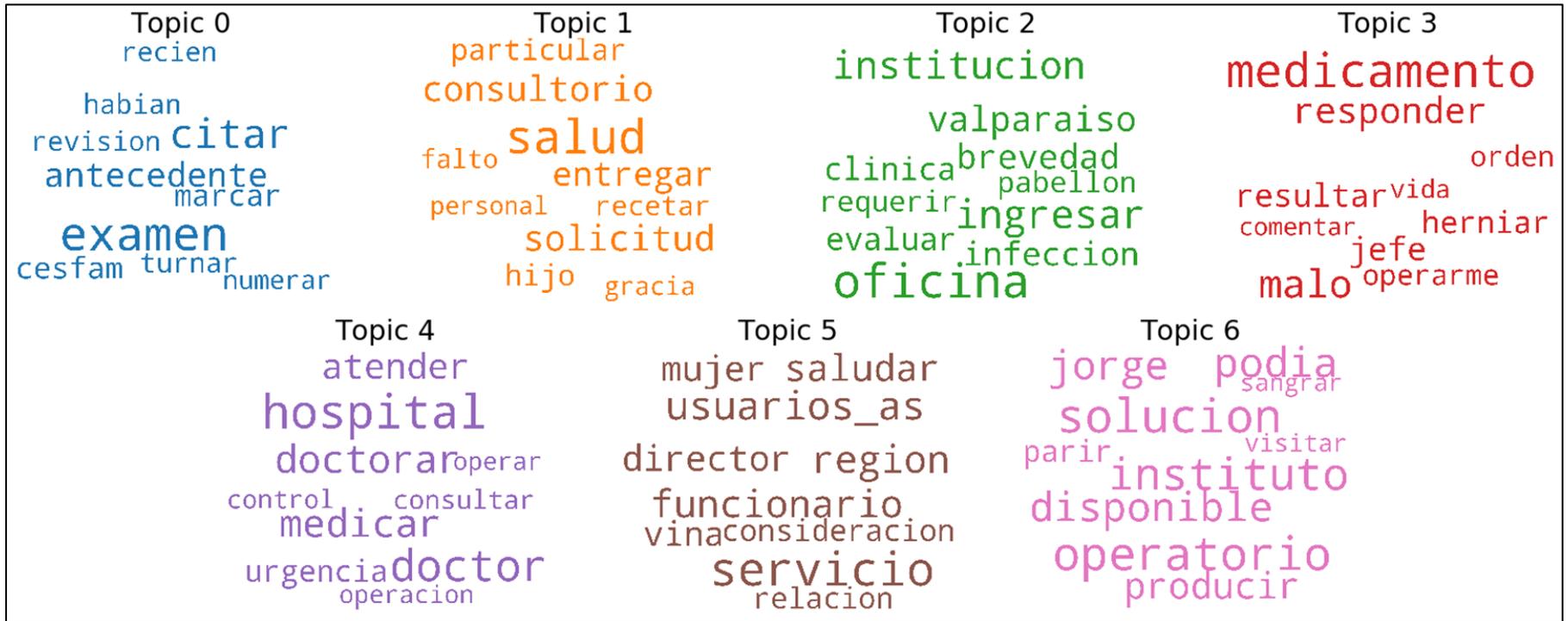
Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

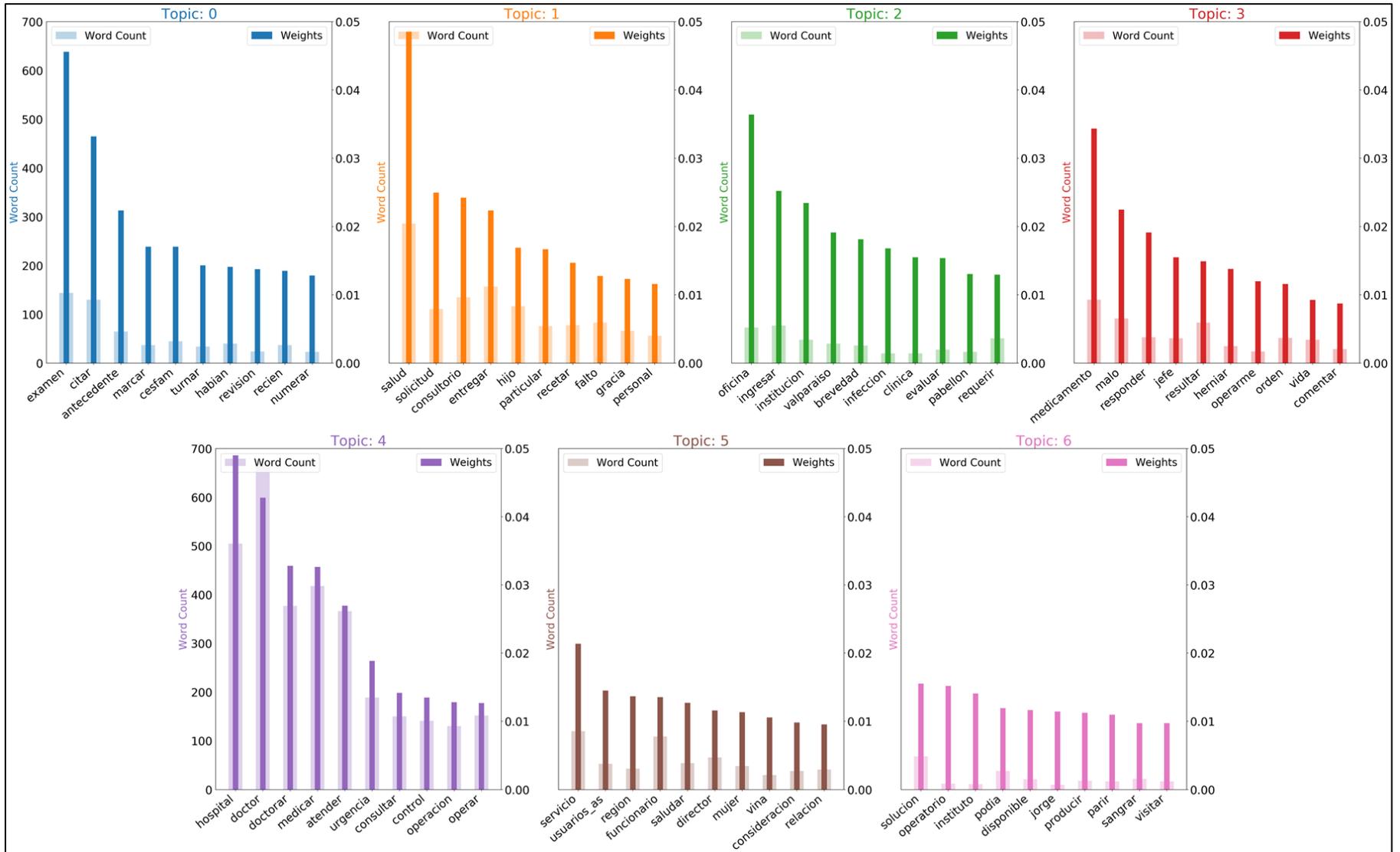
Ilustración 47 - Análisis tópic con interacción manifestaciones de la discriminación y segmento adultos mayores



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 48 - Análisis tópic con interacción de funcionarios y segmento adultos mayores





Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 38 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento adultos mayores

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Adultos mayores	Adultos mayores x Manifestaciones discriminación	Adultos mayores x Interacciones
Tópico 0	195	102	14
Tópico 1	6	282	36
Tópico 2	479	1.043	3
Tópico 3	54	No aplica	8
Tópico 4	54	No aplica	497
Tópico 5	4.738	No aplica	11
Tópico 6	173	No aplica	9
Tópico 7	5	No aplica	No aplica
Tópico 8	2.465	No aplica	No aplica
Tópico 9	38	No aplica	No aplica
Tópico 10	274	No aplica	No aplica

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el segmento base, los tópicos que predominan son el tópico 5 y 8. Dentro del tópico 5 las palabras relevantes que aparecen son “medicar”, “hospital”, “salud” y “control”. En este caso, los reclamos asociados a este tópico se refieren a problemas de gestión hospitalaria para continuación de tratamiento o problemas generados post operatorios. Se ven de forma aislada algunos casos de malos tratos, así como reclamos que hacen abuelos hacia situaciones de nietos. En el caso del tópico 8, que contiene como palabras relevantes “atender”, “medicamento”, “entregar” y “problema”, habla de problemas para acceder a medicación por parte de este subgrupo particular. Este se muestra en casos como obtener recetas nuevamente para acceder al medicamento, medicación que no le funciona al paciente y falta de abastecimiento por parte de los servicios de salud para acceder a este. En unos casos, se reclama a los funcionarios que atienden las farmacias, acusándolos de trato despectivo. También en este segmento aparecen reclamos que se asocian a hijos o nietos de los reclamantes para obtener su medicación.

En el segmento cruzado con manifestaciones de la discriminación, predomina el tópico 2. Al revisar los reclamos asociados a este, se ven 3 temáticas relevantes: problemas de gestión hospitalaria, faltas de respeto como trato despectivo y faltas de respeto como atención inoportuna. En el primer caso, se ven problemas para poder coordinar atenciones con médicos, realizar procedimientos o poder retirar exámenes. En el segundo caso, se registra trato despectivo por parte tanto de funcionarios administrativos como de funcionarios médicos, sin haber alguna tendencia asociada a uno u otro en el segmento analizado. Y finalmente, se ven faltas de respeto asociadas a no poder tener una atención oportuna, como cambios repentinos de horas médicas, o imposibilidad de agendar una intervención, que, a diferencia del análisis de otros reclamos, se ven pasados a llevar por la imposibilidad de ser atendidos.

En el segmento cruzado con interacciones con funcionarios, predomina dentro de la colección de reclamos el tópico 4. Al analizar los reclamos asociados a este tópico, se ven problemáticas asociadas a temas post atenciones con funcionarios, relacionadas con complicaciones médicas,

continuación de tratamiento, dificultades para agendar horas, faltas de respeto, entre las más destacables. No se ven apreciaciones particulares para un tipo de trabajador del servicio de salud, sino que referencias a los especialistas asociados a su tratamiento para la continuación de este.

En este segmento de reclamos se asoman los problemas asociados a la medicación de los adultos mayores y los problemas de abastecimiento, así como la imposibilidad de terminar correctamente sus procedimientos médicos. Puede que sea visto más como una falta de respeto por la dificultad existente por las dificultades de movilización y la gravedad de las problemáticas dado su edad. Aun así, solo se pueden visualizar con claridad trato despectivo en el segmento cruzado con las manifestaciones de la discriminación existentes.

5.4. Apellidos

Esta categoría fue analizada considerando solo la base de datos filtrada inicial para el caso de apellidos de discriminación:

Ilustración 49 - Cantidad de documentos en segmento apellidos

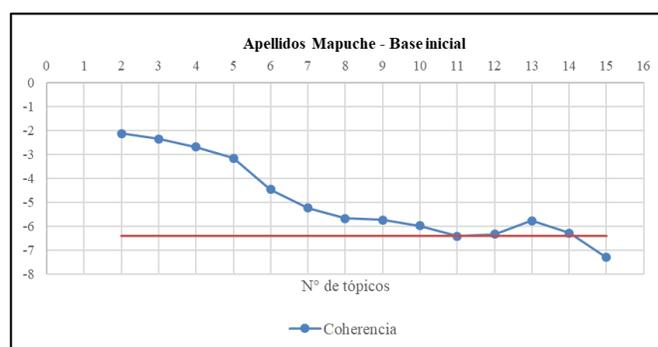
Nombre categoría	Cantidad de solicitudes		
	Base inicial	Base x manifestaciones discriminación	Base x Interacción Funcionarios
Apellidos de origen Mapuche	1.084	No aplica	No aplica
Apellidos sin profesionales de prestigio	359	No aplica	No aplica

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

5.4.1. Apellidos de origen Mapuche

En el caso del segmento de apellidos de origen Mapuche se reportó el siguiente gráfico de coherencia con número óptimo de tópicos:

Ilustración 50 - Gráfico coherencia-perplejidad segmento apellidos de origen Mapuche



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Finalmente se eligió la siguiente cantidad de tópicos con la siguiente coherencia:

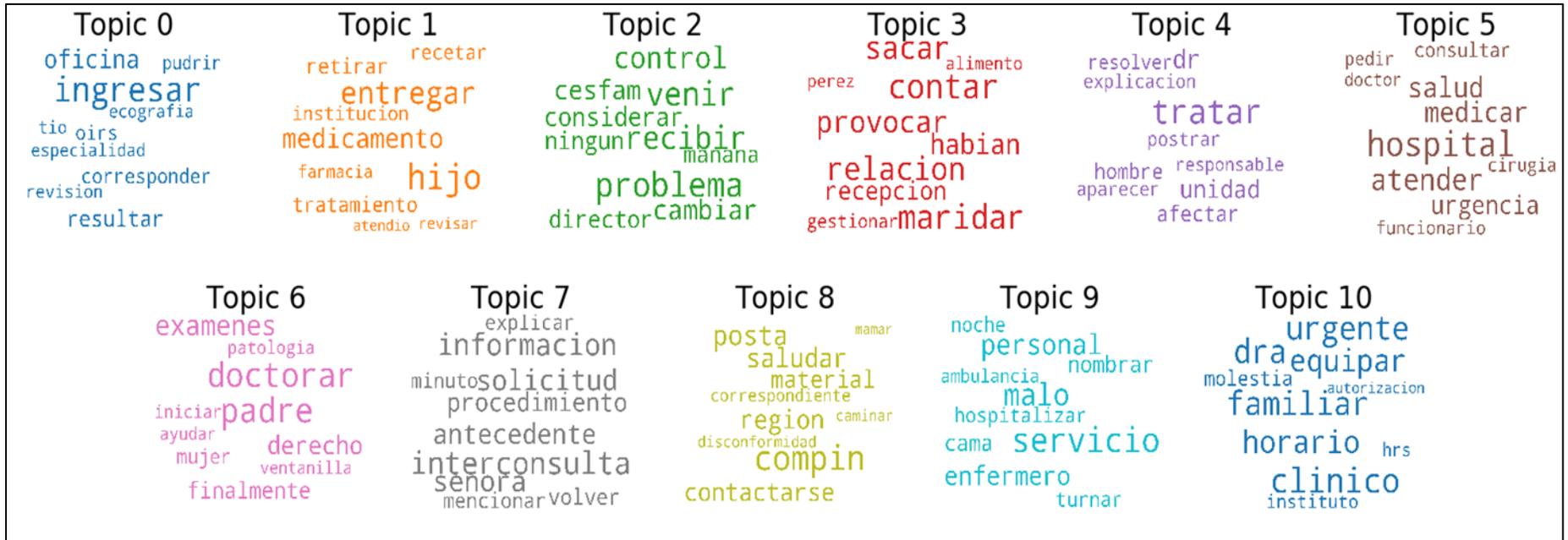
Tabla 39 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento apellidos Mapuche

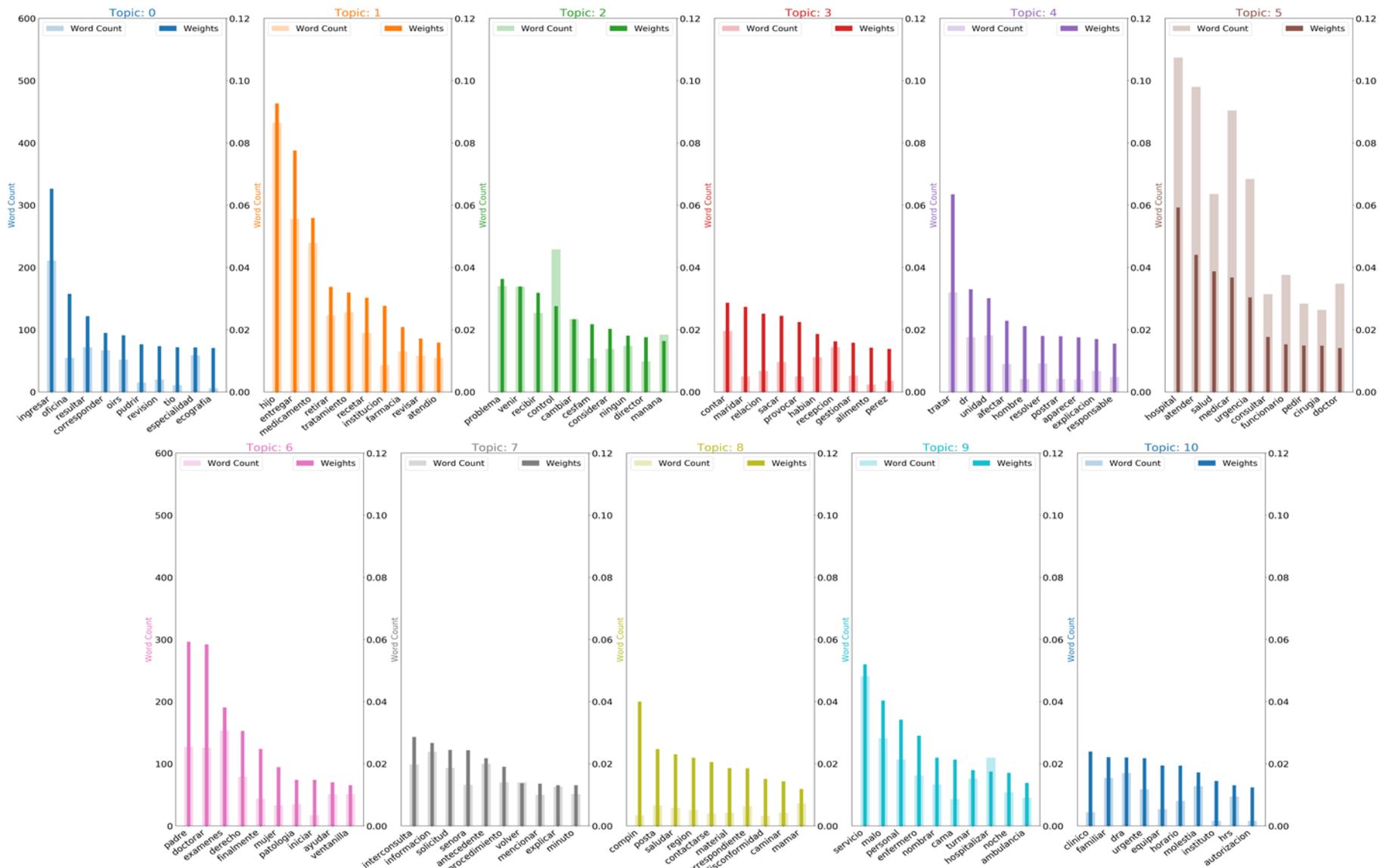
Segmentación	Nº de tópicos	Coherencia
Apellidos de origen Mapuche	11	-6,42

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

Ilustración 51 - Análisis tópicos base inicial segmento apellidos de origen Mapuche





Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 40 - Cantidad de documentos por t3pico dominante en segmento apellidos de origen Mapuche

T3picos	N3mero de documentos por t3pico dominantes		
	Apellidos de origen Mapuche	Apellidos de origen Mapuche x Manifestaciones discriminaci3n	Apellidos de origen Mapuche x Interacciones
T3pico 0	14	No aplica	No aplica
T3pico 1	51		
T3pico 2	78		
T3pico 3	10		
T3pico 4	25		
T3pico 5	803		
T3pico 6	9		
T3pico 7	31		
T3pico 8	9		
T3pico 9	33		
T3pico 10	20		

Fuente: Elaboraci3n propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el segmento analizado, el t3pico que predomina es el t3pico 5. Este, si bien incluye palabras relacionadas a temas de gesti3n hospitalaria como “Hospital”, “atender”, “medicar”, “urgencia”, los reclamos consideran tambi3n otro tipo de situaciones. En su mayor3a, predominan problemas relacionados con la agenda, pero tambi3n se observan casos relacionados a trato discriminatorio, no obstante, dentro de estos casos no se enuncian temas relacionados donde el reclamante asocia el trato despectivo por su pertenencia a pueblos originarios. Al revisar los otros t3picos que componen el an3lisis, se encontraron casos asociados a trato despectivo dentro del t3pico 9. Al revisar los reclamos, estos si bien se relacionan principalmente a temas de calidad de los servicios de salud, en temas de orden y limpieza de la infraestructura, se encontraron casos de mal trato por parte de guardias hacia los pacientes. Estos casos se relacionan a temas de impedir entrada e insultos por parte de estos a los pacientes, aunque estos casos corresponden a alrededor de 5 dentro de los 32 reclamos asociados a este t3pico de forma dominante. Nuevamente, no se hace alusi3n a su etnia en el relato.

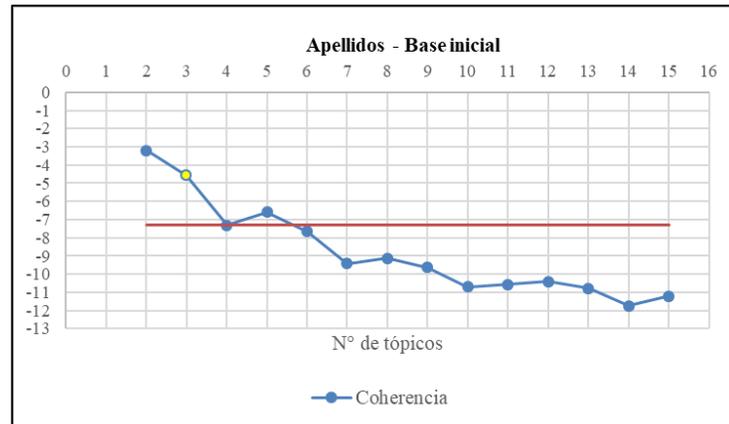
Si bien dentro de este grupo predomin3 los problemas de gesti3n hospitalaria, el hecho de que la cantidad de reclamos tanto en los segmentos de manifestaciones de la discriminaci3n como el de la interacci3n con funcionarios, muestra que no existen muchos reclamos que detallen temas de trato despectivo por parte del personal de los servicios de salud.

5.4.1. Apellidos sin profesionales de prestigio

Al estar en el l3mite establecido en un inicio la base inicial, se opt3 por no analizar los subsegmentos propuestos, dado que tendr3an una cantidad muy limitada de reclamos para poder aplicar el algoritmo LDA correctamente.

En el caso del segmento de apellidos se reportó el siguiente gráfico de coherencia con número óptimo de tópicos:

Ilustración 52 - Gráfico coherencia-perplejidad segmento apellidos sin profesionales de prestigio



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En este caso el punto óptimo que era N° de tópicos = 4, fue cambiado debido a la repitencia de palabras al punto cercano con mejor coherencia, que en este caso sería el caso N° de tópicos = 3 con la siguiente coherencia:

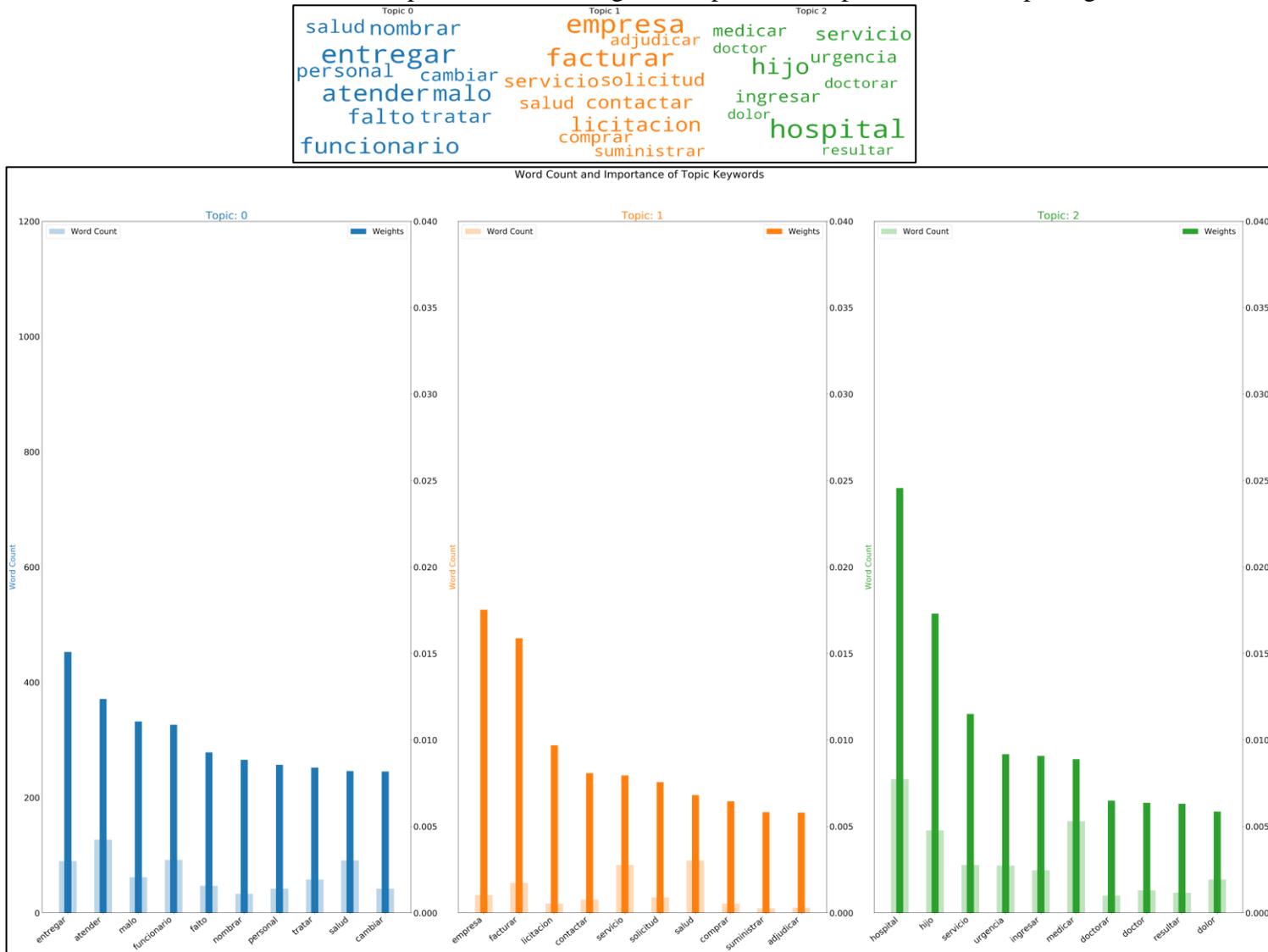
Tabla 41 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento apellidos sin profesionales de prestigio

Segmentación	N° de tópicos	Coherencia
Apellidos sin profesionales de prestigio	3	-4,55

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

Ilustración 53 - Análisis tópic base inicial segmento apellidos sin profesionales de prestigio



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

Ilustración 54 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento apellidos sin profesionales de prestigio

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Apellidos sin profesionales de prestigio	Apellidos sin profesionales de prestigio x Manifestaciones discriminación	Apellidos sin profesionales de prestigio x Interacciones
Tópico 0	139	No aplica	No aplica
Tópico 1	57		
Tópico 2	163		

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud, 2019

A nivel de este segmento, solo se evalúa el segmento base, dado que segmento de datos que contiene estos apellidos es bastante bajo y segmentarlo más quedarían muy pocos reclamos para la realización de un análisis LDA.

Dentro del segmento evaluado, al revisar el grupo de tópicos dominantes, el tópico 0 las palabras que aparecen con “malo” y “funcionario” se relación a reclamos donde principalmente se describe a situaciones asociadas a falta de respeto, como burlas o gritos o mala entrega de información. Por otro lado, el concepto de funcionario se acerca a personas que no involucran un procedimiento médico.

5.5. Nivel de atención

Esta categoría fue analizada considerando la base de datos filtrada, el cruce de la base con los reclamos que presentan interacciones con funcionarios y con quienes presentan manifestaciones de la discriminación.

Nombre categoría	Cantidad de solicitudes		
	Base inicial	Base x manifestaciones discriminación	Base x Interacción Funcionarios
Atención primaria	8.469	1.545	754
Atención secundaria	35.307	7.400	3.302
Atención terciaria	1.508	407	181

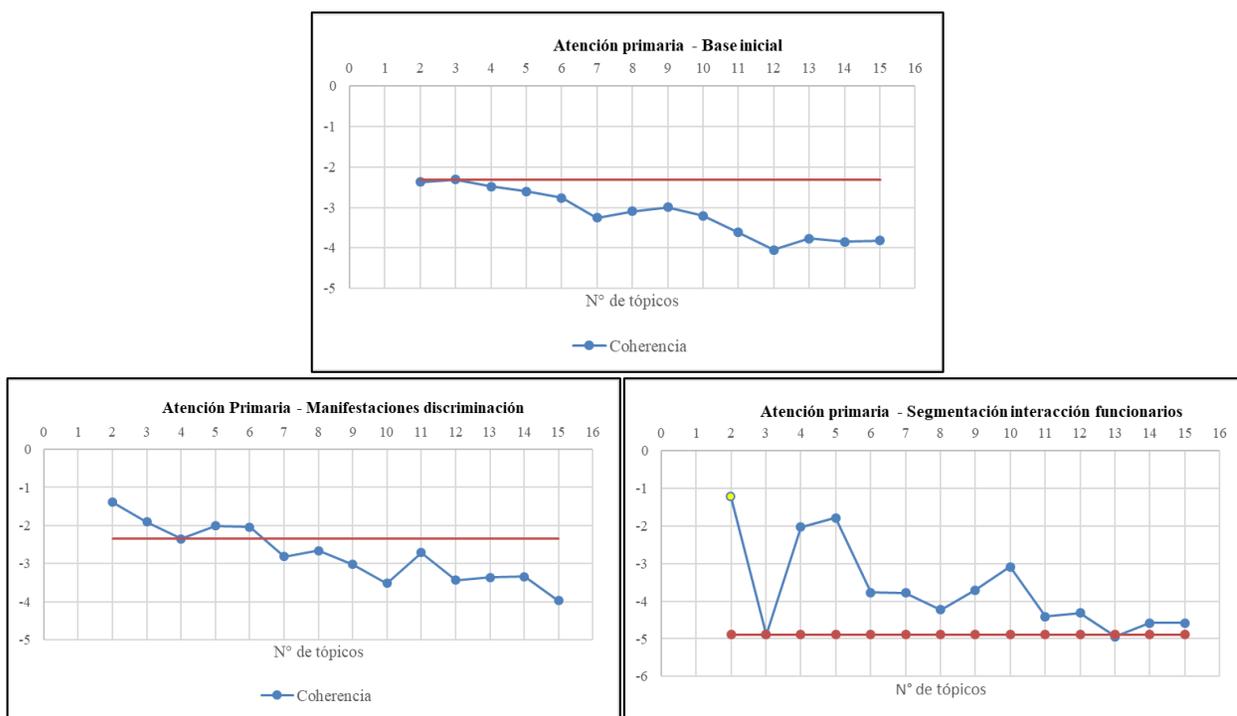
Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Debido a la baja cantidad de documentos, el segmento de “Atención terciaria”, con interacción funcionarios, no será considerado dentro de los análisis.

5.5.1. Atención primaria

En el caso del segmento jóvenes se reportó los siguientes gráficos de coherencia y número óptimo de tópicos:

Ilustración 55 - Gráficos coherencia con cruce en el codo atención primaria



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Para cada caso finalmente se eligió la siguiente cantidad de tópicos con la siguiente coherencia y perplejidad:

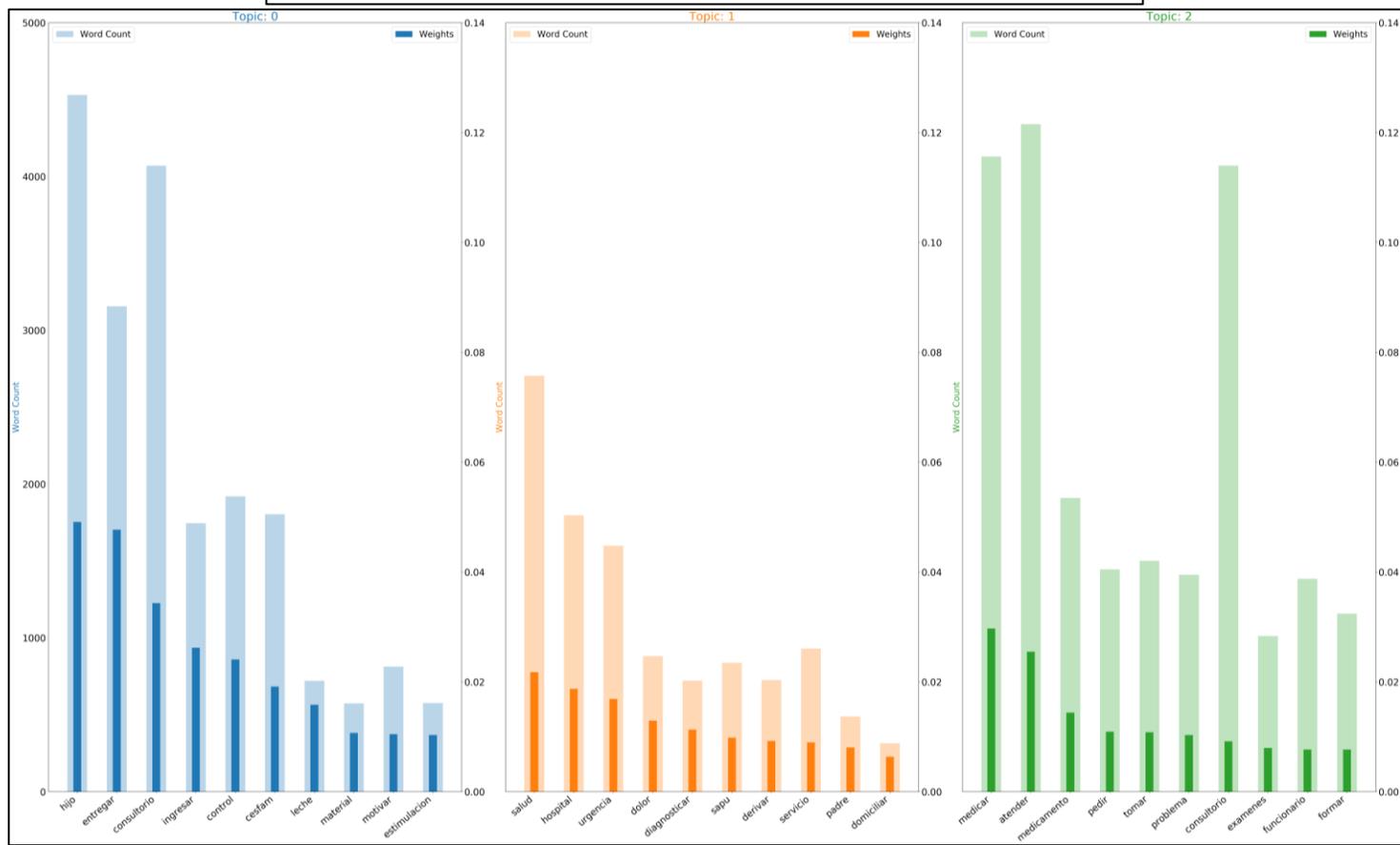
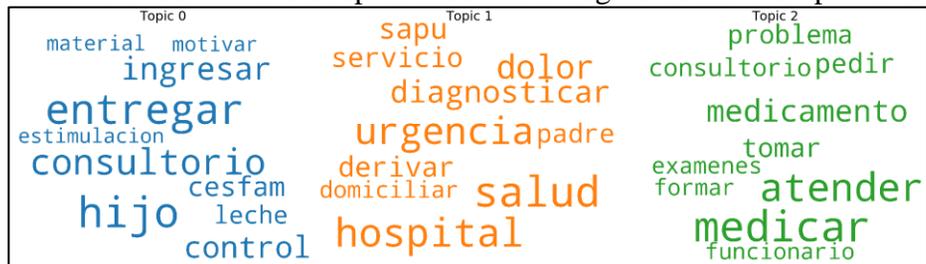
Tabla 42 - Número de tópicos, coherencia y perplejidad para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento atención primaria

Criterio de análisis	Segmentación	N° de tópicos	Coherencia
Primaria	Base inicial	3	-2,31
	Manifestaciones de discriminación	4	-3,64
	Interacción con funcionarios	2	-1,22

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

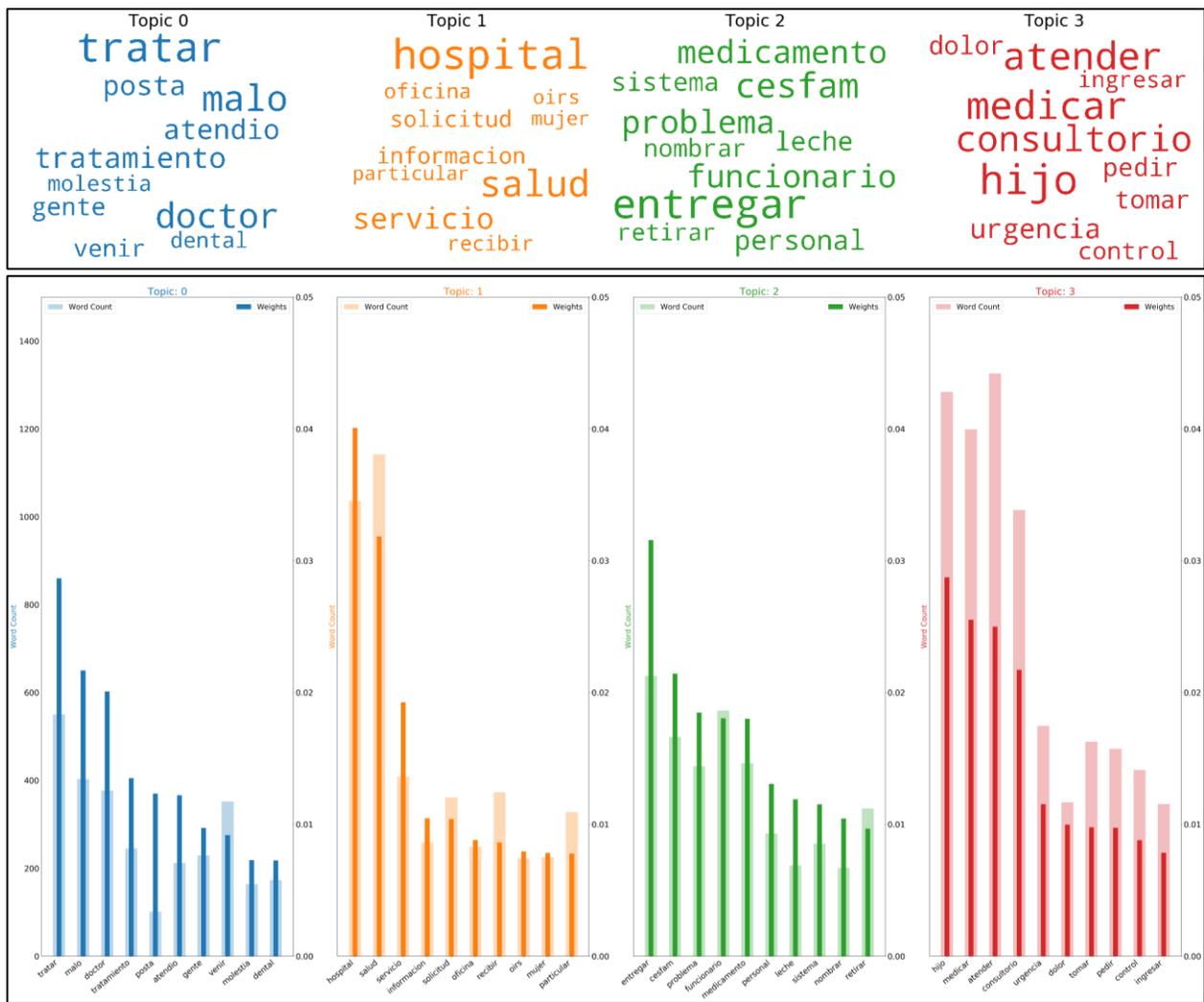
Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

Ilustración 56 - Análisis tópic base inicial segmento atención primaria



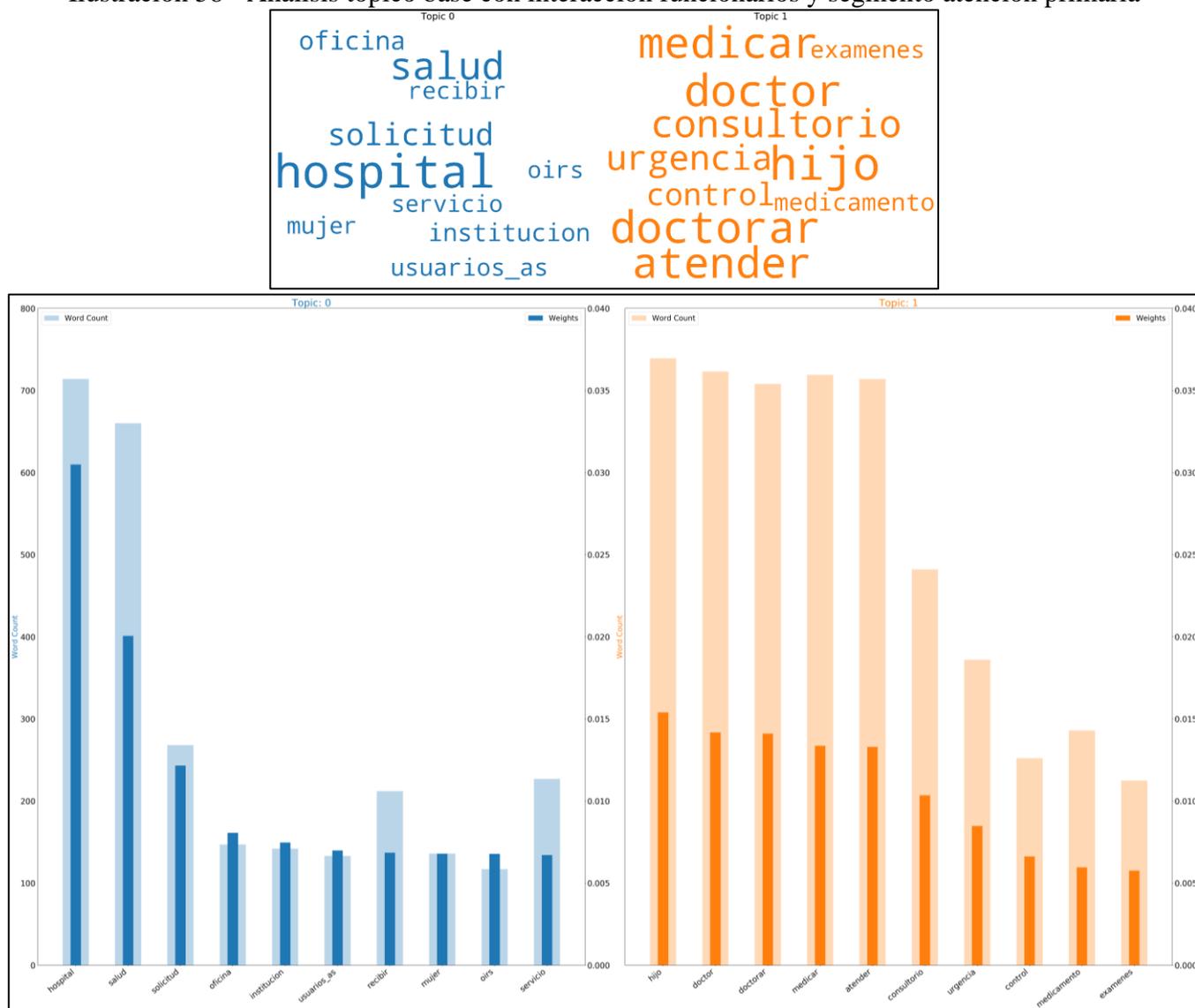
Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 57 - Análisis tóxico base con interacción manifestaciones discriminación y segmento atención primaria



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 58 - Análisis tópic base con interacción funcionarios y segmento atención primaria



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 43 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento atención primaria

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Atención primaria	Atención primaria x Manifestaciones discriminación	Atención primaria x Interacciones
Tópico 0	1.916	30	22
Tópico 1	953	50	732
Tópico 2	5.600	122	No aplica
Tópico 3	No aplica	1.343	No aplica

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el segmento base el tópico que más representa al segmento es el tópico 2. Entre las palabras principales que presenta están “medicar”, “atender”, “medicamento” y “pedir”. Al revisar los reclamos asociados a este tópico, se observaron variados de estos con trato despectivo no enunciado en el análisis tópico, que constaban de faltas de respeto. Estas provenían de distintos tipos de personal de los servicios de salud públicos. En estos reclamos se sobresalían las palabras “atender” y “medicar”. Además, de existir varios reclamos relacionados con la mala entrega de medicamentos, la falta de estos, y trato despectivo al solicitarlos. También se revisó el tópico 2, que abarcaba también gran cantidad de tópicos, cuyas palabras más relevantes son “hijo”, “entregar” y “consultorio”. Al revisar los reclamos, la gran mayoría estaba relacionado a entrega de leche o kits de estimulación que no pudieron ser entregados por los consultorios.

El segmento cruzado con discriminación destaca como tópico dominante en la gran mayoría de los documentos al tópico, el habla de procedimientos médicos sin etiquetarlos de forma discriminativa. Por otro lado, el tópico 0 contiene las palabras “tratar”, “tratamiento”, “malo”, “posta”, dental”, “doctor”, “atendio”, “gente”, que infiere tratamientos despectivos a los pacientes. También, el tópico 2 está compuesto por las palabras “funcionario”, “entregar”, “medicamento”, “cesfam”, “retirar”, mostrando problemas relacionados el retiro de medicación en los CESFAM.

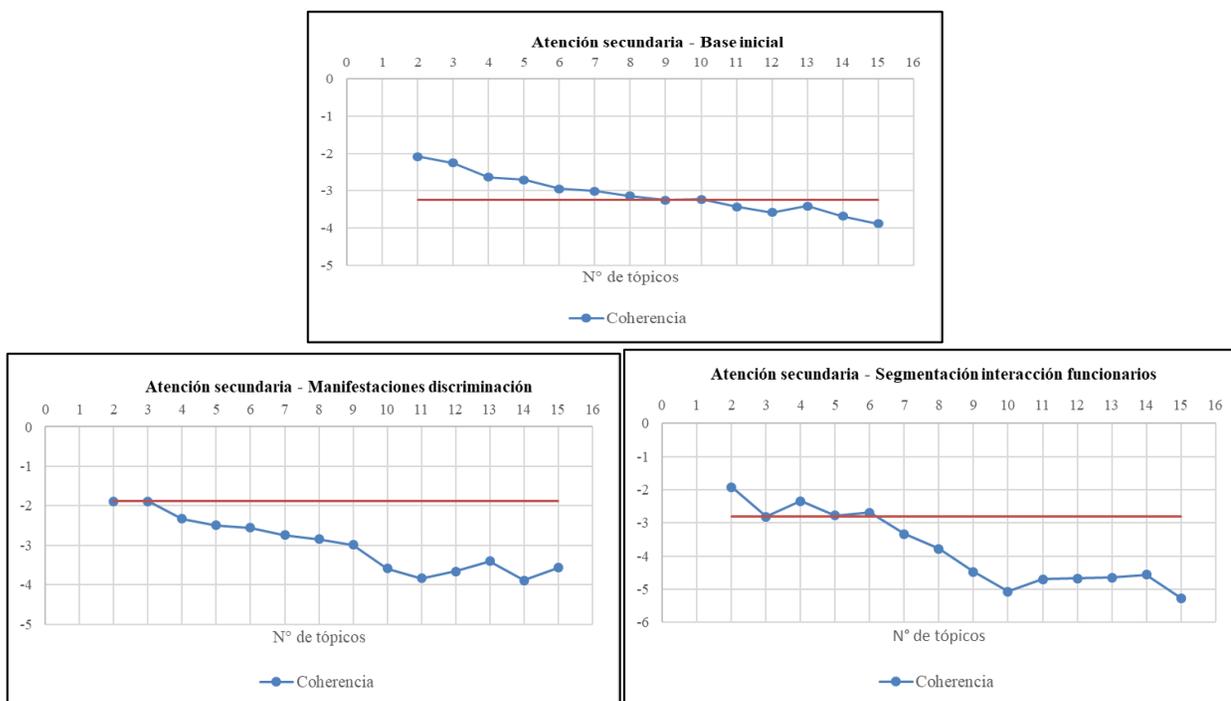
El segmento cruzado con interacción de funcionarios no muestra con claridad manifestaciones de discriminación. No obstante, llama la atención que el tópico que tiene mayor dominio a través de los documentos, el tópico 1, considera las palabras “atender”, “doctor”, “doctorar” y “consultorio”, siendo reclamos asociados a desempeño de los funcionarios de salud. Al revisar los reclamos esto se confirma que son reclamos asociados a problemas de gestión hospitalaria que involucran a funcionarios de la salud, donde asoman unos pocos casos de reclamos asociados a tratos despectivos.

En este segmento llama la atención los problemas están en el nivel de retiro y entrega de beneficios ofrecidos por el Estado a sus ciudadanos, como se ve en la entrega de medicamentos y otros beneficios, que lleva a una mala gestión y, por ende, a la presencia de mal trato en este punto. Si bien se observa también manifestaciones de trato despectivo por parte de funcionarios relacionadas en la atención médica, este tipo de trato solo se había visto en el caso de adultos mayores.

5.5.2. Atención secundaria

En el caso del segmento jóvenes se reportó los siguientes gráficos de coherencia y número óptimo de tópicos:

Ilustración 59 - Gráficos coherencia con cruce en el codo atención secundaria



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

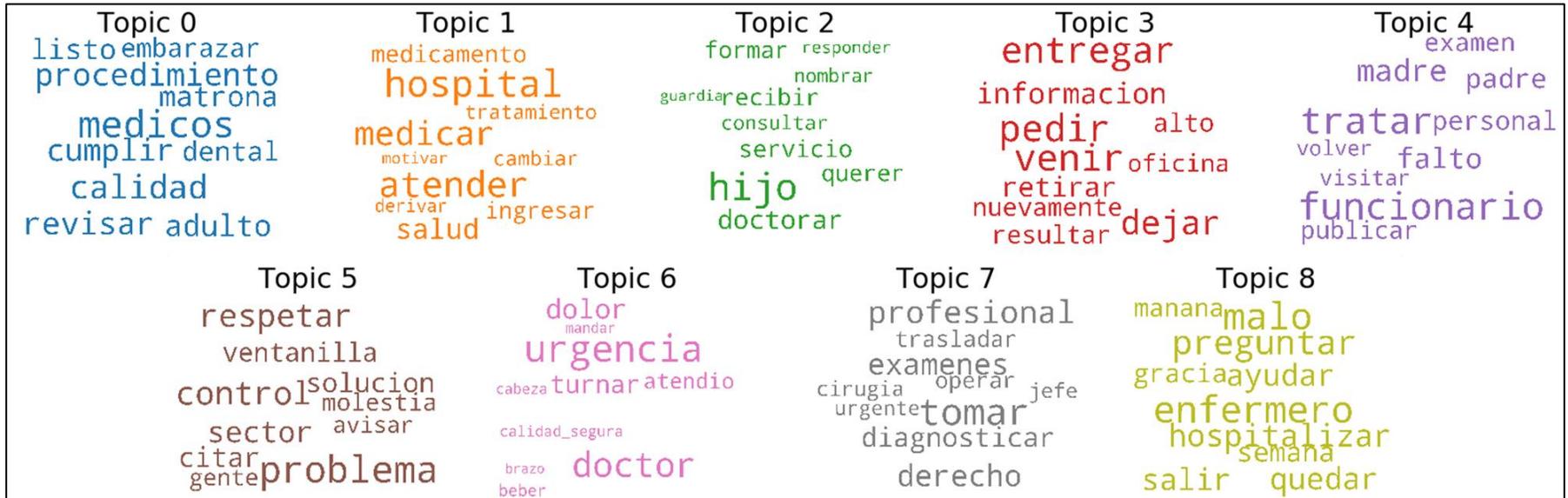
Tabla 44 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento atención secundaria

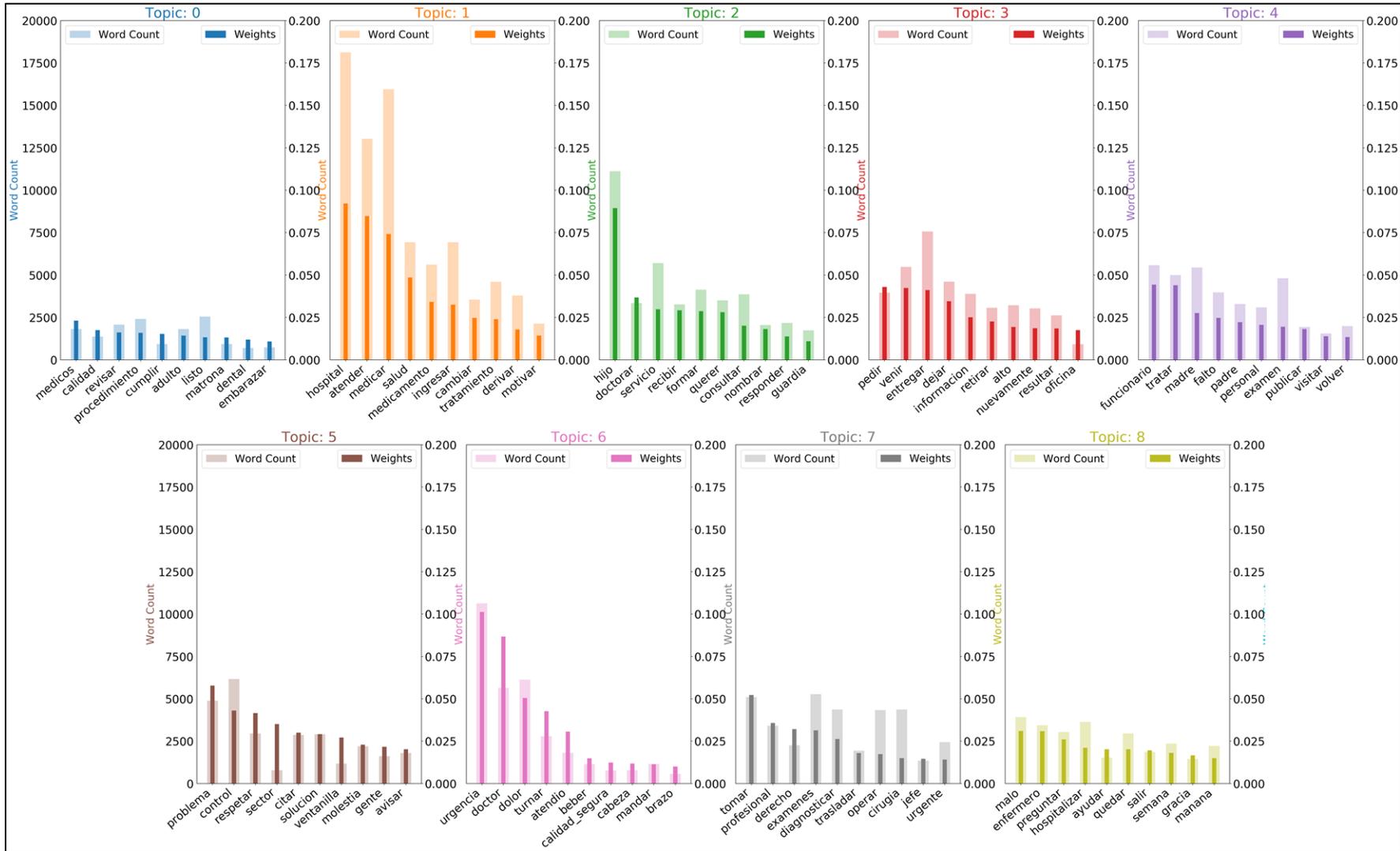
Criterio de análisis	Segmentación	Nº de tópicos	Coherencia
Secundaria	Base inicial	9	-2,45
	Manifestaciones de discriminación	3	-2,65
	Interacción con funcionarios	3	-2,81

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

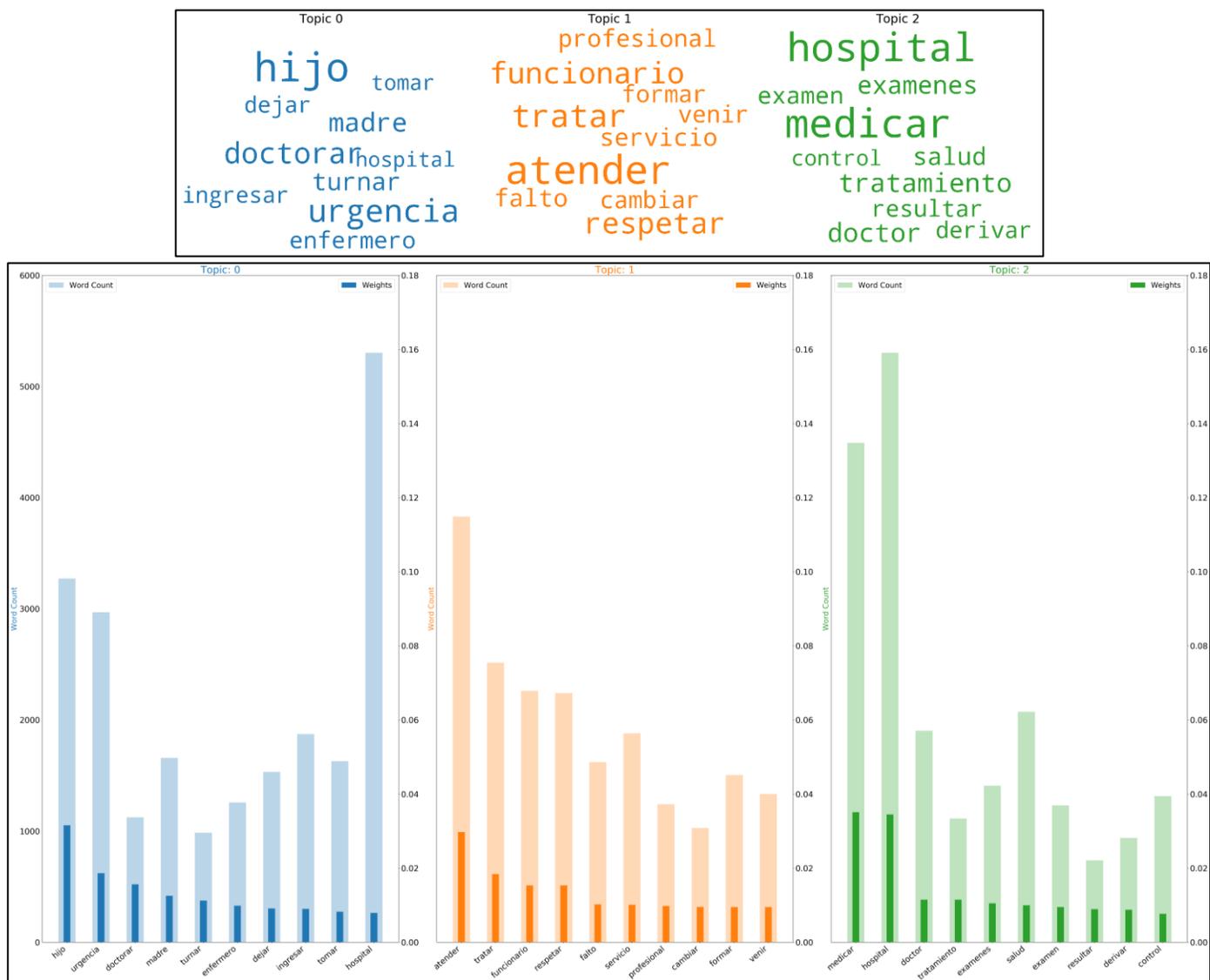
Ilustración 60 - Análisis tópic base inicial segmento atención secundaria





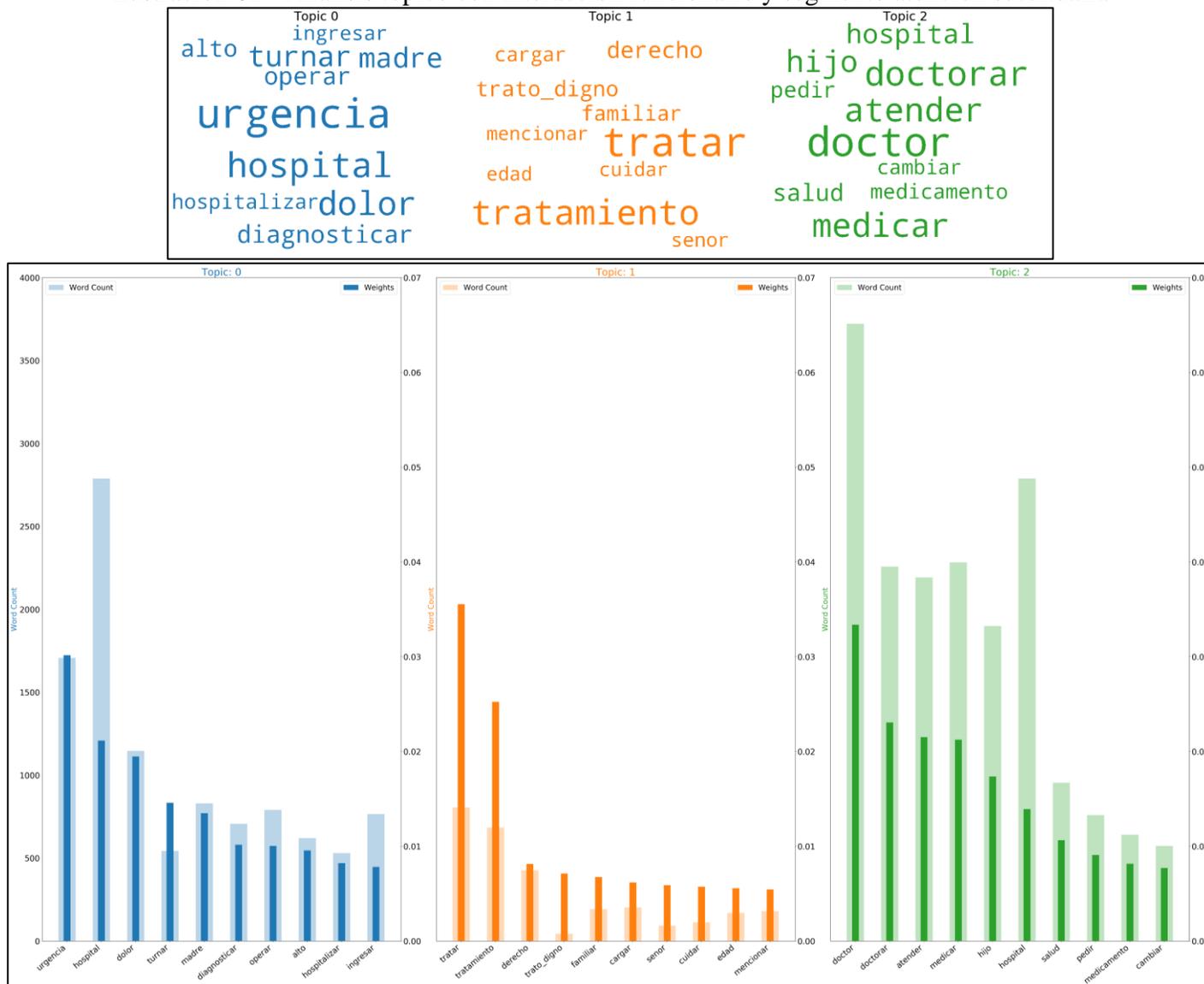
Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 61 - Análisis tópic con interacción manifestaciones de la discriminación y segmento atención secundaria



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 62 - Análisis tópico con interacción funcionario y segmento atención secundaria



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 45 - Cantidad de documentos por tópico dominante en segmento atención secundaria

Tópicos	Número de documentos por tópico dominantes		
	Atención secundaria	Atención secundaria x Manifestaciones discriminación	Atención secundaria x Interacciones
Tópico 0	340	1.595	518
Tópico 1	20.414	3.118	37
Tópico 2	4.036	2.686	2.746
Tópico 3	2.271	No aplica	No aplica
Tópico 4	3.004	No aplica	No aplica
Tópico 5	580	No aplica	No aplica
Tópico 6	648	No aplica	No aplica
Tópico 7	2.115	No aplica	No aplica
Tópico 8	2.057	No aplica	No aplica

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el segmento base, el tópico con mayor representatividad corresponde al tópico 1. Este tópico contiene como palabras principales a “hospital”, “atender”, “medicar” y “salud”. Al revisar los reclamos asociados a este tópico corresponden a problemas de gestión hospitalaria, asociados a problemas de agendar para médicos, coordinación para entrega de medicamentos, continuación de tratamiento post operación. Se revisó el tópico 4, dado que incluía con palabra relevante “funcionario”. Al analizar los reclamos asociados este, estos consideran problemas de faltas de respeto, empatía, malos tratos por parte de distintos trabajadores de los servicios de salud, pero en especial de guardias y funcionarios. De igual forma se ven problemas de gestión hospitalaria, similares a los enunciados anteriormente. Otro tópico que llamó la atención era el tópico 8, que destacaba las palabras “malo” y “enfermero”, en donde en general, no se mostraban reclamos de trato despectivo, sino temas de mala higiene o procedimientos, donde el enfermero era un actor secundario en los relatos de los reclamantes.

El segmento cruzado con la interacción de las manifestaciones de la discriminación, si bien predomina el tópico 1, los 3 tópicos presentan una cantidad alta de reclamos asociadas de forma dominante. En el caso del tópico 1, que contiene como palabras relevantes “atender”, “tratar”, “funcionario” y “respetar”, considera en general tratos despectivos por parte de personal no médico hacia los reclamantes, como de guardias y funcionarios administrativos. Por otro lado, también se ven “faltas de respeto”, asociadas a no atender horas médicas que estaban fijadas, o turnos de personas en filas dentro de establecimientos. En el caso del tópico 2, este considera a problemas relacionados a continuación de tratamiento médico, donde ha habido dificultad en respetar las horas médicas pedidas, complicaciones médicas post operatorios, continuación de tratamientos, entre otros. Finalmente, en el tópico 0, se pueden caracterizar los reclamos asociados a este tópico como problemas de urgencia, pero en donde se destacan problemas asociados a el trato de niños, reacciones de guardias hacia personas en salas de espera y problemas de gestión hospitalaria.

En el segmento cruzado con interacción de funcionarios, el tópico 2 corresponde al más representativo del segmento. Este tópico tiene como palabras más relevantes “doctor”, “doctorar”,

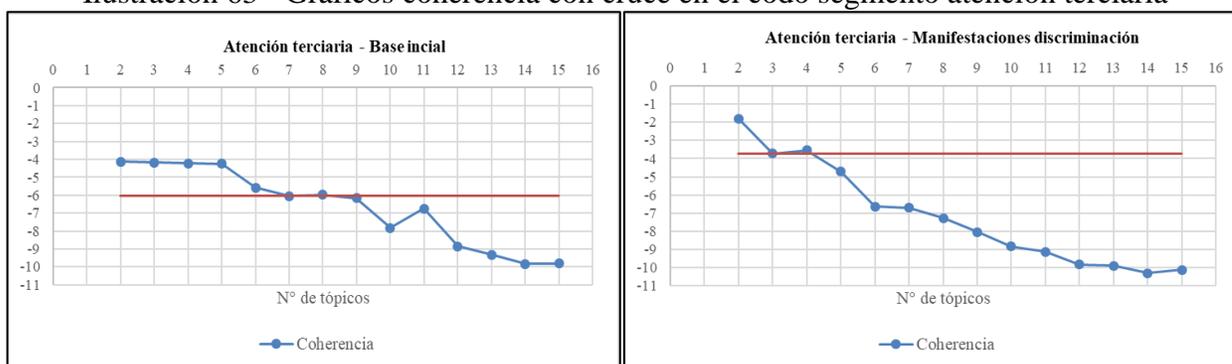
“atender”, “medicar”. Al revisar los reclamos, estos tratan problemas asociados a tratamiento, horas médicas, problemas médicos post atención o post operatorios, con algunos pocos casos de trato despectivo por parte de médicos. El tópico 1 presenta la palabra “trato_digno” dentro de su nube de palabras, no obstante, al contar de tan pocos reclamos no fue analizado.

Dentro de los reclamos de atención secundaria, se vio una tendencia a trato de forma despectiva por parte de funcionarios y especialmente guardias. El volumen de reclamos también es el más alto de los 3 niveles de atención, donde probablemente existen deficiencias producto al nivel de atenciones que tienen los hospitales y que dificulta un trato correcto a los usuarios.

5.5.3. Atención terciaria

En el caso del segmento jóvenes se reportaron los siguientes gráficos de coherencia y perplejidad:

Ilustración 63 - Gráficos coherencia con cruce en el codo segmento atención terciaria



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

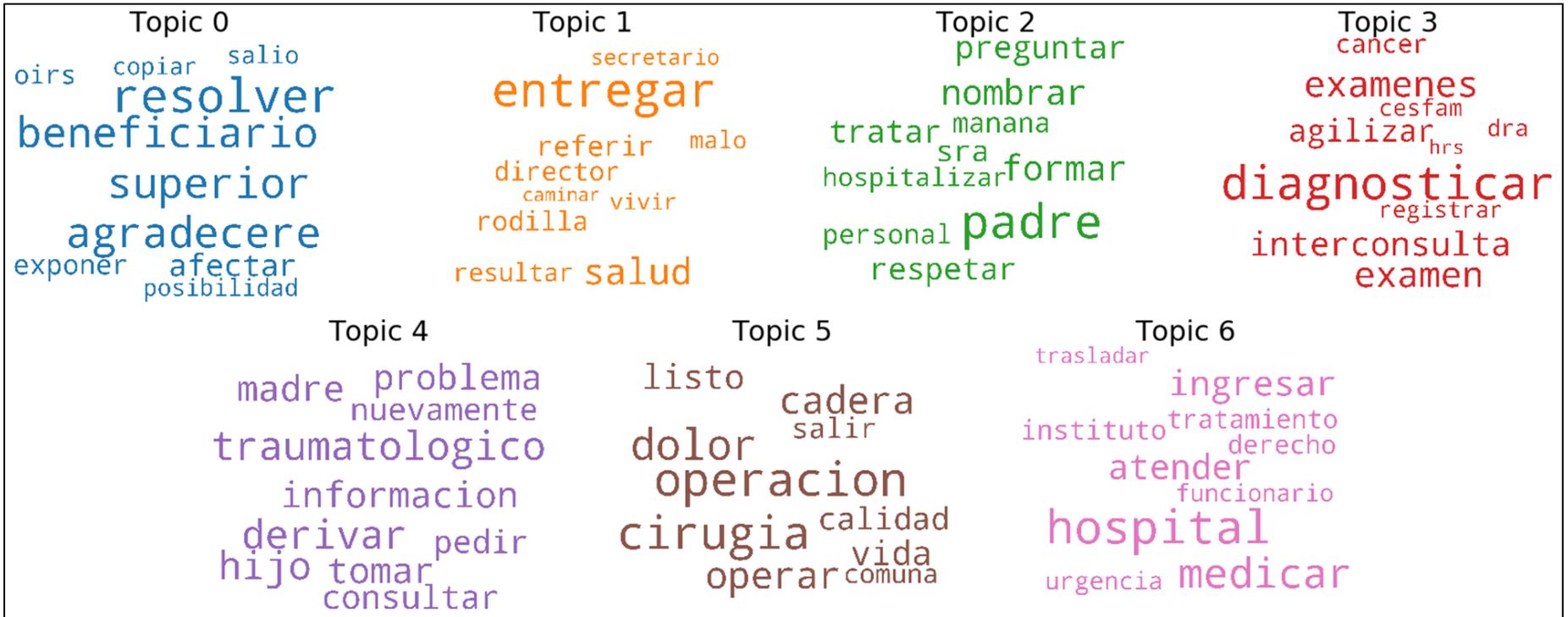
Tabla 46 - Número de tópicos y coherencia para la implementación de los modelos de análisis tópico del segmento atención terciaria

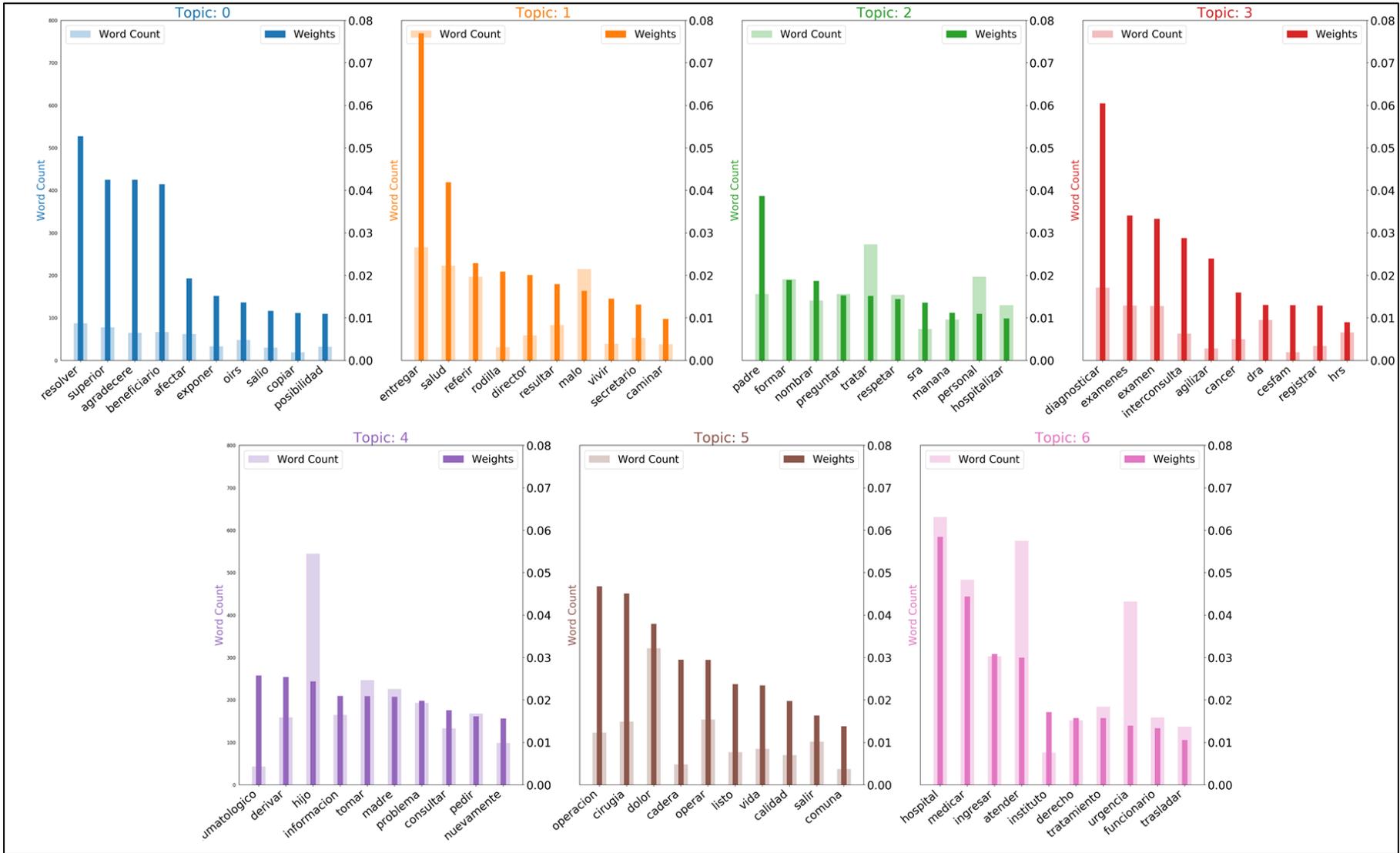
Criterio de análisis	Segmentación	Nº de tópicos	Coherencia
Terciaria	Base inicial	7	-4,26
	Manifestaciones de discriminación	3	-6,05
	Interacción con funcionarios	No aplica	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Hecho esta elección se reportan los siguientes resultados al aplicar el algoritmo LDA:

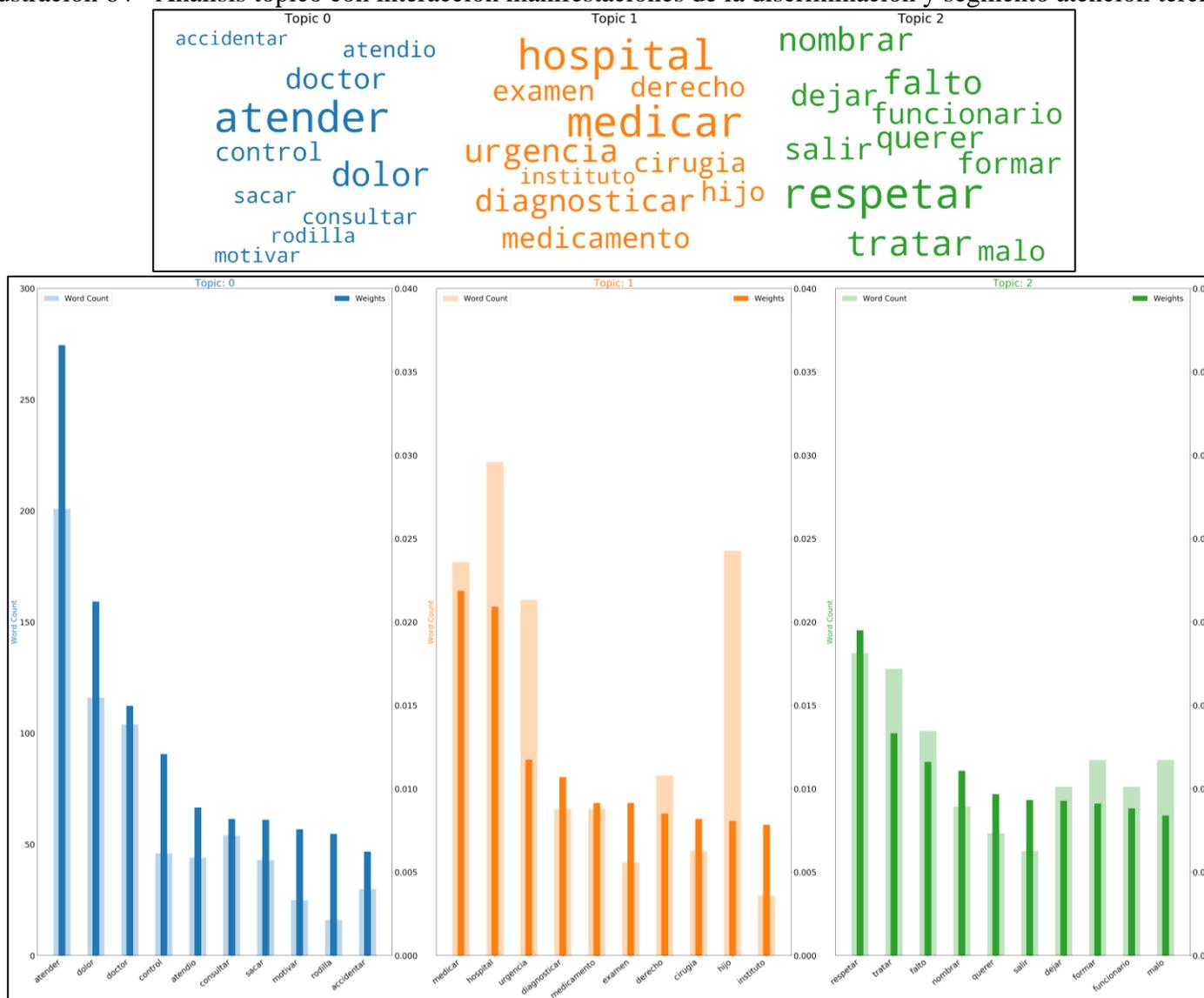
Tabla 47 - Análisis tópico base inicial segmento atención terciaria





Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Ilustración 64 - Análisis tópic con interacción manifestaciones de la discriminación y segmento atención terciaria



Fuente: Elaboración propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

Tabla 48 - Cantidad de documentos por t3pico dominante en segmento atenci3n terciaria

T3picos	N3mero de documentos por t3pico dominantes		
	Atenci3n terciaria	Atenci3n terciaria x Manifestaciones discriminaci3n	Atenci3n terciaria x Interacciones
T3pico 0	79	64	No aplica
T3pico 1	60	160	
T3pico 2	250	183	
T3pico 3	13	No aplica	
T3pico 4	189	No aplica	
T3pico 5	41	No aplica	
T3pico 6	875	No aplica	

Fuente: Elaboraci3n propia en base a los datos entregados por la Superintendencia de Salud (2019)

En el segmento base, el t3pico 6 es el que m3s se ve representado dentro de los documentos. Dentro de este grupo de reclamos, pese a que las palabras de la nube de palabras se relacionan a problemas de gesti3n hospitalaria, se encontraron repetidamente actos de trato descalificativo por parte del personal no m3dico en su mayor3a. En el caso del t3pico 2, que posee tambi3n una cantidad relevante de reclamos asociados de forma dominante, se destaca que recurrentemente aparecen reclamos asociados a guardias, tanto en trato despectivo como en temas de gesti3n hospitalaria. Aunque en su mayor3a se ven temas de gesti3n hospitalaria, los reclamos donde se habla de “respetar” se refieren a faltas de respeto por parte del personal. Finalmente, en el caso del t3pico 4, este abarca casi exclusivamente problemas de gesti3n hospitalaria asociada a agenda, y continuaci3n de tratamientos o procedimientos.

En el segmento con cruce con las manifestaciones de discriminaci3n, el t3pico 2 representa todos los reclamos relacionados con falta de respeto. En este se ven reclamos de todo tipo de personal de los servicios de salud, pero en particular de funcionarios no m3dicos, siendo los que destacan los que reciben en primera l3nea a los pacientes. En el caso del t3pico 1, que tambi3n posee gran cantidad de t3picos dentro del segmento de forma dominante, representa en un parte reclamos asociados a mala gesti3n hospitalaria, que considera agenda para resolver complicaciones m3dicas o imposibilidad de continuaci3n de tratamientos.

En este segmento se vio una clara tendencia de reclamos asociados al maltrato de funcionarios, aunque se encontraron tambi3n a todo tipo de personal. No obstante, es importante considerar que los reclamos asociados al sector terciario son menores en comparaci3n a la realidad de la atenci3n primaria y secundaria.

6. Análisis de resultados

6.1. De la inspección de reclamos

Si bien se hizo una inspección de los reclamos que permitió conocer su estructura general, lo cual facilitó el proceso de stopwords. No obstante, se realizaron algunos hallazgos al realizar la revisión de los reclamos relacionados al análisis de LDA.

Si bien la plataforma de OIRS MINSAL está diseñada para recibir solicitudes varias y tener un plazo máximo de 10 días hábiles (Ministerio del Interior, 1990), hay varias personas que usan la plataforma para poder obtener horas médicas, denunciar problemas médicos para ser respondidos con urgencia. Si bien pueden caer a la categoría de reclamos, la plataforma tiene un mal uso por parte de los usuarios donde es necesario definir estos límites o poder definir distintos canales para su uso. No obstante, analizando estos casos es posible poder determinar cuáles son los focos de los problemas para mejoras a largo plazo.

Las nubes de palabras no pueden ser exactamente una representación de los reclamos. En los reclamos tipo *storytelling*, se muestra como las personas repiten mucho las palabras al describir la situación: Casos como “atender”, “funcionario”, “respetar”, son palabras que la gente repite al describir sus casos para dar énfasis a sus escritos, y muchas veces estas destacan porque se repite de forma constante varias veces en unos reclamos, ganando relevancia dentro de los segmentos. Mientras por otro lado, hay lenguaje que la gente usa para poder denunciar claramente el trato descalificativo, como “respetar”, “malo” apareciendo con “trato”, “burlar”, entre otras. Esto queda como antecedente al momento de aplicar posibles mejoras al análisis a través de LDA u otro algoritmo de modelamiento tópico

6.2. Por tipo de segmento

6.2.1. Segmento género

Si bien el modelo de análisis tópico muestra que existe una clara tendencia de mal trato de funcionarios hacia el género hombre, el caso de las mujeres se evidencia de que esta es tratada de forma despectiva por personal en distintos niveles. Incluso, es posible visualizar claramente otro tipo manifestaciones de discriminación dentro del segmento mujeres, como “burlar”, “maltratar”, por ejemplo, más específicos a las combinaciones de palabras “mal trato” o “falta de respeto”.

Comparando la cantidad de reclamos que muestra cada segmento, las mujeres presentan tanto más reclamos con manifestaciones de discriminación como proporcionalmente (19,2% de los reclamos de hombres presentan manifestaciones de la discriminación versus el 20,9% de las mujeres), aunque sea ligera la diferencia.

También, es importante destacar en el segmento mujeres la presencia de reclamos que contienen la palabra “hijo”. Si bien se comentó que muchas palabras suelen repetirse a lo largo de los reclamos, esta palabra se presenta de forma importante (aparecía alrededor de 13.000 veces en el segmento base, 5.000 en el segmento de manifestaciones de discriminación y 3.000 en el segmento con interacción funcionarios) en cada uno de los subsegmentos del segmento mujeres.

No obstante, hay que considerar los aspectos socioculturales propios para cada género y persona, así como la sensibilidad al reclamo respecto a uno mismo a un “hijo” por parte de un padre o madre o como quienes dentro del grupo familiar pueden llevar al médico a sus hijos.

6.2.2. Segmento cuartiles de pobreza

Al revisar los resultados de todos los segmentos, se ve una tendencia clara en donde mientras mayor el nivel de pobreza en la comuna, mayor es la presencia de reclamos asociados a trato despectivo, hasta el caso de los de cuartil muy alto. En el cuartil bajo se ven pocos casos asociados a trato despectivo, de hecho, es poco claro en las mismas nubes de palabras que se aborden de forma amplia estas temáticas. En el caso del cuartil medio, aparecen enunciados de forma difusa, pero al analizar los tópicos salen a la luz los reclamos asociados a trato despectivo y asociados a funcionarios no médicos. En el cuartil alto aparecen muchos más reclamos asociados a trato despectivo y, es más, se ven que quienes lo ejercen pertenecen a distintos niveles del servicio. Finalmente, el cuartil muy alto presenta reclamos asociados a trato despectivo, pero de forma muy difusa. No obstante, es posible ver que estos tratos también son presentados por trabajadores de distintos niveles de servicio.

La forma de manifestarse los tratos despectivos se muestra a través de “faltas de respeto”, acorde a los reclamantes. No se ve en detalle casos de “burlas” o “agresiones”, son problemas asociados a la forma en que el servicio es prestado a los funcionarios, que los hace sentirse no respetados.

Otro dato relevante es que, a mayor cuartil de pobreza, tanto la cantidad como la proporción de reclamos asociados a manifestaciones de la discriminación aumenta. Si bien eso no se ve tan claro al ver los números generales asociados a cada sección, es más claro al ver cómo se distribuyen los reclamos dentro de los mismos tópicos, y viendo cuáles son asociados a problemas de gestión hospitalaria y cuáles son asociados a problemas de manifestaciones de discriminación.

A partir de esto, sería interesante evaluar también el cómo se distribuyen los distintos tipos de servicio de salud acorde a las distintas comunas. Como se revisó en el análisis de la estructura del sistema de salud, los servicios que requieren mayor complejidad se ubican en zonas donde hay mayor cantidad de población asociada, generando una baja cobertura territorial. Por otro lado, los lugares más alejados, tienen a tener servicios de baja complejidad, pero con alta cobertura territorial, existiendo en todas las comunas del país. En ese sentido, los servicios primarios son, a veces, los únicos presentes en estas comunas, lo que da ya da razones para evaluar la operación de estos servicios en particular, y ver qué hace que las personas se sientan menos respetadas en unos que en otros.

6.2.3. Segmento rango etario

En primera instancia, es difícil poder visualizar si en verdad la persona reclamante pertenece de forma efectiva al rango etario que presenta, dado que este campo no fue siempre llenado por los reclamantes o era llenado incorrectamente.

No obstante, considerando como supuesto que fueron correctamente llenadas, si existe la tendencia que, a mayor edad, se presentan con mayor claridad los reclamos asociados a tratos despectivos. En el caso de los menores de edad y jóvenes, ambos presentan casos de trato despectivo, en donde el segmento de menores reporta a funcionarios no médicos y jóvenes más a médicos. No obstante,

la volumetría de reclamos en ambos casos es pequeña, sumado a la consideración que muchos de estos reclamos fueron llenados de acorde a la percepción de los padres.

En el caso de tanto adultos jóvenes como adultos establecidos, empiezan a mostrar indicios de trato despectivo dentro de los reclamos. En adultos jóvenes se ve menos claro. Pese a que las nubes de palabras dan indicio de ello, los reclamos se centran más en la operación hospitalaria, que al trato del funcionario hacia el paciente reclamante. Sin embargo, dentro de los adultos establecidos es posible detectarlo en los segmentos cruzados con manifestaciones de la discriminación, presentándose de forma transversal entre los distintos trabajadores del sistema de salud.

En el caso de los adultos maduros, acá se ve una tendencia clara respecto a los tratos despectivos por parte de los funcionarios, donde se concentran claramente en ciertos tópicos y muestra la mayor concentración de reclamos de trato despectivo de todos los segmentos de edad.

Finalmente, el caso del grupo de adultos mayores es particular, dado que los reclamos se concentran en temas de abastecimiento de medicamentos, y re-agendamiento o respeto de las horas médicas pedidas, existiendo una percepción distinta dentro de los otros segmentos analizados. Aunque también se encuentran reclamos de trato despectivo similares a los vistos en los subsegmentos.

Si bien la cantidad de reclamos despectivos y la proporción no aumentan al ser de un rango etario que incluye gente de mayor edad, la claridad se nota al poder ver las manifestaciones de trato descalificativo dentro de los segmentos de reclamos, y también pudiendo detectar como se manifiestan en los distintos rangos, que viene a que cada uno tiene motivos distintos para hacer uso del servicio mismo.

6.2.4. Segmento apellidos

En el caso del análisis del cruce de la base con apellidos de origen Mapuche, la tendencia fue a abordar reclamos relacionados a gestión hospitalaria. Es más, no hubo suficiente cantidad de reclamos para abordar los segmentos de manifestaciones de discriminación e interacción con usuarios. Esto da a entender que no se encuentra, entre la población reclamante, muchos casos relacionados a temáticas de trato despectivo o se intervención de funcionarios, sino más bien temas relacionados a la infraestructura operativa de los servicios de salud.

Si bien en el segmento de apellidos sin profesionales de prestigio consideraban muy pocos reclamos, el criterio de selección era muy particular: “50 apellidos que entre los años 1940 y 1970 no tenían ningún profesional”. Al analizarlos, se vio un marcado trato descalificativo por parte de los funcionarios administrativos hacia este segmento, el cuál abarca alrededor de un tercio de los casos.

Sería interesante ver el contexto en dónde estos funcionarios atienden, analizando el componente territorial de sus atenciones o el nivel de pobreza de la comuna en la cual se desempeñan.

6.2.5. Segmento nivel de atención

Al analizar los reclamos se observó que la mayoría pertenecían al sector secundario de la salud, es decir, reportaban problemas ocurridos dentro de los hospitales. Se puede inferir que se conecta a la diferencia de demanda que tienen los distintos tipos de servicios, dado que estos corresponden a los que atienden a mayor escala a la población y que tanto los sectores primarios y terciario atienden

a una población bien particular, tanto como al sector respectivo como el caso del primario como el tratamiento de complicaciones particulares en el sector terciario.

En el sector primario se encuentran manifestaciones de trato despectivo, pero acá además de las de atención a enfermos o familiares, se asoman las relacionadas a entrega de beneficios ofrecidos por el estado a los ciudadanos, es decir, son estos funcionarios quienes realizan acciones de trato despectivo hacia la población en este sector.

En el caso del sector secundario, se ven los reclamos que caracterizan los tratos despectivos como “faltas de respeto”. Pero muchos de estas “faltas de respeto” se asocian a temas relacionados al colapso del sistema (filas en los hospitales, horas médicas perdidas por retrasos o cancelación, toma de horas médicas, toma para pabellón). También se encontraron reclamos asociados a funcionarios administrativos y en particular guardias de los establecimientos, los cuáles deben aparecer debido a la concurrencia existente en estos centros.

En el sector terciario, se sigue la tendencia de problemas de trato por parte del personal no médico, como funcionarios administrativos y guardias, aunque teniendo en cuenta que el volumen en este segmento es mucho menor que los anteriores.

En particular, dentro de este segmento, los reclamos relacionados a personal médico, que aparecieron en los otros análisis no destacan por los problemas propios de cada segmento, solo se ven tenuemente en el sector terciario y, por la volumetría contenida, están ocultos dentro de los procedimientos que se detallan en las nubes de palabras de los tópicos en el nivel secundario.

Por otro lado, se ve de forma transversal en los servicios el trato despectivo por parte de los funcionarios no médicos al momento de atender las llegadas en momentos de sobredemanda, o responder a los beneficios de la población, sin poder entregarlos apropiadamente. En ese sentido, se puede ver un estrés por el accionar de las otras partes que componen el sistema de salud.

7. Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones basadas en los resultados del análisis tópico por LDA de los reclamos emitidos por los pacientes al MINSAL. Las conclusiones estarán estructuradas señalando primero, cuáles fueron los principales hallazgos al realizar el modelamiento tópico en función de saber quién es discriminado, quiénes son los que discriminan y cómo discriminan. En segundo lugar, se hará un contraste de los resultados con las políticas públicas antidiscriminación implementadas hasta ahora en el área de la salud, con el fin de evaluar si existe una coherencia entre lo que realmente está pasando, y el foco de las políticas públicas que existen actualmente. Finalmente se comenta cómo este trabajo incide en posibles propuestas a futuro para continuar la caracterización de la discriminación

7.1. Del análisis tópico

Los resultados de modelamiento tópico mostraron que, al menos en términos de malos tratos, es bastante transversal el cómo estos se perciben. En otras palabras, podemos decir que se encontraron indicios de trato despectivo en cada segmento analizado. No obstante, hay algunos donde se puede afirmar que corresponden a manifestaciones de discriminación en comparación a otros.

Como la aplicación del algoritmo de análisis de texto permite conocer mediante tópicos las temáticas relevantes que componen los documentos, uno de los hallazgos fue la presencia constante del término “funcionario” en conjunto con frases como “falta de respeto” y “mala atención”. Si bien se dijo que doctores, enfermeros, guardias y otros funcionarios también realizaban tratos despectivos hacia los pacientes, los funcionarios quienes reciben y atienden al público al entrar a los servicios de salud, en casi todos los análisis destacaban por reportados como responsable de los malos tratos percibidos.

Por otro lado, si bien las frases “falta de respeto”, “mal trato”, “mala atención” son el vocabulario que más usaban los reclamantes para indicar la presencia de discriminación, se encontraron otros al revisar los reclamos. Se encontraron frases asociadas a conceptos como “burlas”, “gritos”, “insultos”, “golpes” (más en casos de forcejeo con enfermeros), “negación de acceso” (en caso de guardias), “mala disposición”, que muestran más específicamente problemas de trato que tienen los reclamantes.

Es importante dejar en claro que cada una de estas acciones no puede ser asociada a discriminación, dado que no conocemos el contexto socioeconómico en el cuál cada uno de estos funcionarios se desempeña. No obstante, se puede describir que acciones percibe la población como discriminatoria, y en qué contextos se dan acorde a las segmentaciones realizadas.

Respondiendo las preguntas planteadas en el inicio, existen personas que discriminan en el sistema de salud en todos los niveles, pero hay un grupo en el cual este comportamiento se manifiesta con mayor fuerza que serían los funcionarios no médicos del sistema de salud pública. En este grupo se refiere en su gran mayoría a quienes reciben y atienden al momento de la llegada y para iniciar la atención en el servicio de salud, pero también es importante considerar a los guardias del recinto.

No obstante, muchos de los casos que presentan faltas de respeto, dan a entender que son contextos en dónde los funcionarios resultan una suerte de chivos expiatorios del sistema, donde problemas como re-agendamiento de horas, desabastecimiento de medicamentos o kits para ciertos grupos de la población y sobredemanda del sistema, son presentados a estos funcionarios. Aquí ellos deben

buscar mecanismos de solución, donde finalmente tienen poco y nada que hacer, donde finalmente no logran dar solución correctamente a los pacientes que las solicitan.

El cómo se discrimina se limita a actitudes de burla, gritos, faltas de respeto verbales generalmente, aunque en algunos casos (y con ciertos tipos de trabajadores de la salud pública), puede llevar a golpes o a negar el acceso al recinto, los cuáles se dan en particular en los casos de guardias de los recintos. Los casos principales se dan, acorde de la percepción del paciente, con todos los tipos de funcionarios de salud, tanto al momento de ingresar y pedir ser atendido por funcionarios no médicos, al momento de ser atendido por personal médico.

Respecto a quién se discrimina, se dijo que la presencia de las manifestaciones es transversal en la población reclamante, hay segmentos donde existen diferenciaciones. Como se presenta trato despectivo de mayor variedad de personal médico y no médico en mujeres que hombres, que a medida que los cuartiles con mayor pobreza presentaban reclamos de trato despectivo involucrando mayor diversidad de personal médico. También dentro de los apellidos sin profesionales de prestigio

También hay manifestaciones particulares de discriminación que se dan con ciertos grupos como el caso del retiro de beneficios y medicamentos que se presentan en los casos de mujeres embarazadas y personas de la tercera edad dentro del sector primario, donde se reporta trato despectivo e imposibilidad de hacer los retiros respectivos.

Finalmente, fue posible entender qué problemas de trato despectivo que se presentan a través de la población reclamante, o que merecen ser reclamados a la entidad reguladora de este.

7.2. Resultados en relación con los programas gubernamentales implementados

Si se contrastara los hallazgos realizados, con los conceptos relacionados con el trato digno definido en el informe desarrollado por el MINSAL, el trato con el paciente sería la que más se requiere trabajar.

Si bien este estudio sirvió de insumo para el desarrollo de los distintos planes que están implementados dentro de la estrategia de salud 2011 – 2020, muchas de estas políticas, y los estudios también revisados, se concentran en manifestaciones relacionadas directamente al trato profesional de la salud – paciente, omitiendo muchas veces a funcionarios, guardias, personal de apoyo, entre otros, lo que puede explicar la brecha existente en la concentración de reclamos de trato despectivo entre funcionarios y profesionales de la salud.

Por otro lado, es interesante ver que casos como en adulto mayor como en caso de apellidos de origen Mapuche, no se concentren reclamos gran cantidad de reclamos asociados al trato, sino a temas de gestión interna del hospital, dado que estos fueron planes realizados previo a la concentración de reclamos estudiados. Aunque puede haber otro tipo de variables asociadas a la menor presencia de reclamos de índole despectiva, debe existir un efecto de estas políticas dentro de este tipo de reclamos.

Es más, dentro de las carreras de la salud cada vez toma más importancia la relación profesional de la salud – paciente, al nivel que organizaciones que representan al gremio como la AMM y el CIE destacan la importancia del trato al paciente para su buena recuperación y para facilitar la labor de este en el proceso de atención.

En ese sentido, si se quiere lograr que cada paciente sea tratado dignamente, es importante que la implementación de políticas públicas involucre de forma participativa a trabajadores de la salud que no haya estudiado una carrera relacionada a la salud. La labor de estos como burócratas de nivel callejero juega un rol relevante, al momento de interactuar con personas asustadas, preocupadas o enfermas que llegan a atenderse y solo buscan poder recuperar su bienestar.

Por otro lado, hay que considerar que muchas de estas iniciativas son relativamente nuevas, en términos que hayan sido adoptadas a nivel de formación de los estudiantes de la salud, por lo que puede que exista aún un grupo grande de profesionales que mira en menos las iniciativas de trato al paciente.

7.3. Limitaciones de este trabajo y propuestas a futuro

Si bien se trabajó con una base de datos bastante completa, acorde al formulario aún existe mayor cantidad de información. Identificación de pertenencia a pueblo indígena, tipificación del reclamo, personalidad jurídica, entre otros, habrían permitido mejorar las segmentaciones y aumentar el abanico de posibilidades al momento de realizar la implementación del algoritmo de modelamiento tópico.

Aún más, queda abierta la posibilidad de trabajar con una base que abarque otros años, y que consideren los cambios sociales o de políticas que Chile ha sufrido también los últimos años o implementar otro algoritmo de modelamiento tópico que considere como variable el tiempo dentro es este. Así es posible también evaluar el impacto de los distintos tipos de reclamos acorde a distintos tipos de segmentos.

En ese sentido, el resultado de esta memoria es un primer paso para poder caracterizar la discriminación inicial dentro de los sistemas de salud, y las deficiencias que tiene el sistema que hace sentir vulnerada a la población.

No obstante, para llegar al punto para poder diseñar políticas públicas para mitigarlo es necesario entender las fuentes de discriminación, es decir, la razones detrás del actuar discriminatorio de quienes trabajan en salud. ¿es un tema de formación? ¿es un tema relacionado a la carga propia de la persona? Si bien la discriminación se manifiesta a personas diferentes a con quienes interactúan, falta comprender qué barreras existen entre estas y los pacientes para poder derribarlas.

Es necesario conocer el lado del personal de la salud, tanto en cuál es la situación socioeconómica que presenta cómo cuál es el contexto en el que ejerce. Porque es distinto el contexto de funcionario de un SAPU a uno de un hospital del sector terciario. Ese tipo de información permitiría perfilar de mejor forma como poder apoyar al funcionario a cumplir su labor y poder mitigar el trato despectivo que presenta este.

Al final este es un paso más para el diseño de políticas públicas que permita mayor efectividad al momento de tener un sistema de salud que permita erradicar la discriminación y el mal trato en los servicios de salud públicos, con el fin que sean un espacio seguro para que la población pueda cuidarse en enfermedad.

8. Bibliografía

- Amigo, H., & Bustos, P. (2008). *Apellidos Mapuche historia y significado*. Santiago: Maigrat Ltda. edition.
- Ariza-Montaya, J., & Hernández-Álvarez, M. (2008). Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Revista de Salud Pública*, 10, 58-71.
- Arza, J., & Carrón, J. (2015). *Comunidad gitana: La persistencia de una discriminación histórica*. Alicante: OBETS. Revista de Ciencias Sociales.
- Asociación Mundial Médica. (2015). *Manual de Ética Médica*. Francia.
- Becerril-Monteiko, V., Reyes, J. d., & Manuel, A. (2010). *Sistema de salud de Chile*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s132-s142/>
- Benington, J., & Moore, M. H. (2010). *Public value: Theory and practice*. Macmillan International Higher Education.
- Blei, D. M., Ng, A. Y., & Jordan, M. I. (03 de Enero de 2003). Latent Dirichlet Allocation. (J. Lafferty, Ed.) *Journal of Machine Learning*, 993-1022.
- Consejo Internacion de Enfermeras. (2012). *Código Deontológico del CIE*. Ginebra, Suiza: CIE.
- Contreras, J. L. (3 de Septiembre de 2018). Entrevista a Jose Luis Contreras, Jefe área ambulatoria, Hospital Sotero del Río. (J. Fuenzaliza, & F. Medina, Entrevistadores)
- Data Voz (Para la Superintendencia de Salud). (2016). *Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud*. Santiago.
- Dirección de Presupuestos. (2013). *Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales*. Santiago.
- División de prevención y control de enfermedades, Subsecretaría de salud. (2014). *Programa nacional de salud adulto mayor*. Santiago.
- Equipo asesor sectorial MINSAL, FONASA, Superintendencia de Salud. (2018). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. Santiago.
- Goic, A. (2015). El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*.
- Hopenhayn, M., & Bello, A. (2001). *Discriminación ético-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: Cepal - Naciones Unidas. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5987/1/S01050412_es.pdf
- INDH. (2015). *III Encuesta Nacional de Derechos Humanos*. Santiago.
- INDH. (2018). *IV Encuesta Nacional de Derechos Humanos*. Santiago: INDH.
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (marzo-abril de 2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 141-150.
- Jacobi, C., van Atteveldt, W., & Welbers, K. (2015). Quantitative analysis of large amounts of journalistic texts using topic modelling. *Digital Journalism*.
- Kumar, K. (3 de Mayo de 2018). *Evaluation of Topic Modeling: Topic Coherence | datascience+*. Obtenido de Advance Modeling in Python: <https://datascienceplus.com/evaluation-of-topic-modeling-topic-coherence/>
- Lipsky, M. (1969). Toward a Theory of Street-Level Bureaucracy. *IRP Discussion Papers*, 48 - 69.
- Mapuche Data Project. (4 de octubre de 2019). *Mapuche Data Project*. Obtenido de Inicio - MDP: <http://mapuchedataproject.cl/>
- Ministerio de Salud. (2010). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década*. Santiago.
- Ministerio de Salud. (24 de Abril de 2012). Ley de Derechos y Deberes del paciente. Santiago, Chile.

- Ministerio de Salud. (14 de Enero de 2019). *Ministerio de Salud - Gobierno de Chile*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/mision-y-vision/>
- Ministerio de Salud. (15 de 01 de 2019). *Misión y Funciones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales*. Obtenido de Gobierno de Chile - Ministerio de Salud: <https://www.minsal.cl/mision-y-funciones-2/>
- Ministerio de Salud. (14 de 01 de 2019). *Misión y Funciones de la Subsecretaría de Salud Pública*. Obtenido de Ministerio de Salud - Gobierno de Chile: <https://www.minsal.cl/mision-y-funciones/>
- Ministerio de Salud, Banco Mundial. (2017). *Plan para Pueblos Indígenas*. Santiago.
- Ministerio de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. (2013). *¿Qué es “Trato Digno” para los pacientes?: Elementos que componen el trato digno*. Santiago.
- Ministerio del Interior. (21 de Septiembre de 1990). *APRUEBA INSTRUCCIONES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE OFICINAS DE INFORMACION PARA EL PUBLICO USUARIO EN LA ADMINISTRACION DEL ESTADO*. Santiago, Santiago, Chile. Obtenido de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=15058>
- MINSAL. (12 de Mayo de 2019). *OIRS MINSAL*. Obtenido de Atención a usuario: <http://oirs.minsal.cl/atencionusuario.aspx>
- MINSAL. (05 de 05 de 2019). *Servicio de Salud Metropolitano Norte*. Obtenido de Atención Primaria: https://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
- Municipalidad de Recoleta. (05 de 05 de 2019). *Centro de Salud Mental (COSAM)*. Obtenido de <https://www.recoleta.cl/centro-comunitario-de-salud-mental-cosam/>
- Muñoz, A., & Rubiano, Y. (2011). Proceso Salud-Enfermedad construido en torno a la Tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia). *Index de Enfermería*, 20(4), 229-232.
- Newman, D., Bonilla, E. V., & Buntine, W. (2011). Improving Topic Coherence with Regularized Topic Models. *Advances in Neural Information Processing Systems*, (pág. 9).
- OMS. (29 de Diciembre de 2017). *Salud y Derechos Humanos*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Ortiz, M., Baeza-Rivera, M., Salinas-Oñate, N., Flynn, P., & Betancourt, H. (2016). Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche. *Revista médica de Chile*, 144(10), 1270-1276.
- Painemal Morales, N. (2011). *Apellidos Mapuche vinculados a Títulos de Merced*. Departamento de Cultura y Educación de la Dirección Nacional de CONADI.
- Panichella, A., Dit, B., Oliveto, R., Di Penta, M., Poshyvanyk, D., & De Lucia, A. (2013). How to Effectively Use Topic Models for. *How to effectively use topic models for software engineering tasks? An approach based on genetic algorithms*, 522-531.
- Seham, M. (1964). Discrimination against Negroes in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 271(18), 940-943.
- Senado de la República de Chile. (16 de 01 de 2012). *Constitución de la República de Chile*. Obtenido de SENADO: <http://www.senado.cl/capitulo-iii-de-los-derechos-y-deberes-constitucionales/senado/2012-01-16/093413.html>
- Syed, S., Borit, M., & Spruit, M. (2018). *Narrow lenses for capturing the complexity of fisheries: A topic analysis of fisheries science from 1990 to 2016*. Vancouver: Fish and fisheries.
- UNAIDS. (2000). *HIV and AIDS-related stigmatization, discrimination and denial: Forms, context and determinants. Research studies from Uganda and India*. Ginebra.
- Ungaretti, J., Etchezahar, E., & Simkin, H. (2012). El estudio del prejuicio desde una perspectiva psicológica: Cuatro períodos histórico-conceptuales para la comprensión del fenómeno. *Calidad de Vida - Universidad de Flores*, 13 - 30.

9. ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO A: HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO CHILENO

Si bien ya existían centros asistenciales en ese entonces, el sistema de salud público se crea en 1952 luego de la aprobación de la Ley 10.383, la cual establece el Sistema Nacional de Salud (SNS) en su artículo 62. Para conformarla se fusionan a Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social; el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, el Servicio Nacional de Salubridad, la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia; la sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades; y el Instituto Bacteriológico de Chile. Éste tiene la labor de encargarse de la protección de la salud por medio de acciones sanitarias y de asistencia social y atenciones médicas preventivas y curativas, dependiendo del Ministerio de Salubridad (CHILE, 1952). En 1979, y fusionando el SNS con el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERNEMA), se crean el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) mandado por el Decreto Ley 2.763 con el objetivo de mejorar el acceso y cumplimiento de las políticas de salud, así como para que la estructura esté adaptada a las necesidades de cada región. (CHILE, 1979). Para 1980, debido a decretos de fuerza de ley, se realiza la municipalización del sector primario y la creación de los primeros consultorios, a cargo de los municipios, pero bajo la supervisión técnica del MINSAL (Becerril-Monteiko, Reyes, & Manuel, 2010).

Actualmente se mantiene la misma estructura del SNSS, desde 1990 se han creado iniciativas para dar mayor accesibilidad y calidad a este. Las leyes como el AUGE y el GES y la creación de la subsecretaría de Redes asistenciales han permitido seguir mejorando las falencias que se requieren en un sistema complejo como lo es el servicio público chileno.

**ANEXO B: SOLICITUD DE ACCESO A BASE DE DATOS DE OIRS.MINSAL.CL
REALIZADA POR PLATAFORMA DE TRASNPAARENCIA**

Estimados: Quisiera solicitar el listado de solicitudes realizadas por el sitio web: <http://oirs.minsal.cl/>, realizadas durante el año 2012 (desde el 01 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017). Dentro de estas solicitudes me gustaría tener información acerca de:

Nacionalidad del solicitante	Comuna
Fecha de solicitud	Institución
Apellido Paterno del solicitante	Área
Género del solicitante	Detalle de la solicitud Junto con la solicitud
Fecha de nacimiento	Existencia de respuesta
Tipo de solicitud	Mensaje de respuesta
Región	Fecha de respuesta

ANEXO C: TAXONOMÍA ACORDE A LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA REALIZADA A LAS MANIFESTACIONES DE LA DISCRIMINACIÓN

- a) **Discriminación por racial/étnica:** Aquí se muestra una diferencia en el tratamiento basado en el origen étnico o racial del paciente. Dentro de las manifestaciones de la discriminación revisadas está un en EE.UU., donde pese a que la densidad de varias ciudades estaba inclinada a la población afroamericana, existía un número limitado de camas para estos teniendo proporciones 30% para gente de origen caucásico y 70% para gente de afrodescendiente, siendo que la proporción en la población de la ciudad era 40-60, existiendo mayor espera para la gente afrodescendiente (Seham, 1964). En México, al realizar la atención a personas pertenecientes a pueblos originarios o afrodescendiente, en el protocolo del centro hospitalario se daba por obligatorio realizar pruebas para detectar la presencia de VIH, por estigmas asociados a que dichos grupos tienden a poseer esa enfermedad, aunque la razón de la consulta no estuviese relacionada con ésta (Infante, y otros, 2006). Por otro lado, en Colombia, se presentaron acciones de burla y violencia por tener apellidos de pertenecientes a pueblos originarios, barreras de información o trato con poco respeto o condescendiente a estos al momento de acceder a consulta médica, dando la sensación al paciente que es culpable de su propia enfermedad. Incluso, ciertos grupos no vuelven a consultar debido a que la consulta no logra resolver su problema. (Ariza-Montaya & Hernández-Álvarez, 2008). En Chile, al estudiar el tratamiento de personas de origen mapuche que presentaban diabetes, comentaron manifestaciones de discriminación no dar suficiente información a pacientes, percepción de explicaciones poco claras, no tener la oportunidad de hacer preguntas y no explicar el resultado de sus exámenes (Ortiz, Baeza-Rivera, Salinas-Oñate, Flynn, & Betancourt, 2016).
- b) **Discriminación por orientación o identidad sexual:** Existe diferencia en el tratamiento al ser parte de una minoría sexual (LGBT+). En México se dio el caso el personal médico realiza exámenes para detectar presencia de VIH sin consentimiento o sin estar relacionado con la razón de su consulta a personas que declaran ser parte una minoría sexual (Infante, y otros, 2006). Por otro lado, en Chile si bien existen iniciativas gubernamentales asociadas a poder dar un espacio a tratamiento para personas transexuales, no existen protocolos para poder protegerlos al momento de ir a sus consultas, obligándoles a usar su nombre legal generando burlas en salas de espera. Este tipo de comportamiento hace que desistan de su tratamiento o recurran a tratamientos clandestinos, no salvaguardados por el ente regulador (Contreras, 2018).
- c) **Discriminación por enfermedades específicas:** La presencia de enfermedades como el VIH o Tuberculosis hace que se tomen medidas extras en los servicios hospitalarios. Estas medidas involucran aislamiento de otros pacientes, impedimento del tratamiento, considerando dichas enfermedades como terminales, costos extras asociados a los gastos que hace el hospital para realizar el aislamiento, condescendencia al momento en que el personal interactúa con éstos (UNAIDS, 2000), servicio diferenciado por parte del personal

del hospital (Muñoz & Rubiano, 2011) . Esto se debe, principalmente, a estigmas y prejuicios asociados a las enfermedades, que generan un trato diferenciado con el paciente que no las posee. Es más, el comportamiento se da pese a que la razón de la consulta no esté asociada específicamente a la presencia de la enfermedad. Según la OMS, las personas que padecen estas enfermedades suelen pertenecer a grupos desfavorecidos y discriminados social y económicamente, en donde además pueden víctimas de leyes y políticas que dificultan aún más el acceso a prevención y salud (OMS, 2017).

ANEXO D: LISTA DE STOPWORDS APLICADAS AL ALGORITMO LDA

`stop_words.extend(['buenas_tardes', 'buenos_dias', 'rut', 'fecho', 'dias', 'junio', 'enero', 'febrero', 'marzo', 'abril', 'mayo', 'julio', 'agosto', 'septiembre', 'octubre', 'noviembre', 'diciembre', 'mes', 'favor', 'siguiente', 'muchas_gracias', 'licencia', 'licenciar', 'aun', 'dia', 'carmen', 'agradecer', 'easily', 'lot', 'lack', 'make', 'want', 'habiles', 'dar', 'personalmente', 'ojala', 'asi', 'hacer', 'de', 'decir', 'saludo', 'hola', 'solo'])`

`stop_words.extend(["0", "1", "2", "3", "4", "5", "6", "7", "8", "9", "a", "actualmente", "acuerdo", "adelante", "ademas", "además", "adrede", "afirmó", "agregó", "ahí", "ahora", "ahí", "al", "algo", "alguna", "algunas", "alguno", "algunos", "algún", "alli", "allí", "alrededor", "ambos", "empleamos", "antano", "año", "ante", "anterior", "antes", "apenas", "aproximadamente", "aquel", "aquella", "aquellas", "aquello", "aquellos", "aqui", "aquél", "aquélla", "aquéllas", "aquéllos", "aquí", "arriba", "arribaabajo", "aseguró", "asi", "así", "atras", "aun", "aunque", "ayer", "añadió", "aún", "b", "bajo", "bastante", "bien", "breve", "buen", "buena", "buenas", "bueno", "buenos", "c", "cada", "casi", "cerca", "cierta", "ciertas", "cierto", "ciertos", "cinco", "claro", "comentó", "como", "con", "conmigo", "conocer", "conseguimos", "conseguir", "considera", "consideró", "consigo", "consigue", "consiguen", "consigues", "contigo", "contra", "cosas", "creo", "cual", "cuales", "cualquier", "cuando", "cuanta", "cuantas", "cuanto", "cuantos", "cuatro", "cuenta", "cuál", "cuáles", "cuándo", "cuánta", "cuántas", "cuánto", "cuántos", "cómo", "d", "da", "dado", "dan", "dar", "de", "debajo", "debe", "deben", "debido", "decir", "dejó", "del", "delante", "demasiado", "demás", "dentro", "deprisa", "desde", "despacio", "despues", "después", "detras", "detrás", "dia", "días", "dice", "dicen", "dicho", "dieron", "diferente", "diferentes", "dijeron", "dijo", "dio", "donde", "dos", "durante", "día", "días", "dónde", "e", "ejemplo", "el", "ella", "ellas", "ello", "ellos", "embargo", "empleais", "emplean", "emplear", "empleas", "empleo", "en", "encima", "encuentra", "enfrente", "enseguida", "entonces", "entre", "era", "erais", "eramos", "eran", "eras", "eres", "es", "esa", "esas", "ese", "eso", "esos", "esta", "estaba", "estabais", "estaban", "estabas", "estad", "estada", "estadas", "estado", "estados", "estais", "estamos", "están", "estando", "estar", "estaremos", "estará", "estarán", "estarás", "estaré", "estaréis", "estaría", "estaríais", "estaríamos", "estarían", "estarías", "estas", "este", "estemos", "esto", "estos", "estoy", "estuve", "estuviera", "estuvierais", "estuvieran", "estuvieras", "estuvieron", "estuviese", "estuviésemos", "estuviesen", "estuvieses", "estuvimos", "estuviste", "estuvisteis", "estuviéramos", "estuviésemos", "estuvo", "está", "estábamos", "estáis", "están", "estás", "esté", "estéis", "estén", "estés", "ex", "excepto", "existe", "existen", "explicó", "expresó", "f", "fin", "final", "fue", "fuera", "fuerais", "fueran", "fueras", "fueron", "fuese", "fueseis", "fuesen", "fueses", "fui", "fuimos", "fuiste", "fuisteis", "fuéramos", "fuésemos", "g", "general", "gran", "grandes", "gueno", "h", "ha", "haber", "habia", "habida", "habidas", "habido", "habidos", "habiendo", "habla", "hablan", "habremos", "habrá", "habrán", "habrás", "habré", "habréis", "habría", "habríais", "habríamos", "habrían", "habrías", "habéis", "había", "habíais", "habíamos", "habían", "habías", "hace", "haceis", "hacemos", "hacen", "hacer", "hacerlo", "haces", "hacia", "haciendo", "hago", "han", "has", "hasta", "hay", "haya", "hayamos", "hayan", "hayas", "hayáis", "he", "hecho", "hemos", "hicieron", "hizo", "horas", "hoy", "hube", "hubiera", "hubierais", "hubieran", "hubieras", "hubieron", "hubiese", "hubieses", "hubiesen", "hubieses", "hubimos", "hubiste", "hubisteis", "hubiéramos", "hubiésemos", "hubo", "i", "igual", "incluso", "indicó", "informo", "informó", "intenta", "intentais", "intentamos", "intentan", "intentar", "intentas", "intento", "ir", "j", "junto", "k", "l", "la", "lado", "largo", "las", "le", "lejos", "les", "llegó", "lleva", "llevar", "lo", "los", "luego", "lugar", "m", "mal", "manera", "manifestó", "mas", "mayor", "me", "mediante", "medio", "mejor", "mencionó", "menos", "menudo", "mi", "mia", "mias", "mientras", "mio", "mios", "mis", "misma", "mismas", "mismo", "mismos", "modo", "momento", "mucha", "muchas", "mucho", "muchos", "muy", "más", "mí", "mía", "mías", "mío", "míos", "n", "nada", "nadie", "ni", "ninguna", "ningunas", "ninguno", "ningunos", "ningún", "no", "nos", "nosotras", "nosotros", "nuestra", "nuestras", "nuestro", "nuestros", "nueva", "nuevas", "nuevo", "nuevos", "nunca", "o", "ocho", "os", "otra", "otras", "otro", "otros", "p", "pais", "para", "parece", "parte", "partir", "pasada", "pasado", "país", "`

peor", "pero", "pesar", "poca", "pocas", "poco", "pocos", "podeis", "podemos", "poder", "podria", "podriais", "podriamos", "podrian", "podrias", "podrá", "podrán", "podría", "podrían", "poner", "por", "por qué", "porque", "posible", "primer", "primera", "primero", "primeros", "principalmente", "pronto", "propia", "propias", "propio", "propios", "proximo", "próximo", "próximos", "pudo", "pueda", "puede", "pueden", "puedo", "pues", "q", "queu", "que", "quedó", "queremos", "quien", "quienes", "quiere", "quiza", "quizas", "quizá", "quizás", "quién", "quiénes", "qué", "r", "raras", "realizado", "realizar", "realizó", "repente", "respecto", "s", "sabe", "sabeis", "sabemos", "saben", "saber", "sabes", "sal", "salvo", "se", "sea", "seamos", "sean", "seas", "segun", "segunda", "segundo", "según", "seis", "ser", "sera", "seremos", "será", "serán", "serás", "seré", "seréis", "sería", "seríais", "seríamos", "serían", "serías", "seáis", "señaló", "si", "siendo", "siempre", "siendo", "siete", "sigue", "siguiente", "sin", "sino", "sobre", "sois", "sola", "solamente", "solas", "solo", "solos", "somos", "son", "soy", "soyos", "su", "supuesto", "sus", "suya", "suyas", "suyo", "suyos", "sé", "sí", "sólo", "t", "tal", "tambien", "también", "tampoco", "tan", "tanto", "tarde", "te", "temporano", "tendremos", "tendrá", "tendrán", "tendrás", "tendré", "tendréis", "tendría", "tendríais", "tendríamos", "tendrían", "tendrían", "tened", "teneis", "tenemos", "tener", "tenga", "tengamos", "tengan", "tengas", "tengo", "tengáis", "tenida", "tenidas", "tenido", "tenidos", "teniendo", "tenéis", "tenía", "teníais", "teníamos", "tenían", "tenías", "tercera", "ti", "tiempo", "tiene", "tienen", "tienes", "toda", "todas", "todavía", "todavía", "todo", "todos", "total", "trabaja", "trabajais", "trabajamos", "trabajan", "trabajar", "trabajas", "trabajo", "tras", "trata", "través", "tres", "tu", "tus", "tuve", "tuviera", "tuvierais", "tuvieran", "tuvieras", "tuvieron", "tuviese", "tuvieseis", "tuviesen", "tuvieses", "tuvimos", "tuviste", "tuvisteis", "tuviéramos", "tuviésemos", "tuvo", "tuya", "tuyas", "tuyo", "tuyos", "tú", "u", "ultimo", "un", "una", "unas", "uno", "unos", "usa", "usais", "usamos", "usan", "usar", "usas", "uso", "usted", "ustedes", "v", "va", "vais", "valor", "vamos", "van", "varias", "varios", "vaya", "veces", "ver", "verdad", "verdadera", "verdadero", "vez", "vosotras", "vosotros", "voy", "vuestra", "vuestras", "vuestro", "vuestros", "w", "x", "y", "ya", "yo", "z", "él", "éramos", "ésa", "ésas", "ése", "ésos", "ésta", "ésta", "éste", "éstos", "última", "últimas", "último", "últimos"])

#Agregadas

```
stop_words.extend(["zamorano", "informar", "situacion", "necesitar", "pagar", "atencion", "licenciar", "plazo", "paciente", "ano", "llegar", "usuario", "esperar", "reclamar", "gonzalez", "null", "fonasa", "mra", "sse", "salar", "escribir", "maria", "adjunto", "casar", "foliar", "hablar", "hora", "rasse", "isp", "indicar", "lamar", "luis", "mesar", "nico", "personar", "presentar", "solicitar", "seremi", "tenia", "tramitar", "lunes", "martes", "miercoles", "jueves", "viernes", "sabado", "domingo", "respuesta", "centrar", "generar", "encontrar", "pasar", "rojo", "obtener", "dirigir", "realmente", "ndeg", "adjunta_folio", "paso"])
```